

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Aan de Koning

Kenmerk
173601-113684-WJZ

Den Haag
18 november 2013

Voorstel van wet houdende regels inzake de verzekering van zorg aan mensen die zijn aangewezen op langdurige zorg (Wet langdurige zorg)

Daartoe gemachtigd door de ministerraad bied ik Uwe Majesteit, mede namens de Minister voor Wonen en Rijksdienst, het bovenvermelde voorstel van wet aan. Het voorstel gaat vergezeld van een memorie van toelichting.

Ik moge U verzoeken het voorstel aan de Afdeling advisering van de Raad van State ter advisering voor te leggen en de Afdeling advisering van de Raad van State te machtigen haar advies rechtstreeks aan mij te doen toekomen.

De Staatssecretaris van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,

drs. M.J. van Rijn

Voorstel van wet, houdende regels inzake de verzekering van zorg aan mensen die zijn aangewezen op langdurige zorg (Wet langdurige zorg)

Wij Willem-Alexander, bij de gratie Gods, Koning der Nederlanden, Prins van Oranje-Nassau, enz., enz., enz.

Allen, die deze zullen zien of horen lezen, saluut! doen te weten:

Alzo, Wij in overweging genomen hebben, dat het wenselijk is de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten te vervangen door een, de gehele bevolking omvattende, verplichte verzekering voor langdurige zorg, waarin rekening wordt gehouden met maatschappelijke ontwikkelingen van de laatste decennia en die recht doet aan de eigen verantwoordelijkheid van de burgers voor de wijze waarop zij hun leven inrichten, deelnemen aan het maatschappelijk leven, en de wijze waarop zij elkaar naar vermogen daarin bijstaan;

Zo is het, dat Wij, de Afdeling advisering van de Raad van State gehoord, en met gemeen overleg der Staten-Generaal, hebben goedgevonden en verstaan, gelijk Wij goedvinden en verstaan bij deze:

HOOFDSTUK 1. Begripsbepalingen en algemene bepalingen

§1. Begripsbepalingen

Artikel 1.1.1

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

- burgerservicenummer: het burgerservicenummer, bedoeld in artikel 1, onderdeel b, van de Wet algemene bepalingen burgerservicenummer;
- CAK: het CAK, genoemd in artikel 6.1.1;
- CIZ: het Centrum indicatiestelling zorg, genoemd in artikel 7.1.1;
- continentaal plat: de exclusieve economische zone van het Koninkrijk, bedoeld in artikel 1 van de Rijkswet instelling exclusieve economische zone, voor zover deze grenst aan de territoriale zee van Nederland;
- dossier: de schriftelijk of elektronisch vastgelegde gegevens met betrekking tot de verlening van zorg aan een cliënt;
- Fonds langdurige zorg: fonds, genoemd in artikel 89 van de Wet financiering sociale verzekeringen;
- indicatiebesluit: besluit van het CIZ waarbij beoordeeld wordt of en in welke omvang de verzekerde in aanmerking komt voor zorg;
- instelling:
 - 1°. een instelling in de zin van de Wet toelating zorginstellingen;

2°. een organisatorisch verband dat gevestigd is buiten het grondgebied van het Europese deel van Nederland en overeenkomstig de daar geldende wetgeving rechtmatig gezondheidszorg verstrekt als bedoeld bij of krachtens artikel 3.1.2;

- mantelzorger: natuurlijke persoon die rechtstreeks voortvloeiend uit een tussen personen bestaande sociale relatie zorg verleent zonder dat dit beroeps- of bedrijfsmatig geschiedt;
- Onze Minister: Onze Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport;
- Nederland: het Europese deel van Nederland;
- solistisch werkende zorgverlener: een zorgverlener die, anders dan in dienst of onmiddellijk of middellijk in opdracht van een instelling beroepsmatig zorg verleent;
- Sociale verzekeringsbank: de Sociale verzekeringsbank, genoemd in artikel 3 van de Wet structuur uitvoeringsorganisatie werk en inkomen;
- verblijf: verblijf als bedoeld in artikel 3.1.2, eerste lid, onder a;
- vertegenwoordiger: persoon als bedoeld in artikel 8.1.2;
- verzekeraar: verzekeringsonderneming als bedoeld in richtlijn nr. 73/239/EEG van de Raad van de Europese Gemeenschappen van 24 juli 1973 tot coördinatie van de wettelijke en bestuursrechtelijke bepalingen betreffende de toegang tot het directe verzekeringsbedrijf, met uitzondering van de levensverzekeringbranche en de uitoefening daarvan (PbEG L 228);
- vreemdeling: vreemdeling als bedoeld in de Vreemdelingenwet 2000;
- Wlz-uitvoerder: rechtspersoon die geen zorgverzekeraar is, die zich overeenkomstig artikel 4.1.1 heeft aangemeld voor de uitvoering van deze wet, de met toepassing van artikel 4.2.1, tweede lid, door Onze Minister aangewezen uitvoerder daaronder begrepen;
- woningaanpassing: bouwkundige of woontechnische ingreep in of aan een woonruimte;
- zorg: zorg als bedoeld in artikel 3.1.2;
- zorgaanbieder: een instelling dan wel een solistisch werkende zorgverlener;
- zorgautoriteit: de zorgautoriteit, genoemd in artikel 3 van de Wet marktordening gezondheidszorg;
- Zorginstituut: het Zorginstituut Nederland, genoemd in artikel 58, eerste lid, van de Zorgverzekeringswet;
- zorgplan: schriftelijk of elektronisch als zodanig vastgelegde uitkomsten van hetgeen met de verzekerde dan wel een vertegenwoordiger van de verzekerde is besproken met betrekking tot de in artikel 8.1.1 genoemde onderwerpen;
- zorgverlener: een natuurlijke persoon die in persoon beroepsmatig zorg verleent;
- zorgverzekeraar: een zorgverzekeraar als bedoeld in artikel 1, onderdeel b, van de Zorgverzekeringswet.

Artikel 1.1.2

1. Voor de toepassing van deze wet en de daarop berustende bepalingen wordt gelijkgesteld met:

- a. echtgenoot: geregistreerde partner;
- b. echtgenoten: geregistreerde partners;
- c. gehuwd: als partner geregistreerd;
- d. gehuwde: als partner geregistreerde.

2. In deze wet en de daarop berustende bepalingen wordt:

- a. als gehuwd of als echtgenoot mede aangemerkt de ongehuwde meerderjarige die met een andere ongehuwde meerderjarige een gezamenlijke huishouding voert, tenzij het betreft een bloedverwant in de eerste graad;
- b. als ongehuwd mede aangemerkt degene die duurzaam gescheiden leeft van de persoon met wie hij gehuwd is.

3. Van een gezamenlijke huishouding is sprake indien twee personen hun hoofdverblijf in dezelfde woning hebben en zij blijken zorg te dragen voor elkaar door middel van het leveren van een bijdrage in de kosten van de huishouding dan wel anderszins.
4. Een gezamenlijke huishouding wordt in ieder geval aanwezig geacht indien de betrokkenen hun hoofdverblijf hebben in dezelfde woning en:
 - a. zij met elkaar gehuwd zijn geweest of eerder voor de toepassing van deze wet daarmee gelijk zijn gesteld;
 - b. uit hun relatie een kind is geboren of erkenning heeft plaatsgevonden van een kind van de een door de ander;
 - c. zij zich wederzijds verplicht hebben tot een bijdrage aan de huishouding krachtens een geldend samenlevingscontract; of
 - d. zij op grond van een registratie worden aangemerkt als een gezamenlijke huishouding die naar aard en strekking overeenkomt met de gezamenlijke huishouding, bedoeld in het derde lid.
5. Bij algemene maatregel van bestuur wordt vastgesteld welke registraties, en gedurende welk tijdvak, in aanmerking worden genomen voor de toepassing van het vierde lid, onderdeel d.
6. Bij algemene maatregel van bestuur kunnen regels worden gesteld ten aanzien van hetgeen wordt verstaan onder het blijken zorg te dragen voor een ander, zoals bedoeld in het derde lid.

§ 2. Algemene bepalingen

Artikel 1.2.1

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

Artikel 1.2.2

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

HOOFDSTUK 2. De verzekerden

§ 1. De kring van verzekerden

Artikel 2.1.1

1. Verzekerd overeenkomstig de bepalingen van deze wet is degene, die:
 - a. ingezetene is;
 - b. geen ingezetene is, doch ter zake van in Nederland of op het continentaal plat in dienstbetrekking verrichte arbeid aan de loonbelasting is onderworpen.
2. In afwijking van het eerste lid zijn vreemdelingen die niet rechtmatig in Nederland verblijven genieten als bedoeld in artikel 8, onder a tot en met e en l, van de Vreemdelingenwet 2000, niet verzekerd.
3. In afwijking van het tweede lid zijn verzekerd:

- a. kinderen in Nederland geboren uit een in Nederland wonende vreemdeling die rechtmatig verblijf geniet als bedoeld in artikel 8, onder a tot en met e of l, van de Vreemdelingenwet 2000, dan wel in het buitenland geboren uit in Nederland wonende ouders die rechtmatig verblijf genieten als bedoeld in artikel 8, onder a tot en met e of l, van de Vreemdelingenwet 2000;
- b. kinderen die door in Nederland wonende personen met de Nederlandse nationaliteit dan wel met rechtmatig verblijf als bedoeld in artikel 8, onder a tot en met e of l, van de Vreemdelingenwet 2000, worden geadopteerd en voor wie met het oog op adoptie beginseltoestemming is verleend op grond van artikel 2, van de Wet opnemings buitenlandse kinderen ter adoptie. De verzekering gaat in vanaf het moment van adoptie naar het recht van het land waar het kind zijn gewone verblijf heeft of vanaf het moment van de gezagsoverdracht van het kind met het oog op adoptie aan een echtpaar of een persoon die zijn gewone verblijf in Nederland heeft en die de procedure van opnemings buitenlandse kinderen ter adoptie heeft gevolgd.
- 4. Bij of krachtens algemene maatregel van bestuur kan, in afwijking van het eerste lid, uitbreiding dan wel beperking worden gegeven aan de kring der verzekerden.
- 5. Bij of krachtens algemene maatregel van bestuur kan, in afwijking van het eerste en tweede lid, uitbreiding worden gegeven aan de kring der verzekerden voor zover het betreft:
 - a. vreemdelingen die rechtmatig in Nederland arbeid verrichten dan wel hebben verricht;
 - b. vreemdelingen die, na in Nederland rechtmatig verblijf te hebben genoten als bedoeld in artikel 8, onder a tot en met e en l, van de Vreemdelingenwet 2000, tijdig toelating in aansluiting op dat verblijf hebben aangevraagd, dan wel bezwaar hebben gemaakt of beroep hebben ingesteld tegen de intrekking van het besluit tot toelating, totdat op die aanvraag, dat bezwaar of dat beroep is beslist.

Artikel 2.1.2

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

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

Artikel 2.1.3

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

§2. De inschrijving van verzekerden

Artikel 2.2.1

1. Indien de verzekerde een zorgverzekering heeft en zijn zorgverzekeraar deel uitmaakt van een groep als bedoeld in artikel 24b van Boek 2 van het Burgerlijk Wetboek waarvan ook een Wlz-uitvoerder deel uitmaakt, meldt zijn zorgverzekeraar hem, onder vermelding van zijn burgerservicenummer, met ingang van de datum waarop de zorgverzekering ingaat ter inschrijving bij de desbetreffende Wlz-uitvoerder aan. De Wlz-uitvoerder schrijft de verzekerde in. Indien de zorgverzekering is ingegaan binnen vier maanden

nadat de verzekeringsplicht, bedoeld in de Zorgverzekeringswet is ontstaan, werkt de inschrijving terug tot en met de dag waarop die verzekeringsplicht ontstond.

2. De verzekerde die niet op grond van het eerste lid voor de uitvoering van deze wet bij een Wlz-uitvoerder is ingeschreven, meldt zich voor de toepassing van deze wet met inachtneming van bij algemene maatregel van bestuur te stellen regels ter inschrijving aan bij een Wlz-uitvoerder die werkzaam is in de gemeente waar hij woont. De Wlz-uitvoerder schrijft de verzekerde in. Een in het buitenland woonachtige verzekerde meldt zich aan bij een Wlz-uitvoerder naar eigen keuze. De Wlz-uitvoerder is verplicht hem tot dat doel in te schrijven.

3. Het is een Wlz-uitvoerder verboden een persoon als verzekerde in te schrijven of ingeschreven te doen houden, indien in verband met de toepassing van het eerste, of tweede lid op een andere Wlz-uitvoerder een inschrijvingsplicht rust dan wel, indien het tweede lid van toepassing is en de verzekerde in Nederland woont, indien de Wlz-uitvoerder niet werkzaam is in de gemeente waar deze persoon woont.

4. De natuurlijke persoon die op grond van artikel 64, eerste lid, van de Wet financiering sociale verzekeringen is ontheven van de verplichtingen, opgelegd op grond van deze wet, wordt door de Sociale Verzekeringsbank ter inschrijving aangemeld bij de op grond van artikel 4.2.1, tweede lid, aangewezen Wlz-uitvoerder die werkzaam is in de gemeente waar hij woont, of, bij gebreke van een zodanige aanwijzing, bij een Wlz-uitvoerder naar evenredigheid van het aantal ingeschreven verzekerden bij elke Wlz-uitvoerder.

Artikel 2.2.2

1. De verzekerde die zich ingevolge artikel 2.2.1, derde lid, bij een Wlz-uitvoerder aanmeldt ter inschrijving, vermeldt daarbij zijn burgerservicenummer.

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

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

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

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

HOOFDSTUK 3. De inhoud van de verzekering

§1. De aanspraken

Artikel 3.1.1

1. Aanspraak op zorg bestaat slechts voor zover de verzekerde naar aard, inhoud en omvang op die zorg is aangewezen omdat hij, vanwege een somatische of psychogeriatrische aandoening of beperking of een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap, een blijvende behoefte heeft aan:

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

b. 24 uur per dag zorg in de nabijheid, omdat de verzekerde zelf niet in staat is om op relevante momenten hulp in te roepen en hij, om ernstig nadeel voor de verzekerde te voorkomen,

- 1°. door fysieke problemen voortdurend begeleiding, verpleging of overname bij zelfzorg nodig heeft, of
- 2°. door zware regieproblemen voortdurend begeleiding of overname van taken nodig heeft.
- 2. In het eerste lid wordt verstaan onder:
 - a. blijvend: van niet voorbijgaande aard;
 - b. permanent toezicht: onafgebroken toezicht en actieve observatie gedurende de gehele dag waardoor tijdig kan worden ingegrepen;
 - c. ernstig nadeel voor de verzekerde: een situatie waarin de verzekerde:
 - 1°. zich maatschappelijk te gronde richt of dreigt te richten;
 - 2°. zichzelf in ernstige mate verwaarloost of dreigt te verwaarlozen;
 - 3°. ernstig lichamelijk letsel oploopt of dreigt op te lopen dan wel zichzelf ernstig lichamelijk letsel toebrengt of dreigt toe te brengen;
 - 4°. ernstig in zijn ontwikkeling wordt geschaad of dreigt te worden geschaad of dat zijn veiligheid ernstig wordt bedreigd, al dan niet doordat hij onder de invloed van een ander raakt;
 - 5°. met hinderlijk gedrag agressie van anderen oproept;
 - 6°. de algemene veiligheid van personen of goederen bedreigt;
 - d. zelfzorg: de uitvoering van algemene dagelijkse levensverrichtingen waaronder de persoonlijke verzorging en hygiëne en, zo nodig, de verpleegkundige zorg;
 - e. regieproblemen: beperkingen in het vermogen om een adequaat oordeel te vormen over dagelijks voorkomende situaties op het gebied van sociale redzaamheid, probleemgedrag, psychisch functioneren of geheugen en oriëntatie.
- 3. In afwijking van het eerste lid worden bij algemene maatregel van bestuur regels gesteld voor gevallen waarin het indicatiebesluit niet afgewacht kan worden.

Artikel 3.1.2

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

Artikel 3.1.3

De echtgenoot van een persoon met een somatische of psychogeriatrische aandoening of beperking die op grond van artikel 3.2.1, eerste lid, aanspraak heeft op zorg en in een instelling verblijft, heeft aanspraak op verblijf als bedoeld in artikel 3.1.2, eerste lid, onderdeel a, in dezelfde instelling. Hij behoudt aanspraak op verblijf in die instelling na het overlijden van zijn echtgenoot dan wel na het vertrek van zijn echtgenoot naar een andere instelling.

§2. Het tot gelding brengen van de aanspraak op zorg

Artikel 3.2.1

1. De aanspraak op zorg wordt op aanvraag van de verzekerde in een indicatiebesluit vastgesteld door het CIZ.
2. De verzekerde vermeldt bij de aanvraag zijn burgerservicenummer.
3. Het CIZ stelt de identiteit van de aanvrager vast aan de hand van documenten als bedoeld in artikel 1 van de Wet op de identificatieplicht, die de verzekerde hem desgevraagd ter inzage geeft.
4. De verzekerde verstrekt op verzoek of uit eigen beweging alle informatie die van belang is voor de beoordeling van de aanspraak op zorg, en is verplicht mee te werken door zich te laten onderzoeken door het CIZ of door daartoe door het CIZ aangewezen personen.
5. In afwijking van artikel 4:5, eerste lid, van de Algemene wet bestuursrecht besluit het CIZ de aanvraag niet te behandelen, indien de verzekerde geen toestemming heeft verleend:
 - a. aan het CIZ tot het bij derden inwinnen van persoonsgegevens, waaronder gegevens betreffende de gezondheid, die van belang zijn voor de beoordeling van de aanvraag of voor de nadere beoordeling van een reeds tot gelding gebrachte aanspraak op zorg, en
 - b. aan personen op wie met betrekking tot het verstrekken van de gegevens, bedoeld onder a, een geheimhoudingsplicht rust, om die gegevens te verstrekken aan het CIZ.
6. De in het vijfde lid bedoelde toestemming geldt, voor zover nodig in afwijking van artikel 5, tweede lid, van de Wet bescherming persoonsgegevens, als een onherroepelijke toestemming.

