

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

NOTA NAAR AANLEIDING VAN HET TWEDE NADER VERSLAG

Ontvangen p.m. september 2014

Inhoudsopgave	blz.
0. Algemeen	
1. Modulair pakket thuis	2
2. Zorgkantoren verantwoordelijk voor verstrekking persoonsgebonden budget	16
3. Hulpmiddelen en woningaanpassingen voor mensen die thuis blijven wonen worden in 2015 nog door de gemeenten verstrekt	18
4. Wijzigingen in het overgangsrecht, budgetgaranties	20
5. Tijdelijke subsidies voor zorginfrastructuur en kapitaallasten	24
6. Overig	26
Artikelsgewijs	31

0. Algemeen

De regering is de leden van de fracties erkentelijk voor de voortvarendheid waarmee de Kamer het tweede nader verslag inzake het wetsvoorstel Wet langdurige zorg (Wlz) heeft uitgebracht. Dit naar aanleiding van de tweede nota van wijziging van het wetsvoorstel. De regering is verheugd te vernemen dat, onder het voorbehoud dat de in het tweede nader verslag opgenomen vragen en opmerkingen afdoende door de regering worden beantwoord, de commissie de openbare behandeling van het wetsvoorstel voldoende voorbereid acht. De aanstaande openbare behandeling van het wetsvoorstel is nodig om de Wlz tegelijkertijd met Jeugdwet, de Wmo 2015 en de wijziging van het Besluit zorgverzekering op 1 januari 2015 in werking te laten treden. De genoemde wetten en het besluit vormen het samenhangend en integraal nieuw wettelijk kader waarbinnen de hervorming van de langdurige zorg zijn beslag krijgt.

1. Modulair pakket thuis

De leden van de PvdA-fractie zijn blij met de mogelijkheid voor een modulair pakket thuis (mpt) voor cliënten met een verblijfsindicatie in 2015. Op deze manier kan zorg op maat geregeld worden voor wie dat nodig heeft. Deze leden vinden het een goede beslissing dat deze mogelijkheid tot maximaal flexibel regelen van zorg ook na 2015 blijft bestaan. Zij pleiten voor de minder ambtelijke term 'flexibel pakket thuis'. De leden van de fractie van de PvdA vragen waarom wordt gesteld dat voor een cliënt met een mpt – net als voor een cliënt met een persoonsgebonden budget (pgb) – geen verplichte zorgplanbesprekingen of een zorgplan geldt. Zij zien niet in waarom het praktisch niet mogelijk zou zijn om een zorgplan op te stellen alleen omdat er sprake is van meerdere zorgaanbieders. Er kan sprake zijn van een hoofdaanbieder of het zorgkantoor coördineert de verschillende zorgaanbieders en bepaalt of het geheel van ingekochte zorg die via een pgb, via mpt en zorg die via mantelzorg wordt geleverd, klopt. Het is daarnaast volgens deze leden ook goed mogelijk dat een cliënt een eigen zorgplan opstelt en dat goed laat keuren door het zorgkantoor. De leden van de PvdA-fractie vragen wat de juridische status is van het oordeel van het zorgkantoor. Wat gebeurt er als een cliënt thuis wil blijven wonen terwijl het zorgkantoor vindt dat dat niet verantwoord is? Genoemde leden vinden dat mensen zelf zeggenschap moeten hebben over de keuze om al dan niet in een instelling te wonen.

De leden van de PvdA-fractie pleiten voor de term flexibel pakket thuis. Ik begrijp dit pleidooi. Ik heb echter gekozen voor de term modulair pakket thuis om aan te duiden dat het zorgpakket uit meerdere onderdelen kan bestaan. Daarnaast geldt dat ook bij de zorg in een instelling, het vpt en het pgb een flexibele invulling mogelijk is, waarmee de term "flexibel" niet exclusief geldt voor de leveringsvorm van het modulair pakket thuis. Zoals de genoemde leden aangeven, is er bij het mpt inderdaad geen sprake van een door het zorgkantoor goed te keuren zorgplan. Wel kan de cliënt in een gesprek met het zorgkantoor aangeven hoe hij zijn zorg wenst in te vullen en kan daarbij zijn persoonlijke zorgplan inbrengen. Het is in het belang van de cliënt om zo goed mogelijk afspraken te maken met de zorgaanbieder(s) over de levering van de zorg. Indien het mpt door één zorgaanbieder wordt geleverd (of indien de zorg via onderaannemerschap door meerdere aanbieders wordt geleverd) kunnen de cliënt of diens vertegenwoordiger samen met de zorgaanbieder uiteraard wel afspraken maken over de invulling van de zorgverlening en een zorgplan opstellen.

Ik ben het met de leden van de PvdA-fractie eens dat mensen zelf zeggenschap moeten hebben over de keuze om al dan niet in een instelling te gaan wonen, maar dat moet wel verantwoord en ook doelmatig zijn. De doelgroep van de Wlz is in vergelijking met de AWBZ immers substantieel zwaarder aangezien het gaat om cliënten die allen zijn aangewezen op permanent toezicht en 24 uur per dag zorg in de nabijheid. Het is aan het zorgkantoor om te toetsen of aan de randvoorwaarden voor de levering van verantwoorde zorg in de thuissituatie kan worden voldaan. Daarbij gaat het om vragen als: vindt de beoogde zorgaanbieder dat de omstandigheden verantwoord zijn? Of staat de beoogde zorgaanbieder niet onder toezicht van de Inspectie? De regering hecht er aan te benadrukken dat uiteindelijk de zorgaanbieder verantwoordelijk is voor het leveren van verantwoorde zorg. De Inspectie houdt daar toezicht op. Van zorgaanbieders kan niet gevraagd worden om zorg te organiseren in thuissituaties die niet verantwoord zijn. Indien zorgkantoor en cliënt (ook na een bezwaarprocedure) niet tot overeenstemming kunnen komen, is het in laatste instantie aan de rechter om daarover in (hoger) beroep een uitspraak te doen. Dat ontslaat het zorgkantoor echter niet van zijn zorgplicht. Ik sta derhalve een benadering voor waarin de cliënt het laatste woord heeft tenzij dit onaanvaardbare risico's oplevert.

De leden van de SP-fractie willen allereerst weten waarom de regering zoveel haast heeft om de Wet langdurige zorg dit jaar door de Staten-Generaal behandeld te hebben. De regering heeft een scenario klaarliggen voor een gefaseerde invoer tot en met 2016. Waarom verkiest de regering snelheid boven zorgvuldigheid? Kan de regering dit toelichten?

Een verantwoorde uitvoering van de langdurige zorg is en blijft het uitgangspunt. De regering kiest daarmee voor zorgvuldigheid. In overleg met alle betrokken partijen wordt een zorgvuldige overgang voorbereid op basis van de condities die zijn genoemd in de brief aan de Kamer van 27 juni jl.. De wens is om de Wlz op 1 januari 2015 in te voeren, omdat de regering van mening is dat de Wlz op een aantal punten een duidelijke meerwaarde heeft ten opzichte van de huidige AWBZ. Zo is in de Wlz een aantal basisrechten van de cliënten wettelijk verankerd, zoals de toegangscriteria, aanspraken, zorgplanbespreking en leveringsvormen (o.a. het pgb). Daarnaast bevat de Wlz een aanpak voor vernieuwing waarbij de cliënt meer centraal wordt gesteld. In de Wlz wordt een aantal instrumenten geïntroduceerd die deels al in 2015 ingaan (zoals het indiceren in zorgprofielen, een toetsing in persoon van de zorgvraag door het CIZ en meer grip op zorgkantoren). Daarnaast zijn er instrumenten die gaandeweg aan deze nieuwe aanpak worden aangepast (o.a. de bekostiging). Gelet op de afspraken met het veld om de overgang zorgvuldig te laten plaatsvinden, biedt een eventueel uitstel van de Wlz geen voordelen. Een invoering van de Wlz 2015 biedt echter wel mogelijkheden om de verbeteringen al in gang te zetten.

De regering geeft aan dat zij geen zorginstelling wil bekostigen in maaltijdvoorzieningen of huishoudelijke verzorging, indien een cliënt of diens mantelzorger dit zelf wil regelen.

De leden van de SP-fractie zijn bezorgd dat dit leidt tot afschuifgedrag door zorgaanbieders, onder het mom van 'u regelt het zelf maar'. Hoe gaat de regering voorkomen dat dit wordt gebruikt als mogelijke bezuinigingspost?

Indien cliënten kiezen voor het vpt, dan krijgen ze de maaltijden en de huishoudelijke verzorging als onderdeel van het totale pakket verstrekt vanuit de instelling. Daarover maakt een zorgaanbieder niet alleen afspraken met de cliënt, maar ook met het zorgkantoor die deze zorg inkoop. De instelling krijgt de maaltijden en de huishoudelijke hulp die ze levert als onderdeel van het vpt-tarief bekostigd. Indien cliënten delen van het pakket niet afnemen, omdat ze dat zelf verzorgen of laten verzorgen, dan krijgt de instelling hiervoor geen vergoeding. Vanuit de instelling is er daarmee ook geen prikkel om het af te schuiven op de cliënt. Daarnaast wijst de regering er op dat in de Wlz de leveringsvormen wettelijk zijn verankerd. Een cliënt die kiest voor een leveringsvorm die maaltijdvoorziening of huishoudelijke verzorging omvat, heeft daarmee ook een wettelijk recht op deze voorzieningen.

De leden van de SP-fractie zien dat er een poging wordt gedaan om het zorgsysteem nog complexer te maken, door naast de mogelijkheden van een volledig pakket thuis (vpt) en het persoonsgebonden budget dit uit te breiden met een modulair pakket thuis. Deze leden constateren dat de regering eerder heeft aangegeven dat de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) te ingewikkeld is geworden en dat mede hierdoor hervormingen noodzakelijk zijn. Waarom maakt de regering dan bij de totstandkoming van de Wlz dezelfde fout? In hoeverre verwacht de regering dat zorgbehoevende mensen de weg weten te vinden naar zorg in al die verschillende vormen?

Met het modulair pakket thuis wordt, naar de mening van de regering, optimale flexibiliteit geboden aan de cliënt. In niet alle situaties dat een cliënt thuis wil blijven wonen is een persoonsgebonden budget of volledig pakket thuis de manier om de zorg goed te regelen. Niet iedere cliënt of zijn mantelzorger zal de administratieve verplichtingen die een pgb met zich meebrengt op zich willen of kunnen nemen. De keuze voor een volledig pakket thuis brengt met zich mee dat het gehele pakket aan zorg vaststaat. Het is bekend dat er cliënten zijn die juist minder zorg willen afnemen dan een vpt omvat. Zij hebben bijvoorbeeld een mantelzorger die bereid is om maaltijden te verzorgen of huishoudelijke hulp te bieden. Het mpt biedt aan deze cliënten de mogelijkheid om de keuze te maken welke delen van het pakket (modules) zij thuis in natura wensen te ontvangen. De mogelijkheid van mpt past naar de mening in de regering in haar visie op de langdurige zorg; het beter laten aansluiten van de langdurige zorg bij de ontwikkelingen van deze tijd. Eén van die ontwikkelingen is dat mensen aangeven hun leven zo te willen inrichten dat het aansluit bij hun eigen wensen. Zo lang mogelijk thuis wonen in de vertrouwde omgeving is voor veel mensen van groot belang. Het mpt draagt hieraan bij.

Het is van belang dat mensen goed geïnformeerd worden over de verschillende mogelijkheden die de Wlz hen biedt. Het CIZ zal in de brochure die met het indicatiebesluit wordt meegestuurd informatie geven over de verschillende leveringsvormen van de Wlz. Van het zorgkantoor verwacht ik een actieve opstelling als het gaat om het voorlichten van hun verzekerden. Het verstrekken van informatie aan verzekerden is een wettelijke taak van het zorgkantoor. Daarnaast heeft de cliënt altijd de mogelijkheid van cliëntondersteuning. Cliëntondersteuning kan een belangrijke rol vervullen bij het informeren over en het maken van een afgewogen beslissing over de te kiezen manier waarop iemand zijn zorg wil krijgen.

De leden van de SP-fractie vragen waarom mensen die gebruik willen maken van een mpt, vpt of pgb geen algemene medische zorg kunnen krijgen. Kan de regering aangeven waarom mensen die gebruikmaken van deze zorgvorm(en) hier geen recht op hebben? Kan de regering tevens de Kamer een overzicht doen toekomen waar mensen wel en niet recht op hebben, indien zij zorg krijgen vanuit een mpt, vpt en/of pgb? Zo nee, waarom niet?

Voor het verzekerd pakket geldt voor 2015 de volgende situatie (X= via Wlz):

Soort zorg	Verblijf met Behandeling	Verblijf zonder Behandeling	VPT	MPT	PGB
Wonen in een instelling	X	X	- ¹	- ¹	- ¹
Logeren in een instelling	- ¹	- ¹	X	X	X
PV, VP, BG	X	X	X	X	X
Specifieke/WLZ- behandeling	X	X	X	X	X
Algemeen medische behandeling	X	- ²	- ²	- ²	- ²
Vervoer naar dagbesteding	X	X	X	X	X
Mobiliteitshulpmiddelen (rolstoel)	X	- ³	- ³	- ³	- ³
Huishoudelijke verzorging	X	X	X	- ³	X
Maaltijden	X	X	X	- ⁴	- ⁴

1 = situatie is n.v.t.

2 = via Zvw

3 = 2015: via Wmo, daarna: Wlz

4 = cliënt zelf

Specifiek uitgewerkt voor behandeling

De hoofdregel is dat Zvw-verzekerden de algemeen medische zorg van hun huisarts krijgen. Bij vragen over de aanpak van een specifiek medisch probleem kan de huisarts de specialist ouderengeneeskunde of arts verstandelijk gehandicapten consulteren.

In instellingen waar mensen met een complexe zorgvraag geclusterd verblijven, wordt de algemeen medische zorg, mede vanuit praktisch oogpunt, integraal met de specifieke Wlz-behandeling geboden door een specialist ouderengeneeskunde of een arts verstandelijk gehandicapten. Daarmee is hun recht op algemeen medische zorg gewaarborgd.

Voorts hebben de leden van de SP-fractie nog een aantal vragen over de mogelijkheid die mensen geboden wordt om een mpt met een pgb te combineren. Hoe wordt dit in de realiteit vormgegeven? Genoemde leden maken zich zorgen dat mensen die dit willen aanvragen, bedolven worden onder een enorme bureaucratie. Kan de regering een overzicht geven welke formulieren mensen moeten invullen om een pgb in combinatie met een mpt te kunnen krijgen? Kan de regering in het algemeen ingaan op de vraag hoe de aanvraag van zorg verloopt voor mensen die zorg nodig hebben? Hoeveel formulieren en gesprekken moeten zij aangaan voordat zij zorg krijgen die zij nodig hebben, vanuit de Wlz, Zorgverzekeringswet (Zvw) en Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo)?

De regering gaat ervan uit dat de administratieve lasten van cliënten die een pgb combineren met zorg in natura onder de Wlz niet anders zullen zijn dan onder de AWBZ. De keuze voor een pgb al dan niet in combinatie met zorg in natura brengt altijd meer verplichtingen voor de cliënt (of diens vertegenwoordiger) met zich mee dan de keuze voor zorg in natura. Dit is een logisch gevolg van de keuze voor meer eigen regie.

Er is geen algemeen geldend overzicht te geven van aanvraagprocedures die doorlopen moeten worden om zorg te krijgen uit de Wlz, Wmo en Zvw. De beleidsvrijheid van gemeenten om deze toegang vorm te geven, speelt hierbij een belangrijke rol. Overigens merkt de regering op dat de introductie van de aanspraak wijkverpleging in de Zvw een vereenvoudiging in de toegang tot deze zorg met zich meebrengt.

De leden van de SP-fractie constateren dat bij een mpt de mogelijkheid bestaat om de zorg te laten aanbieden door meerdere aanbieders in tegenstelling tot het vpt. Genoemde leden voorzien dat door het inzetten van verschillende zorgaanbieders de kans bestaat dat mensen veel verschillende zorgverleners over de vloer krijgen. Dit vergroot het risico op fouten, afschuifgedrag en bureaucratie. Vindt de regering dit wenselijk?

Met het introduceren van de mogelijkheid van het mpt wordt aangesloten bij de wens om zorg op maat flexibel in te vullen. Dit kan ook met meerdere aanbieders zijn indien de cliënt daar uitdrukkelijk zelf voor kiest. Onderdeel van de plicht tot het leveren van verantwoorde zorg is om waar nodig af te stemmen met andere zorgverleners.

Voorts willen de leden van de SP-fractie weten waarom het zorgkantoor de keuze voor een pgb en een mpt beoordeelt en de intakegesprekken voert met mensen die dit aanvragen. Waarom wordt dit niet uitgevoerd door professionals die echt verstand van zaken hebben en weten wat zorgbehoevende mensen wel of niet nodig hebben? Kan de regering dit nader toelichten?

De doelgroep van de Wlz bestaat uit cliënten die zijn aangewezen op permanent toezicht en 24 uur per dag zorg in de nabijheid. Dit maakt de zorgverlening soms zo complex dat deze alleen verantwoord kan worden geleverd in een instelling. Dit geldt echter niet in alle gevallen. De regering wil in situaties waarin het verantwoord is de zorg thuis te leveren, dit mogelijk maken. Het zorgkantoor dient zich er dan van te vergewissen dat voldaan is aan randvoorwaarden voor doelmatige en verantwoorde zorg. Dit neemt echter niet weg dat professionals van de instelling die de zorg gaat leveren uiteindelijk bepalen of zij de zorg daadwerkelijk kunnen leveren. In de praktijk zal het oordeel van de zorgaanbieder dat er verantwoorde zorg kan worden geleverd zwaar meewegen voor het zorgkantoor bij het besluit om een mpt mogelijk te maken.

In de Wlz wordt het bewustekeuzegesprek voor cliënten die een pgb willen ontvangen gecontinueerd vanuit de AWBZ. Het pgb is een alternatieve vorm van zorg financieren en organiseren. Hierbij komt de administratie rondom deze zaken bij de budgethouder te liggen. Het zorgkantoor informeert in een intakegesprek of iemand zich bewust is van de verplichtingen die aangegaan worden bij de keuze voor een pgb en controleert of iemand in staat is deze verplichtingen uit te voeren. Daarnaast controleert het zorgkantoor of de zorg die een persoon wil inkopen verzekerde zorg is en binnen zijn indicatie past. Het gaat dus met name om administratieve zaken, en niet zozeer om een zorginhoudelijke beoordeling. De zorginhoud wordt afgestemd door de zorgvrager met de zorgverlener. In het budgetplan wordt vastgelegd welk totaalpakket aan zorg er wordt geleverd, zodat het zorgkantoor kan beoordelen of de zorg op verantwoorde wijze kan worden verleend. Voor de zorgvrager is daarbij cliëntondersteuning mogelijk.

Kan de regering nader ingaan op de kostengrens van het mpt? Indien deze wordt overschreden, wat zijn dan de consequenties voor de zorg die mensen krijgen en wat zijn de consequenties voor zorgaanbieders? Kan de regering dit toelichten, zo vragen de leden van de SP-fractie.

Het uitgangspunt is dat de kosten van het mpt niet hoger mogen zijn dan het bedrag dat de cliënt gezien zijn zorgprofiel zou hebben gehad indien hij voor een pgb zou hebben gekozen. Dit bedrag vormt ook de basis voor de toewijzing van de zorg aan de cliënt en de bekostiging van de productie van de zorgaanbieders. Binnen de totale productieafspraken is het voor een zorgaanbieder mogelijk om een individuele cliënt tijdelijk iets meer zorg te verlenen (bijvoorbeeld indien er door een ziekte tijdelijk wat meer zorg nodig heeft). Uitgangspunt is echter wel dat ook de kosten voor een individuele cliënt structureel moeten passen binnen het budget dat beschikbaar is.

De leden van de CDA-fractie lezen dat er in de Wlz een modulair pakket thuis wordt ingevoerd. Genoemde leden kunnen zich ook voorstellen dat dit aansluit bij het feit dat ouders kinderen hebben met een meervoudige handicap die ze graag thuis willen verzorgen of mensen die een indicatie hebben die op meerdere grondslagen moet berusten. Deze leden vragen of de regering een inschatting kan geven hoe vaak hiervan gebruik zal worden gemaakt, uitgesplitst in indicaties en in bedragen. Daarnaast vragen zij hoe dit – in 2016 – geïndiceerd gaat worden als men gaat werken met zorgprofielen laag, midden en hoog.

Via het modulair pakket thuis kan de Wlz-uitvoerder onderdelen van het zorgzwaartepakket in natura bekostigen. Het gaat niet alleen om thuiswonende kinderen maar ook om andere groepen cliënten die met een verblijfsindicatie thuis wonen. In de hoge ZZP's gaat het om ca. 24.000 cliënten ouder dan 18 jaar die gebruik maken van zorg zonder verblijf (ultimo 2012). Hiervan hebben 16.000 cliënten een ZZP verpleging en verzorging en 8.000 een pakket behorend bij de gehandicaptenzorg. Het gaat om extramuraal zorg die het zorgkantoor inkoop bij de zorgaanbieders. Volgens mijn raming gaat het om een bedrag van € 700 mln. die thuiswonende verblijfsgeïndiceerden aan thuiszorg ontvangen.

In het geval dat er met minder zorgprofielen wordt gewerkt, blijft het mogelijk deze zorgprofielen om te zetten naar een mpt.

De leden van de CDA-fractie vragen hoe zij moeten lezen dat, bij of krachtens algemene maatregel van bestuur (amvb), kosten per mpt-module worden gemaximeerd. Daar wordt vooralsnog niet voor gekozen, zo lezen deze leden. Het kan dan zo zijn dat men enerzijds met een aanbieder te maken heeft (gecontracteerd door het zorgkantoor) en anderzijds zelf moet onderhandelen omdat dit door middel van een pgb (trekkingsrecht) wordt verstrekt. Als men kiest voor een mpt dan krijgt men een totaalbedrag dat niet hoger is dan het pgb. Maar ziet de regering het gevaar dat als men kiest bijvoorbeeld voor dagbesteding in natura waarvan het tarief voor de zorgvrager onbekend is dat men dan niet weet wat men vervolgens aan een pgb-bedrag te besteden heeft voor bijvoorbeeld verpleging en verzorging of dat veel hoger is dan het bedrag dat men krijgt voor het mpt? Erkent de regering dit probleem? Hoe gaat de regering dit probleem oplossen? Moeten instellingen in de toekomst hun tarieven op de site vermelden?

Zorgkantoren dienen cliënten desgevraagd te informeren over de consequenties van de keuze voor bepaalde leveringsvormen. Het zorgkantoor kan daarom de cliënt voorrekenen wat de hoogte van het pgb zal zijn indien dit niet wordt gecombineerd met een mpt en daarnaast aangeven hoe hoog het pgb zal uitvallen indien een deel van de zorg via een mpt wordt geleverd. De budgethouder is verantwoordelijk voor de inkoop van pgb-gefinancierde zorg en hij kan zich op de hoogte laten stellen van de tarieven van instellingen. In dit proces kan ook de cliëntondersteuning een rol spelen. De regering wijst er nog op dat er bij het mpt geen sprake van is dat een cliënt een bedrag krijgt. Deze zorg wordt in natura verstrekt en betaald door het zorgkantoor.

Begrijpen de leden van de CDA-fractie het goed dat een vpt ertoe leidt dat er in instellingen kamers leeg blijven staan? Wat gebeurt er vervolgens met die kamers? In het debat naar aanleiding van de berichtgeving van Nieuwsuur over de wachtlijsten is wel duidelijk geworden hoe onverteerbaar dit is. Denkt de regering ook niet dat hierdoor en doordat er nu een mpt wordt ingevoerd, het vpt in de praktijk op termijn zal gaan verdwijnen?

Het vpt wordt momenteel vrijwel altijd geleverd in een geclusterde setting als een vorm van "scheiden van wonen en zorg" binnen een instelling. Daarmee vormt het vpt juist één van de mogelijkheden om kamers te vullen in plaats van leeg te laten staan. Voordeel van het scheiden van wonen en zorg is dat daarmee een relatie komt tussen hoogte van de huur die de cliënt betaalt en de kwaliteit van de woonomgeving. Cliënten kunnen daarbij – binnen hun financiële mogelijkheden – zelf keuzes maken hoe ze willen wonen. De zorgverlening (inclusief eten en drinken en schoonmaken) wordt in het vpt als integraal pakket aangeboden. De regering is van mening dat in de toekomst naast een vraag naar het mpt ook een vraag zal blijven naar het vpt.

De regering heeft enerzijds het voornemen om de Wlz per 1 januari 2015 in te voeren. Kan de regering aangeven hoe ver de zorgkantoren zijn met de voorbereiding op deze grote stelselwijziging vragen de leden van de CDA-fractie. Zeker gezien de tweede nota van wijziging met een nieuwe leveringsvorm, het mpt. Iedere 'klant' die geïndiceerd wordt voor Wlz-zorg, kent enige vorm van zorg, die tot dan toe geleverd wordt door een aanbieder die gefinancierd wordt vanuit de gemeente en/of zorgverzekeraar. Als het zorgkantoor eerst met iedere klant een bewustkeuzegesprek moet houden, is de regering dan niet bang dat een snelle inzet lang – te lang – op zich laat wachten? Wat is de toegevoegde waarde voor een Wlz-geïndiceerde klant als hij eerst met het zorgkantoor spreekt en vervolgens aan de aanbieder, die feitelijk de zorg levert, alles nogmaals uitlegt? Is dat niet dubbel op? Zo ja, hoe gaat dat voorkomen worden?

Ik ben permanent in overleg met (onder andere) de zorgkantoren over de voorbereiding van de Wlz en verantwoorde invoeringstermijnen. Ik heb de Kamer daarover met mijn brief van 27 juni jl. geïnformeerd. Het mpt zal in 2015 de vorm hebben van zorglevering in functies en klassen. Deze vorm kennen we ook in de huidige AWBZ-praktijk en daarmee zijn de extra werkzaamheden beperkt. Ook in de huidige praktijk ligt aan het invullen van de verblijfszorg een beslissing van het zorgkantoor ten grondslag en daarbij moet het zorgkantoor weten wat de wensen van de cliënten zijn. In de praktijk zal bij de afweging die het zorgkantoor maakt of verantwoorde en doelmatige zorgverlening in de vorm van een mpt mogelijk is zowel de wens van de cliënt als het oordeel van zorgverleners of dat verantwoord is een rol spelen. Indien de cliënt al overeenstemming heeft bereikt over de invulling van zijn zorgplan en de zorgaanbieder heeft geoordeeld dat dit verantwoord is, dan is dat ondersteunend aan de beslissing die het zorgkantoor hierover moet nemen. Een bewustkeuzegesprek is in dergelijke gevallen niet noodzakelijk als het zorgkantoor van mening is dat het een dergelijk gesprek niet nodig heeft om een goede beslissing te kunnen nemen.

Het is goed dat de Wlz uitgaat van een onafhankelijke indicatiestelling. De leden van de CDA-fractie zijn daar een voorstander van zeker gezien vanuit de positie van de cliënt. Maar deze leden zien bij de meerzorgaanvraag dat het zorgkantoor de zorgvraag beoordeelt. Waarom heeft de regering hiervoor gekozen? Waarom is er niet voor gekozen ook het Centrum indicatiestelling zorg (CIZ) deze aanvragen te laten beoordelen, waarbij deze het advies van het Centrum voor Consultatie en Expertise (CCE) kan inroepen als er bijvoorbeeld gedragsproblemen zijn?

Bij de zwaarste zorgvragers is niet uitsluitend een beoordeling van cliëntkenmerken aan de orde, maar juist ook van de context waarin de zorg wordt geleverd. Bij deze cliënten heeft de betreffende zorgaanbieder behoefte aan (intercollegiaal) advies en extra expertise om de zorg voor de cliënt zo goed mogelijk in te richten. Als er meer zorg nodig is dan wordt deze niet zozeer uit hoofde van het individuele recht toegekend (dat is er immers al via het indicatiebesluit), maar uit hoofde van extra bekostiging voor de instelling. Het CCE adviseert hierin en heeft daarmee jarenlange ervaring. Het CCE bekijkt bij de noodzaak tot meerzorg naar aspecten als personeelssamenstelling (opleidingsniveau, ziekteverzuim), groepssamenstelling, behandelmethodieken, ontwikkelingsperspectief en huisvesting. Het CIZ daarentegen heeft de taak om de aanspraak op zorg vast te stellen en doet dit op basis van individuele cliëntkenmerken. Omgevingsfactoren worden hierin niet meegewogen. Bij het bepalen van de omvang van de meerzorg zijn omgevingsfactoren juist van cruciaal belang. Omdat het een inhoudelijke vraag betreft die eventueel recht geeft op extra bekostiging voor de instelling is in de Wlz geregeld dat de mogelijkheid om meerzorg te geven een verantwoordelijkheid is van de Wlz-

uitvoerder. De huidige AWBZ-lijn wordt hiermee voortgezet. In de AWBZ besluit de zorgverzekeraar op grond van Regeling zorgaanspraken of er sprake is van meerzorg. De zorgverzekeraar doet dat op basis van een advies van het CCE. Wlz-uitvoerders nemen besluiten op basis van advies van het CCE.