Artikel 3.2.2

Het CIZ kan een indicatiebesluit herzien dan wel intrekken indien het CIZ vaststelt dat:

- a. door de verzekerde of derden onjuiste of onvolledige gegevens zijn verstrekt en de verstrekking van juiste of volledige gegevens tot een andere beslissing zou hebben geleid,
- b. de verzekerde niet langer op de zorg is aangewezen, of
- c. de verzekerde de aanspraak op zorg niet binnen een jaar tot gelding brengt, dan wel zich binnen een jaar heeft gewend tot een zorgaanbieder met wie de Wlz-uitvoerder waarbij hij is ingeschreven tot dat doel een overeenkomst als bedoeld in artikel 4.2.2 heeft gesloten of bij de Wlz-uitvoerder een persoonsgebonden budget als bedoeld in artikel 3.3.3 heeft aangevraagd.

Artikel 3.2.3

1. Bij of krachtens algemene maatregel van bestuur kan worden bepaald dat de aanspraak op zorg slechts tot gelding kan worden gebracht indien de verzekerde de kosten daarvan geheel of gedeeltelijk draagt. De eigen bijdrage kan verschillen naar

gelang de groep waartoe de verzekerde behoort en de zorg die verstrekt wordt, en kan mede afhankelijk gesteld worden van het inkomen en vermogen van de verzekerde en diens echtgenoot.

2. De voordracht voor een algemene maatregel van bestuur als bedoeld in het eerste lid die betrekking heeft op het in dat lid bedoelde vermogen, wordt niet eerder gedaan dan vier weken nadat het ontwerp aan beide kamers der Staten-Generaal is overgelegd.

Artikel 3.2.4

1. Bij of krachtens algemene maatregel van bestuur kan worden bepaald dat zorg wordt voortgezet na het tijdstip waarop de verzekering is geëindigd of dat een aanspraak op een vergoeding bestaat voor zorg die wordt verleend na dat tijdstip. Daarbij kunnen beperkingen en voorwaarden worden gesteld. De wijze waarop een zodanige aanspraak tot gelding wordt gebracht, wordt daarbij eveneens geregeld.

2. Bij of krachtens algemene maatregel van bestuur kan voor gevallen of omstandigheden waarin de kosten van het verlenen van de desbetreffende zorg in redelijkheid niet of niet volledig ten laste van de in deze wet geregelde verzekering dienen te komen, worden bepaald dat:

- a. de zorg wordt geweigerd;
- b. de zorg op een later tijdstip ingaat;
- c. een hogere bijdrage van de verzekerde wordt gevorderd dan krachtens artikel 3.2.3, eerste lid, is vastgesteld; of
- d. een vergoeding van gemaakte kosten geheel of gedeeltelijk wordt geweigerd.

Artikel 3.2.5

Een recht op zorg kan niet tot gelding worden gebracht gedurende de periode waarin de verzekerde in een penitentiaire inrichting als bedoeld in artikel 3, eerste lid, van de Penitentiaire beginselenwet, een instelling als bedoeld in artikel 1.1, onderdelen j en k, van de Wet forensische zorg of een gesloten accommodatie als bedoeld in artikel 1.1 van de Jeugdwet verblijft.

Artikel 3.2.6

1. Voor militairen in werkelijke dienst als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onderdeel a juncto onderdeel b, van de Militaire ambtenarenwet 1931, alsmede voor militairen aan wie buitengewoon verlof met behoud van militaire inkomsten is verleend, treden de aanspraken inzake zorg door of vanwege de Militair Geneeskundige Dienst in de plaats van de aanspraken krachtens deze wet.

2. Bij of krachtens algemene maatregel van bestuur worden regels gesteld inzake een uitkering door het Zorginstituut aan Onze Minister van Defensie ten laste van het Fonds langdurige zorg in verband met het vervallen van de aanspraken ingevolge deze wet en kunnen regels worden gesteld over de verdere uitvoering van dit artikel.

§3. De leveringsvormen

Artikel 3.3.1

1. De verzekerde die zijn aanspraak op zorg tot gelding wil brengen, wendt zich daartoe tot een zorgaanbieder naar eigen keuze, met wie de Wlz-uitvoerder waarbij hij is ingeschreven tot dat doel een overeenkomst als bedoeld in artikel 4.2.2 heeft gesloten.

2. Een aanspraak op zorg als bedoeld in artikel 4.2.2, eerste lid, onderdeel a, kan uitsluitend tot gelding worden gebracht bij een zorgaanbieder die is gevestigd binnen het grondgebied van het Europese deel van Nederland, of, indien de noodzakelijke zorg

binnen dat grondgebied niet of niet tijdig kan worden verkregen en de Wlz-uitvoerder voorafgaande toestemming heeft verleend, bij een zorgaanbieder die is gevestigd binnen het grondgebied van de staten behorende tot de Europese Unie, de Europese Economische Ruimte of van Zwitserland en die de zorg waarop aanspraak bestaat levert binnen het desbetreffende grondgebied.

3. Een verzekerde heeft buiten het grondgebied van het Europese deel van Nederland, maar binnen het grondgebied van de staten behorende tot de Europese Unie, de Europese Economische Ruimte en Zwitserland, volgens bij algemene maatregel van bestuur te stellen regels in plaats van aanspraak op zorg aanspraak op gehele of gedeeltelijke vergoeding van de voor de zorg gemaakte kosten, indien die wordt verleend door een zorgaanbieder met wie de Wlz-uitvoerder geen overeenkomst als bedoeld in artikel 4.2.2 heeft gesloten.

4. De in het derde lid bedoelde vergoeding wordt verminderd met de krachtens artikel 3.2.3 vastgestelde eigen bijdrage.

5. Bij algemene maatregel van bestuur kan worden bepaald en kunnen regels worden gesteld:

- a. in welke gevallen en onder welke voorwaarden de verlening van een persoonsgebonden budget als bedoeld in artikel 3.3.3 tijdelijk kan worden voortgezet buiten het grondgebied van het Europese deel van Nederland;
- b. door wie in welke gevallen en onder welke voorwaarden werkzaamheden die zijn opgedragen aan het CIZ kunnen worden verricht in plaats van het CIZ;
- c. met betrekking tot het vierde lid.

6. De voordracht voor een krachtens het vijfde lid, onderdeel a, vast te stellen algemene maatregel van bestuur wordt niet eerder gedaan dan vier weken nadat het ontwerp aan beide kamers der Staten-Generaal is overgelegd.

Artikel 3.3.2

1. De Wlz-uitvoerder kan, op aanvraag van de verzekerde die op grond van artikel 3.1.1 aanspraak heeft op zorg, besluiten om de zorgaanbieder met wie de Wlz-uitvoerder een overeenkomst als bedoeld in artikel 3.4.1, tweede lid, heeft gesloten, de zorg, bedoeld in artikel 3.1.2, onderdelen a, b, c, e en f, te leveren zonder dat de verzekerde verblijft in een instelling.

2. De Wlz-uitvoerder neemt een besluit als bedoeld in het eerste lid slechts indien naar zijn oordeel:

- a. de zorg op verantwoorde wijze kan worden verleend, en
- b. de kosten van de zorg niet hoger zijn dan een door de zorgautoriteit vastgesteld tarief, bedoeld in artikel 1, onderdeel j, van de Wet marktordening gezondheidszorg, dat van toepassing zou zijn op de door de zorgautoriteit vastgestelde prestatiebeschrijving indien de aanspraak op verblijf tot gelding zou zijn gebracht, verminderd met een bij ministeriele regeling te bepalen deel van dat tarief.

3. De verzekerde, bedoeld in het eerste lid, heeft, indien hij de leeftijd van 18 jaren nog niet heeft bereikt, aanspraak een woningaanpassing die bedoeld is om de door hem gekozen verblijfplaats geschikt te doen zijn voor de verlening van zorg, voor zover de Wlz-uitvoerder oordeelt dat die investering duurzaam en doelmatig is.

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

Artikel 3.3.3

1. De Wlz-uitvoerder kan, op aanvraag van de verzekerde die op grond van artikel 3.1.1 aanspraak heeft op zorg, besluiten om een persoonsgebonden budget te verlenen

waarmee de verzekerde, in plaats van de zorg van een zorgaanbieder met wie de Wlz-uitvoerder een overeenkomst als bedoeld in artikel 4.2.2 heeft gesloten, zelf betalingen doet voor de zorg, bedoeld in 3.1.2, eerste lid, onderdelen b en f, en voor huishoudelijke hulp, die de verzekerde van derden zal betrekken. De verzekerde ziet af van de aanspraak op verblijf en de met het verblijf gepaard gaande voorzieningen en behandeling, bedoeld in artikel 3.2.1, eerste lid, onder a en d.

2. Het persoonsgebonden budget wordt slechts verleend, indien:

- a. wordt voldaan aan artikel 3.3.2, tweede lid, onder a;
- b. de verzekerde naar het oordeel van de Wlz-uitvoerder in staat is te achten op eigen kracht of met hulp van een vertegenwoordiger, gemachtigde of zaakwaarnemer, de aan een budget verbonden taken en verplichtingen op verantwoorde wijze uit te voeren;
- c. de verzekerde naar het oordeel van de Wlz-uitvoerder in staat is te achten op eigen kracht of met hulp van een vertegenwoordiger, gemachtigde of zaakwaarnemer, de door hem verkozen zorgaanbieders en mantelzorgers op zodanige wijze zodanige aan te sturen en hun werkzaamheden op elkaar af te stemmen, dat sprake is of zal zijn van verantwoorde zorg;
- d. de verzekerde zich gemotiveerd op het standpunt stelt dat hij de zorg niet met toepassing van artikel 3.3.1, eerste lid, of artikel 3.3.2 wenst geleverd te krijgen.

3. Het persoonsgebonden budget wordt geweigerd, indien:

- a. naar het oordeel van de Wlz-uitvoerder onvoldoende aannemelijk is dat met het persoonsgebonden budget zal worden voorzien in toereikende zorg van goede kwaliteit;
- b. de verzekerde zich bij de eerdere verstrekking van een persoonsgebonden budget niet heeft gehouden aan de opgelegde verplichtingen;
- c. de verzekerde blijkens de basisregistratie personen niet beschikt over een woonadres;
- d. de verzekerde rechtens zijn vrijheid is ontnomen.

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

5. Artikel 3.3.2, derde lid, is van overeenkomstige toepassing op de verzekerde, bedoeld in het eerste lid, indien hij de leeftijd van 18 jaren nog niet heeft bereikt.

6. De Sociale verzekeringsbank voert namens de Wlz-uitvoerders de betalingen ten laste van persoonsgebonden budgetten, alsmede het hiermee verbonden budgetbeheer, uit.

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

- a. de gevallen waarin en de voorwaarden waaronder de verzekerde aan wie een persoonsgebonden budget wordt verstrekt, de mogelijkheid heeft om zorg te betrekken van een mantelzorger of een natuurlijke persoon die niet beroeps- of bedrijfsmatig zorg verleent, of die persoon vanuit het persoonsgebonden budget te betalen;
- b. verplichtingen die aan de verzekerde worden opgelegd met betrekking tot de overeenkomsten die de verzekerde sluit met de personen van wie hij de zorg betreft en daarvoor betaling ontvangen uit het persoonsgebonden budget;
- c. de gevallen waarin, onverminderd het tweede en derde lid, verzekerden worden uitgesloten van de verlening van een persoonsgebonden budget;
- d. de aanspraak op woningaanpassingen of hulpmiddelen die bedoeld zijn om de door de verzekerde gekozen verblijfplaats geschikt te doen zijn voor de verlening van zorg met een persoonsgebonden budget;
- e. de wijze waarop de Sociale verzekeringsbank de taak, bedoeld in het zesde lid, uitvoert.

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

HOOFDSTUK 4. De Wlz-uitvoerders

§1. De aan- en afmelding en de statuten

Artikel 4.1.1

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

Artikel 4.1.2

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

Artikel 4.1.3

1. De Wlz-uitvoerder die deze wet niet meer wenst uit te voeren, meldt het voornemen hiertoe schriftelijk aan de zorgautoriteit, onder vermelding van de dag waarop hij deze wet niet meer zal uitvoeren.
2. Artikel 26 van de Zorgverzekeringswet is van overeenkomstige toepassing.
3. De in het eerste lid bedoelde Wlz-uitvoerder kan door de zorgautoriteit met inachtneming van bij algemene maatregel van bestuur te stellen regels worden verplicht tot het voortzetten van de uitvoering van deze wet tot is voorzien in een zodanige

afwikkeling van de activiteiten van de Wlz-uitvoerder dat verzekerden en zorgaanbieders daarvan geen onevenredig nadeel ondervinden.

§2. De taken van de Wlz-uitvoerder

Artikel 4.2.1

1. Voor zover deze uitvoering niet bij of krachtens de wet aan een andere rechtspersoon wordt opgedragen, voert de Wlz-uitvoerder hetgeen bij en krachtens deze wet is geregeld voor de bij hem ingeschreven verzekerden uit.
2. Bij algemene maatregel van bestuur kan de administratie of controle ten aanzien van bij die maatregel aan te wijzen vormen van zorg en voor een bij die maatregel aan te wijzen deel van Nederland voor alle verzekerden die in dat deel van Nederland wonen geheel of gedeeltelijk worden opgedragen aan een door Onze Minister aan te wijzen Wlz-uitvoerder. Daarbij kunnen tevens nadere voorwaarden aan de administratie of controle worden gesteld en wordt bepaald op welke wijze de kosten van desbetreffende administratie of controle worden gedekt uit het Fonds langdurige zorg.
3. Indien een Wlz-uitvoerder werkzaamheden ter vervulling van zijn in het eerste lid bedoelde taak uitbesteedt, neemt hij daartoe bij algemene maatregel van bestuur te bepalen regels in acht alsmede, voor zover het verlenen van de verzekerde zorg wordt uitbesteed, de bij en krachtens artikel 4.2.2 gestelde regels.
4. Onze Minister kan bepalen dat een Wlz-uitvoerder geen werkzaamheden aan een andere Wlz-uitvoerder mag uitbesteden. Een aanwijzing als bedoeld in de vorige zin geschiedt slechts op basis van een melding van de zorgautoriteit als bedoeld in artikel 79, vierde lid, van de Wet marktordening gezondheidszorg.

Artikel 4.2.2

1. Wlz-uitvoerders sluiten schriftelijke overeenkomsten met zorgaanbieders die zorg kunnen verlenen waarop ingevolge artikel 3.1.1 aanspraak bestaat.
2. De overeenkomsten bevatten ten minste bepalingen over:
 - a. het tijdstip waarop de overeenkomst aanvangt te werken, de duur van de overeenkomst en tussentijdse beëindiging van de overeenkomst;
 - b. de aard, de kwaliteit, de doelmatigheid en de omvang van de te verlenen zorg;
 - c. de prijs van de te verlenen zorg;
 - d. de wijze waarop de verzekerden van informatie worden voorzien;
 - e. de controle op de naleving van de overeenkomst, waaronder begrepen de controle op de te verlenen dan wel verleende zorg en op de juistheid van de daarvoor in rekening gebrachte bedragen;
 - f. de administratieve voorwaarden die partijen bij de uitvoering van de overeenkomst in acht zullen nemen.
3. De duur van een overeenkomst bedraagt maximaal vijf jaar.
4. Indien na beëindiging van een overeenkomst voor een bepaalde vorm van zorg door een Wlz-uitvoerder geen aansluitende overeenkomst voor die vorm van zorg met dezelfde zorgaanbieder tot stand komt, behoudt de verzekerde, zolang die zorg noodzakelijk en verantwoord is, jegens de Wlz-uitvoerder aanspraak op ononderbroken voortzetting van die vorm van zorg, te verlenen door dezelfde zorgaanbieder, wanneer die zorg is aangevangen voor de datum waarop de overeenkomst met die zorgaanbieder voor die desbetreffende vorm van zorg is beëindigd.
5. Gedurende de tijdelijke voortzetting van de zorg, bedoeld in het vierde lid, gelden tussen de Wlz-uitvoerder en de zorgaanbieder de voorwaarden van de overeenkomst waaronder de zorg aan de in het vierde lid bedoelde verzekerde is aangevangen,

behoudens voor zover bij ministeriële regeling anders wordt bepaald.

6. Bij algemene maatregel van bestuur kunnen nadere regels worden gesteld over:

- a. de wijze waarop de overeenkomsten tot stand komen en de inhoud van die overeenkomsten;
- b. de kwaliteit van de te verlenen zorg, waaronder de afstemming van de zorg op de behoeften, mogelijkheden en beperkingen van de verzekerde en de wijze waarop bij de zorgverlening mantelzorgers en andere vrijwilligers betrokken kunnen worden.

7. Overeenkomsten die in strijd met het bij en krachtens de vorige leden of het bij en krachtens artikel 4.2.1, derde lid bepaalde zijn gesloten, zijn nietig.

Artikel 4.2.3

Bij algemene maatregel van bestuur kunnen regels worden gesteld over de ondersteuning van de bij de Wlz-uitvoerders ingeschreven verzekerden bij het tot gelding brengen van de aanspraken op zorg, informatievoorziening over wachttijden daaronder begrepen.

Artikel 4.2.4

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

Artikel 4.2.5

1. De Wlz-uitvoerder voert ter zake van de uitvoering van deze wet een administratie die gescheiden is van de overige activiteiten die plaatsvinden in de groep als bedoeld in artikel 24b van Boek 2 van het Burgerlijk Wetboek, waartoe de Wlz-uitvoerder behoort.
2. Buiten de werkzaamheden die uit deze wet voortvloeien, verricht de Wlz-uitvoerder slechts taken die hem bij of krachtens de wet zijn opgedragen.