De leden van de CDA-fractie lezen vervolgens dat vanaf 2016 het budget voor de huishoudelijke verzorging voor de mpt-cliënten aan het Fonds langdurige zorg wordt toegevoegd. Kan de regering om en nabij aangeven hoe groot dat bedrag zal zijn?

In 2016 zal er sprake zijn van een verschuiving van budget vanuit het Gemeentefonds naar de Wlz. In overleg met de gemeenten (VNG) zal - op basis van het aantal cliënten dat gebruik maakt van het mpt en op basis van gegevens over het gemiddeld beroep dat cliënten doen op huishoudelijke hulp vanuit de gemeenten - een raming en afspraken worden gemaakt over de overheveling van middelen. Dit zal een onderdeel zijn van de monitoring van de hervorming van de langdurige zorg en ondersteuning.

In hoofdstuk 3 van de toelichting maakt de regering er melding van dat er toch niet is gekozen een totaal budget voor de Wlz vast te stellen maar dit toch onder te verdelen in een kader voor zorg in natura (€ 16,9 miljard) en een kader voor de pgb's (€ 900 miljoen). De regering stelt verder dat mocht er gedurende het jaar blijken dat de initiële verdeling een aanpassing behoeft, er dan tussen regionale deelbudgetten of tussen regio's geschoven kan worden met budget. In theorie begrijpen de leden van de CDA-fractie dit wel, maar de praktijk heeft de afgelopen jaren toch anders uitgewezen. Denkt de regering dat regio's gemakkelijk onderling financiële middelen zullen en/of kunnen uitwisselen? Dreigt het pgb-plafond te worden bereikt, dan zal worden nagegaan of het mogelijk is om onbenutte financiële ruimte (binnen de eigen regio, van andere regio's of landelijk nog beschikbaar voor zover op landelijk niveau buiten de initiële verdeling gehouden) in te zetten en als dat dan niet zo gemakkelijk lukt, wat dan? En welk bedrag is de regering voornemens nog op 'de Wlz-plank' te houden?

De NZa zal het totale uitgavenniveau (pgb en zorg in natura) monitoren en daarover in mei 2015 een rapport uitbrengen. Op basis van dit rapport kunnen zowel binnen de zorgkantorregio's als tussen zorgkantorregio's onderling de budgetruimtes voor zorg in natura en pgb worden bijgesteld. Op deze wijze kan optimaal gebruik worden gemaakt van de beschikbare middelen. Uit de uitvoeringspraktijk van de AWBZ blijkt dat de zorgkantoren de afgelopen jaren onderling hun budgetten hebben herschikt om regionale knelpunten op te lossen. Er is geen aanleiding om te veronderstellen dat dit niet in de Wlz wordt voortgezet. Om de herverdeling te kunnen faciliteren is in de brief aan de NZa over de budgetruimte 2015 Wlz (gevoegd als bijlage bij de brief aan de Kamer van 27 juni jl.) een bedrag van € 100 mln. gereserveerd aan herverdelingsmiddelen. Daarnaast bestaat de mogelijkheid om in 2015 de margeregeling in te zetten en/of de budgetten ook na 1 november 2015 nog te herschikken.

In de toelichting staat: 'Dit laat uiteraard onverlet dat de voorwaarden voor het mpt van toepassing zijn, zodat het pakket kan worden beëindigd indien het volgens het zorgkantoor op enig moment niet meer verantwoord of doelmatig thuis kan worden verleend of indien de samenstelling niet meer tot verantwoorde of doelmatige zorg zal leiden.' De eerste vraag is wie de voorwaarden hiervoor vaststelt. De leden van de CDA-fractie begrijpen namelijk uit de zinsnede dat de regering hier een duidelijk punt wil maken.

Vervolgens vragen deze leden of de regering een duidelijke omschrijving kan geven van wat er met verantwoorde en doelmatige zorg thuis precies wordt bedoeld, en in hoeverre de regering enige ondoelmatigheid toelaatbaar vindt. Geldt dit alleen voor kinderen met een zware zorgvraag of kan de regering hier meer voorbeelden van geven? En is de regering van mening dat de huidige toegangscriteria voor toegang tot de Wlz voldoende zijn toegerust voor de indicatiestelling van kinderen? En hoe groot is de zeggenschap van de cliënt zelf en zijn familie in dezen?

Wat er met verantwoorde zorg thuis wordt bedoeld, is zorg van goed niveau, die in ieder geval doeltreffend, doelmatig en cliëntgericht wordt verleend en die afgestemd is op de reële behoefte van de cliënt. Het is aan het zorgkantoor om te toetsen of aan randvoorwaarden voor de levering van verantwoorde zorg in de thuissituatie kan worden voldaan. De regering hecht er aan te benadrukken

dat uiteindelijk de zorgaanbieder verantwoordelijk is voor het leveren van verantwoorde zorg. De Inspectie houdt daar toezicht op. Van zorgaanbieders kan niet gevraagd worden om zorg te organiseren in thuissituaties die niet verantwoord zijn. Een voorbeeld van onverantwoorde zorg thuis is wanneer de omgeving van de thuissituatie zodanig is ingericht, dat de cliënt onnodige beperkingen moet ondergaan. Bijv. een sterke drang tot dwalen, maar een kleine huiskamer in combinatie met valgevaar en geen mogelijkheid om onder begeleiding naar buiten te gaan. Of het nodig hebben van gespecialiseerde zorg/apparatuur die de thuiszorg niet kan leveren. Hierover zal allereerst de zorgaanbieder zich een oordeel vormen. De zorgaanbieder dient het ook aan te geven bij het zorgkantoor indien zij van mening is dat de zorg thuis onverantwoord is.

De toegangscriteria voor de Wlz zijn algemeen geldend, onafhankelijk van leeftijd en doelgroep, en daarmee voldoende toegerust op de indicatiestelling van kinderen. De cliënt en zijn familie hebben binnen de mogelijkheden van de Wlz, zeggenschap over de invulling van zorg en de vorm waarin die geleverd wordt. Hierbij geldt het principe van 'ja, tenzij'. Het zorgkantoor moet in voorkomende gevallen aantonen dat zorg thuis niet verantwoord is.

Voor wat betreft de zorg voor kinderen en de vraag naar aanvaardbare kosten in de thuissituatie, ben ik van mening dat de huidige mogelijkheden voor het realiseren van zorg in de thuissituatie in stand moeten blijven. De Kamer heeft hierover een aantal amendementen ingediend. Graag bespreek ik de met de Kamer tijdens de aanstaande plenaire behandeling van het wetsvoorstel hoe dit doel kan worden bereikt.

De leden van de CDA-fractie maken zich wel zorgen over de praktische uitvoering van het een en ander. De nieuwe Wmo, de Jeugdwet, de overheveling van de verpleging en verzorging naar de Zvw en nu de nieuwe Wet langdurige zorg. Zal door de snelheid van invoering dit in de praktijk niet leiden tot afbakeningsproblemen? Ziet de regering dit gevaar en heeft de regering de risicogroepen goed in beeld?

De hervorming van de langdurige zorg leidt tot een vereenvoudiging van het stelsel van zorg en ondersteuning. Door de nieuwe ordening vermindert voor veel burgers het aantal terreinen van waaruit zorg en ondersteuning wordt geboden. De herordening van de langdurige zorg is erop gericht optimaal te faciliteren dat mensen – ook op hogere leeftijd of met een beperking - zo lang mogelijk zelfstandig (kunnen) blijven wonen. Om dit te bereiken zal er in veel gevallen sprake zijn van combinaties van zorg en ondersteuning. Zorgaanbieders, zorgverzekeraars en gemeenten maken hierover domeinoverstijgende samenwerkingsafspraken. Naast het stimuleren van samenwerking dient ook "afschuifgedrag" te worden tegengaan. Hiertoe zijn de aanspraken (zoals de aanspraak wijkverpleging) en de toegangscriteria tot de Wlz duidelijk omschreven en afgebakend en is de toegang tot de Wlz op basis van objectieve criteria en strikte indicatiestelling vormgegeven. Met de brief van 28 maart jl. over de transitie van de langdurige zorg is de Kamer geïnformeerd over de werkafspraken die partijen hebben gemaakt om de transitie van de langdurige zorg zoveel mogelijk voorspelbaar, beheersbaar en zorgvuldig te laten verlopen. Een van de doelstellingen hiervan is de continuïteit van ondersteuning en zorg - binnen de wettelijke kaders – op lokaal niveau te borgen en negatieve gevolgen voor burgers zoveel mogelijk te beperken. Onderdeel hiervan vormt soepele overgang en overdracht op persoonsniveau om te voorkomen dat cliënten tussen wal en schip vallen.

Begrijpt de regering de zorg van de leden van de CDA-fractie? Als voorbeeld stellen deze leden dat kinderen op de scheidslijn van Wlz-zorg en de nieuwe Jeugdwet kunnen 'vallen'. Hoe garandeert de regering genoemde leden dat deze kinderen en ouders niet tussen wal en schip vallen? Waar kunnen deze mensen duidelijkheid krijgen over waar ze moeten zijn?

De toegang tot de Wlz is er ook voor kinderen, als duidelijk is dat de beperkingen of aandoeningen van het kind maken dat het blijvend is aangewezen op permanent toezicht en 24 uur per dag zorg in de nabijheid en er geen sprake meer is van gebruikelijke zorg. Tot dat moment is het kind aangewezen op zorg en ondersteuning zoals de Jeugdwet of de Zvw die bieden. Ouders zullen via de gemeente of via

de behandelaar van hun kind duidelijkheid krijgen waar ze moeten zijn. In die situaties waarbij mensen ondersteuning nodig hebben bij het verkrijgen van duidelijkheid, heb ik geregeld dat zij bij hun gemeente een beroep kunnen doen op kosteloze, onafhankelijke cliëntondersteuning.

Diverse cliëntenorganisaties vinden het noodzakelijk dat in de wet verankerd wordt dat een verzekerde kan kiezen tussen een persoonsgebonden of een persoonsvolgend budget. Als de verzekerde zijn zorg en ondersteuning niet zelf kan of wil regelen kan hij zijn zorgkantoor vragen een totaalpakket voor hem in te kopen. Deze verschillende financieringsvormen moeten uitgetoetst worden onder de nieuwe wet. Wat vindt de regering van het verzoek van de cliëntenorganisaties om het experimenteerartikel in de Wlz hiermee uit te breiden? Graag ontvangen de leden van de CDA-fractie een uitgebreide toelichting.

De Wlz geeft meerdere mogelijkheden aan de cliënt om de zorg te regelen op een manier die het beste bij hem past. Met name door het opnemen van het modulair pakket thuis is er meer flexibiliteit voor de cliënt om de zorg te regelen op een manier die voor hem het best passend is. Dit wordt nog versterkt doordat ook de combinatie van het modulair pakket thuis en een persoonsgebonden budget mogelijk is. Persoonsvolgendheid wordt zo nog meer vormgegeven. In de Wlz is immers al sprake van persoonsvolgendheid, omdat de indicatie die de cliënt ontvangt voor hem persoonlijk is en van invloed is op het budget van de zorgaanbieder. Er wordt nu al met nog meer vormen van persoonsvolgendheid geëxperimenteerd, bijvoorbeeld door Actiz. Dit wordt ook ondersteund door 'In voor zorg'. Doelstelling van deze experimenten is om meer inzicht te krijgen in de gevolgen van verschillende vormen van persoonsvolgendheid. In de Wlz is in tegenstelling tot de AWBZ een experimenteerartikel opgenomen. Het experimenteerartikel biedt de mogelijkheid tot het experimenteren met diverse leveringsvormen. Een uitbreiding is dan ook niet noodzakelijk.

Vanaf 2016 zal het budget voor de huishoudelijke verzorging voor de hier bedoelde cliënten aan het Fonds langdurige zorg worden toegevoegd, zo lezen de leden van de CDA-fractie. Om hoeveel geld gaat het hier? In paragraaf 7.1 lezen deze leden dat de subsidies voor de zorginfrastructuur ten laste komen van hetzelfde Fonds langdurige zorg. Kan de regering een overzicht geven van de reeds bekende voedingen en onttrekkingen aan dit fonds?

Alle gelden ten bate van de langdurige zorg en uitgaven aan zorg lopen via het Fonds langdurige zorg. De voeding van het fonds zal plaatsvinden door de inning van premies, de rijksbijdrage en de BIKK-bijdragen. De onttrekkingen aan het fonds bestaan uit alle uitgaven met betrekking tot de Wlz (zoals de zorguitgaven, de beheerskosten en de subsidies ADL en zorginfrastructuur). Het totaaloverzicht is opgenomen in het Financieel Beeld Zorg, dat onderdeel is van de VWS-begroting die de Kamer op Prinsjesdag ontvangt.

Omdat de Wlz zo op voor de uitvoering essentiële onderdelen grotendeels zal lijken op de AWBZ, zijn de uitvoeringsinstanties onder meer in staat gesteld om te beginnen met de inkoop van de zorg die in 2015 verzekerd zal zijn. Als de Wlz dan zo'n gelijkenis vertoont met de AWBZ, waarom dan toch deze enorme stelselwijziging? De leden van de PVV-fractie vragen ook, waarom op de vragen van deze leden om op een aantal zaken de AWBZ aan te passen, het antwoord is gegeven, dat dat niet kan.

Met de brief van 27 juni jl. is de Kamer geïnformeerd over de uitvoering van de langdurige zorg in 2015. In die brief is toegelicht dat, omwille van een tijdige en voorspelbare zorginkoop, in het overgangsjaar 2015 geen wezenlijke veranderingen worden doorgevoerd ten opzichte van de AWBZ. Dit laat onverlet dat de Wlz duidelijke meerwaarde heeft ten opzichte van de huidige wet. Zo is in de Wlz een aantal basisrechten van de cliënten wettelijk verankerd, zoals de toegangscriteria, de zorgaanpakken, de zorgplanbespreking en de leveringsvormen (o.a. het pgb). Daarnaast stimuleert de Wlz zorgvernieuwing en wordt de cliënt meer centraal gesteld. De Wlz bevat bovendien verbeteringen die deels al in 2015 ingaan (zoals het indiceren in zorgprofielen, toetsing in persoon van de zorgvraag door het CIZ en meer grip op zorgkantoren) en een agenda voor verbeteringen die gaandeweg worden doorgevoerd (o.a. de bekostiging).

De leden van de D66-fractie constateren dat met de tweede nota van wijziging een nieuwe leveringsvorm wordt geïntroduceerd, het modulair pakket thuis, dat aansluit bij de huidige systematiek van functies en klassen onder de AWBZ. Hoewel deze leden het toejuichen dat er hiermee ook onder de Wlz meer ruimte komt voor flexibiliteit en de combinatie van zorg in natura en een persoonsgebonden mogelijk blijft, wordt het hiermee voor hen niet overzichtelijker waarop een verzekerde in de verschillende leveringsvormen nu wel en geen recht heeft of aanspraak kan maken. Zij verzoeken de regering daarom, in de vorm van een tabel, voor de vier leveringsvormen afzonderlijk (zorg in natura met verblijf, volledig pakket thuis, modulair pakket thuis, en persoonsgebonden budget) een overzicht te geven van:

1. de vormen van verzekerde zorg (zoals bepaald in artikel 3.1.1) waarop een verzekerde aanspraak kan maken;
2. de vormen van zorg waarvoor de verzekerde zelf verantwoordelijk is (eventueel met ondersteuning van een mantelzorger);
3. de vormen van zorg en ondersteuning die de verzekerde ontvangt van andere partijen, zoals de zorgverzekeraar of gemeente;
4. de hoogte en wijze van vaststelling van de eigen bijdrage.

Invulling verzekerd pakket

Onderstaand schema maakt inzichtelijk hoe het verzekerd recht per leveringsvorm is ingevuld. Bij de keuze van de cliënt om niet in een instelling te verblijven is de cliënt zelf verantwoordelijk voor zijn verblijf en indien hij kiest voor een MPT en PGB is hij ook zelf verantwoordelijk voor de maaltijden. Bij een VPT zijn de maaltijden een onderdeel van het (volledige) pakket.

Soort zorg	Verblijf met Behandeling	Verblijf zonder Behandeling	VPT	MPT	PGB
Wonen in een instelling	X	X	⁻¹	⁻¹	⁻¹
Logeren in een instelling	⁻¹	⁻¹	X	X	X
PV, VP, BG	X	X	X	X	X
Specifieke/WLZ- behandeling	X	X	X	X	X
Algemeen medische behandeling	X	⁻²	⁻²	⁻²	⁻²
Vervoer naar dagbesteding	X	X	X	X	X
Mobiliteitshulpmiddelen (rolstoel)	X	⁻³	⁻³	⁻³	⁻³
Huishoudelijke verzorging	X	X	X	⁻³	X
Maaltijden	X	X	X	⁻⁴	⁻⁴

1 = situatie is n.v.t.

2 = via Zvw

3 = 2015: via Wmo, daarna: Wlz

4 = cliënt zelf

Eigen Bijdrage

De Eigen bijdrage-heffing blijft gebaseerd op het inkomen en het vermogen van de cliënt. In vergelijking met de AWBZ is gekozen voor een vereenvoudiging, waarbij de huidige vier verschillende systematieken in de AWBZ (intramuraal hoog, intramuraal laag, extramuraal en pgb-systematiek) worden teruggebracht tot twee (hoog en lage intramurale eigen bijdrage). In 2015 wijzigt voor alleen de budgethouders de systematiek: de specifieke pgb-eigen bijdrage heffing wordt vervangen door een heffing op basis van een lage intramurale eigen bijdrage met aftrek (van € 136). De aftrek bij pgb en (vanaf 2016) mpt geldt, omdat de cliënt bijvoorbeeld zelf verantwoordelijk is voor de maaltijden.

Overzicht systematiek van Eigen bijdrage naar leveringsvorm

Leveringsvorm	Systematiek Eigen Bijdrage
Zorg met verblijf	Hoge/lage intramurale Eigen Bijdrage
Zorg in natura thuis met vpt	Lage intramurale Eigen Bijdrage
Zorg in natura thuis met mpt	2015: extramurale Eigen Bijdrage Daarna: lage intramurale eigen bijdrage met aftrek (conform pgb)
Pgb	Lage intramurale Eigen Bijdrage met aftrek

De leden van de D66-fractie lezen dat de kosten van het mpt (of een combinatie van het mpt en het pgb) niet hoger mogen zijn dan het bekostigingsbedrag dat de cliënt had ontvangen in het geval hij voor een pgb had gekozen. Zij vragen de regering om een nadere toelichting op deze maximering. Waarom is hiervoor gekozen? Welke waarborgen biedt de regering dat de tarieven toereikend zijn? In hoeverre wijkt deze bepaling af van de huidige AWBZ-praktijk en de levering in 'functies' en 'klassen'? Wat betekent dat voor het overgangsrecht van reeds bestaande cliënten?

Cliënten die kiezen voor een pgb of mpt, zien daarmee af van het verblijf in een instelling inclusief de daarin geleverde verblijfszorg (o.a. eten en drinken). Uitgangspunt voor de bekostiging van beide leveringsvormen is het zzp-tarief, gecorrigeerd voor de bovengenoemde kosten van verblijf en verblijfszorg. Hiermee wordt een gelijk speelveld gecreëerd: het bedrag dat beschikbaar is voor zorg is voor alle leveringsvormen gelijk. Cliënten die kiezen voor een pgb of mpt betalen zelf hun woonlasten (en ontvangen indien van toepassing huurtoeslag) en maaltijden. Om die reden betalen zij ook een aanzienlijk lagere eigen bijdrage dan cliënten die in een instelling verblijven.

In de huidige AWBZ-praktijk wordt gewerkt met een "vertaaltabel" om de zorg om te zetten naar zorglevering in functies en klassen. In die vertaaltabel wordt rekening gehouden met het aantal uren zorg dat gemiddeld genomen geleverd wordt in een instelling. In de huidige AWBZ-praktijk nemen cliënten gemiddeld genomen in de thuissituatie minder zorg af dan volgens de vertaaltabel mogelijk zou zijn. Daardoor liggen de kosten die daadwerkelijk worden gemaakt voor cliënten die met hun verblijfsindicatie zorg ontvangen op basis van functies en klassen onder de tarieven van het vpt en het pgb. Voor bestaande cliënten geldt dat het zorgkantoor niet expliciet toetst of de zorgverlening verantwoord en doelmatig is, maar de bestaande omvang van de zorgverlening in functies en klassen omzet in een mpt.

De leden van de D66-fractie lezen dat het mpt alleen wordt toegekend indien de thuisomgeving het mogelijk maakt dat de zorg daar verantwoord en doelmatig kan worden geleverd. Zij vragen de regering nader in te gaan op wat in dit verband precies onder 'verantwoord' en 'doelmatig' dient te worden verstaan. Deze leden constateren voorts dat het aan de Wlz-uitvoerder is om te bepalen in hoeverre verantwoorde en doelmatige levering mogelijk is. Op basis van welke criteria zal de Wlz-uitvoerder dit moeten vaststellen? Wat gebeurt er op het moment dat er verschil van inzicht bestaat tussen een verzekerde en zijn of haar vertegenwoordigers enerzijds, en de Wlz-uitvoerder anderzijds? Wie heeft uiteindelijk het 'laatste woord', hoe worden de eigen regie en keuzevrijheid van de cliënt daarbij geborgd, en hoe verhoudt dit zich – ook juridisch – tot de zorgplicht van de Wlz-uitvoerder?

Als invulling van het begrip doelmatig wordt een grens aan de kosten gehanteerd die is gemaximeerd op het bekostigingsbedrag dat iemand gezien zijn zorgprofiel zou ontvangen indien hij voor een pgb

zou hebben gekozen. Wat er met verantwoorde zorg thuis wordt bedoeld, is zorg van goed niveau, die in ieder geval doeltreffend, doelmatig en cliëntgericht wordt verleend en die afgestemd is op de reële behoefte van de cliënt. Het is aan het zorgkantoor om te toetsen of aan randvoorwaarden voor de levering van verantwoorde zorg in de thuissituatie kan worden voldaan. De regering hecht er aan te benadrukken dat uiteindelijk de zorgaanbieder verantwoordelijk is voor het leveren van verantwoorde zorg. Van zorgaanbieders kan niet gevraagd worden om zorg te organiseren in thuissituaties die niet verantwoord zijn. Een voorbeeld van onverantwoorde zorg thuis is wanneer de omgeving van de thuissituatie zodanig is ingericht, dat de cliënt onnodige beperkingen moet ondergaan. Bijvoorbeeld een cliënt met een sterke drang tot dwalen met een kleine woning in combinatie met valgevaar en geen mogelijkheid om onder begeleiding naar buiten te gaan. Of het nodig hebben van gespecialiseerde zorg/apparatuur die de thuiszorg niet kan leveren. Hierover zal allereerst de zorgaanbieder zich een oordeel vormen en de Inspectie toetst daarop. De zorgaanbieder dient het ook aan te geven bij het zorgkantoor indien zij van mening is dat de zorg thuis onverantwoord is. Een besluit van het zorgkantoor is vatbaar voor bezwaar en (hoger) beroep waarmee de rechter in laatste instantie het laatste woord heeft. Dit ontslaat het zorgkantoor echter niet van de plicht om, ook in het geval van een conflict – binnen redelijke grenzen – zorg te blijven verlenen. Ik sta derhalve een benadering voor waarin de cliënt het laatste woord heeft tenzij dit onaanvaardbare risico's oplevert.

De leden van de D66-fractie lezen dat voor cliënten met een mpt geen verplichte zorgplanbespreking geldt. De regering acht dit praktisch onuitvoerbaar, omdat er sprake zou kunnen zijn van meerdere zorgaanbieders. Waarom zou een persoonlijk plan, opgesteld door de verzekerde en/of zijn vertegenwoordigers, niet kunnen voorzien in meerdere zorgaanbieders? Een dergelijk plan zou het uitgangspunt kunnen zijn voor de zorg en zorginkoop. Deze leden verzoeken de regering hierop nader te reflecteren.

Er is inderdaad geen sprake van een verplicht door het zorgkantoor goed te keuren zorgplan bij het mpt. Wel is er sprake van een bewustekeuzegesprek, waarbij de cliënt natuurlijk het gesprek aan kan gaan over de manier waarop hij zijn zorg wenst in te vullen en zijn persoonlijke zorgplan kan inbrengen. Een zorgplan bevat afspraken tussen de cliënt en één zorgaanbieder. Aangezien bij een mpt meerdere zorgaanbieders een rol spelen is ervoor gekozen hierbij niet met een overkoepelend plan te werken. Bij zorg in natura, waaronder het mpt, kan de cliënt een keuze maken tussen de aanbieders waarmee het zorgkantoor een contract heeft afgesloten. Op het moment van het accorderen van het zorgplan van een individuele cliënt, is de aanbestedingsprocedure voor de zorginkoop al afgerond. Dit neemt niet weg dat bij de inkoop en bij het maken van productieafspraken de voorkeuren van cliënten een belangrijke rol spelen.

De leden van de GroenLinks-fractie maakten zich zorgen over de gevolgen van het ontbreken van de mogelijkheid om zorg in natura en het persoonsgebonden budget met elkaar te kunnen combineren. Immers, in de Wet langdurige zorg staat maatwerk voorop en het niet kunnen combineren van verschillende leveringsvormen van zorg deed daar afbreuk aan. Is het modulair pakket thuis een afdoende antwoord op de belemmeringen in het oorspronkelijke voorstel, zo vragen deze leden. Daarbij doelen genoemde leden met name op de beperking dat de kosten van een modulair pakket thuis niet hoger mogen zijn dan die van het pgb. De leden van de GroenLinks-fractie krijgen graag meer duidelijkheid wat dit feitelijk voor budgethouders gaat betekenen. Is het voor hen financieel wel haalbaar om het persoonsgebonden budget en zorg in natura via het modulair pakket thuis te organiseren? Wat betekent het financieel bijvoorbeeld voor een persoon die nu een pgb heeft op basis van LG zzp 5, die vervoer en dagbesteding door middel van het modulair pakket thuis wil inkopen en de rest van de zorg via een pgb? Wat houdt hij aan pgb over?

Is bijvoorbeeld gekeken op basis van de mensen die op dit moment het pgb en zorg in natura combineren, wat het budgettair zou betekenen wanneer voor die zorg in natura een hoger tarief mogelijk blijft, zo vragen de leden van de GroenLinks-fractie.

In de tweede Nota van Wijziging is geregeld dat pgb en zorg in natura (via een mpt) gecombineerd kunnen worden. Hiermee wordt meer flexibiliteit gecreëerd voor budgethouders ten opzichte van het oorspronkelijke wetsvoorstel. Mijn doel is de huidige mogelijkheden voor het combineren van zorg in natura en pgb in stand te houden. Daar waar budgethouders desondanks nog in deze mogelijkheden worden beperkt, zal ik nader bezien hoe dit in lagere regelgeving kan worden opgelost.

De leden van de GroenLinks-fractie vragen of er gekeken is naar mogelijkheden om mensen die kiezen voor combinatie van zorg in natura en het pgb via het modulair pakket thuis, daarvoor in het budget te compenseren, aangezien zorg in natura in de regel duurder is dan zorg via het pgb. Is bijvoorbeeld gedacht om de maximale hoogte van het modulair pakket thuis te maximeren op de hoogte van het eventuele beschikbare budget voor het volledig pakket thuis? Wat zou dat voor budgettaire consequenties hebben?

Cliënten die kiezen voor het vpt krijgen het gehele pakket vanuit de instelling, inclusief de maaltijdvoorziening. Cliënten die kiezen voor het mpt zien bewust af van dit laatste. Om die reden zijn er verschillen in de tariefstelling tussen het vpt en het mpt.

De leden van de SGP-fractie vragen of de regering van mening is dat de cliënt vrijheid toekomt om te kiezen voor vpt, mpt of pgb, zolang aan de wettelijke waarborgen wordt voldaan. Zij vragen of de regering voornemens is de wettelijke bepalingen in die zin aan te passen, namelijk dat het zorgkantoor niet langer de vrijheid heeft de keuze van de cliënt te negeren wanneer sprake is van een doelmatig en verantwoord zorgaanbod en overigens aan alle wettelijke voorwaarden is voldaan.

De regering stelt voor in de Wlz te verankeren dat de cliënt recht heeft om te kiezen tussen de leveringsvormen zorg in een instelling, vpt, pgb of mpt. Het zorgkantoor heeft dan geen vrijheid om die voorkeur te negeren, maar moet deze respecteren en volgen. Voorwaarde is wel dat de zorgverlening doelmatig en verantwoord is. Op deze randvoorwaarden toetst het zorgkantoor en indien daaraan is voldaan, dient het zorgkantoor de wens van de cliënt te volgen. Uiteraard moet er ook een zorgaanbieder zijn die bereid is de zorg in de gevraagde vorm te leveren. Indien cliënt en zorgkantoor niet tot overeenstemming kunnen komen over de vraag of zorgverlening in de thussituatie doelmatig en verantwoord is, staan bezwaar- en beroepsmogelijkheden open.