§3. Verslaglegging

Artikel 4.3.1

1. Een Wlz-uitvoerder zendt voor 1 maart aan de zorgautoriteit een financieel verslag over het voorafgaande kalenderjaar. Daarin wordt onderscheid gemaakt tussen de beheerskosten en de kosten van verstrekking van zorg en vergoedingen.
2. Het financieel verslag gaat vergezeld van een verklaring omtrent de getrouwheid en rechtmatigheid, afgegeven door een accountant als bedoeld in artikel 393 van Boek 2 van het Burgerlijk Wetboek, alsmede van een verslag van zijn bevindingen over de ordelijkheid en controleerbaarheid van het gevoerde financiële beheer.
3. Bij ministeriële regeling kunnen nadere voorschriften worden gesteld omtrent de inhoud van het financieel verslag.
4. De zorgautoriteit zendt het Zorginstituut onverwijld een exemplaar van de in het eerste en tweede lid bedoelde stukken.
5. Op aanvraag van een Wlz-uitvoerder is de zorgautoriteit bevoegd voor in haar besluit aan te wijzen baten en lasten te besluiten dat het ontbreken van een overeenkomst als bedoeld in artikel 4.2.2 geen gevolgen heeft voor de inhoud van de verklaring, bedoeld in het tweede lid.

Artikel 4.3.2

1. De Wlz-uitvoerder zendt voor 1 maart aan de zorgautoriteit in tweevoud een uitvoeringsverslag waarin hij:

- a. rapporteert over de uitvoering van deze wet in het voorafgaande kalenderjaar, en
 - b. een overzicht geeft van zijn voornemens met betrekking tot de uitvoering van deze wet in het lopende kalenderjaar en het daaropvolgende kalenderjaar.
2. Bij ministeriële regeling kunnen nadere voorschriften worden gesteld omtrent de inhoud van het uitvoeringsverslag. De voorschriften kunnen in het bijzonder betrekking hebben op naleving van een in de regeling aan te wijzen gedragscode.
3. De Wlz-uitvoerder voegt bij het uitvoeringsverslag twee exemplaren van een verslag met bevindingen van een accountant als bedoeld in artikel 393 van Boek 2 van het Burgerlijk Wetboek over de vraag of:
- a. het uitvoeringsverslag overeenkomstig de daarvoor geldende regels is opgesteld;
 - b. de uitvoering is geschied overeenkomstig de verplichtingen die bij of krachtens deze wet in het voorafgaande kalenderjaar op de Wlz-uitvoerder rustten.
4. Artikel 4.3.1, vierde lid, is van overeenkomstige toepassing.

Artikel 4.3.3

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

HOOFDSTUK 5. Het Zorginstituut

§ 1. Taken

Artikel 5.1.1

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

Artikel 5.1.2

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

Artikel 5.1.3

1. Het Zorginstituut rapporteert Onze Minister desgevraagd over voorgenomen beleid inzake aard, inhoud en omvang van de aanspraken, bedoeld in artikel 3.1.2.
2. Het Zorginstituut signaleert gevraagd en ongevraagd aan Onze Minister feitelijke ontwikkelingen die aanleiding kunnen geven tot wijzigingen van de aard, inhoud en omvang van de aanspraken op grond van deze wet.
3. Het Zorginstituut rapporteert Onze Minister gevraagd en ongevraagd omtrent de benodigde omvang van de ten laste van het Fonds langdurige zorg beschikbare middelen voor de in deze wet geregelde verzekering en van de premie, bedoeld in artikel 90, eerste lid, onderdeel a, van de Wet financiering sociale verzekeringen.

§ 2. Planning, financiering en verslaglegging

Artikel 5.2.1

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

Artikel 5.2.2

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

Artikel 5.2.3

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

langdurige zorg algemeen verkrijgbaar.

HOOFDSTUK 6. Het CAK

§ 1. Instelling en taak

Artikel 6.1.1

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

Artikel 6.1.2

Het CAK is belast met:

- a. de vaststelling en de inning van de eigen bijdragen, bedoeld in artikel 3.2.3;
- b. de vaststelling en inning van de eigen bijdragen, bedoeld in artikel 2.1.4 van de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015;
- c. de vaststelling van het recht op en de verstrekking van de tegemoetkomingen, bedoeld in artikel 2, eerste en tweede lid, van de Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten;
- d. het namens een Wlz-uitvoerder of het Zorginstituut verrichten van betalingen aan zorgaanbieders, welke de Wlz-uitvoerders, of het Zorginstituut, uit hoofde van de uitvoering van deze wet verschuldigd zijn;
- e. de vaststelling en inning van de ouderbijdrage, bedoeld in artikel 8.2.3, eerste lid van de Jeugdwet.

Artikel 6.1.3

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

§ 2. Planning, financiering en verslaglegging

Artikel 6.2.1

1. Het CAK zendt Onze Minister jaarlijks voor 1 november een werkprogramma en een begroting.
2. Het werkprogramma bevat een beschrijving van de activiteiten die het CAK voornemens is in het volgende kalenderjaar te verrichten. Het werkprogramma heeft de goedkeuring van Onze Minister.
3. Onverminderd artikel 27 van de Kaderwet zelfstandige bestuursorganen bevat de begroting een meerjarenraming van de beheerskosten voor de vier kalenderjaren,

volgens op het begrotingsjaar.

4. De in de artikelen 26 en 34 van de Kaderwet zelfstandige bestuursorganen bedoelde begroting en jaarrekening hebben betrekking op de beheerskosten van het CAK en op de tegemoetkomingen, bedoeld in artikel 2, eerste lid, van de Wet tegemoetkomingen chronisch zieken en gehandicapten.

5. Onverminderd artikel 35, vierde lid, van de Kaderwet zelfstandige bestuursorganen doet de accountant tevens verslag van zijn bevindingen over de vraag of het beheer en de organisatie van het CAK voldoen aan eisen van rechtmatigheid, ordelijkheid en controleerbaarheid.

Artikel 6.2.2

1. Onze Minister stelt jaarlijks voor 1 december het budget vast voor de door het CAK ter uitvoering van zijn in artikel 6.1.2 genoemde taken in het volgende kalenderjaar te maken beheerskosten alsmede voor de kosten van de tegemoetkomingen, bedoeld in artikel 2 van de Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten.

2. Het door Onze Minister vastgestelde budget wordt gedekt uit 's Rijks kas.

3. Indien het budget niet is vastgesteld voor 1 januari van het kalenderjaar waarop de begroting betrekking heeft, is het CAK bevoegd, teneinde zijn activiteiten gaande te houden, te beschikken over ten hoogste een derde gedeelte van het in het budget opgenomen bedrag voor beheerskosten dat laatstelijk voor hem voor een geheel jaar is vastgesteld.

4. Het CAK gaat met betrekking tot de met de uitvoering van zijn taken gepaard gaande beheerskosten geen verplichtingen aan en doet geen uitgaven die leiden tot overschrijding van het in het budget opgenomen bedrag voor de beheerskosten.

5. Onze Minister kan besluiten het in het budget opgenomen bedrag voor de beheerskosten te wijzigen.

Artikel 6.2.3

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

a. de totale omvang van het in die begroting opgenomen bedrag voor beheerskosten geen wijziging ondergaat, en

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

Artikel 6.2.4

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

Artikel 6.2.5

Bij ministeriële regeling kunnen regels worden gesteld over:

a. de inhoud en inrichting van het werkprogramma, bedoeld in artikel 6.2.1, eerste lid;

b. de inhoud en inrichting van de begroting, bedoeld in artikel 26 van de Kaderwet zelfstandige bestuursorganen;

c. de inhoud en inrichting van het jaarverslag en de jaarrekening, bedoeld in de artikelen 18 en 34 van de Kaderwet zelfstandige bestuursorganen;

- d. de accountantscontrole van de jaarrekening;
- e. de omvang van de door het CAK te vormen egaliseringsreserve, bedoeld in artikel 33 van de Kaderwet zelfstandige bestuursorganen;
- f. de wijze waarop en de voorwaarden waaronder het budget, bedoeld in artikel 6.2.2, wordt vastgesteld;
- g. de gegevens die worden verstrekt ten behoeve van de vaststelling van het budget.

Artikel 6.2.6

1. Het CAK zendt voor 1 maart aan de zorgautoriteit een financieel verslag over het voorafgaande kalenderjaar. Artikel 4.2.1 is van overeenkomstige toepassing.
2. Het CAK zendt voor 1 maart aan de zorgautoriteit in tweevoud een uitvoeringsverslag. Artikel 4.3.2 is van overeenkomstige toepassing, met dien verstande dat de bevindingen van de accountant over de uitvoering bedoeld in het derde lid, onderdeel b, van dat artikel, betrekking hebben op de verplichtingen die op het CAK rusten.

HOOFDSTUK 7. Het CIZ

§ 1. Instelling en taak

Artikel 7.1.1

1. Er is een CIZ, dat rechtspersoonlijkheid bezit.
2. Het CIZ is gevestigd in een door Onze Minister te bepalen plaats.
3. Het CIZ bestaat uit ten hoogste drie leden, onder wie de voorzitter.
4. Het CIZ wordt in en buiten rechte vertegenwoordigd door de voorzitter.
5. Benoeming vindt plaats op grond van de deskundigheid die nodig is voor de uitoefening van de taken van het CIZ alsmede op grond van maatschappelijke kennis en ervaring.
6. De leden worden benoemd voor ten hoogste vier jaar. Herbenoeming kan twee maal en telkens voor ten hoogste vier jaar plaatsvinden.
7. In afwijking van artikel 15 van de Kaderwet zelfstandige bestuursorganen worden de personeelsleden van de in het eerste lid bedoelde rechtspersoon in dienst genomen op arbeidsovereenkomst naar burgerlijk recht.

Artikel 7.1.2

1. Het CIZ is belast met:
 - a. het op aanvraag van de verzekerde kosteloos nemen van indicatiebesluiten als bedoeld in artikel 3.2.1, eerste lid;
 - b. het oordeel over de noodzaak van opnemings- en verblijfs- of de voortzetting van het verblijf, bedoeld in artikel 16, eerste lid, van de Wet zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten.
2. Het CIZ is bevoegd de rechter te verzoeken een machtiging als bedoeld in artikel 19, eerste lid, van de Wet zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten te verlenen.
3. Bij of krachtens algemene maatregel van bestuur kunnen aan het CIZ werkzaamheden worden opgedragen die verband houden met de taken die bij wet zijn opgedragen.
4. Mandaat tot het nemen van besluiten ingevolge het eerste, onder a, wordt niet verleend aan iemand die niet werkzaam is onder verantwoordelijkheid van de mandaatgever.
5. Bij algemene maatregel van bestuur kunnen categorieën van besluiten worden aangewezen waarvoor het verbod op mandaatverlening niet geldt.

Artikel 7.1.3

Bij of krachtens algemene maatregel van bestuur kunnen regels worden gesteld over de wijze waarop de indicatie tot stand komt, almede over de inrichting en de geldigheidsduur van het indicatiebesluit.

§ 2. Planning, financiering en verslaglegging

Artikel 7.2.1

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

Artikel 7.2.2

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

Artikel 7.2.3

1. Artikel 6.2.5 is van overeenkomstige toepassing op het werkprogramma, de begroting, het budget, het jaarverslag, de jaarrekening en de te vormen egalisatiereserve van het CIZ.
2. De artikelen 4.3.1, eerste tot en met vierde lid, en 6.2.6, eerste lid, zijn van overeenkomstige toepassing op het financieel verslag van het CIZ, met uitzondering van de tweede volzin van artikel 4.3.1, eerste lid.
3. De artikelen 4.3.2 en 6.2.6, tweede lid, zijn van overeenkomstige toepassing op het uitvoeringsverslag van het CIZ, met dien verstande dat de bevindingen van de accountant over de uitvoering bedoeld in artikel 4.3.2, derde lid, onder b, betrekking hebben op de verplichtingen die op het CIZ rusten.

HOOFDSTUK 8. Kwaliteit van de zorg

§ 1. Zeggenschap van de verzekerde over zijn leven

Artikel 8.1.1

1. De verzekerde aan wie een zorgaanbieder zorg verleent, anders dan op grond van artikel 3.3.3, heeft er recht op dat de zorgaanbieder vóór, dan wel zo spoedig mogelijk na de aanvang van de zorgverlening een bespreking met hem organiseert teneinde afspraken te maken over:
 - a. de doelen die met betrekking tot de zorgverlening voor een bepaalde periode worden gesteld, en de wijze waarop de zorgaanbieder en de verzekerde de gestelde doelen trachten te bereiken;
 - b. de zorgverleners die voor de verschillende onderdelen van de zorgverlening verantwoordelijk zijn, de wijze waarop afstemming tussen die zorgverleners plaatsvindt, en wie de verzekerde op die afstemming kan aanspreken;
 - c. de wijze waarop de verzekerde zijn leven wenst in te richten en de ondersteuning die de verzekerde daarbij van de zorgaanbieder zal ontvangen;

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

Artikel 8.1.2

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

nagekomen jegens degene of degenen die het gezag over hem uitoefent respectievelijk uitoefenen;

d. indien een meerderjarige verzekerde die onder curatele staat of ten behoeve van wie een mentorschap is ingesteld, niet in staat kan worden geacht tot een redelijke waardering van zijn belangen ter zake, nagekomen jegens de curator of de mentor;

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

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

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

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

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

Artikel 8.1.3

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

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

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

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

5. Indien de verzekerde dan wel de vertegenwoordiger niet tot de in artikel 8.1.1 bedoelde besprekingen bereid zijn, houdt de zorgaanbieder bij de vastlegging en bij de

evaluatie of de actualisering van het zorgplan zoveel mogelijk rekening met de veronderstelde wensen en de bekende mogelijkheden en beperkingen van de verzekerde.

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

Artikel 8.1.4

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

§ 2. Toezicht en handhaving

Artikel 8.2.1

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

Artikel 8.2.2

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

3. Voor zover bij het onderzoeken van een melding gegevens van een verzekerde ter beschikking van het Staatstoezicht op de Volksgezondheid zijn gekomen, ter zake waarvan de betrokken zorgverlener uit hoofde van zijn beroep tot geheimhouding verplicht is, geldt gelijke verplichting voor de ambtenaren van het Staatstoezicht jegens anderen dan de verzekerde.
4. Indien het Staatstoezicht op de volksgezondheid vaststelt dat sprake is van een van de in het eerste lid bedoelde situaties, neemt hij passende maatregelen, het in kennis stellen van justitiële autoriteiten daaronder begrepen.

Artikel 8.2.3

1. Indien Onze Minister van oordeel is dat het bepaalde bij of krachtens de artikelen 8.1.1, 8.1.2 of 8.1.3 niet wordt nageleefd, kan hij, in voorkomend geval in overeenstemming met Onze Minister wie het mede aangaat, de zorgaanbieder een schriftelijke aanwijzing geven.
2. In de aanwijzing geeft Onze Minister met redenen omkleed aan op welke punten het bepaalde bij of krachtens artikel 8.1.1, 8.1.2 of 8.1.3 niet wordt nageleefd, alsmede de in verband daarmee te nemen maatregelen.
3. Een aanwijzing bevat de termijn waarbinnen de zorgaanbieder er aan moet voldoen.
4. Indien het nemen van maatregelen in verband met gevaar voor de veiligheid of de gezondheid redelijkerwijs geen uitstel kan lijden, kan de ingevolge artikel 8.2.1 met het toezicht belaste ambtenaar een schriftelijk bevel geven. In voorkomend geval wordt daarvan onverwijld mededeling gedaan aan Onze Minister wie het mede aangaat. Het bevel heeft een geldigheidsduur van zeven dagen, welke door Onze Minister, in voorkomend geval in overeenstemming met Onze Minister wie het mede aangaat, kan worden verlengd.
5. De zorgaanbieder is verplicht binnen de daarbij gestelde termijn aan de aanwijzing onderscheidenlijk onmiddellijk aan het bevel te voldoen.
6. De bevoegdheid tot het verlengen van de geldigheidsduur van een bevel wordt niet gemandateerd aan een ambtenaar van het Staatstoezicht op de volksgezondheid.

Artikel 8.2.4

1. Onze Minister is, in voorkomend geval in overeenstemming met Onze Minister wie het mede aangaat, bevoegd een last onder dwangsom op te leggen aan de zorgaanbieder en de professionele zorgverlener die geen medewerking verleent aan de inzage van dossiers als bedoeld in artikel 8.2.1, derde lid.
2. Onze Minister is, in voorkomend geval in overeenstemming met Onze Minister wie het mede aangaat, bevoegd tot oplegging van een last onder bestuursdwang ter handhaving van een krachtens artikel 8.2.3 gegeven aanwijzing of bevel.

HOOFDSTUK 9. Gegevensverwerking

§ 1. Verwerking van gegevens, waaronder bijzondere persoonsgegevens

Artikel 9.1.1

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

binnen een termijn van veertien dagen aan deze verplichting wordt voldaan.

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

Artikel 9.1.2

1. De WLZ-uitvoerder neemt het burgerservicenummer van zijn verzekerden met het oog op de uitvoering van deze wet in zijn administratie op en bewaart deze gedurende zeven jaren na het einde van de inschrijving van de verzekerde.

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

3. De Wlz-uitvoerder gebruikt het burgerservicenummer van de verzekerde met het doel te waarborgen dat de in het kader van de verzekering van zorg te verwerken persoonsgegevens op die verzekerde betrekking hebben.

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

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

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

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

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

9. Bij algemene maatregel van bestuur kunnen vormen van zorg als bedoeld in artikel 3.2.1, alsmede categorieën van zorgverzekeraars en in de artikelen 9.1.3 tot en met 9.1.6 genoemde personen en instanties worden uitgezonderd van de toepassing van het bepaalde bij of krachtens eerste tot en met het achtste lid.