Het lid van de fractie 50PLUS/Baay constateert dat het mpt geen maaltijdverstrekking omvat, net als de vergelijkbare regeling in de huidige AWBZ. Wie een vpt kiest, heeft wel maaltijdverstrekking in het pakket. Wie een mpt kiest niet. Is deze nieuwe wet niet een uitgelezen kans om dit juist wel te gaan regelen, temeer gezien het feit dat maaltijdverstrekking wel binnen het vpt valt? Is dit verschil tussen deze twee groepen niet onlogisch, gezien het feit dat met het mpt maximale eigen regie wordt beoogd en het in principe mensen met eenzelfde indicatie betreft? Zoals in de toelichting op de tweede nota van wijziging staat: 'Indien dergelijke mantelzorgers aanwezig zijn die de thuiswonende cliënt willen blijven helpen dan is er geen reden om de cliënt niet in de gelegenheid te stellen om af te zien van delen van de zorg die deze mantelzorgers kunnen verlenen'. Maar op deze wijze worden cliënten dus niet eens in de gelegenheid gesteld. Graag ontvangt dit lid een toelichting hierop.

Maaltijdvoorziening kan op vele manieren worden gerealiseerd. Soms kan de cliënt dit nog zelf, soms wordt de cliënt hierbij geholpen door mantelzorgers en daarnaast zijn er boodschappendiensten en maaltijdvoorzieningen zoals "tafeltje dekje". Dat cliënten hierin een keuze kunnen maken, past binnen de eigen regie van cliënten. Het verschil van behandeling van de maaltijdvoorziening binnen mpt en vpt is niet onlogisch, maar vergoot de keuzemogelijkheid die de cliënt geboden krijgt. Ook in de hoogte van de eigen bijdrage wordt rekening met gehouden dat de cliënt in het ene geval wel en in het andere geval geen maaltijden verstrekt krijgt.

De huishoudelijke verzorging die vanuit het mpt wordt geleverd, wordt per 2016 toegekend aan het Fonds langdurige zorg. Hiermee wordt het dus uit het gemeentelijk budget gehaald. Hoe wordt dit verrekend? Vooraf per inschatting? Of achteraf? Graag ontvangt het lid van de fractie 50PLUS/Baay

een toelichting hierop. Overigens wijst dit lid erop dat op deze wijze de gemeentelijke budgetten nog verder zullen slinken. Hoe verhoudt zich dat tot het feit dat nu al blijkt dat veel gemeenten de huishoudelijke verzorging niet meer vergoeden? Graag ontvangt genoemd lid een toelichting.

In overleg met de gemeenten (VNG) zal - op basis van het aantal cliënten dat gebruik maakt van het mpt en op basis van gegevens van het gemiddeld beroep dat cliënten doen op huishoudelijke hulp vanuit de gemeenten - een raming en afspraken worden gemaakt over de overheveling van middelen. Dit zal een onderdeel zijn van de monitoring van de hervorming van de langdurige zorg en ondersteuning.

2. Zorgkantoren verantwoordelijk voor verstrekking persoonsgebonden budget

De leden van de PvdA-fractie begrijpen dat het de voorkeur verdient de uitgaven voor zorg in natura en voor het persoonsgebonden budget in één financieel kader onder te brengen. Deze leden gaan er vanuit dat het regionale subsidieplafond voor het pgb dient als een theoretisch gegeven. Als er binnen de regio meer vraag naar pgb's is zal immers de vraag naar zorg in natura minder zijn en het totale regionale budget voldoende zijn om aan de vraag te voldoen.

Het regionale subsidieplafond voor pgb dient als een kader voor de pgb-uitgaven. Als er binnen de regio meer vraag naar pgb's is dan verwacht, bestaat de mogelijkheid inderdaad, zoals de leden van de PvdA-fractie stellen, om budgetruimte te verschuiven van het zorg in natura budget naar het pgb-budget. Indien en voor zover er sprake is van communicerende vaten zal het totale regionale budget zo voldoende zijn om aan de vraag te voldoen.

De regering wijzigt in deze nota de maatregel dat alle zorgkantoren verantwoordelijk worden voor de verstrekking van pgb's. De leden van de SP-fractie vragen of de regering kan toelichten wat hierbij de verschillen zijn ten opzichte van het eerder ingediende wetsvoorstel.

In het wetsvoorstel zoals dat voor de tweede nota van wijziging luidde, waren de landelijk werkende Wlz-uitvoerders verantwoordelijk voor de verstrekking van de pgb's, ieder voor hun eigen verzekerden. In het wetsvoorstel, zoals dat na de tweede nota van wijziging luidt, zijn de zorgkantoren verantwoordelijk voor de verstrekking van pgb's aan alle verzekerden die in de regio's wonen waarvoor zij als zorgkantoor zijn aangewezen. Dus ook voor de verstrekking van pgb's aan in hun regio's wonende verzekerden van andere Wlz-uitvoerders. Met deze wijziging wordt het mogelijk een werkbaar regionaal plafond aan de pgb-uitgaven te stellen, zodat de kosten van het pgb en zorg-in-natura in de Wlz beheersbaar kunnen worden gehouden.

Er worden voor de pgb's regionale subsidieplafonds ingesteld, onder verantwoordelijkheid van de zorgkantoren. De leden van de PVV-fractie vragen wat de gevolgen zijn als het subsidieplafond bereikt is voor de mensen die zorg nodig hebben. Kunnen deze leden weer pgb-stops verwachten midden in het jaar? Was het wettelijk verankeren van het pgb niet ook een van de redenen om deze stelselwijziging in te voeren? Wat stelt een recht op zorg zo nog voor, zo vragen genoemde leden.

Het regionale subsidieplafond voor pgb dient als een kader voor de pgb-uitgaven. Als er binnen de regio meer vraag naar pgb's is dan verwacht, bestaat de mogelijkheid om budgetruimte te verschuiven van het zorg in natura budget naar het pgb-budget. Indien en voor zover er sprake is van communicerende vaten zal het totale regionale budget voldoende zijn om aan de vraag te voldoen. Het recht op zorg blijft onverminderd van kracht en ook het recht om als leveringsvorm te kiezen voor het pgb.

Op landelijk niveau wordt een kader pgb en zorg in natura vastgesteld. Als de financiële middelen in de ene regio besteed zijn, kunnen er mogelijk middelen uit de andere regio worden ingezet. Het lid van de fractie 50PLUS/Baay vraagt hoe wordt geborgd dat iedereen die een pgb wil en ervoor in aanmerking komt, deze ook krijgt. Wat gebeurt er als het aantal aanvragen onverwacht hoog is? Is het mogelijk dat er mensen tussen de wal en het schip gaan vallen? Graag ontvangt dit lid een toelichting hierop.

Het regionale subsidieplafond voor pgb dient als een kader voor de pgb-uitgaven. Als er binnen de regio meer vraag naar pgb's is dan verwacht, bestaat de mogelijkheid om budgetruimte te verschuiven van het zorg in natura-budget naar het pgb-budget. Ook kan budgetruimte worden verschoven tussen regio's. Dit gebeurt aan de hand van het zogenaamde meiadvis van de NZa, waarin de ontwikkelingen van de zorgvraag ten opzichte van de uitgaven pgb en zorg in natura worden weergegeven. Ik kan de NZa een aanwijzing geven om de budgetten te herverdelen. Hierbij kunnen ook de gereserveerde herverdelingsmiddelen worden ingezet. Indien en voor zover er sprake is van communicerende vaten zal het totale regionale budget voldoende zijn om aan de vraag te voldoen.

Het recht op zorg blijft onverminderd van kracht en ook het recht om als leveringsvorm te kiezen voor het pgb. Wel dient een nieuwe afweging te worden gemaakt voor zowel pgb als zorg in natura als de financiële kaders dreigen te worden overschreden.

3. Hulpmiddelen en woningaanpassingen voor mensen die thuis blijven wonen worden in 2015 nog door de gemeenten verstrekt

De leden van de SP-fractie vinden het onbegrijpelijk dat woningaanpassingen en mobiliteitshulpmiddelen per 2015 niet geregeld worden vanuit de Wlz. Zij vragen de regering hoe het komt dat zorgkantoren niet de benodigde informatie hierover hebben. Hoe gaat de regering voorkomen dat gemeenten weigeren woningaanpassingen en hulpmiddelen te verstrekken in het kader van de Wmo, gezien zij al te maken hebben met een forse bezuiniging op het budget? Krijgen zij hier extra middelen voor? Is de regering bereid de Wlz uit te stellen tot 2016, totdat de woningaanpassingen en hulpmiddelen goed zijn geregeld? Zo nee, waarom niet?

Woningaanpassingen en mobiliteitshulpmiddelen voor mensen die thuis of in een verzorgingshuis wonen, maken wel deel uit van de Wlz, alleen pas vanaf 2016. In 2015 blijft dit, net zoals op dit moment, een taak van de gemeenten. Het beoordelen en verstrekken van hulpmiddelen en woningaanpassingen bij cliënten die thuis verblijven is een nieuwe taak voor zorgkantoren. Voor een verantwoorde uitvoering van deze taak is het nodig een nadere regeling op te stellen ten aanzien van bijvoorbeeld toegang, afbakening en transitie van de thans uitgegeven mobiliteitshulpmiddelen. Daarnaast moeten zorgkantoren inzicht hebben in de omvang van woningaanpassingen en mobiliteitshulpmiddelen voor Wlz-cliënten, zowel in aantallen als in budget. Gebleken is dat het voor gemeenten niet mogelijk is in de registraties toekomstige Wlz-cliënten te onderscheiden van Wmo-cliënten. Hierdoor kunnen de benodigde gegevens niet worden verstrekt aan zorgkantoren. Het jaar 2015 wordt benut om het proces zo in te richten dat zorgkantoren deze taak er 2016 op een verantwoorde manier kunnen uitvoeren.

De verstrekking aan mensen die in aanmerking komen voor een Wlz-indicatie van woningaanpassingen en mobiliteitshulpmiddelen voor mensen die thuis of in een verzorgingshuis wonen, wordt in de huidige situatie ook door gemeenten uitgevoerd. Het budget dat hiermee samenhangt blijft in 2015 ongewijzigd in het gemeentefonds. Aangezien de ondersteuning met woningaanpassingen en mobiliteitshulpmiddelen voor mensen met een Wlz-indicatie in 2015 via de gemeenten is geregeld, zie ik hierin geen aanleiding de Wlz uit te stellen tot 2016.

In 2015 is het voor zorgkantoren nog niet haalbaar de verstrekking van mobiliteitshulpmiddelen en woningaanpassingen aan Wlz-gerechtigden die thuis blijven wonen goed uit te voeren. Reden is dat nog niet alle informatie die nodig is om deze taak uit te voeren voorhanden is en zij hiermee nog geen ervaring hebben. Hetzelfde geldt voor de mobiliteitshulpmiddelen voor mensen die in een instelling wonen maar daar geen Wlz-behandeling ontvangen en voor de roerende woonvoorzieningen die, ter reparatie van een omissie, via deze nota van wijziging voor mensen die thuis wonen onder de dekking van de Wlz worden gebracht. Als de zorgkantoren nog niet klaar zijn voor de taken die ze krijgen, waarom kiest de regering er dan toch voor om deze wet per 1 januari 2015 in te laten gaan en wordt deze wet zo door de Kamer geïmplementeerd, zo vragen de leden van de PVV-fractie. Aangesproken is dat de gegevens over de uitvoering van deze taken in 2015 gebruikt worden om uitvoering van deze taken in 2016 door de Wlz-uitvoerder wel mogelijk te maken. Hoe is het mogelijk dat die gegevens nu nog niet bekend zijn? Hoe verantwoord is het nog om de wet op 1 januari 2015 in te laten gaan? Waarom niet gewoon de huidige AWBZ op bepaalde punten aanpassen?

Het beoordelen en verstrekken van hulpmiddelen en woningaanpassingen bij cliënten die thuis verblijven is een nieuwe taak voor zorgkantoren. Voor een verantwoorde uitvoering van deze taak is het nodig een nadere regeling op te stellen ten aanzien van bijvoorbeeld toegang, afbakening en transitie van de thans uitgegeven hulpmiddelen. Daarnaast moeten zorgkantoren inzicht hebben in de omvang van woningaanpassingen en hulpmiddelen voor Wlz-cliënten, zowel in aantallen als in budget. Gebleken is dat het voor gemeenten niet mogelijk is in de registraties toekomstige Wlz-cliënten te onderscheiden van Wmo-cliënten. Hierdoor kunnen de benodigde gegevens niet bijtijds worden verstrekt aan zorgkantoren. Het jaar 2015 wordt benut om het proces zo in te richten dat zorgkantoren deze taak in 2016 op een verantwoorde manier kunnen uitvoeren.

Een verantwoorde uitvoering van de langdurige zorg is en blijft het uitgangspunt. De regering kiest daarmee voor zorgvuldigheid. In overleg met alle betrokken partijen wordt deze zorgvuldige overgang voorbereid op basis van de condities die zijn genoemd in de brief aan de Kamer van 27 juni jl.. De wens is om de Wlz op 1 januari 2015 in te voeren, omdat de regering van mening is dat de Wlz op een aantal punten een duidelijke meerwaarde heeft ten opzichte van de huidige AWBZ. Zo is in de Wlz een aantal basisrechten van de cliënten wettelijk verankerd, zoals de toegangscriteria, aanspraken, zorgplanbespreking en leveringsvormen (o.a. het pgb). Daarnaast bevat de Wlz een aanpak voor vernieuwing waarbij de cliënt meer centraal wordt gesteld. In de Wlz worden een aantal instrumenten geïntroduceerd die deels al in 2015 ingaan (zoals het indiceren in zorgprofielen, een face to face toetsing van de zorgvraag door het CIZ en meer grip op zorgkantoren) en instrumenten die gaandeweg aan deze nieuwe aanpak worden aangepast (o.a. de bekostiging). Het aanpassen van de AWBZ biedt deze meerwaarde niet. Gelet op de afspraken met het veld om de overgang zorgvuldig te laten plaatsvinden, biedt een eventueel uitstel van de Wlz geen voordelen. Een invoering van de Wlz in 2015 echter wel mogelijkheden om de verbeteringen al in gang te zetten.

4. Wijzigingen in het overgangsrecht, budgetgaranties

De leden van de PvdA-fractie vragen de regering uiteen te zetten wat de mogelijkheden van overbruggingszorg zijn en waarin de Wlz hierin verschilt (of overeenkomt) met de huidige AWBZ in 2015 en in de jaren daarna. Deze leden vinden de tekst en toelichting van de Wlz niet duidelijk.

Indien iemand met een Wlz-indicatie aan het zorgkantoor te kennen geeft dat hij wil gaan verblijven in een instelling dan is het de taak van het zorgkantoor ervoor te zorgen dat dit binnen redelijke termijn gebeurt. De zorgkantoren dienen voldoende intramuraal aanbod te contracteren zodat hun cliënten binnen een redelijke termijn en op redelijke afstand van waar zij wonen of willen gaan wonen, kunnen gaan verblijven. Hiermee voldoen de zorgkantoren aan hun zorgplicht. Het kan zijn dat de cliënt moet wachten totdat er een plek vrij is in een geschikte instelling. Gedurende deze periode krijgt de cliënt thuis overbruggingszorg. Deze overbruggingszorg kan op grond van de Wlz geleverd worden in de vorm van een persoonsgebonden budget, volledig pakket thuis of modulair pakket thuis. Met name het modulair pakket thuis biedt mogelijkheden om de zorg, gedurende de tijd dat wordt gewacht op een plek in een instelling, op maat vorm te geven.

Overbruggingszorg in de huidige AWBZ wordt vaak gegeven door de zzp-indicatie om te zetten in functies en klassen. Functies en klassen en modulair pakket thuis verschillen daarin niet van elkaar. Ook is het in de AWBZ mogelijk om overbruggingszorg in de vorm van een pgb of vpt af te nemen maar hier wordt in de praktijk niet op grote schaal gebruik van gemaakt.

De zorgplicht van het zorgkantoor houdt niet in dat het zorgkantoor ervoor moet zorgen dat iemand in de instelling van zijn voorkeur kan gaan verblijven. Is er geen plek in de instelling van voorkeur beschikbaar, dan dient het zorgkantoor een passend alternatief te bieden. Hiermee voldoet het zorgkantoor aan zijn zorgplicht. Wil de cliënt hiervan geen gebruik maken dan kan hij de zorg thuis ontvangen, mits verantwoord, via een persoonsgebonden budget, volledig pakket thuis of modulair pakket thuis. Vanaf 2015 is het, ongeacht het wettelijke regime (Wlz of AWBZ), voor nieuwe cliënten niet meer mogelijk om als zij wachten op een plek in een instelling van voorkeur, thuis meer zorg te ontvangen dan de zorg die geldt op basis van het vpt, mpt al dan niet in combinatie met een pgb. Deze maximering geldt omwille van rechtsgelijkheid met andere cliënten die kiezen voor zorg in de thuissituatie. Voor cliënten die wachten op een voorkeursplek is in principe passende zorg in een instelling beschikbaar en heeft het zorgkantoor aan zijn zorgplicht voldaan. Dit geldt niet voor cliënten voor wie geen passende plek in een instelling beschikbaar is. In die situatie is het zorgkantoor vanwege zijn zorgplicht gehouden de zorg te verstrekken die thuis nodig is.

In de AWBZ is het wel mogelijk een plek in een voorkeursinstelling af te wachten met meer zorg thuis dan besloten ligt in de indicatie. Cliënten krijgen hun overbruggingszorg in functies en klassen en kunnen gedurende drie maanden (te verlengen met nog eens drie maanden) recht hebben op overbruggingszorg ter hoogte van een bedrag dat niet gebaseerd is op het gemiddelde van de klassen maar op het maximum van de klassen. In uitzonderingsgevallen kan daar bovenop nog extra zorg worden toegekend. Deze mogelijkheid van extra zorg in de situatie dat iemand wacht op een plek in een instelling van voorkeur kennen we niet meer onder de Wlz. Hierin verschillen AWBZ en Wlz dus van elkaar. Om bestaande rechten te honoreren zal voor cliënten die nu nog (op grond van de AWBZ) gebruik maken van deze extra overbruggingszorg, een overgangsregeling gelden die doorloopt tot uiterlijk 1 juli 2015 of zoveel eerder wanneer betrokken gaat verblijven in een instelling. Nieuwe gevallen zullen hiervoor dus niet meer in aanmerking komen.

De leden van de SP-fractie begrijpen niet waarom de regering ervoor kiest dat Wlz-uitvoerders niet controleren of het mpt op een verantwoorde en doelmatige wijze wordt geboden. Kan de regering toelichten waarom zij hiervoor kiest?

De regering kiest ervoor dat het zorgkantoor zich een oordeel vormt of zorgverlening buiten de instelling - voor de cliëntengroep die zich kwalificeert voor de Wlz en dus kwetsbaar is - doelmatig en

verantwoord mogelijk is. Daarvoor wordt ook het bewustekeuzegesprek geïntroduceerd. Dit past bij de grotere verantwoordelijkheid die in de Wlz wordt neergelegd bij Wlz-uitvoerder en zorgkantoor om te waken over de kwaliteit van zorg. In het kader van het overgangsrecht zullen zorgkantoren (vanwege het beperken van administratieve lasten) voor bestaande gevallen niet expliciet een besluit nemen of de zorg doelmatig en verantwoord is. Dat betekent echter niet dat de zorgverlening thuis niet kan worden beëindigd en aangestuurd kan worden op een andere oplossing (bijvoorbeeld in een instelling) indien de zorg thuis volgens de zorgaanbieder niet meer verantwoord zou zijn.

De leden van de SP-fractie hebben meerdere signalen ontvangen dat zorgkantoren zorgbehoevende mensen die op een wachtlijst staan afwentelen vanwege de hoge kosten of deze mensen te weinig thuiszorg bieden, terwijl de zorgbehoefte in werkelijkheid groter is. Het gevolg is dat deze mensen zodanig verslechteren, dat thuiszorg onvoldoende wordt en deze mensen doorgeschoven gaan worden naar de Wlz, terwijl dit voorkomen had kunnen worden. Ontvangt de regering deze signalen ook? Hoe verhoudt dit zich tot de wens van de regering om mensen langer thuis te laten wonen? Hoe gaat de regering dit voorkomen?

De regering heeft dergelijke signalen over de uitvoering van de huidige AWBZ niet ontvangen. De regering wil benadrukken dat het de taak van zorgkantoren is voldoende en passende zorg in te kopen. Daarnaast is afgesproken met aanbieders dat zij bij het zorgkantoor zullen signaleren wanneer er binnen het contract onvoldoende zorg ten opzichte van de zorgbehoefte geleverd kan worden. Na inwerkingtreding van de Wlz zullen de Wlz-uitvoerders er voor hun eigen verzekerden actief op toezien hoe het zorgkantoor de zorginkoop heeft vormgegeven en of het zorgkantoor deze taak goed uitvoert. Wanneer het zorgkantoor deze taken onvoldoende (goed) uitvoert, zal de Wlz-uitvoerder het zorgkantoor daarop aanspreken.

Voorts hebben de leden van de SP-fractie nog een vraag over mensen die een indicatie voor overbruggingszorg (plus) hebben. De regering geeft aan dat deze mensen een garantie krijgen dat zij de indicatie voor overbruggingszorg met uitloop of met uitloop plus kunnen behouden, totdat hun recht op zorg vervalt of totdat zij geplaatst worden in een instelling. Echter, voor mensen die onder de AWBZ maximaal zes maanden overbruggingszorg (met uitloop) ontvangen geldt de garantie niet meer na 1 januari 2015. Deze leden begrijpen niet dat voor deze mensen de garantie vervalt. Kan de regering toelichten waarom zij hiervoor kiest?

Vanaf 2015 is het, ongeacht het wettelijke regime (Wlz of AWBZ), voor nieuwe cliënten niet meer mogelijk om als zij wachten op een plek van voorkeur in een instelling thuis meer zorg te ontvangen dan de zorg die geldt op basis van het vpt, mpt al dan niet in combinatie met een pgb. Deze maximering geldt omwille van rechtsgelijkheid met andere cliënten die kiezen voor zorg in de thuissituatie. Voor cliënten die wachten op een voorkeursplek is in principe passende zorg in een instelling beschikbaar en heeft het zorgkantoor aan zijn zorgplicht voldaan. Dit geldt niet voor cliënten voor wie geen passende plek in een instelling beschikbaar is. In die situatie is het zorgkantoor vanwege zijn zorgplicht gehouden de zorg te verstrekken die thuis nodig is.

De leden van de SP-fractie hebben nog een aantal vragen over het pgb. De regering geeft aan dat mensen die tot 2015 wegens gestapelde functies en klassen een hoog pgb hebben, geen garantie krijgen dat zij het hoge budget kunnen behouden. Kan de regering nader toelichten hoe het komt dat functies en klassen gestapeld zijn? In hoeverre kunnen deze mensen geen hoog pgb behouden? In hoeverre zal het pgb verlaagd worden en welke consequenties heeft dit voor mensen die een pgb hebben? Kan de regering hierop een uitgebreide toelichting geven?

De leden van de CDA-fractie hebben aangegeven dat de regering stelt dat bij en krachtens het Besluit langdurige zorg (Blz) te stellen reguliere regels over de hoogte van het pgb naar verwachting zullen leiden tot lagere pgb's. Deze leden vragen of de regering kan aangeven hoeveel lager het pgb in 2015 zal zijn in vergelijking tot 2014? En hoe toetst de regering dan of budgethouders nog voldoende kwalitatief goede zorg kunnen inkopen.

In de AWBZ is het vrijwillig door mantelzorg geboden toezicht op de cliënt van invloed op de uitkomst van het indicatiebesluit. Cliënten die in principe in aanmerking komen voor AWBZ-verblijf, maar waarbij de mantelzorg in staat en bereid is om het toezicht aan hun naaste te bieden, kunnen voor de benodigde zorg een extramurale indicatie krijgen. Het pgb wordt berekend op basis van de geïndiceerde persoonlijke verzorging, verpleging en begeleiding en kortdurend verblijf. Er wordt dan wel gesproken over een "stapeling van functies".

Op dit moment is er in de AWBZ een groep cliënten die vanwege het toestaan van "enige ondoelmatigheid", vooral kinderen, thuis meer zorg ontvangt dan wanneer zij in een instelling zouden verblijven. Zij ontvangen momenteel veel zorg thuis op basis van een zware (gestapelde) extramurale AWBZ-indicatie. Deze groep heeft het profiel van een cliënt die voor de Wlz in aanmerking komt. In de brief van 27 juni jl. aan de Kamer is toegezegd om actie te ondernemen om deze groep onder de Wlz te brengen. Hierover ontvangt de Kamer voor de wetsbehandeling van de Wlz een brief.

Een groot deel van deze cliënten heeft een pgb. Met de tweede nota van wijziging is geregeld dat zij in 2015 budgetgarantie krijgen. Daarmee is er in 2015 geen sprake van een daling van hun pgb. In 2015 zal het CIZ hun zorgvraag opnieuw beoordelen. Op basis van deze nieuwe indicatie krijgen deze cliënten een nieuw pgb in 2016, dat mogelijk lager uitvalt. In de tweede nota van wijziging wordt hieraan gerefereerd.

Als het gaat om de zorg voor kinderen en de vraag naar aanvaardbare kosten in de thuissituatie, ben ik van mening dat hiervoor ook in de Wlz een goede structurele oplossing moet worden gevonden. De Kamer heeft hierover een aantal amendementen ingediend. Graag bespreek ik de mogelijkheden met de Kamer tijdens de aanstaande plenaire behandeling van het wetsvoorstel.

Wat betreft het overgangsrecht voor verzekerden met veel extramurale zorg, deze klanten zitten formeel in 2015 niet in de Wlz. De leden van de CDA-fractie vragen hoe groot deze groep is. En als deze groep groot is waar zit dan het budget voor deze doelgroep? Is bij de huidige overheveling en berekening van financiële kaders het geld richting de Zvw/Wmo overgeheveld en volgen deze middelen de cliënt?

Volgens de leden van de PVV-fractie zijn er op dit moment AWBZ-cliënten met een indicatie voor extramurale zorg die onder de Wlz naar verwachting in aanmerking kunnen komen voor een Wlz-indicatie. Doen zij niets, dan zullen zij per 1 januari 2015 hun zorg verkrijgen op grond van hun zorgverzekering, de Wmo 2015 of de Jeugdwet (of een combinatie daarvan). Een aantal van hen heeft ten gevolge van stapeling van functies en klassen veel zorg of een hoog pgb. Dat zullen zij, nadat het voor hen in het kader van de overgang van de extramurale zorg geregelde overgangsrecht is uitgewerkt, mogelijk niet kunnen behouden. Bovendien is het niet uitgesloten dat de zorgverzekeraars of de gemeenten hen, nadat het overgangsrecht is uitgewerkt, verzoeken een Wlz-indicatie aan te vragen. Voor deze mensen kan het derhalve aantrekkelijker zijn om per 2015 al in de Wlz te komen. De leden van de PVV-fractie vragen hoe dit strookt met het mantra van de regering dat mensen langer thuis willen blijven wonen en dat dit gefaciliteerd moet worden. En sinds wanneer bepaalt de zorgverzekeraar of de gemeente dat er een Wlz-indicatie aangevraagd moet worden?

De leden van de SGP-fractie vragen of de regering de inzet deelt om te voorkomen dat cliënten met veel extramurale zorg in 2015 naar de Wmo verplaatst worden, waarna vervolgens geconstateerd wordt dat toch toegang tot de Wlz mogelijk is. Hoe waarborgt de regering dat bij de voorgestelde regeling geen cliënten tussen wal en schip vallen en dat daadwerkelijk iedereen op de hoogte wordt gesteld?

De leden van de SGP-fractie vragen of de regering kan toelichten dat de figuur van de administratieve omzetting echt nodig is gelet op de behoefte van de doelgroep. Kan de regering een inschatting geven van het percentage cliënten waarbij de vraag serieus aan de orde is of toegang tot de Wlz mogelijk is, zo vragen zij.

De Kamer ontvangt voor de plenaire behandeling van het wetsvoorstel Wlz hierover een separate brief.

Om dit te faciliteren is besloten dat verzekerden die in de betrokken groep vallen in 2014 zullen worden aangeschreven zodat zij een geïnformeerde keuze kunnen maken. Cliënten krijgen dan de mogelijkheid om hun indicatie voor extramurale AWBZ-zorg per 2015 door het CIZ om te laten zetten in een indicatie voor Wlz-zorg. Begrijpen de leden van de PVV-fractie nu goed, dat actief mensen een instelling ingepaat gaan worden?