Artikel 9.1.3

1. Een Wlz-uitvoerder of een door een Wlz-uitvoerder of Onze Minister aangewezen rechtspersoon en:

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

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

2. Voor zover de verzekerde daartoe uitdrukkelijk toestemming heeft verleend,

verstrekken het CIZ en een zorgaanbieder elkaar kosteloos de persoonsgegevens van de verzekerde, waaronder persoonsgegevens betreffende de gezondheid als bedoeld in de Wet bescherming persoonsgegevens. Indien de verzekerde bij de aanvraag de toestemming heeft gegeven, bedoeld in artikel 3.2.1, vijfde en zesde lid, treedt die toestemming in de plaats van de toestemming, bedoeld in de eerste volzin.

3. Het CIZ doet, gelijktijdig met de bekendmaking van het indicatiebesluit waarin het CIZ aangeeft dat verzekerde een aanspraak heeft op zorg, onverwijld mededeling van dat besluit aan de gemeente waarin de verzekerde woont.

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

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

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

7. Bij ministeriële regeling kan worden bepaald:

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

Artikel 9.1.4

1. Een ieder verstrekt op verzoek aan de Wlz-uitvoerders, de zorgverzekeraars, het Zorginstituut, de zorgautoriteit, Onze Minister, de rijksbelastingdienst, het Uitvoeringsinstituut werknemersverzekeringen, de Sociale verzekeringsbank, het college van burgemeester en wethouders, Onze Minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, het CIZ, het CAK, of aan een daartoe door of vanwege een van deze Wlz-uitvoerders of instanties of door Onze Minister aangewezen rechtspersoon kosteloos alle inlichtingen en gegevens, waaronder persoonsgegevens als bedoeld in de Wet bescherming persoonsgegevens, die noodzakelijk zijn voor de uitvoering van deze wet.

2. De in het eerste lid bedoelde gegevens en inlichtingen worden op verzoek verstrekt in

schriftelijke vorm of in een andere vorm die redelijkerwijs kan worden verlangd, binnen een termijn die schriftelijk wordt gesteld bij het in het eerste lid bedoelde verzoek.

3. Een ieder geeft op verzoek van een rechtspersoon als bedoeld in het eerste lid, inzage in alle bescheiden en andere gegevensdragers, stelt deze op verzoek ter beschikking voor het nemen van afschrift en verleent de terzake verlangde medewerking, voor zover dit noodzakelijk is voor de uitvoering van deze wet door de desbetreffende Wlz-uitvoerders of instanties.

4. Bij ministeriële regeling kunnen nadere regels worden gesteld met betrekking tot het eerste, tweede of derde lid.

Artikel 9.1.5

1. De in artikel 9.1.4, eerste lid, bedoelde Wlz-uitvoerders, zorgverzekeraars, instanties en personen zijn bevoegd uit eigen beweging en verplicht op verzoek binnen een bij dat verzoek genoemde termijn, uit de onder hun verantwoordelijkheid gevoerde administratie, aan elkaar, aan een daartoe door of vanwege hen aangewezen persoon of aan een door Onze Minister aangewezen persoon, kosteloos, de gegevens, waaronder persoonsgegevens betreffende de gezondheid als bedoeld in de Wet bescherming persoonsgegevens, te verstrekken die noodzakelijk zijn voor de uitvoering van de zorgverzekeringen of van deze wet, of voor de onderlinge afstemming van op grond van de zorgverzekering verzekerde zorg en zorg die is verzekerd op grond van deze wet.

2. Het eerste lid is van overeenkomstige toepassing op de verstrekking van persoonsgegevens, waaronder persoonsgegevens betreffende de gezondheid, door zorgverzekeraars en Wlz-uitvoerders aan het college van burgemeester en wethouders, onderscheidenlijk door het college van burgemeester en wethouders aan zorgverzekeraars en Wlz-uitvoerders, voor de uitvoering van de zorgverzekeringen, van deze wet, de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015, of van de Jeugdwet.

3. Een zorgverzekeraar verleent op verzoek van het Zorginstituut dan wel van de zorgautoriteit aan door het desbetreffende college aangewezen personen inzage in alle bescheiden en andere gegevensdragers, stelt deze op verzoek ter beschikking voor het nemen van afschrift en verleent de terzake verlangde medewerking, voor zover het desbetreffende college dit nodig acht voor de uitoefening van zijn taak.

4. Onze Minister is bevoegd Wlz-uitvoerders en zorgaanbieders, ter handhaving van het bepaalde bij of krachtens het eerste lid, een aanwijzing te geven betreffende de verstrekking van gegevens die het CAK voor de uitvoering van zijn taak, bedoeld in artikel 6.1.2, aanhef en onderdeel a, nodig heeft.

5. Indien een Wlz-uitvoerder of een zorgaanbieder niet binnen vier weken aan een aanwijzing als bedoeld in het vierde lid voldoet, is Onze Minister bevoegd een last onder dwangsom op te leggen.

6. Alle ambtenaren tot afgifte van uittreksels uit registers van burgerlijke stand bevoegd, zijn verplicht aan een in artikel 9.1.4, eerste lid, bedoelde Wlz-uitvoerder of instantie de door deze gevraagde uittreksels uit de registers kosteloos toe te zenden.

7. Griffiers van colleges, geheel of ten dele met rechtspraak belast, verstrekken op verzoek, kosteloos, aan een Wlz-uitvoerder, aan het Zorginstituut of aan de zorgautoriteit alle gegevens, inlichtingen en uittreksels uit of afschriften van uitspraken, registers en andere stukken, die noodzakelijk zijn voor de uitvoering van deze wet door de Wlz-uitvoerder of het desbetreffende college.

8. Bij ministeriële regeling kunnen nadere regels worden gesteld met betrekking tot:

a. het eerste of tweede lid;

b. de wijze waarop en termijn waarbinnen Wlz-uitvoerders en zorgaanbieders aan het CAK de gegevens verstrekken die het CAK voor de uitvoering van zijn taak, bedoeld in

artikel 6.1.2, aanhef en onderdeel a, nodig heeft.

Artikel 9.1.6

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

Artikel 9.1.7

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

Artikel 9.1.8

1. Een Wlz-uitvoerder maakt voor de verstrekking of ontvangst van gegevens aan of van personen, aan te wijzen door het Zorginstituut, gebruik van een elektronische infrastructuur.
2. Het Zorginstituut kan met betrekking tot het eerste lid regels stellen over:
 - a. de aard en omvang van de gegevens en de voorschriften waaraan de verstrekking of ontvangst ten minste moet voldoen;
 - b. de wijze waarop de verstrekking of ontvangst van gegevens plaatsvindt, waaronder begrepen de aansluiting van Wlz-uitvoerders op de infrastructuur;
 - c. de wijze waarop het gebruik van de infrastructuur wordt georganiseerd en beheerd, waaronder begrepen de inrichting en instandhouding van een gemeenschappelijke database;
 - d. de financiering van het gebruik van de infrastructuur en de wijze waarop de kosten ervan worden verdeeld.

Artikel 9.1.9

1. Het is een ieder die uit hoofde van de toepassing van deze wet of van krachtens deze wet genomen besluiten enige taak vervult of heeft vervuld, verboden van vertrouwelijke gegevens of inlichtingen die ingevolge deze wet dan wel ingevolge titel 5.2 van de Algemene wet bestuursrecht zijn verstrekt of verkregen, verder of anders gebruik te maken of daaraan verder of anders bekendheid te geven dan voor de uitvoering van zijn taak of bij of krachtens deze wet wordt geëist.
2. In afwijking van het eerste lid kunnen de zorgautoriteit en het Zorginstituut met gebruikmaking van vertrouwelijke gegevens of inlichtingen verkregen bij de uitvoering van hun taken op grond van deze wet, mededelingen doen, indien deze niet kunnen worden herleid tot afzonderlijke personen of ondernemingen.
3. In afwijking van het eerste lid zijn de zorgautoriteit en het Zorginstituut, voor zover

dat voor hun taakuitoefening noodzakelijk is, bevoegd aan elkaar en aan Onze Minister vertrouwelijk gegevens of inlichtingen omtrent afzonderlijke Wlz-uitvoerders te verschaffen.

4. Het eerste lid laat, ten aanzien van degene op wie dat lid van toepassing is, onverlet:

a. de toepasselijkheid van de bepalingen van het Wetboek van Strafvordering welke betrekking hebben op het als getuige of deskundige in strafzaken afleggen van een verklaring omtrent gegevens of inlichtingen verkregen bij de vervulling van de ingevolge deze wet opgedragen taak;

b. de toepasselijkheid van de bepalingen van het Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering en van artikel 66 van de Faillissementswet welke betrekking hebben op het als getuige of als partij in een comparitie van partijen dan wel als deskundige in burgerlijke zaken afleggen van een verklaring omtrent gegevens of inlichtingen verkregen bij de vervulling van zijn ingevolge deze wet opgedragen taak, voor zover het gaat om gegevens of inlichtingen omtrent een Wlz-uitvoerder die in staat van faillissement is verklaard of op grond van een rechterlijke uitspraak is ontbonden;

c. de bevoegdheden van de Algemene Rekenkamer ingevolge artikel 91 van de Comptabiliteitswet 2001.

5. Het vierde lid, onderdeel b, geldt niet voor gegevens of inlichtingen die betrekking hebben op Wlz-uitvoerders die betrokken zijn of zijn geweest bij een poging de desbetreffende Wlz-uitvoerder in staat te stellen zijn bedrijf voort te zetten.

6. De Algemene Rekenkamer is bij het doen van mededelingen als bedoeld in artikel 91, twaalfde tot en met vijftiende lid, van de Comptabiliteitswet 2001, verplicht tot geheimhouding, voor zover het betreft gegevens en inlichtingen die haar ingevolge het vierde lid, onderdeel c, bekend zijn geworden.

Artikel 9.1.10

1. In gevallen waarin een persoon aanspraak maakt of heeft gemaakt op zorg ingevolge deze wet en overeenkomstig het bepaalde in artikel 3.2.1, vierde lid, onderdeel b, aan de in dat onderdeel bedoelde personen de daar genoemde onherroepelijke toestemming heeft verleend, zijn die personen verplicht het CIZ en de Wlz-uitvoerder desgevraagd de inlichtingen, waaronder die betreffende de gezondheid, te verstrekken die zij behoeven voor de uitvoering van de taken, waarmee zij bij of krachtens deze wet zijn belast.

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

§ 2. Beleidsinformatie

Artikel 9.2.1

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

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

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

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

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

HOOFDSTUK 10. Overige bepalingen

§ 1. Experimenten

Artikel 10.1.1

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

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

- a. ter verbetering van de samenwerking tussen Wlz-uitvoerders, zorgaanbieders, gemeenten, het CAK, het CIZ en de zorgautoriteit;
- b. ter verbetering van de innovatieve ontwikkeling en kwaliteit van de langdurige zorg;
- c. over de verantwoording van de uitgaven ten laste van het Fonds langdurige zorg;
- d. over het verstrekken van inlichtingen over de resultaten van het experiment;
- e. hoe wordt vastgesteld of het met het experiment nagestreefde doel is behaald;
- f. over de voorwaarden die tijdens de gelding van het experiment van toepassing zijn op personen of instanties die in het experiment een rol vervullen;
- g. over de omstandigheden waaronder het experiment tussentijds kan worden ingetrokken op grond van een daartoe strekkende aanwijzing van Onze Minister.

3. De voordracht voor een krachtens dit artikel vast te stellen algemene maatregel van bestuur wordt niet eerder gedaan dan vier weken nadat het ontwerp aan beide kamers der Staten-Generaal is overgelegd.

4. Onze Minister zendt drie maanden voor het einde van de geldingsduur van een experiment aan de Staten-Generaal een verslag over de doeltreffendheid en de effecten van het experiment in de praktijk, alsmede een standpunt inzake de voortzetting van ervan, anders dan als experiment.

5. Een algemene maatregel van bestuur als bedoeld in het eerste lid vervalt binnen drie jaar na de inwerkingtreding, tenzij:

- a. in de maatregel van bestuur is bepaald dat deze eerder vervalt;
- b. binnen drie jaar een voorstel van wet is ingediend bij de Staten-Generaal om het experiment om te zetten in een wettelijke regeling.

6. Indien het in het vijfde lid, onderdeel b, bedoelde voorstel van wet wordt ingetrokken of indien een van de beide Kamers der Staten-Generaal besluit het voorstel niet aan te nemen, wordt de algemene maatregel van bestuur onverwijld ingetrokken. Wordt het voorstel tot wet verheven, dan wordt de algemene maatregel van bestuur ingetrokken op het tijdstip van inwerkingtreding van die wet.

§ 2 De invloed van de verzekering op het burgerlijk recht

Artikel 10.2.1

1. Een overeenkomst met betrekking tot de verzekering van geneeskundige verzorging of de kosten daarvan vervalt met ingang van de dag waarop en voor zover voor een

verzekerde uit deze wet aanspraken voortvloeien gelijkwaardig aan die, welke aan genoemde overeenkomst kunnen worden ontleend.

2. Een verzekeraar verlaagt voor alle verzekerden in gelijke mate en naar rato van het vervallen gedeelte van de in het eerste lid bedoelde overeenkomsten de tarieven van gesloten en nieuw af te sluiten ziektekostenverzekeringsovereenkomsten.

3. De premie, welke degene wiens verzekering krachtens het bepaalde in het eerste lid geheel of gedeeltelijk is vervallen, heeft vooruitbetaald, wordt door de verzekeraar al naar gelang van het vervallen gedeelte der overeenkomst terugbetaald, onder aftrek van ten hoogste 25 percent van het terug te betalen bedrag voor administratiekosten.

Artikel 10.2.2

Bij de vaststelling van de schadevergoeding, waarop de verzekerde naar burgerlijk recht aanspraak kan maken ter zake van een feit, dat aanleiding geeft tot het verlenen van zorg, dan wel zorg die is bekostigd ingevolge artikel 3.3.2 houdt de rechter rekening met de aanspraken, die de verzekerde krachtens deze wet heeft.

Artikel 10.2.3

1. Behoudens toepassing van het derde lid, eerste volzin, heeft een Wlz-uitvoerder voor de krachtens deze wet gemaakte kosten verhaal op degene, die in verband met het in artikel 10.2.2 bedoelde feit jegens de verzekerde naar burgerlijk recht tot schadevergoeding is verplicht, doch ten hoogste tot het bedrag, waarvoor deze bij het ontbreken van de aanspraken krachtens deze wet naar burgerlijk recht aansprakelijk zou zijn, verminderd met een bedrag, gelijk aan dat van de schadevergoeding tot betaling waarvan de aansprakelijke persoon jegens de verzekerde naar burgerlijk recht is gehouden.

2. Voor zover de geldswaarde van de in het eerste lid bedoelde verleende zorg niet kan worden vastgesteld, wordt deze bepaald op een geschat bedrag. Onze Minister kan hieromtrent nadere regels stellen.

3. Het Zorginstituut kan met verzekeraars een overeenkomst sluiten inhoudende een door die verzekeraars aan het Zorginstituut te betalen afkoopsom voor de voor de komende periode te verwachten schadelast tengevolge van de schadelast van diens verzekerden ingevolge het eerste lid. De overeenkomst heeft geen betrekking op de schadelast van een Wlz-uitvoerder die voor de aanvang van de onderhandelingen over de bedoelde overeenkomst aan het Zorginstituut te kennen heeft gegeven van zijn bevoegdheid in het eerste lid gebruik te maken. Het Zorginstituut stelt voor aanvang van de periode waarvoor een afkoopsom is overeengekomen, Wlz-uitvoerders op de hoogte van de totstandkoming van bedoelde overeenkomst.

Artikel 10.2.4

1. Indien de verzekerde in dienstbetrekking werkzaam is, geldt artikel 10.2.3, ten aanzien van de naar burgerlijk recht tot schadevergoeding verplichte werkgever van de verzekerde, onderscheidenlijk ten aanzien van de naar burgerlijk recht tot schadevergoeding verplichte persoon, die in dienstbetrekking staat tot dezelfde werkgever als de verzekerde jegens wie naar burgerlijk recht verplichting tot schadevergoeding bestaat, slechts indien het feit als genoemd in artikel 10.2.2 is te wijten aan opzet of bewuste roekeloosheid van die werkgever onderscheidenlijk persoon.

2. Voor de toepassing van het eerste lid wordt mede als werkgever beschouwd de inlener, bedoeld in artikel 34 van de Invorderingswet 1990.

Artikel 10.2.5

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

§ 3. Bezwaar en beroep

Artikel 10.3.1

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

Artikel 10.3.2

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

Artikel 10.3.3

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

§ 4. Overig

Artikel 10.4.1

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

HOOFDSTUK 11. Strafbepalingen

Artikel 11.1

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

Artikel 11.2

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

Artikel 11.3

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

Artikel 11.4

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

Artikel 11.5

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

Artikel 11.6

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

HOOFDSTUK 12. Wijziging van andere wetten

Artikel 12.1

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

A

Artikel 1 wordt als volgt gewijzigd:

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

2. In onderdeel b, onder 2°, wordt “op grond van artikel 44 van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten” vervangen door: op grond van artikel 3.3.3, eerste lid, van de Wet langdurige zorg.
3. In onderdeel b wordt na onderdeel 4°, maar vóór de laatste zinsnede, een onderdeel ingevoegd, luidende:
 - 5°. zorg als bedoeld in artikel 4a van de Wet publieke gezondheid;
4. Aan onderdeel c wordt toegevoegd:
 - 3°. zorgaanbieder als bedoeld in de Wet langdurige zorg;
5. Onderdeel d komt te luiden:
 - d. indicatieorgaan: het CIZ, genoemd in artikel 7.1.1, eerste lid, van de Wet langdurige zorg;
6. Onderdeel e, onder 1°, komt te luiden:
 - 1°. Wlz-uitvoerder als bedoeld in artikel 1.1.1 van de Wet langdurige zorg;
7. In onderdeel e, onder 3°, wordt “de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten” vervangen door: de Wet langdurige zorg.