De bedoeling van het overgangsrecht (in Artikel 11.1.1, zesde lid) is om mensen die voldoen aan de criteria van de Wlz maar thans nog een extramurale AWBZ-indicatie hebben toegang te geven tot de Wlz. Als zij hiervoor kiezen behouden zij op grond van hun Wlz-indicatie de keuze voor alle leveringsvormen in de Wlz, dus ook voor leveringsvormen voor zorg zonder verblijf (vpt, mpt, pgb).

5. Tijdelijke subsidies voor zorginfrastructuur en kapitaallasten

De leden van de SP-fractie vragen de regering om een nadere toelichting op de kapitaallasten. In hoeverre verhoudt de afbouw van de kapitaallastenbudgetgaranties van instellingen zich tot het recht op het elk jaar toenemende percentage van het nhc-tarief (normatieve huisvestingscomponent)? Kan de regering dit nader toelichten?

De instellingen krijgen hun kapitaallasten bekostigd via een opbouw van het nhc-tarief in de periode 2015–2018 (respectievelijk 50%, 70%, 85% en 100%) en met een gelijke afbouw van het deel waarop zij op grond van het oude bouwregime recht hebben (respectievelijk 50%, 30%, 15% en 0%). Vanaf 2015 bestaat er voor extramurale zorg die valt onder de Wmo, de Jeugdwet of de Zvw geen nhc meer. Op basis van de inkoop van de gemeente en verzekeraar worden instellingen voor hun prestaties betaald. Het Rijk zal de verplichtingen aan instellingen die voortvloeien uit de afbouw van het oude bouwregime in de periode 2015–2017 blijven betalen. Dit zal gebeuren via een aparte subsidieregeling. De inhoud van deze subsidieregeling sluit aan bij de huidige NZa-beleidsregels voor de vergoeding van kapitaallasten.

6. Overig

In Nieuwsuur van 25 augustus 2014 verklaarde de NZa dat er € 200 miljoen aan AWBZ-geld over was uit 2013. In het algemeen overleg van 3 september 2014 beaamde de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) dat; hij zei: 'het geld is er'. In antwoord (11 juni 2014) op vraag 4 van de schriftelijke vragen van het lid Agema over het betalen van Buurtzorg is echter het volgende antwoord gegeven: 'Het is niet zo dat er in 2013 in de AWBZ geld is overgebleven dat niet is besteed.¹ Naast de vergoeding voor zorg in natura worden namelijk ook kapitaallasten vergoed. De vergoeding aan kapitaallasten is hoger uitgekomen dan geraamd. Beide onderdelen samen hebben gezorgd voor een vrijwel volledige uitputting van de AWBZ in 2013.' De leden van de PVV-fractie stellen vast, dat het niet allebei waar kan zijn en zij willen dus graag weten of er nu geld over is uit 2013 of niet.

In het genoemde debat van 4 september jl. heb ik de Kamer toegezegd schriftelijk te reageren op vragen over de beschikbaarheid van de bedoelde € 200 mln. Voor de plenaire wetsbehandeling zal ik de Kamer hierover een brief sturen.

In antwoord op de vraag van de leden van de PVV-fractie hoeveel geld het extramuraliseren van zzp 1-4 nu daadwerkelijk oplevert en het verzoek om de berekeningen van deze leden aan te vullen, kwam een wonderlijke tabel tevoorschijn:

	Maatregel/akkoord	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Wie ontvangt dit?	Wordt hiermee de financiering herstart?
1	Kunduz/begroting 2013 extramuraliseren zzp 1 t/m 3	-20	-50	-100	-200	-300	-400	AWBZ	n.v.t.
2	Begroting 2014 RA extramuraliseren zzp 4			0	-35	-70	-75	AWBZ	n.v.t.
3	Begroting 2014 a compensatie extramuraliseren zzp's	-18,9	-68,9	-31,3	-45	-55,6	-60,8	AWBZ	n.v.t.
3	b Compensatie Wmo extramuraliseren zzp's	15	53,7	0	0	0	0	GF	n.v.t.
3c	Compensatie huurtoeslag	3,9	15,2	31,3	45	55,6	60,8	GF	n.v.t.
4	Zorgakkoord 2013 verzachten extramuraliseren			30	130	280	300	AWBZ	n.v.t.
5	Begrotingsoverleg 2014: extra middelen zorg instelling			5	35	50	60	AWBZ	n.v.t.
6	Totaal aan opbrengst bezuiniging Maatregel extramuraliseren zzp's	-20	-50	-100	-235	-370	-475	AWBZ	n.v.t.
7	Totaal aan verzachtingen/compensaties e.d.	0	0	35	165	330	360	AWBZ	n.v.t.
8	Totale opbrengsten maatregel extramuraliseren zzp 1 t/m 4 uit Kunduzakkoord en RA	?	?	?	?	?	?		

¹ Aangangsel Handelingen II, 2013-2014, nr. 2188

De leden van de PVV-fractie zien graag regel 8 ingevuld (zoals ook werd toegezegd tijdens de technische briefing van 2 september 2014) en zij zien daarbij graag de kosten van de 'aanjaagteams' verwerkt. Ook vragen deze leden waarom regel 3a is ingevuld als opbrengst. Compensaties moeten van de ingeboekte besparing afgetrokken worden en genoemde leden zien dit dan ook graag aangepast. De leden van de PVV-fractie willen voorts graag weten waarom de compensatie voor de huurtoeslag van de AWBZ naar het gemeentefonds wordt overgeheveld. Zij zijn van mening dat die compensatie niet van zorggeld betaald moet worden.

De gevraagde aanpassingen in de tabel uit de nota naar aanleiding van het nader verslag zijn verwerkt in onderstaande tabel.

	Maatregel/akkoord	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Wie ontvangt dit?	Wordt hiermee de financiering herstart?
1	Begrotingsakkoord : Extramuraliseren ZZP 1-3	-20	-50	-100	-200	-300	-400	AWBZ	nvt
2	Regeerakkoord: Extramuraliseren zzp 4			0	-35	-70	-75	AWBZ	nvt
3a	Begroting 2014, compensatie extramuraliseren zzp's	-18,9	-68,9	-31,3	-45	-55,6	-60,8	AWBZ	nvt
3b	Compensatie Wmo extramuraliseren ZZP 's	15	53,7	0	0	0	0	GF	nvt
3c	Compensatie huurtoeslag	3,9	15,2	31,3	45	55,6	60,8	GF	nvt
4	Zorgakkoord 2013: Verzachten extramuralisering			30	130	280	300	AWBZ	nvt
5	Zorgakkoord 2014: Verzachten extramuralisering			5	35	50	60	AWBZ	nvt
6	Totaal opbrengst bezuiniging extramuralisering (1+2+3a)	-38,9	-118,9	-131,3	-280	-425,6	-535,8	AWBZ	nvt
7	Totaal aan verzachtingen/compensaties e.d. (3b+3c+ 4+5)	18,9	68,9	66,3	210	385,6	420,8	AWBZ	nvt
8	Saldo ingeboekte opbrengsten en verzachtingen	-20	-50	-65	-70	-40	-115	AWBZ	nvt

In de nota naar aanleiding van het nader verslag heeft het kabinet de voorbeeldtabel van de leden van de PVV-fractie zo nauwgezet mogelijk in- en aangevuld. De bedragen op regel 1 en 2 van tabel A zijn de *netto* ingeboekte besparingen in verband met extramuralisering bij het begrotingsakkoord respectievelijk het regeerakkoord. Zoals ik ook in de nota naar aanleiding van het nader verslag heb laten zien, vallen de netto besparingen uiteen in enerzijds bruto besparingen op de AWBZ en anderzijds weglekeffecten naar andere sectoren. Omdat mensen langer thuis wonen, zullen zij onder meer langer een beroep doen op extramurale zorg en huurtoeslag. In de begroting 2014 zijn deze effecten op de Wmo (voor 2013 en 2014) en de effecten op de huurtoeslag (structureel vanaf 2013) verwerkt. Het uitsplitsen van de netto besparingen uit het begrotingsakkoord en regeerakkoord in bruto besparingen op de AWBZ (regel 3a) en weglek-effecten naar de Wmo en huurtoeslag (regels 3b en 3c) is overigens budgettair neutraal. De compensatie voor de hogere kosten van de huurtoeslag van mensen die langer thuis wonen heeft dus per saldo geen effect op de ingeboekte netto besparing van extramuralisering. De uitgaven die betrekking hebben op de aanjaagteams (minder dan € 1 mln.) zijn niet in dit overzicht opgenomen omdat deze uitgaven deels worden betaald door het ministerie van BZK.

Zoals reeds is vermeld in het nader verslag heb ik ten behoeve van de vaststelling van de kaders met betrekking tot de hervorming van de langdurige zorg de effecten van het extramuraliseringsbeleid opnieuw integraal doorgerekend. Daarbij heb ik actuele en meer gedetailleerde gegevens over aantallen cliënten en de kosten van intramurale respectievelijk extramurale zorg gebruikt. De nieuwe integrale doorrekening resulteert in hogere netto-opbrengsten van extramuralisering dan de bedragen in de begroting, zoals deze zijn opgenomen in tabel A. De verwachte extramuralisering leidt op basis van de geactualiseerde en meer gedetailleerde ramingen per saldo tot een netto besparing op de

zorguitgaven die geleidelijk oploopt tot ruim 300 miljoen structureel vanaf 2017. Een van de redenen waarom de bedragen in tabel A niet aansluiten op het bedrag dat nu resulteert uit de actuele integrale doorrekening is, dat de raming van de effecten van de extramuralisering op verschillende tijdstippen is bijgesteld, waarbij verschillende basisdata zijn gebruikt. De integrale actuele raming is gebaseerd op één uniforme dataset.

In het technisch overleg over de Wlz van 2 september jl. is ook toegezegd dat een antwoord zou worden gegeven op de vraag met betrekking tot de ontwikkeling van de aantallen lage ZZP's die worden geëxtramuraliseerd.

Per 1-1-2013 is gestart met de extramuralisering van de ZZP's V&V1-2, VG1-2 en GGZ1-2. Per 1-1-2014 is een vervolgstap gemaakt met V&V1-3. Nieuwe cliënten krijgen in plaats van een indicatie voor een laag zorgzwaartepakket een indicatie voor extramurale zorg en ondersteuning (in functies en klassen). Het (geraamde) resterende aantal ZZP's is opgenomen in de hierna volgende tabel.

Tabel: ontwikkeling aantal lage ZZP's naar sector per jaar ; 2012 en 2013 realisaties (bron NZa); 2014 en 2015 ramingen VWS

aantallen x 1.000	2012	2013	2014	2015	mutatie 2015 tov 2014
V&V 1- 3	39	32	24	12	-50%
VG1-2	5,7	4,6	4,1	3,6	-12%
GGZ 1-2	1,8	1,2	0,9	0,7	-22%
Totaal aantal lage ZZP's	46	38	29	16	-44%

- Het gemiddelde aantal resterende lage ZZP's neemt geleidelijk af van 46 duizend in 2012 naar 38 duizend in 2013, 29 duizend in 2014 en 16 duizend in 2015. Daarbij is uitgegaan van de verwachtingen rond in- en uitstroom, zoals ook opgenomen in de bijlage bij de brief aan de Tweede Kamer over de hervorming van de langdurige zorg van 25 april 2013.
- Bezien per sector zijn de effecten van extramuralisering sneller zichtbaar in de verpleging en verzorging (V&V) dan bij de gehandicaptenzorg (VG) en geestelijke gezondheidszorg (GGZ).
- De sector V&V is in omvang het grootst (in 2012 ging het om 39 duizend van de 46 duizend lage ZZP's) en kent een grotere dynamiek van in- en uitstroom vanwege de gemiddeld hoge leeftijd van cliënten.
- Het geraamde gemiddelde aantal resterende lage ZZP's in de V&V daalt in 2015 met 12 duizend ten opzichte van 2014 (namelijk van circa 24 duizend naar circa 12 duizend). Uitgedrukt in procenten is dit een daling van 50%. Daarmee wordt ook bij de zorginkoop rekening gehouden.
- De effecten in de VG en GGZ zijn zowel relatief als absoluut minder groot. De sectoren zijn aanzienlijk kleiner dan de V&V en kennen een minder grote dynamiek van in- en uitstroom dan bij de V&V.

Op pagina 100 van de nota naar aanleiding van het nader verslag staat de tabel zoals de leden van de PVV-fractie deze hebben aangeleverd voor aanvulling. Op pagina 101 van dezelfde nota wordt het antwoord gegeven en volgens deze leden is dit antwoord niet correct en moet de tabel er als volgt uitzien:

	2015	2016	2017	2018
AWBZ	29	31	33	35
Wlz	17,9	17,4	17	17
Wmo	4,2	4,3	4,4	4,6
Jeugd	1,1	1,2	1,2	1,2
Zvw	3,5	3,8	3,9	4
Minder AWBZ/Wlz	2,3	4,3	6,5	8,2
Percentage	8%	13,8%	19,6%	23,4%

Kan de regering aangeven waarom er zo'n groot verschil zit tussen het gegeven antwoord en de tabel van de leden van de PVV-fractie? Gaarne zien deze leden in een tabel een verklaring voor het veranderen van de eerste regel (AWBZ) door VWS zoals ook toegezegd werd tijdens de technische briefing van 2 september jl.