B

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

C

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

Artikel 12.2

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

A

Artikel 1, eerste lid, wordt als volgt gewijzigd:

1. In onderdeel b, onder 1°, wordt “de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten” vervangen door: de Wet langdurige zorg.
2. Onderdeel e komt te luiden:
 - e. Wlz-uitvoerder: de rechtspersoon als bedoeld in artikel 1.1.1 van de Wet langdurige zorg;
3. In onderdeel f, onder 2°, wordt “een AWBZ-verzekeraar” vervangen door: een Wlz-uitvoerder.
4. In onderdeel g wordt “de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten” vervangen door: de Wet langdurige zorg.
5. Onderdeel r komt te luiden:
 - r. het CAK: het CAK, genoemd in artikel 6.1.1, eerste lid, van de Wet langdurige zorg;

B

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

C

Het opschrift van paragraaf 3.3. komt te luiden:
Paragraaf 3.3. Toezicht Wet langdurige zorg.

D

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

E

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

F

Artikel 30 wordt als volgt gewijzigd:

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

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

G

Artikel 31 wordt als volgt gewijzigd:

1. Onderdeel a komt te luiden:

a. de controle door de Wlz-uitvoerders en, voor zover betrekking hebbend op de uitvoering van de in artikel 6.1.2 van de Wet langdurige zorg bedoelde taken, door het CAK.

2. In onderdeel b wordt "het accountantsverslag, bedoeld in artikel 36 van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten," vervangen door: het accountantsverslag, bedoeld in artikel 4.2.1 van de Wet langdurige zorg,.

H

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

Artikel 31a

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

I

Artikel 36 wordt als volgt gewijzigd:

1. In het derde lid, onderdeel b, wordt "AWBZ-verzekeraars" vervangen door "Wlz-uitvoerders" en wordt "de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten" vervangen door: de Wet langdurige zorg.

2. In het vierde lid wordt ", AWBZ-verzekeraars of de rechtspersonen bedoeld in artikel 40 van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten," vervangen door: en Wlz-uitvoerders.

J

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

K

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

L

In paragraaf 4.4. wordt voor artikel 50 een artikel ingevoegd, luidende:

Artikel 49a

1. Onze Minister stelt voor ieder kalenderjaar het bedrag vast dat in dat kalenderjaar beschikbaar is voor het verlenen van zorg als bedoeld in de Wet langdurige zorg.
2. Ten behoeve van het vaststellen van tarieven als bedoeld in artikel 50, eerste lid, en artikel 56b kan de zorgautoriteit het bedrag, bedoeld in het eerste lid, over delen van Nederland of over Wlz-uitvoerders verdelen.

M

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

N

Artikel 58, vierde lid, wordt als volgt gewijzigd:

1. In onderdeel c wordt "artikel 12, eerste lid, van de Zorgverzekeringswet of 15 van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten" vervangen door: artikel 12, eerste tot en met derde lid, van de Zorgverzekeringswet of artikel 4.2.2 van de Wet langdurige zorg.
2. Onder vervanging van de puntkomma aan het slot van onderdeel c door een punt, vervalt onderdeel d.

O

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

P

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

Q

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

R

Aan artikel 79 wordt een lid toegevoegd, luidende:

4. Indien een Wlz-uitvoerder werkzaamheden aan andere Wlz-uitvoerder heeft uitbesteed en een door de zorgautoriteit op grond van artikel 78, eerste lid, gegeven aanwijzing met betrekking tot de wijze waarop deze taak door de desbetreffende persoon wordt

uitgevoerd, niet binnen de in het tweede lid bedoelde termijn tot een rechtmatige en doelmatige uitvoering heeft geleid, meldt de zorgautoriteit dit, onder vermelding van de naam van de Wlz-uitvoerder waaraan is uitbesteed, aan Onze Minister.

S

In artikel 80 wordt het eerste lid als volgt gewijzigd:

1. In de aanhef wordt "het CAK dan wel een AWBZ-verzekeraar," vervangen door: het CAK dan wel een Wlz-uitvoerder,.
2. In onderdeel b, onder 2°, wordt na "zorgverzekeraar" ingevoegd "dan wel de Wlz-uitvoerder" en wordt "de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten" vervangen door: de Wet langdurige zorg.

T

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

U

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

Artikel 12.3

De **Zorgverzekeringswet** wordt als volgt gewijzigd:

A

Artikel 1 wordt als volgt gewijzigd:

1. Onderdeel s komt te luiden:
s. Wlz-uitvoerder: de rechtspersoon bedoeld in artikel 1.1.1 van de Wet langdurige zorg;.
2. Onderdeel w komt te luiden:
w. het CAK: het CAK, genoemd in artikel 6.1.1, eerste lid, van de Wet langdurige zorg;.

B

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

C

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

D

Aan artikel 25 wordt een lid toegevoegd, luidende:

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

E

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

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

Boek 2 van het Burgerlijk Wetboek, waartoe ook die zorgverzekeraar behoort, tegelijkertijd de melding doet, bedoeld in artikel 4.1.2, eerste lid, van de Wet langdurige zorg.

F

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

G

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

H

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

I

Artikel 89, eerste lid, wordt als volgt gewijzigd:

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

J

In artikel 93, zesde lid, wordt "artikel 91, elfde tot en met veertiende lid" vervangen door: artikel 91, twaalfde tot en met vijftiende lid.

K

Artikel 118a wordt als volgt gewijzigd:

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

L

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

Artikel 12.4

De **Jeugdwet** wordt als volgt gewijzigd:

A

In artikel 1.1 wordt het onderdeel "- CAK: het CAK, genoemd in artikel 48, eerste lid, van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten;" vervangen door:
- CAK: het CAK, genoemd in artikel 6.1.1, eerste lid, van de Wet langdurige zorg;.

B

Artikel 1.2 wordt als volgt gewijzigd:

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

C

Artikel 8.1.8 komt te luiden:

Artikel 8.1.8

De Sociale verzekeringsbank, genoemd in artikel 3 van de Wet structuur uitvoeringsorganisatie werk en inkomen, voert namens de colleges de betalingen ten laste van verstrekte budgetten, alsmede het hiermee verbonden budgetbeheer, uit.

Artikel 12.5

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

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

Artikel 12.6

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

A

Artikel 1 wordt als volgt gewijzigd

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

B

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

C

Artikel 16 wordt als volgt gewijzigd:

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

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

D

Artikel 17 wordt als volgt gewijzigd:

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

E

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

F

Artikel 20 wordt als volgt gewijzigd:

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

G

Artikel 21 wordt als volgt gewijzigd:

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

H

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

I

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

J

Artikel 30 wordt als volgt gewijzigd:

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

K

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

L

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

M

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

N

Artikel 36, eerste lid, onderdeel g, komt te luiden:
g. het CIZ, en.

O

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

P

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

Q

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

R

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

Artikel 12.7

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

A

Artikel 1 wordt als volgt gewijzigd:

1. In het eerste lid wordt het onderdeel "- AWBZ-zorg: zorg of dienst als omschreven bij of krachtens de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten;" vervangen door:
- Wlz-zorg: zorg of dienst als omschreven bij of krachtens de Wet langdurige zorg;.
2. In artikel 1, eerste lid, wordt "AWBZ-zorg" telkens vervangen door: Wlz-zorg.
3. In het tweede lid wordt "op grond van artikel 44 van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten" vervangen door: op grond van artikel 3.3.3, eerste lid, van de Wet langdurige zorg.
4. In het derde lid wordt "of de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten" vervangen door: of de Wet langdurige zorg.
5. In het zevende lid wordt "of artikel 1 van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten" vervangen door: of artikel 1 van de Wet langdurige zorg.

B

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

C

Artikel 47 vervalt.

Artikel 12.7a

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

A

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

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

B

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

C

In artikel 4.1.1, vijfde lid, wordt "of van het indicatieorgaan, bedoeld in artikel 9b, eerste lid, van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten," vervangen door: of van het CIZ.

D

In artikel 4.2.1, eerste lid, onderdeel c, wordt "of van het indicatieorgaan, bedoeld in artikel 9b, eerste lid, van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten," vervangen door: of van het CIZ.

E

In artikel 4.2.5, derde lid, wordt "Het indicatieorgaan, bedoeld in artikel 9b, eerste lid, van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten is," vervangen door: Het CIZ is,.

Artikel 12.8a

In de **Wet publieke gezondheid** wordt na artikel 4 een artikel ingevoegd, luidende:

Artikel 4a

1. Onze Minister draagt zorg voor de vaccinaties, opgenomen in een bij ministeriële regeling vast te stellen vaccinatieprogramma, waarin wordt aangegeven welke doelgroepen voor vaccinatie in aanmerking komen alsmede hoe de uitvoering van dat programma plaatsvindt.
2. Onze Minister draagt zorg voor het onderzoek bij pasgeborenen naar bij ministeriële regeling aan te wijzen ernstige zeldzame ziekten.
3. Dit artikel is niet van toepassing in de openbare lichamen Bonaire, Sint Eustatius en Saba.

Artikel 12.8b

Artikel 90 van de **Geneesmiddelenwet** komt te luiden:

Artikel 90

De verboden, bedoeld in de artikelen 85, 88, onder d, en 89, onder g, gelden niet voor publieksreclame ter bevordering van deelname aan het vaccinatieprogramma, bedoeld in artikel 4a, eerste lid, van de Wet publieke gezondheid.

Artikel 12.9

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

Artikel 12.10

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

Artikel 12.11

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

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

Artikel 12.12

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

A

Artikel 3.104, onderdeel a komt te luiden:

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

B

Artikel 6.18 wordt als volgt gewijzigd:

1. Onderdeel c komt te luiden:

c. de krachtens de Wet langdurige zorg verschuldigde bijdragen;

2. Onderdeel i komt te luiden:

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

C

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

D

Artikel 8.6 wordt als volgt gewijzigd:

1. Het opschrift komt te luiden:

Artikel 8.6. Berekening heffingskorting voor de verzekering langdurige zorg

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

Artikel 12.13

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

Artikel 12.14

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

Artikel 12.15

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

PM

Artikel 12.16

In de bijlage bij artikel 1, eerste lid, onderdeel p, van de **Wet toezicht accountantsorganisaties** wordt het onderdeel “– artikelen 36, tweede lid, en 45, derde lid, van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten;” vervangen door:
– de artikelen 4.2.1, tweede lid, en 5.2.2, derde lid, van de Wet langdurige zorg;.

Artikel 12.17

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

A

Artikel 1, onderdeel i, komt te luiden:

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

B

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

C

Artikel 4, onderdeel c, komt te luiden:

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

D

Artikel 5 vervalt.

E

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

F

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

G

Artikel 14 wordt als volgt gewijzigd:

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

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

H

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

I

Artikel 61 wordt als volgt gewijzigd:

1. In het derde lid, onder a, wordt “de algemene verzekering bijzondere ziektekosten” vervangen door: de verzekering langdurige zorg.

2. In het vijfde lid, onder a, wordt “de algemene verzekering bijzondere ziektekosten” vervangen door: de verzekering langdurige zorg.

J

Het opschrift van hoofdstuk 7, afdeling 2, paragraaf 2, komt te luiden:
§ 2. Wet langdurige zorg

K

Artikel 89 komt te luiden:

Artikel 89 Fonds langdurige zorg

Het Zorginstituut beheert en administreert afzonderlijk een Fonds langdurige zorg.

L

Artikel 90 wordt als volgt gewijzigd:

1. Het opschrift komt te luiden:

Artikel 90. Inkomsten en uitgaven Fonds langdurige zorg

2. Het eerste lid wordt als volgt gewijzigd:

a. De aanhef komt te luiden:

1. Ten gunste van het Fonds langdurige zorg komen:

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

c. In onderdeel c wordt "op grond van artikel 6, vierde lid, van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten" vervangen door: artikel 3.2.3 van de Wet langdurige zorg.

3. Het tweede lid wordt als volgt gewijzigd:

a. De aanhef komt te luiden:

2. Uit het Fonds langdurige zorg worden betaald:

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

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

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

e. In onderdeel e wordt "artikel 7, derde lid, van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten" vervangen door: artikel 3.2.6, tweede lid, van de Wet langdurige zorg.

f. Onderdeel f komt te luiden:

f. de kosten de Sociale verzekeringsbank maakt voor de uitvoering van de taak, bedoeld in artikel 3.3.3, zesde lid, van de Wet langdurige zorg.

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

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

M

Artikel 91 wordt als volgt gewijzigd:

1. Het opschrift komt te luiden:

Artikel 91. Dekking uitgaven Fonds langdurige zorg

2. Het eerste lid wordt als volgt gewijzigd:

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

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

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

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

N

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

O

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

P

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

Artikel 12.18

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

A

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

B

Artikel 34 wordt als volgt gewijzigd:

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

C

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

Artikel 12.19

De **Werkloosheidswet** wordt als volgt gewijzigd:

A

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

B

In artikel 42a, derde lid, "die is gegrond op artikel 44, eerste lid, onderdeel b, van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten" vervangen door: die is gegrond op artikel 3.3.3, eerste lid, van de Wet langdurige zorg.

Artikel 12.20

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

A

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

B

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

Artikel 12.21

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

A

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

B

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

Artikel 12.22

De **Wet arbeidsongeschiktheidsvoorziening jonggehandicapten** wordt als volgt gewijzigd:

A

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

B

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

Artikel 12.23

De **Participatiewet** wordt als volgt gewijzigd:

A

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

B

In artikel 67, eerste lid, onderdeel d, wordt “en de zorgverzekeraars in de zin van de artikelen 1, onderdeel b, van de Zorgverzekeringswet of van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, voor de uitvoering van de Zorgverzekeringswet of de Algemene Wet

Bijzondere Ziektelkosten;" vervangen door: , de zorgverzekeraars in de zin van de artikel 1, onderdeel b, van de Zorgverzekeringwet, voor de uitvoering van de Zorgverzekeringwet of de Wlz-uitvoerder, bedoeld in artikel 1.1.1 van de Wet langdurige zorg, voor de uitvoering van de Wet langdurige zorg;.

Artikel 12.24

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

A

In artikel 15, zesde lid, "die is gegrond op artikel 44, eerste lid, onderdeel b, van de Algemene Wet Bijzondere Ziektelkosten " vervangen door: die is gegrond op artikel 3.3.3, eerste lid, van de Wet langdurige zorg.

B

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

Artikel 12.25

De **Ziektewet** wordt als volgt gewijzigd:

A

In artikel 29f, zesde lid, "die is gegrond op artikel 44, eerste lid, onderdeel b, van de Algemene Wet Bijzondere Ziektelkosten " vervangen door: die is gegrond op artikel 3.3.3, eerste lid, van de Wet langdurige zorg.

B

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

Artikel 12.26

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

Artikel 12.27

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

Artikel 12.28

In artikel 3, eerste lid, van de **Toeslagwet Indonesische pensioenen 1956** wordt "de artikelen 6 en 13 van de Algemene Wet Bijzondere Ziektelkosten" vervangen door: artikel 3.2.3, eerste lid, van de Wet langdurige zorg.

Artikel 12.29

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

Artikel 12.30

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

Artikel 12.31

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

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

Artikel 12.32

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

Artikel 12.33

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

Artikel 12.34

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

Artikel 12.35

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

A

In artikel 2 van bijlage 2 vervalt de zinsnede met betrekking tot de Algemene wet bijzondere ziektekosten, en wordt in de alfabetische rangschikking ingevoegd: *Wet langdurige zorg*, voor zover het betreft een besluit van Onze Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, met uitzondering van hoofdstuk 8, §2.

B

In artikel 7 van bijlage 2 wordt in de alfabetische rangschikking ingevoegd: *Wet langdurige zorg*: hoofdstuk 8, §2.

C

In artikel 9 van bijlage 2 vervalt de zinsnede met betrekking tot de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten en wordt in de alfabetische rangschikking ingevoegd: *Wet langdurige zorg*, met uitzondering van een besluit van Onze Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

D

In artikel 2 van bijlage 3 vervalt de zinsnede met betrekking tot de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten en wordt in de alfabetische rangschikking ingevoegd: *Wet langdurige zorg*, met uitzondering van een besluit van Onze Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Artikel 12.36

In artikel 1, onder 4°, van de **Wet op de economische delicten** vervalt de zinsnede met betrekking tot de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten en wordt in de alfabetische rangschikking ingevoegd: de Wet langdurige zorg, artikel 10.2.1 tweede lid;.

Artikel 12.37

In artikel 119, tweede lid, van de **Algemene pensioenwet politieke ambtsdragers** wordt "de artikelen 6 en 13 van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten" vervangen door: artikel 3.2.3, eerste lid, van de Wet langdurige zorg.

Artikel 12.38

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

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

Artikel 12.39

In artikel 27a, eerste lid, van de **Wet aanpassingen pensioenvoorzieningen Bijstandskorps** wordt "de artikelen 6 en 13 van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten" vervangen door: artikel 3.2.3, eerste lid, van de Wet langdurige zorg.

Artikel 12.40

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

HOOFDSTUK 13. Invoerings-, overgangs- en slotbepalingen

§ 1. Invoeringsbepalingen met betrekking tot het CIZ

Artikel 13.1.1

1. De personen die op het tijdstip van inwerkingtreding van deze wet krachtens een arbeidsovereenkomst naar burgerlijk recht behoren tot het personeel van de stichting Centrum indicatiestelling zorg, en van wie naam en functie zijn vermeld op een door Onze Minister vastgestelde lijst, zijn op dat tijdstip van rechtswege ontslagen en aangesteld in dienst van het CIZ.
2. De overgang van de in het eerste lid bedoelde personeelsleden vindt plaats met een rechtspositie die als geheel ten minste gelijkwaardig is aan die welke voor elk van hen gold bij de stichting Centrum indicatiestelling zorg.
3. Artikel 7.1.1., zevende lid, is van overeenkomstige toepassing.

Artikel 13.1.2

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

Artikel 13.1.3

Archiefbescheiden van de stichting Centrum indicatiestelling zorg betreffende zaken die op het tijdstip van inwerkingtreding van deze wet nog niet zijn afgedaan, worden

overgedragen aan het CIZ, voor zover zij niet overeenkomstig de Archiefwet 1995 zijn overgebracht naar een archiefbewaarplaats.

Artikel 13.1.4

1. Aanvragen gedaan bij en besluiten genomen door de stichting Centrum indicatiestelling zorg met betrekking tot de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, voor zover de uitvoering van die wet op de dag voorafgaand aan de inwerkingtreding van deze wet aan de stichting Centrum indicatiestelling zorg was opgedragen, gelden na de inwerkingtreding van deze wet als aanvragen gedaan bij en besluiten genomen door het CIZ.

2. In wettelijke procedures en rechtsgedingen, waarbij de stichting Centrum indicatiestelling zorg is betrokken, treedt op het tijdstip van inwerkingtreding van deze wet het CIZ in de plaats van de stichting Centrum indicatiestelling zorg.

3. In zaken waarin voor het tijdstip van inwerkingtreding van deze wet aan de Nationale ombudsman is verzocht een onderzoek te doen dan wel de Nationale ombudsman een onderzoek heeft ingesteld naar een gedraging die kan worden toegerekend aan de stichting Centrum indicatiestelling zorg, treedt het CIZ op dat tijdstip als bestuursorgaan in de zin van de Wet Nationale ombudsman in de plaats van de stichting Centrum indicatiestelling zorg.

Artikel 13.1.5

Vier jaar na inwerkingtreding van deze wet, wordt artikel 7.1.1 als volgt gewijzigd:

1. Het eerste lid komt te luiden:

1. Er is een CIZ.
2. Het zevende lid vervalt.

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

Artikel 13.2.1

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

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

Artikel 13.2.2

Indien deze wet in werking treedt op hetzelfde of een later tijdstip dan artikel XIII van de wet houdende afschaffing van de algemene tegemoetkoming voor chronisch zieken en gehandicapten, de compensatie voor het verplicht eigen risico, de fiscale aftrek van uitgaven voor specifieke zorgkosten en de tegemoetkoming specifieke zorgkosten en

wijziging van de grondslag van de tegemoetkoming voor arbeidsongeschikten (Kamerstukken **PM**), wordt deze wet met ingang van het tijdstip van inwerkingtreding als volgt gewijzigd:

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

Artikel 13.2.3

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

§ 3. Invoerings- en overgangsbepalingen WLZ-uitvoerders

Artikel 13.3.1

De zorgautoriteit kan het een Wlz-uitvoerder die behoort tot een groep als bedoeld in artikel 24b van Boek 2 van het Burgerlijk Wetboek waarvan ook een zorgverzekeraar deel uitmaakt die de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten op de dag voor de intrekking van die wet uitvoerde, op diens verzoek voor een periode van ten hoogste twaalf maanden na die intrekking toestaan de Wlz uit te voeren zonder dat de vaststelling, bedoeld in artikel 4.1.1, vierde of zesde lid, heeft plaatsgevonden.

Artikel 13.3.2

1. In dit artikel wordt verstaan onder zorgverzekeraar: de zorgverzekeraar als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onderdeel c, van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, zoals dat onderdeel luidde op de dag voor intrekking van die wet.
2. Ten aanzien van rechten en verplichtingen van zorgverzekeraars en van door Onze Minister krachtens artikel 40, eerste lid, van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, zoals dat artikel luidde voor de intrekking van die wet, aangewezen rechtspersonen, welke bij of krachtens de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten zijn ontstaan voor intrekking van die wet, dan wel na dat tijdstip zijn ontstaan ter zake van de afwikkeling van die rechten en verplichtingen, blijft het recht van toepassing zoals dat gold voorafgaand aan dat tijdstip, behoudens voor zover ter zake bij of krachtens deze wet afwijkende regels zijn gesteld.
3. De in het tweede lid bedoelde rechten en verplichtingen van de zorgverzekeraars gaan van rechtswege over op de Wlz-uitvoerder bij welke de verzekerde is ingeschreven ingevolge artikel 2.2.1.
4. De in het tweede lid bedoelde rechten en verplichtingen van de aangewezen rechtspersonen die zijn ontstaan krachtens artikel 40 van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, gaan van rechtswege over op de Wlz-uitvoerder die door Onze Minister is aangewezen krachtens artikel 4.2.1, tweede lid, in de plaats waar de verzekerde woont, of bij gebreke van een zodanige aanwijzing, op de Wlz-uitvoerder bij welke de verzekerde is ingeschreven ingevolge artikel 2.2.1.
5. De in het tweede lid bedoelde rechten en verplichtingen van de aangewezen rechtspersonen die zijn ontstaan krachtens artikel 44 van de Algemene Wet Bijzondere

Ziektekosten, gaan van rechtswege over op de Wlz-uitvoerder bij welke de verzekerde is ingeschreven ingevolge artikel 2.2.1.

6. Aanvragen en besluiten krachtens artikel 44 van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten die voor de intrekking van die wet zijn gedaan bij, onderscheidenlijk zijn genomen door, de rechtspersonen, aangewezen krachtens artikel 40 van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, gelden na dat tijdstip als aanvragen gedaan bij en besluiten genomen door de Wlz-uitvoerder bij welke de verzekerde is ingeschreven ingevolge artikel 2.2.1.

7. In wettelijke procedures en rechtsgedingen, waarbij een zorgverzekeraar respectievelijk een krachtens artikel 40 van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten aangewezen rechtspersoon is betrokken, treedt vanaf de intrekking van die wet, voor die zorgverzekeraar respectievelijk die rechtspersoon in de plaats:

- de Wlz-uitvoerder op welke op grond van het derde of zesde lid de rechten en verplichtingen van de zorgverzekeraar zijn overgegaan, respectievelijk;
- de krachtens artikel 4.2.1, tweede lid, door Onze Minister aangewezen Wlz-uitvoerder op welke op grond van het vierde lid de krachtens artikel 40 van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten ontstane rechten en verplichtingen zijn overgegaan.

8. Indien Onze Minister krachtens artikel 4.2.1, tweede lid, een andere Wlz-uitvoerder aanwijst, gaan de rechten en verplichtingen die voortvloeien uit de in dat artikellid bedoelde taak van de eerst aangewezen Wlz-uitvoerder van rechtswege over op de nieuw aangewezen Wlz-uitvoerder.

9. Op het tijdstip waarop een krachtens artikel 4.2.1, tweede lid, aan een Wlz-uitvoerder gegeven aanwijzing vervalt zonder dat een nieuwe Wlz-uitvoerder wordt aangewezen, gaan de uit dat artikellid voortvloeiende rechten en verplichtingen van de aangewezen Wlz-uitvoerder, die als gevolg van het bepaalde in dit artikel zijn ontstaan, van rechtswege over op de Wlz-uitvoerder waarbij de verzekerde is ingeschreven ingevolge artikel 2.2.1.

10. In zaken waarin voor de intrekking van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten aan de Nationale ombudsman is verzocht een onderzoek te doen, dan wel de Nationale ombudsman een onderzoek heeft ingesteld naar een gedraging die kon worden toegerekend aan een zorgverzekeraar of die krachtens artikel 44 van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten kon worden toegerekend aan een rechtspersoon die is aangewezen krachtens artikel 40, eerste lid, van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, treedt na de intrekking van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten in de plaats van die zorgverzekeraar of die rechtspersoon de Wlz-uitvoerder op, op welke ingevolge dit artikel de rechten en verplichtingen van de zorgverzekeraar of van die rechtspersoon zijn overgegaan.

11. De archiefbescheiden van zorgverzekeraars en rechtspersonen, aangewezen krachtens artikel 40 van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, die betrekking hebben op de voor de intrekking van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten bij of krachtens die wet door hen uitgevoerde taken, worden zonder dat daarvoor de toestemming van de verzekerden is vereist door die zorgverzekeraars overgedragen aan de Wlz-uitvoerder bij welke de verzekerde is ingeschreven ingevolge artikel 2.2.1, onderscheidenlijk door die aangewezen rechtspersonen overgedragen aan de door Onze Minister krachtens artikel 4.2.1, tweede lid, aangewezen Wlz-uitvoerders, voor zover zij niet overeenkomstig de Archiefwet 1995 zijn overgebracht naar een archiefbewaarplaats.

12. Bij ministeriële regeling kunnen regels worden gesteld die noodzakelijk zijn voor een goede uitvoering van dit artikel.

§ 4. Overgangsrecht verzekerden

Artikel 13.4.1

1. De verzekerde die vóór de dag van de inwerkingtreding van artikel 13.5.1 op grond van een indicatiebesluit is aangewezen op een zorgzwaartepakket 5 VV, 6 VV, 7 VV, 8 VV, 9b VV, 10 VV, 4 VG, 5 VG, 6 VG, 7 VG, 8 VG, 1 SGLVG, 2 LG, 4 LG, 5 LG, 6 LG, 7 LG, 2 ZGaud, 3 ZGaud, 4 ZGaud, 2 ZGvis, 3 ZGvis, 4 ZGvis of 5 ZGvis, wordt voor de toepassing van deze wet gelijkgesteld met een verzekerde ten aanzien van wie het CIZ heeft vastgesteld dat hij voldoet aan artikel 3.1.1, eerste lid.
2. De verzekerde die vóór de dag van de inwerkingtreding van artikel 13.5.1 op grond van een indicatiebesluit is aangewezen op een zorgzwaartepakket 1 VV, 2 VV, 3 VV, 4 VV, 1 VG, 2 VG, 3 VG, 2 LVG, 3 LVG, 4 LVG, 5 LVG, 1 LG, 3 LG, 1 LVG, 1 ZGaud of 1 ZGvis, en de aanspraak op die dag gepaard ging met verblijf in een instelling, wordt voor de toepassing van deze wet gelijkgesteld met een verzekerde ten aanzien van wie het CIZ heeft vastgesteld dat hij voldoet aan artikel 3.1.1, eerste lid, voor zover hij in een instelling verblijft.
3. De verzekerde die vóór de dag van de inwerkingtreding van artikel 13.5.1 op grond van een indicatiebesluit is aangewezen op een zorgzwaartepakket 1 VV, 2 VV, 3 VV, 4 VV, 1 VG, 2 VG, 3 VG, 2 LVG, 3 LVG, 4 LVG, 5 LVG, 1 LG, 3 LG, 1 LVG, 1 ZGaud of 1 ZGvis, wordt voor de toepassing van deze wet gelijkgesteld met een verzekerde ten aanzien van wie het CIZ heeft vastgesteld dat hij voldoet aan artikel 3.1.1, eerste lid, voor zover:
 - a. hij tijdens de geldigheidsduur van het indicatiebesluit en vóór 1 januari 2016, aan de WLZ-uitvoerder schriftelijk kenbaar heeft gemaakt aanspraak te doen op langdurige zorg, en
 - b. die aanspraak gepaard gaat met daadwerkelijk verblijf in een instelling.
4. Indien aan de verzekerde de dag vóór de dag van de inwerkingtreding van artikel 13.5.1 een persoonsgebonden budget op grond van artikel 44, onder b, van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten is verleend en hij op die dag woonachtig was in een kleinschalig wooninitiatief als bedoeld in artikel 1.1.1, onderdeel u, van de Regeling subsidies AWBZ, zoals dat artikel luidde vóór inwerkingtreding van deze wet, wordt hij zolang hij woonachtig blijft in een kleinschalig wooninitiatief voor de toepassing van deze wet gelijkgesteld met een verzekerde ten aanzien van wie het CIZ heeft vastgesteld dat hij voldoet aan artikel 3.1.1, eerste lid.
5. Indien de verzekerde de dag vóór de dag van de inwerkingtreding van artikel 13.5.1 een aanspraak had op ADL-assistentie op grond van artikel 34 van het Besluit zorgaanspraken AWBZ, zoals dat artikel luidde vóór inwerkingtreding van deze wet, wordt hij zolang hij woonachtig blijft in een ADL-woning voor de toepassing van deze wet gelijkgesteld met een verzekerde ten aanzien van wie het CIZ heeft vastgesteld dat hij voldoet aan artikel 3.1.1, eerste lid.
6. De verzekerde, bedoeld in het eerste tot en met derde lid, waarvan de geldigheidsduur van het indicatiebesluit is verstreken na de dag waarop artikel 13.5.1 in werking is getreden, blijven voor de toepassing van deze wet gelijkgesteld met een verzekerde ten aanzien van wie het CIZ heeft vastgesteld dat hij voldoet aan artikel 3.1.1, eerste lid, voor zover de verzekerde in een instelling verblijft.
7. Het zesde lid is van overeenkomstige toepassing op de verzekerde, bedoeld in het vierde lid, met dien verstande dat de gelijkstelling plaatsvindt voor zover hij in een kleinschalig wooninitiatief woonachtig blijft.
8. Het zesde lid is van overeenkomstige toepassing op de verzekerde, bedoeld in het vijfde lid, met dien verstande dat de gelijkstelling plaatsvindt voor zover hij in een ADL-woning woonachtig blijft.

Artikel 13.4.2

1. Bij ministeriele regeling worden regels gesteld over de voorzetting van het verlenen van garantiebedragen voor de hoogte van een persoonsgebonden budget, met betrekking tot verzekerden die voor de subsidieperiode die eindigde op 31 december 2014 op grond artikel 2.6.6a van de Regeling subsidies AWBZ een garantiebedrag is verleend.
2. Bij ministeriele regeling worden regels gesteld over tijdelijke subsidies die door het Zorginstituut worden verstrekt voor de voorzetting van behandeling als bedoeld in artikel 8 van het Besluit zorgaanspraken, zoals dat artikel luidde vóór inwerkingtreding van deze wet, voor zover die zorg niet gepaard gaat met verblijf in een instelling. De voorwaarden kunnen voor verschillende categorieën verzekerden verschillend worden vastgesteld.
3. Het tweede lid vervalt met ingang van 1 januari 2016.

Artikel 13.4.3

Onverminderd artikel 7.1, derde lid, van de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015, neemt het CIZ op een aanvraag als bedoeld in artikel 9b, eerste lid, van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, die is gedaan in de periode van twee maanden, direct voorafgaande aan de dag van de inwerkingtreding van artikel 13.5.1, na die dag een besluit met inachtneming van deze wet.

§ 5. Overgangsrecht Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten

Artikel 13.5.1

De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten wordt ingetrokken.

Artikel 13.5.2

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

Artikel 13.5.3

1. Personen en instellingen die ter zake van krachtens de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten verzekerde en verleende zorg een vordering hebben op een zorgverzekeraar of een verzekerde die op grond van die wet aanspraak heeft op gehele of gedeeltelijke vergoeding van de kosten van die zorg door een zorgverzekeraar,

zenden, op straffe van verval van hun vorderingsrecht, uiterlijk twee jaar na de inwerkingtreding van artikel 13.5.1 een nota aan de Wlz-uitvoerder of de verzekerde.

2. De aanspraak van een verzekerde jegens een zorgverzekeraar op vergoeding van de kosten van zorg, bedoeld in het eerste lid, vervalt, indien het verzoek om vergoeding niet is gedaan voor twee jaar en drie maanden zijn verstreken na de inwerkingtreding van artikel 13.5.1.

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

Artikel 13.5.4

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

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

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

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

Artikel 13.5.5

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

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

Artikel 13.5.6

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

§ 6. Slotbepalingen

Artikel 13.6.1

1. Deze wet treedt in werking op een bij koninklijk besluit te bepalen tijdstip, dat voor de

verschillende artikelen of onderdelen daarvan verschillend kan worden vastgesteld.
2. Artikel 1, onderdeel b, subonderdeel 5, van de Wet burgerservicenummer in de zorg, artikel 4a van de Wet publieke gezondheid en artikel 90 van de Geneesmiddelenwet vervallen met ingang van 1 januari 2018.

Artikel 13.6.2

Onze Minister zendt binnen drie jaar na de inwerkingtreding van deze wet, en vervolgens telkens na vijf jaar, aan de Staten-Generaal een verslag over de doeltreffendheid en de effecten van deze wet in de praktijk.

Artikel 13.6.3

Deze wet wordt aangehaald als: Wet langdurige zorg.

Lasten en bevelen dat deze in het Staatsblad zal worden geplaatst en dat alle ministeries, autoriteiten, colleges en ambtenaren die zulks aangaat, aan de nauwkeurige uitvoering de hand zullen houden.