De leden van de PVV fractie hebben zich gebaseerd op de gegevens uit de begroting 2013. In de antwoorden in de nota naar aanleiding van het nader verslag is aangegeven dat deze gegevens in de periode 2012-2014 zijn bijgesteld. In het antwoord zijn de aangepaste bedragen weergegeven voor de jaren 2015 tot en met 2017. Dit verklaart het verschil tussen de gegevens uit de tabel van de leden van de PVV-fractie en de tabel van de regering. In het technisch overleg over de Wlz van 2 september jl. is toegezegd dat ook kwantitatief de verschillen in de startbedragen nader zullen worden toegelicht. In onderstaande tabel is deze analyse weergegeven. Overigens is in de begroting 2013 en het nader verslag geen AWBZ bedrag opgenomen voor het jaar 2018. De analyse beperkt zich daarom tot de jaren 2015-2017.

x € 1mld	2015	2016	2017	opmerking
AWBZ uitgaven vraag PVV begroting 2013	30,0	31,0	33,0	begroting 2013
AWBZ uitgaven begroting 2013	29,8	31,4	33,1	onafgeronde waarden begroting 2013
"AWBZ" uitgaven nota nav Nader verslag	29,0	29,3	29,7	
verschil	0,8	2,1	3,4	
overige correcties				
Wmo HV (in VWS opgave niet zijnde AWBZ)	1,3	1,3	1,3	HV is geen onderdeel AWBZ-uitgaven
uitgaven bijstelling begroting 2014	0,3	0,3	0,3	correctie uitgavenniveau
Bruto verschil	2,4	3,7	5,0	
waarvan				
Begroting 2013				
rijksvaccinatie (naar begroting VWS-PG)	-0,2	-0,2	-0,2	geen onderdeel Wlz
beheerskosten en overig	-0,2	-0,2	-0,2	geen onderdeel zorguitgaven Wlz
MEE (naar begroting VWS -Wmo)	-0,2	-0,2	-0,2	geen onderdeel Wlz
groeimiddelen niet AWBZ	-0,2	-0,3	-0,4	in 2013 nog opgenomen bij AWBZ
Begroting 2014				
macro bijstelling AWBZ	0,1	-0,8	-1,4	bijstelling CPB-raming
correctie jeugd/wmo en nominaal beeld	-0,3	-0,3	-0,3	correctie uitgavenniveau
overige mutaties niet overheveling Zwv	-0,2	-0,2	-0,2	correctie uitgavenniveau
Begroting 2015				
macro bijstelling AWBZ	-0,5	-0,3	-0,3	bijstelling CPB-raming
correctie eigen bijdrage vanaf 2015 (Wmo)	-0,2	-0,3	-0,3	correctie op bruto uitgaven
overige correcties 2013-2015	0,0	-0,4	-0,3	correctie uitgavenniveau
nominaal en onverdeeld	-0,2	-0,2	-0,9	opgave VWS is zonder nominaal
overige AWBZ-lasten (o.a. zorginfrastructuur)	-0,3	-0,3	-0,3	geen onderdeel zorguitgaven Wlz

Uit de tabel komt naar voren dat de verschillen worden veroorzaakt door drie factoren:

1: Bijstelling van de uitgavenramingen in de periode 2012-2014, onder meer door aanpassing van CPB-veronderstellingen. In de begroting van 2013, die is opgesteld medio 2012, komt dit vooral tot uiting omdat in de periode 2015-2017 grote bedragen zijn opgenomen onder de post nominaal en onverdeeld (€ 4,3 mld. in 2015 oplopend tot € 7,7 mld. in 2017).

2: Uitgavenposten die wel worden gefinancierd uit de AWBZ/Wlz maar niet behoren tot de directe zorgkosten (bijvoorbeeld beheerskosten, vaccinatieprogramma, kosten MEE).

3: De uitgaven langdurige zorg in de tabel van de regering zijn zonder loon- en prijsbijstellingen.

Kan de regering bevestigen dat zij het wenselijk vindt dat het CIZ binnen de Wlz onafhankelijk is van alle partijen en dat bijvoorbeeld geen afhankelijkheid of ondergeschiktheid bestaat ten opzichte van de zorgkantoren, zo vragen de leden van de SGP-fractie.

De regering kan inderdaad bevestigen dat het ZBO CIZ binnen het kader van de Wlz onafhankelijk van andere betrokkenen in het stelsel van de langdurige zorg ook, waaronder de zorgkantoren, haar taken moet uitvoeren. Dat is overigens thans met de stichting CIZ niet anders, ook nu bestaat er geen enkele afhankelijkheid van anderen die taken uitvoeren in het kader van de AWBZ.

ARTIKELSGEWIJS

Onderdeel F

Artikel 3.1.1, eerste lid, onderdeel g

De leden van de D66-fractie lezen in de tweede nota van wijziging dat logeeropvang aan het verzekerd pakket wordt toegevoegd. Deze leden tonen zich daarover verheugd, omdat dit een belangrijke manier kan zijn om mantelzorgers te ontlasten. Zij vragen echter wel of hiervoor budget beschikbaar komt in de verschillende leveringsvormen. In de toelichting lezen deze leden dat in lagere regelgeving zal worden geregeld dat het recht op logeeropvang zal worden beperkt tot maximaal twee etmalen per week. Waarom kiest de regering voor deze inperking? Hoe verhoudt dat zich tot de bestaande situatie onder de AWBZ? En kan de regering inzicht bieden hoe vaak op dit moment gemiddeld per week gebruik wordt gemaakt van de logeeropvang?

Cliënten die zijn aangewezen op permanent toezicht en dit thuis opvangen met mantelzorg kunnen na 1 januari 2011 door het CIZ zijn geïndiceerd voor kortdurend verblijf. Op 1 januari 2014 gaat het om 6.800 cliënten. Daarnaast zijn er nog 4.200 cliënten met een indicatie voor verblijf tijdelijk die is afgegeven vóór 1 januari 2011. Verblijf tijdelijk was niet beperkt tot cliënten die zijn aangewezen op permanent toezicht. Het totaal aantal cliënten dat op 1 januari 2014 met een extramurale indicatie is geïndiceerd voor kortdurend verblijf en tijdelijk verblijf tezamen bedraagt 11.000. Hiervan hebben 9.400 een indicatie voor een etmaal per week, 1.500 voor twee etmalen en 100 voor drie etmalen per week. Velen kiezen voor pgb als leveringsvorm. Het gaat hier alleen om cliënten die van het CIZ een indicatie hebben ontvangen. Bureau's jeugdzorg kunnen ook voor kortdurend verblijf indiceren. Hierover heb ik geen cijfers. De inperking tot maximaal twee etmalen per week is gekozen omdat in de praktijk blijkt dat de meeste mensen hieraan genoeg hebben. De cijfers over het gebruik van kortdurend verblijf onderschrijven dit. Daarnaast is in huidige pgb-regeling logeren beperkt tot maximaal twee etmalen per week.

Onderdeel H

Artikel 3.2.1

De leden van de SP-fractie zijn tevreden dat de regering regelt dat jongeren met een licht verstandelijke beperking - nadat zij meerderjarig zijn geworden - hun behandeling kunnen afronden in de Wlz. Deze leden zijn benieuwd hoeveel personen dit precies betreft. Kan de regering hiervan een overzicht de Kamer doen toekomen? Zo nee, waarom niet?

In de AWBZ is de verdeling 18-/18+ jongeren geïndiceerd voor de zorgzwaartepakketten LVG 1-5 als volgt:

ZZP LVG	Cliënten 0-17 jaar	Cliënten 18 jaar en ouder
1	30	150
2	495	1.040
3	2.035	1.550
4	1.665	515
5	375	160
Totaal	4.600	3.415

Bron: CIZ (peildatum: 1 juli 2013).

In het aantal van 3.415 zitten ook jongeren van 18 jaar en ouder die dan pas voor het eerst zijn geïndiceerd voor een LVG-behandeltraject. Het precieze aantal in antwoord op de vraag van de leden van de SP-fractie is niet bekend, maar zal niet meer zijn dan genoemd aantal van 3.415 meerderjarige jongeren dat op grond van hun indicatie toegang heeft tot de zorgzwaartepakketten LVG 1-5.

Onderdeel K

Artikel 3.3.2, vierde lid

De leden van de SGP-fractie vragen naar de afstemming van de kosten van het modulair pakket op de hoogte van het pgb en de mogelijkheid voor cliënten om inzage te hebben in de kosten. Zij constateren dat de combinatie van mpt met pgb niet duurder mag zijn dan de situatie waarin alle zorg uit het pgb betaald zou worden. Deze leden vragen of cliënten door het zorgkantoor worden geïnformeerd over de kosten van het mpt, zodat cliënten weten welk deel aan pgb resteert. Klopt de veronderstelling dat het zorgkantoor op basis van de Wlz verantwoordelijk is om te onderzoeken of met het bedrag dat aan pgb resteert in aanvulling op het mpt in doelmatige en toereikende zorg kan worden voorzien, zo vragen zij.

Het zorgkantoor heeft als taak te beoordelen of de zorg die wordt verleend met het mpt doelmatig en verantwoord is. Dat geldt ook indien binnen het mpt een deel van de zorg via een pgb wordt verstrekt en een deel van de zorg wordt genoten als zorg in natura. Het zorgkantoor verstrekt zowel het pgb als de zorg in natura-component van het mpt en is daarmee goed in staat om de cliënten te informeren over de mogelijkheden binnen het beschikbare budget.

De leden van de SGP-fractie vragen of de regering onderkent dat het wenselijk is de beoordeling van meerzorg te beleggen bij het CIZ en CCE en dat een inhoudelijke beoordeling door de zorgkantoren niet direct in de rede ligt.

Bij de zwaarste zorgvragers is niet uitsluitend een beoordeling van cliëntkenmerken aan de orde, maar juist ook van de context waarin de zorg wordt geleverd. Bij deze cliënten heeft de betreffende zorgaanbieder behoefte aan (intercollegiaal) advies en extra expertise om de zorg voor de cliënt zo goed mogelijk in te richten. Als er meer zorg nodig is dan wordt deze niet zozeer uit hoofde van het individuele recht toegekend (dat is er immers al via het indicatiebesluit), maar uit hoofde van extra bekostiging voor de instelling. Het CCE adviseert hierin en heeft daarmee jarenlange ervaring. Het CCE bekijkt bij de noodzaak tot meerzorg naar aspecten als personeelssamenstelling (opleidingsniveau, ziekteverzuim), groepssamenstelling, behandelmethodieken, ontwikkelingsperspectief en huisvesting. Het CIZ daarentegen heeft de taak om de aanspraak op zorg vast te stellen en doet dit op basis van individuele cliëntkenmerken. Omgevingsfactoren worden hierin niet meegewogen. Bij het bepalen van de omvang van de meerzorg zijn omgevingsfactoren juist van cruciaal belang. Omdat het een inhoudelijke vraag betreft die eventueel recht geeft op extra bekostiging voor de instelling is in de Wlz geregeld dat de mogelijkheid om meerzorg te geven een verantwoordelijkheid is van de Wlz-uitvoerder. De huidige AWBZ-lijn wordt hiermee voortgezet. In de AWBZ besluit de zorgverzekeraar op grond van Regeling zorgaanspraken, artikel 1a of er sprake is van meerzorg. De zorgverzekeraar doet dat op basis van een advies van het CCE. Wlz-uitvoerders nemen besluiten op basis van advisering van het CCE.

Onderdeel N

Artikel 4.1.1

De regering geeft aan dat op grond van het wetsvoorstel Wlz, zowel de Wlz-uitvoerder als de NZa de taak heeft om na te gaan of de personen die het dagelijks beleid van de Wlz-uitvoerder (mede) bepalen geschikt en betrouwbaar zijn. Aan de Wlz-uitvoerder wordt in dit wetsvoorstel die taak rechtstreeks opgedragen. De leden van de SP-fractie vragen de regering op welke wijze Wlz-

uitvoerders dit nagaan. Kan de regering tevens aangeven op welke wijze de NZa hierop toezicht houdt? Welke procedures worden hiervoor precies gevolgd?

De regering vindt het – net zoals bij zorgaanbieders - de verantwoordelijkheid van de Wlz-uitvoerder zelf om bestuurders aan te trekken die geschikt en betrouwbaar zijn. De Wlz-uitvoerder toetst haar bestuurders aan de hand van relevante gegevens en antecedenten, zoals neergelegd in artikel 4.1.2 van het Besluit langdurige zorg, dat op 28 mei bij uw Kamer is voorgehangen. Aangezien deze wijze aansluit bij het bepaalde in hoofdstuk 2 van het Besluit prudentiële regels Wft, dat van toepassing is op verzekeraars, gelden voor zowel Wlz-uitvoerders als zorgverzekeraars zoveel mogelijk dezelfde eisen voor bestuurders. Wlz-uitvoerders kunnen daardoor op dezelfde wijze als bij de Zvw-zorgverzekeraar de bestuurders toetsen. Als de Wlz-uitvoerder haar bestuurders al heeft getoetst op betrouwbaarheid en geschiktheid, hoeft de NZa deze toets niet nogmaals te doen. Dit betekent uiteraard niet dat de NZa op dit punt in geheel niets hoeft te doen. De NZa wordt immers belast met het toezicht op de recht- en doelmatige uitvoering van de Wlz en de NZa zal na moeten gaan of de Wlz-uitvoerder de bedoelde geschiktheids- en betrouwbaarheidstoets goed verricht. In het kader van haar toezicht kan de NZa hier ook op handhaven.

Onderdeel X

Artikel 9.1.2

De nota van wijziging geeft aan dat Wlz-uitvoerders (en zorgaanbieders onderling) persoonsgegevens mogen uitwisselen indien dat noodzakelijk is. De leden van de SP-fractie vragen of de regering kan toelichten op welke wijze de beveiliging van persoonsgegevens gewaarborgd wordt. Welke voorwaarden worden hiervoor gesteld aan Wlz-uitvoerders en zorgaanbieders? Kan de regering dit nader toelichten, zonder te verwijzen naar tientallen artikelen en subartikelen?

In de wet wordt, specifiek dan in de AWBZ het geval is, aangegeven welke gegevensuitwisselingen tussen de ketenpartijen van de Wlz mogen plaatsvinden. Daarbij wordt niet alleen geregeld om welke partijen het gaat, maar ook voor welke doeleinden de gegevensuitwisseling kan plaatsvinden. Wlz-uitvoerders, zorgaanbieders, het CAK en het CIZ (de ketenpartijen) kunnen dus alleen de gegevens uitwisselen voor zover dat nodig is voor specifieke doelen die in het wetsvoorstel zijn beschreven. Het gaat daarbij om informatie over de verzekerde en de zorgvraag (zoals de indicatie, de toewijzing en de aanvang van de zorglevering) die ketenpartners van elkaar nodig hebben voor het uitvoeren van hun wettelijke taken. De voornaamste waarborg wordt dus bepaald door de doelbinding, zoals ook de Wet bescherming persoonsgegevens voorschrijft. Om de beveiliging van de gegevensuitwisseling te regelen zijn waarborgen ingebouwd in het systeem van de elektronische gegevensuitwisseling. Net als nu in de AWBZ het geval is, zal het berichtenverkeer tussen de ketenpartijen vooral plaatsvinden met gebruik van standaarden die zijn ontwikkeld voor de 'AWBZ-brede zorgregistratie' (AZR). Op www.istandaarden.nl is te zien om welke gegevensstromen en wat voor soort gegevens het gaat.

Het Zorginstituut Nederland heeft de verantwoordelijkheid voor het tactisch beheer en het releasebeheer van de AZR-systematiek. Het Zorginstituut Nederland spreekt samen met de betrokken ketenpartijen standaarden af voor de gegevensuitwisseling. Daarnaast heeft elk van de ketenpartijen zelf de verantwoordelijkheid om organisatorische en technische maatregelen te nemen om te waarborgen dat alleen die werknemers die dat uit hoofde van hun functie nodig hebben toegang hebben tot deze gegevens. Die verantwoordelijkheid is ook vastgelegd in het AZR programma van eisen. Deze praktijk wordt voortgezet.