De Staatssecretaris van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,

De Minister voor Wonen en Rijksdienst,

Memorie van toelichting

Algemeen

Inhoudsopgave

Artikel 1.1.1	1
Artikel 1.1.2	2
Artikel 1.2.1	3
Ingezetene in de zin van deze wet is degene, die in Nederland woont.....	3
Artikel 1.2.2	3
HOOFDSTUK 2. De verzekerden	3
Artikel 2.1.1	3
Artikel 2.1.2	4
Artikel 2.1.3	4
Artikel 2.2.1	4
Artikel 2.2.2	5
HOOFDSTUK 3. De inhoud van de verzekering.....	5
Artikel 3.1.1	5
Artikel 3.1.2	6
Artikel 3.1.3	7
Artikel 3.2.1	7
Artikel 3.2.2	7
Artikel 3.2.3	7
Artikel 3.2.4	8
Artikel 3.2.5	8
Artikel 3.2.6	8
Artikel 3.3.1	8
Artikel 3.3.2	9

Artikel 3.3.3	9
HOOFDSTUK 4. De Wlz-uitvoerders	11
Artikel 4.1.1	11
Artikel 4.1.2	11
1. De statuten van een Wlz-uitvoerder:	11
2. Bij algemene maatregel van bestuur kunnen regels worden gesteld over de mate van invloed die verzekerden ten minste op het beleid van een Wlz-uitvoerder dienen te hebben.	11
Artikel 4.1.3	11
Artikel 4.2.1	12
Artikel 4.2.2	12
Artikel 4.2.3	13
Artikel 4.2.4	13
Artikel 4.2.5	13
Artikel 4.3.1	13
Artikel 4.3.2	13
Artikel 4.3.3	14
HOOFDSTUK 5. Het Zorginstituut.....	14
Artikel 5.1.1	14
Artikel 5.1.2	14
Artikel 5.1.3	14
Artikel 5.2.1	15
Artikel 5.2.2	15
Artikel 5.2.3	15
HOOFDSTUK 6. Het CAK.....	16
Artikel 6.1.1	16
Artikel 6.1.2	16

Artikel 6.1.3	16
Artikel 6.2.1	16
Artikel 6.2.2	17
Artikel 6.2.3	17
Artikel 6.2.4	17
Artikel 6.2.5	17
Artikel 6.2.6	18
HOOFDSTUK 7. Het CIZ.....	18
Artikel 7.1.3	19
Artikel 7.2.1	19
Artikel 7.2.2	19
Artikel 7.2.3	19
HOOFDSTUK 8. Kwaliteit van de zorg	19
Artikel 8.1.1	19
Artikel 8.1.2	20
Artikel 8.1.3	21
Artikel 8.1.4	22
Artikel 8.2.1	22
Artikel 8.2.2	22
Artikel 8.2.3	23
Artikel 8.2.4	23
HOOFDSTUK 9. Gegevensverwerking	23
Artikel 9.1.1	23
Artikel 9.1.2	24
Artikel 9.1.3	24
Artikel 9.1.4	25
Artikel 9.1.5	26
Artikel 9.1.6	27

Artikel 9.1.7	27
Artikel 9.1.8	27
Artikel 9.1.9	27
Artikel 9.1.10	28
Artikel 9.2.1	28
HOOFDSTUK 10. Overige bepalingen	29
Artikel 10.1.1	29
Artikel 10.2.1	29
Artikel 10.2.2	30
Artikel 10.2.3	30
Artikel 10.2.4	30
Artikel 10.2.5	30
Artikel 10.3.1	31
Artikel 10.3.2	31
Artikel 10.3.3	31
Artikel 10.4.1	31
De Kaderwet zelfstandige bestuursorganen is niet van toepassing op de Wlz-uitvoerders.	32
HOOFDSTUK 11. Strafbepalingen	32
Artikel 11.1	32
Artikel 11.2	32
Artikel 11.5	32
HOOFDSTUK 12. Wijziging van andere wetten.....	32
Artikel 12.1	32
A.....	32
B.....	33
C.....	33
Artikel 12.2	33

A.....	33
r. het CAK: het CAK, genoemd in artikel 6.1.1, eerste lid, van de Wet langdurige zorg;	33
B.....	33
C.....	33
D	34
E.....	34
F	34
G	34
H	34
Artikel 31a.....	34
I	34
J	34
K.....	35
L.....	35
Artikel 49a.....	35
M	35
N	35
O	35
P.....	35
Q	35
R	35
S.....	36
T.....	36
In artikel 82 wordt na “de artikelen 25, tweede lid,” ingevoegd: 31,.	36
U	36
Artikel 12.3	36

A.....	36
s. Wlz-uitvoerder: de rechtspersoon bedoeld in artikel 1.1.1 van de Wet langdurige zorg;.....	36
B.....	36
C.....	36
D	36
E.....	36
F	37
G	37
H	37
I	37
J	37
K.....	37
L.....	37
Artikel 12.4	37
A.....	37
B.....	37
Artikel 12.5	38
A.....	38
Artikel 1 wordt als volgt gewijzigd	38
B.....	38
In artikel 4, tweede lid, wordt “het indicatieorgaan” vervangen door: het CIZ.....	38
C.....	38
D	39
E.....	39
In artikel 19, derde lid, wordt “een indicatieorgaan” vervangen door: het CIZ.....	39

F	39
G	39
H	39
In artikel 23, eerste en tweede lid, wordt "Het indicatieorgaan" telkens vervangen door: Het CIZ.	39
I	39
In artikel 24, vierde lid, wordt "het indicatieorgaan" telkens vervangen door: het CIZ.	39
J	39
K.....	39
In artikel 32, eerste en tweede lid, wordt "het indicatieorgaan" telkens vervangen door: het CIZ.	39
L	40
In artikel 33, tiende lid, wordt "het indicatieorgaan" vervangen door: het CIZ.....	40
M	40
In artikel 34, eerste en derde lid, wordt "het indicatieorgaan" telkens vervangen door: het CIZ.	40
N	40
O	40
In artikel 37, onderdeel e, wordt "het indicatieorgaan" vervangen door: het CIZ.....	40
P.....	40
In artikel 39, tweede lid, wordt "het indicatieorgaan" vervangen door: het CIZ.....	40
Q	40
In artikel 48c, derde lid, onder b, wordt "het indicatieorgaan" vervangen door: het CIZ.....	40
R	40

In artikel 51, eerste lid, wordt “een indicatieorgaan” vervangen door: het CIZ.....	40
Artikel 12.7	40
De Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg wordt als volgt gewijzigd:.....	40
A.....	40
B.....	40
C.....	40
Artikel 47 vervalt.	40
Artikel 12.7a.....	40
A.....	40
B.....	41
Artikel 12.8a.....	41
Artikel 4a	41
Artikel 12.8b	41
Artikel 90	41
Artikel 12.9	41
Artikel 12.10	41
Artikel 12.11	42
Artikel 12.12	42
A.....	42
a. uitkeringen en verstrekkingen op grond van de Wet langdurige zorg;	42
B.....	42
1. Onderdeel c komt te luiden:	42
c. de krachtens de Wet langdurige zorg verschuldigde bijdragen;.....	42
2. Onderdeel i komt te luiden:	42
C.....	42

D	42
1. Het opschrift komt te luiden:.....	42
Artikel 8.6. Berekening heffingskorting voor de verzekering langdurige zorg.....	42
2. De zinsnede “de algemene verzekering bijzondere ziektekosten” wordt telkens vervangen door: de verzekering langdurige zorg.....	42
Artikel 12.13	42
Artikel 12.14	42
Artikel 12.15	42
Artikel 12.16	42
Artikel 12.17	43
A.....	43
B.....	43
C.....	43
D	43
Artikel 5 vervalt.	43
E.....	43
F.....	43
G	43
H	43
I	43
J	43
K.....	44
Artikel 89 Fonds langdurige zorg.....	44
Het Zorginstituut beheert en administreert afzonderlijk een Fonds langdurige zorg.	44
L.....	44
1. Het opschrift komt te luiden:.....	44

Artikel 90. Inkomsten en uitgaven Fonds langdurige zorg	44
2. Het eerste lid wordt als volgt gewijzigd:	44
M	44
1. Het opschrift komt te luiden:.....	44
Artikel 91. Dekking uitgaven Fonds langdurige zorg	44
2. Het eerste lid wordt als volgt gewijzigd:	44
3. In het tweede lid wordt “de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten” vervangen door: de Wet langdurige zorg.	45
N	45
O	45
P.....	45
Artikel 12.18	45
A.....	45
B.....	45
C.....	45
Artikel 12.19	45
A.....	45
B.....	45
Artikel 12.20	45
A.....	45
B.....	46
Artikel 12.21	46
A.....	46
B.....	46
Artikel 12.22	46
A.....	46
B.....	46

Artikel 12.23	46
A.....	46
B.....	46
Artikel 12.24	47
A.....	47
B.....	47
Artikel 12.25	47
A.....	47
B.....	47
Artikel 12.26	47
Artikel 12.27	47
Artikel 12.28	47
Artikel 12.29	47
Artikel 12.30	47
Artikel 12.31	47
Artikel 12.32	48
Artikel 12.33	48
Artikel 12.34	48
Artikel 12.35	48
A.....	48
B.....	48
C.....	48
D	48
Artikel 12.36	48
Artikel 12.37	48
Artikel 12.38	49

1. Het onderdeel “– de voorzitter en de leden van het CAK, genoemd in artikel 48, eerste lid, van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.” wordt vervangen door:	49
2. Aan de opsomming wordt een onderdeel toegevoegd, luidende:	49
Artikel 12.39	49
Artikel 12.40	49
HOOFDSTUK 13. Invoerings-, overgangs- en slotbepalingen.....	49
Artikel 13.1.1	49
Artikel 13.1.2	49
Artikel 13.1.3	49
Artikel 13.1.4	50
Artikel 13.1.5	50
Artikel 13.2.1	50
Artikel 13.2.2	50
Artikel 13.2.3	51
Artikel 13.3.1	51
Artikel 13.3.2	51
Artikel 13.4.1	53
Artikel 13.4.2	54
1. Bij ministeriele regeling worden regels gesteld over de voorzetting van het verlenen van garantiebedragen voor de hoogte van een persoonsgebonden budget, met betrekking tot verzekerden die voor de subsidieperiode die eindigde op 31 december 2014 op grond artikel 2.6.6a van de Regeling subsidies AWBZ een garantiebedrag is verleend.	54
2. Bij ministeriele regeling worden regels gesteld over tijdelijke subsidies die door het Zorginstituut worden verstrekt voor de voorzetting van behandeling als bedoeld	

in artikel 8 van het Besluit zorgaanspraken, zoals dat artikel luidde vóór inwerkingtreding van deze wet, voor zover die zorg niet gepaard gaat met verblijf in een instelling. De voorwaarden kunnen voor verschillende categorieën verzekerden verschillend worden vastgesteld.

.....54

3. Het tweede lid vervalt met ingang van 1 januari 2016.

.....54

Artikel 13.4.3 54

Artikel 13.5.1 54

De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten wordt ingetrokken.....54

Artikel 13.5.2 54

Artikel 13.6.1 55

Artikel 13.6.2 56

Artikel 13.6.3 56

Deze wet wordt aangehaald als: Wet langdurige zorg....56

Algemeen 1

Doelstelling van dit wetsvoorstel 25

Hoofdstuk 1 Inleiding 25

1.1 Aanleiding voor de hervorming.....25

1.2 Noodzaak tot hervormen van de AWBZ 26

1.3 Een nieuw stelsel van langdurige zorg 29

1.4 Een nieuwe wet.....30

1.5 De meerwaarde van de Wlz 31

Hoofdstuk 2 De verzekering 32

2.1 Waarom een verzekerd recht op zorg?.....32

2.2 Indicatiestelling: wie krijgt Wlz-zorg?.....34

2.3 Aanspraken: waar heeft de cliënt recht op?.....42

2.4 Zorglevering	50
2.5 Bekostiging: hoe wordt de zorg betaald?	57
2.6 Uitvoering van de verzekering	62
2.7 Eigen bijdragen	69
Hoofdstuk 3 Kwaliteit.....	71
3.1 Cliënt – zorgaanbieder / zorgverlener	73
3.2 Cliënt – zorgkantoor.....	75
3.3 Zorgkantoor – aanbieder.....	78
3.4 Flankerend beleid	79
Hoofdstuk 4 Betrokkenheid	81
4.1 Eigen verantwoordelijkheid	81
4.2 Mantelzorg, gebruikelijke zorg en vrijwilligers	82
4.3 Betrekken van de samenleving.....	85
4.4 Flankerend beleid	85
Hoofdstuk 5 Wie is waarvoor verantwoordelijk?.....	86
5.1 Overzicht	86
5.2. De cliënt en zijn sociale omgeving.....	88
5.3 De zorgaanbieders	89
5.4 De Minister van VWS	89
5.5 De Wlz-uitvoerders	90
5.6 Het CIZ	91
5.7 Zorginstituut Nederland.....	94
5.8 Het CAK.....	95
5.9 De NZa	95
5.10 De IGZ.....	98
5.11 De SVB.....	99
5.12 DNB.....	100

Hoofdstuk 6 Samenhang tussen de Wlz en andere domeinen	100
6.1 Wlz – Wmo 2015	103
6.2 Wlz – Jeugd	105
6.3 Wlz – Zvw	106
6.4 Wlz en niet-zorg domeinen	108
Hoofdstuk 7 Financiële houdbaarheid	108
7.1 Beheersing uitgaven	108
7.2 Financieel kader	112
7.3 Bekostiging	115
7.4 Financiering en koopkrachteffecten	116
Hoofdstuk 8 Regeldruk	117
8.1 Eenmalige regeldruk	118
8.2 Structurele effecten	119
8.3 Kwantificering	123
Hoofdstuk 9 Fraude en oneigenlijk gebruik	123
9.1 De rol van de rijksoverheid bij het tegengaan van fraude	124
9.2 De rol van het CIZ bij het tegengaan van fraude	126
9.3 Taak van de Wlz-uitvoerder en het zorgkantoor bij het tegengaan van fraude	128
9.4 De rol van de SVB bij het tegengaan van pgb-fraude	129
9.5 Toezicht door de NZa	129
9.6 Opsporing en strafketen	130
Hoofdstuk 10 Gegevensuitwisseling	130
10.1 Inleiding	130
10.2 Juridisch kader	131
10.3 Toetsing aan het juridisch kader	133

10.4 Samenhang stelsels en ontschotting	135
Hoofdstuk 11 Innovatie door te experimenteren	137
Hoofdstuk 12 Internationaalrechtelijke aspecten.....	138
12.1 Langdurige zorg in een ander EU-land.....	138
12.2 Aanbesteding	139
12.3 Diensten van algemeen economisch belang	140
Hoofdstuk 13 Juridisch kader en rechtsbescherming.....	141
13.1. Besluiten en bevoegdheidsverdeling bestuursrechtspraak	141
Hoofdstuk 14 Consultatie en adviezen	143
14.1. Cliënten, het veld en gemeenten.....	144
14.2 Reactie van uitvoerders en toezichthouders	153
14.3. Adviesorganen, diensten en inspecties.....	157
14.4 Reactie op de consultaties	159
Hoofdstuk 15 Toekomstperspectief.....	162
Hoofdstuk 16 Overgangssituatie, inwerkingtreding en transitie	164
16.3 Overgangstraject voor uitvoerende organen	171
16.4 Inwerkingtreding en transitie.....	171
Hoofdstuk 17 Monitoring en evaluatie	173
Artikelsgewijs	173
HOOFDSTUK 1	174
Artikel 1.1.1	174
<i>Burgerservicenummer</i>	174
CAK	174
CIZ	175
<i>Continental plat</i>	175
Dossier	175

<i>Fonds langdurige zorg</i>	175
<i>Indicatiebesluit</i>	175
<i>Instelling</i>	176
<i>Mantelzorger</i>	176
<i>Sociale verzekeringsbank</i>	176
<i>Verblijf</i>	177
<i>Verzekeraar</i>	177
<i>Vreemdeling</i>	177
<i>Vertegenwoordiger</i>	177
<i>Zorg</i>	178
<i>Zorgautoriteit</i>	178
<i>Zorginstituut</i>	178
<i>Zorgplan</i>	178
<i>Zorgaanbieder, zorgverlener, solistisch werkende zorgverlener</i>	179
<i>Zorgverzekeraar en Wlz-uitvoerder</i>	179
HOOFDSTUK 2	180
Artikelen 2.1.1 tot en met 2.1.3	180
Artikel 2.2.1	180
Artikel 2.2.2	181
Dit artikel komt overeen met artikel 9bis van de AWBZ, het bevat alleen technische aanpassingen.	181
HOOFDSTUK 3	181
Artikel 3.1.1	181
<i>Eerste en tweede lid</i>	182
Ad 1	182
Ad 2: de behoefte aan permanent toezicht	182

Ad 2: de behoefte aan voortdurende zorg in de nabijheid	184
Ad 3	186
Ad 4	186
<i>Derde lid</i>	187
Artikel 3.1.2	187
<i>Eerste lid</i>	187
Verblijf	188
Persoonlijke verzorging, begeleiding verpleging, behandeling	188
Vervoer	188
<i>Tweede lid</i>	189
Artikel 3.1.3	189
Artikel 3.2.1	189
<i>Eerste lid</i>	189
<i>Tweede en derde lid</i>	190
<i>Vierde lid</i>	190
<i>Vijfde en zesde lid</i>	190
Artikel 3.2.2	191
Artikel 3.2.3	192
Artikel 3.2.4	193
Artikel 3.2.5	193
Artikel 3.2.6	193
Artikel 3.3.1	194
<i>Eerste lid</i>	194
<i>Tweede lid</i>	194
<i>Derde lid</i>	195
<i>Vierde lid</i>	195

<i>Vijfde lid</i>	195
Artikel 3.3.2	196
<i>Eerste lid</i>	196
<i>Tweede lid</i>	197
<i>Derde lid</i>	198
<i>Vierde lid</i>	198
Artikel 3.3.3	198
<i>Eerste lid</i>	198
<i>Tweede lid</i>	199
<i>Derde lid</i>	201
<i>Vierde lid</i>	202
<i>Vijfde lid</i>	202
<i>Zesde lid</i>	202
HOOFDSTUK 4	204
Artikel 4.1.1	204
<i>Eerste, tweede, derde en vierde lid</i>	204
<i>Vijfde en zesde lid</i>	205
Artikel 4.1.2	205
Artikel 4.1.3	206
<i>Eerste en derde lid</i>	206
<i>Tweede lid</i>	206
Artikel 4.2.1	206
<i>Eerste lid</i>	206
<i>Tweede lid</i>	207
<i>Derde lid</i>	207
<i>Vierde lid</i>	208
Artikel 4.2.2	209
<i>Eerste lid</i>	209

<i>Tweede en derde lid</i>	209
<i>Vierde en vijfde lid</i>	209
<i>Zesde lid</i>	210
<i>Zevende lid</i>	210
Artikel 4.2.3	210
Artikel 4.2.4	212
Artikel 4.2.5	212
<i>Eerste lid</i>	212
<i>Tweede lid</i>	212
Artikelen 4.3.1 en 4.3.2	212
Artikel 4.3.3	212
HOOFDSTUK 5	213
Artikelen 5.1.1, 5.1.2 en 5.1.3	213
Artikelen 5.2.1, 5.2.2 en 5.3.3	213
HOOFDSTUK 6	213
HOOFDSTUK 7	213
Artikel 7.1.1	214
Artikel 7.1.2	215
Artikel 7.1.3	216
Artikel 7.2.1	217
Artikel 7.2.2	217
Artikel 7.2.3	218
HOOFDSTUK 8	218
Artikel 8.1.1 en 8.1.3	218
De in het tweede lid genoemde onderwerpen worden hieronder nader toegelicht.	220
<i>Zeggenschap van de verzekerde over de inrichting van zijn leven</i>	220

<i>Voldoende en gezonde voeding en drinken</i>	<i>221</i>
<i>Een schone en verzorgde leefruimte</i>	<i>221</i>
<i>Beleven van godsdienst of levensovertuiging.....</i>	<i>221</i>
<i>Een zinvolle daginvulling en beweging</i>	<i>222</i>
<i>De mogelijkheid om dagelijks in de buitenlucht te verkeren.....</i>	<i>222</i>
<i>Ontwikkeling en ontplooiing.....</i>	<i>222</i>
<i>Artikel 8.1.2</i>	<i>224</i>
<i>Artikel 8.1.4</i>	<i>226</i>
<i>Artikel 8.2.1</i>	<i>226</i>
<i>Artikel 8.2.2</i>	<i>226</i>
<i>Artikel 8.2.3 en 8.2.4.....</i>	<i>228</i>
<i>HOOFDSTUK 9</i>	<i>228</i>
<i>Artikel 9.1.1</i>	<i>228</i>
<i>Artikelen 9.1.2 tot en met 9.1.9.....</i>	<i>228</i>
<i>Artikel 9.1.3</i>	<i>228</i>
<i>Tweede lid.....</i>	<i>228</i>
<i>Artikel 9.1.5</i>	<i>229</i>
<i>Eerste lid</i>	<i>229</i>
<i>Tweede lid.....</i>	<i>229</i>
<i>Achtste lid</i>	<i>229</i>
<i>Artikel 9.1.9</i>	<i>229</i>
<i>Artikel 9.1.10</i>	<i>230</i>
<i>HOOFDSTUK 10</i>	<i>231</i>
<i>Artikel 10.1.1</i>	<i>231</i>
<i>Eerste lid</i>	<i>231</i>
<i>Tweede lid.....</i>	<i>231</i>
<i>Derde, vierde, vijfde en zesde lid</i>	<i>231</i>

Artikelen 10.2.1 tot en met 10.2.5.....	232
Artikelen 10.3.1 tot en met 10.3.3.....	232
Artikel 10.4.1	232
HOOFDSTUK 11	233
HOOFDSTUK 12	233
Artikel 12.1 (Wet gebruik burgerservicenummer in de zorg)	233
Onderdeel A	233
Artikel 12.2 (Wet marktordening gezondheidszorg).....	234
Onderdeel A, onder 2.....	234
Onderdeel B.....	234
Onderdeel G, onder 2	234
Onderdeel H	234
Onderdeel L.....	235
Onderdeel N	236
Onderdeel P, onder 1, en Q.....	236
Onderdeel R	236
Artikel 12.3 (Zorgverzekeringswet)	236
Onderdeel A	236
Onderdelen D en E.....	236
Deze onderdelen B en C zijn toegelicht bij de artikelen 4.1.1 en 4.1.2.	236
Onderdeel I	237
Onderdeel J	237
Artikel 12.4 (Jeugdwet)	237
Onderdeel B.....	237
Artikel 12.7a(Wet maatschappelijke ondersteuning 2015)	237

Artikel 12.11 (Wet op het financieel toezicht)	238
Artikel 12.16 (Wet toezicht accountantsorganisaties)..	238
Artikel 12.17 (Wet financiering sociale verzekeringen)	238
Onderdelen A, B, C, E, F, I, L, N en O	238
Onderdeel D	239
Onderdeel L.....	239
Onderdeel M	239
Artikel 12.18 (Wet structuur uitvoeringsorganisatie werk en inkomen)	240
Onderdeel B, onder 2, en C.....	240
Artikel 12.25 (Ziektewet)	240
Artikel 12.35 (Algemene wet bestuursrecht)	240
Onderdelen A tot en met D	240
Artikel 12.38 (Ambtenarenwet)	240
HOOFDSTUK 13	241
Artikel 13.1.1	241
Artikel 13.1.2	241
Artikel 13.1.3	241
Artikel 13.1.4	241
Artikel 13.1.5	242
Artikelen 13.2.1 tot en met 13.2.3.....	242
Artikel 13.3.1	243
Artikel 13.3.2	244
<i>Eerste lid</i>	244
<i>Tweede lid</i>.....	244
<i>Derde lid</i>.....	245
<i>Vierde lid</i>.....	245
<i>Vijfde en zesde lid</i>	246

<i>Zevende lid</i>	246
<i>Achtste en negende lid</i>	246
<i>Tiende lid</i>	247
<i>Elfde lid</i>	247
<i>Twaalfde lid</i>	247
Artikel 13.4.1	247
<i>Samenhang met de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015</i>	248
<i>Eerste en tweede lid</i>	248
<i>Derde lid</i>	249
<i>Vierde en vijfde lid</i>	250
<i>Zesde, zevende en achtste lid</i>	251
Artikel 13.4.2	251
Dit artikel biedt in het eerste lid een grondslag om bij ministeriele regeling regels te stellen over de voorzetting van het verlenen van garantiebedragen voor de hoogte van een persoonsgebonden budget. In artikel 2.6.6a van de Regeling subsidies AWBZ wordt geregeld wie een dergelijke ophoging van het persoonsgebonden budget krijgt. In de Regeling van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, van 12 december 2012, houdende wijziging van de Regeling subsidies AWBZ in verband met aanpassingen ten behoeve van het jaar 2013, is een eerste deel van een afbouwregime van de budgetgaranties geregeld. Dit afbouwregime maakte onderdeel uit van de afspraken in het Begrotingsakkoord 2013. In de toelichting bij die wijzigingsregeling is dat afbouw regime nader toegelicht. Doordat regels kunnen worden gesteld met betrekking tot de voorzetting van de budgetgaranties, kan de aangekondigde afbouw van de budgetgaranties worden gerespecteerd.	
	251

Het tweede lid biedt een grondslag om door het Zorginstituut subsidies aan verzekerde te verlenen zodat zij tijdelijk hun aanspraak op extramurale behandeling kunnen voortzetten. Dit artikel vervalt een jaar na inwerkingtreding, op 1 januari 2016. Zie ook hoofdstuk 16 van het algemene deel van deze toelichting.....	251
Artikel 13.4.3	252
Artikel 13.6.2	252

Doelstelling van dit wetsvoorstel

Het doel van deze wet is dat ouderen en mensen met verstandelijke, lichamelijke en/of zintuiglijke beperkingen met beperkte mogelijkheden passende zorg krijgen met aandacht voor het individuele welzijn. Basisprincipes die in de Wlz voorop staan zijn dat we uitgaan van wat mensen (nog) wel kunnen in plaats van wat zij niet kunnen. Oftewel: regie naar vermogen. Kwaliteit van leven staat voorop. In Wlz wordt gekeken naar het eigen, sociale netwerk en wordt de zorg zo dicht mogelijk bij de mensen georganiseerd. Het motto van Wlz is: met professionele zorg, zo thuis mogelijk!

Hoofdstuk 1 Inleiding

De regering constateert een beperkte aansluiting tussen de sinds 1968 veranderende samenleving en de AWBZ die dat jaar van kracht werd en sindsdien ten principale niet meer is veranderd. Er is vraag naar een nieuwe volksverzekering die de huidige AWBZ uit 1968 vervangt. De nieuwe wet krijgt de naam Wet langdurige zorg (Wlz).

Dit wetsvoorstel strekt ertoe een nieuwe volksverzekering in het leven te roepen, die waarborgen biedt voor behoud of verbetering van kwaliteit van leven aan mensen die – ook met steun van de eigen omgeving – niet meer zelfredzaam kunnen zijn. De beoogde invoeringsdatum van deze wet is 1 januari 2015. Deze wet maakt onderdeel uit van een samenhangend systeem van (ver)nieuw(d)e wetten die beogen de kwaliteit van leven van hen die zorg en ondersteuning nodig hebben te vergroten, waarbij het appel op de eigen verantwoordelijkheid om daaraan naar vermogen zelf bij te dragen sterker is dan voorheen.

Het verschil tussen de Wmo, de Zvw en Wlz is primair gelegen in de doelgroep cliënten die er aanspraak op maakt en de zorgbehoefte die zij hebben. Het wetsvoorstel richt zich op mensen met verstandelijke, lichamelijke en/of zintuiglijke beperkingen en ouderen. Deze in een volksverzekering.

1.1 Aanleiding voor de hervorming

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

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

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

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

1.2 Noodzaak tot hervormen van de AWBZ

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

Betere kwaliteit van zorg

De eisen die mensen stellen aan de langdurige zorg zijn toegenomen. Ondanks de inzet van professionals, mantelzorgers en vrijwilligers is de ontwikkeling van de kwaliteit en organisatie van de langdurige zorg achtergebleven bij de ontwikkeling van de welvaart. Dit komt gedeeltelijk omdat de AWBZ niet meer goed aansluit bij de huidige tijd. De verzekerden en hun vertegenwoordigers stellen andere eisen aan de zorg en ondersteuning die hen geboden wordt. Andere eisen aan kwaliteit, maatwerk en regie en zeggenschap. Cliënten willen niet in een keurslijf worden gedrongen. Aanbieders en uitvoerders die binnen de huidige AWBZ proberen om cliëntgericht te werken ervaren de AWBZ als beperkend. Cliënten willen regie naar vermogen, maatwerk, keuzevrijheid en zeggenschap. Ook mensen met beperkingen kunnen zich nog ontwikkelen. Dit geldt voor zowel ouderen als voor mensen met verstandelijke- lichamelijke en/of zintuiglijke beperkingen, al zijn er per doelgroep natuurlijk accentverschillen. Voor zowel ouderen als voor mensen met verstandelijke, lichamelijke en/of zintuiglijke beperkingen geldt dat zij zo lang mogelijk en zoveel mogelijk zelfstandig en in hun vertrouwde omgeving willen blijven. Voor

² Kamerstukken II 2012/2013, 30597, nr.296.

ouderen is dit veelal bij hun partner. Bij kinderen en jongeren met verstandelijke, lichamelijke en/of zintuiglijke beperkingen is dit bij hun ouders

Door de uitbreiding van de AWBZ zijn veel taken en werkzaamheden onder de noemer zware en onverzekerbare zorg komen te vallen. Daarmee werd het medisch perspectief (te) dominant en zijn welzijn, informele zorg en ondersteuning naar de achtergrond geschoven. De verbinding tussen de AWBZ en andere beleidsterreinen respectievelijk de verbinding tussen (mensen in) de AWBZ en (mensen in) de andere onderdelen van de maatschappij is zwak. Zonder aanpassing van de onderliggende waarden van het huidige zorgstelsel dreigt het gevaar van inhoudelijke vervreemding met als uiteindelijk resultaat: ontevreden burgers en ontevreden zorgverleners.

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

Meer voor elkaar zorgen

De langdurige zorg is te veel geïstitutioniseerd, wat wil zeggen dat een te groot deel van de zorgverlening in handen is gekomen van partijen die formele zorg verlenen. De (financiële) mogelijkheden van mensen zelf en hun sociale omgeving zijn hierdoor in steeds grotere mate op de achtergrond gekomen. Solidariteit is in de AWBZ grotendeels financieel ingevuld en leunt vooral op premieoverdracht en algemene belastingen. Er wordt naar de mening van de regering een groter beroep gedaan op formele zorg dan nodig is. Bovendien worden de mogelijkheden om het welbevinden van mensen te verbeteren niet ten volle benut. Mantelzorgers en vrijwilligers kunnen zowel binnen als buiten een instelling een belangrijke extra impuls geven aan dat welbevinden onder meer door eenzaamheid tegen te gaan. Het is daarom gewenst dat mantelzorgers en vrijwilligers nauw betrokken blijven, ook wanneer iemand zijn eigen omgeving verlaat om in een meer beschermde omgeving zoals een instelling te gaan wonen. De regering heeft een stelsel van langdurige zorg voor ogen waarin de rol van de overheid groter wordt naarmate mensen meer zorg nodig hebben, minder inkomen hebben en hun sociale netwerk minder op kan vangen. Daar waar de overheid haar rol neemt, dient echter ruimte te blijven voor de sociale omgeving. Solidariteit komt daardoor meer tot stand via een betrokken samenleving in plaats van via een 'verzekeringsmaatschappij'.

Financiële houdbaarheid

Sinds zijn ontstaan in 1968 heeft de AWBZ een stormachtige ontwikkeling doorgemaakt. Bij de indiening van dat wetsvoorstel werd er vanuit gegaan dat het aantal gebruikers beperkt zou blijven tot 70.000 op een bevolking van circa

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

Inmiddels is het aantal mensen met recht op zorg op grond van de AWBZ opgelopen tot ruim 800.000. Dat is meer dan tien keer zoveel als bij de invoering van de wet werd beoogd. Dit is het gevolg van mondiale en maatschappij brede trends, zoals de medicalisering, het tweeverdienermodel, de institutionele vormgeving van het systeem en de prikkelwerking binnen de AWBZ. Daarnaast is er sinds de invoering ook sprake geweest van een sterke bevolkingsgroei, namelijk van twaalf miljoen naar bijna zeventien miljoen mensen. Inmiddels heeft bijna vijf procent van de bevolking recht op zorg op grond van de AWBZ, tegenover de slechts 0,6% die werd beoogd. Slechts een klein deel van deze stijging is gelegen in de toename van de levensverwachting en de vergrijzing van de Nederlandse samenleving die daarvan het gevolg is. Belangrijkste factor die heeft bijgedragen aan de groei is dat de groep mensen die voor AWBZ-zorg in aanmerking komt mede als gevolg van politieke besluitvorming door de jaren heen steeds verder is uitgebreid. Als gevolg van bovenstaande ontwikkelingen is het budgettaire beslag van de AWBZ flink gestegen. Van 275 miljoen euro in 1968 naar ruim 27 miljard euro in 2013. De regering vreest dat bij ongewijzigd beleid de uitgaven als percentage van het bruto binnenlands product verdubbelen.⁴ De solidariteit komt zo in gevaar.

Solidariteit is hét fundament van ons zorgsysteem. Als daaraan getornd wordt trekken de meest kwetsbaren aan het kortste eind. Dat is niet de samenleving die wij voor ogen hebben. Om ook toekomstige generaties goede langdurige zorg te kunnen garanderen, zijn nu duidelijke keuzes nodig om de groei van de uitgaven af te vlakken.

De regering en tal van maatschappelijke organisaties en politieke partijen beseffen dat de huidige AWBZ zowel financieel als voor wat betreft het verzekerde pakket niet houdbaar is. De afgelopen jaren zijn er dan ook tal van rapporten geschreven waarin wordt gewezen op de noodzaak tot hervorming van de langdurige zorg.⁵ Een aanbeveling die in veel van deze rapporten

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

⁴ CPB (2011), *Omgevingsscenario's voor gezondheid en zorg*, Den Haag.

⁵ OECD, *Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care*, Parijs, mei 2011, Sociaal-Economische Raad, *Langdurige zorg verzekerd: over de toekomst van de AWBZ*

terugkomt, is dat de AWBZ moet worden teruggebracht tot de kern door grote delen van de langdurige zorg te decentraliseren naar gemeenten en andere delen over te hevelen naar de Zvw. Met de voorgestelde hervormingsplannen voorziet de regering hierin.

1.3 Een nieuw stelsel van langdurige zorg

Op basis van bovenstaande drie overwegingen komt de regering tot de conclusie dat het stelsel van langdurige zorg moet worden herzien.

Uitgangspunten bij die herziening zijn:⁶

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

Voor de eerste behoefte aan (incidentele) ondersteuning gaan mensen in de meeste gevallen zelf op zoek naar oplossingen daarvoor. Familie, burens, vrienden en kennissen kunnen vaak – dat wijst de praktijk van de mantelzorg uit – heel goed bijdragen aan het voorkomen of uitstellen van een vraag om professionele hulp zonder dat het welbevinden daar onder lijdt. Neemt de behoefte aan ondersteuning of zorg toe, dan kan het zijn dat de kwaliteit van leven is gediend met aandacht van buiten de eigen kring. Dat is het moment om de gemeente of de Zvw-verzekeraar te vragen of in bijvoorbeeld ondersteuning, begeleiding, verpleging of verzorging kan worden voorzien. Daarbij blijft voorop staan dat deze ondersteuning zoveel mogelijk het informele circuit versterkt en dat niet vervangt. Bovendien blijft de cliënt zelf de regie voeren en draagt zelf verantwoordelijkheid voor aanvragen, coördineren en ontvangen van ondersteuning en zorg. In de Jeugdwet en Wmo 2015 is vastgelegd wat de gemeenten kunnen bieden. De samenhang tussen de gemeentelijke verantwoordelijkheid en Wlz wordt nader uitgewerkt in hoofdstuk 6 over de samenhang tussen Wlz en andere domeinen.

(Den Haag, 2008), Raad voor Volksgezondheid & Zorg, Beter zonder AWBZ? (Den Haag 2008) en Taskforce beheersing zorguitgaven, Naar beter betaalbare zorg (Den Haag 2012).

⁶ Deze zorgladder en de volgtijdelijkheid voor informele en formele zorg geldt in de meeste gevallen. Denk bijvoorbeeld aan ouderen die langzaam dementeren of slechter ter been raken. Dat laat onverlet dat het verlenen van formele zorg ook al in een vroeg stadium mogelijk is. Dit kan bijvoorbeeld het geval zijn bij kinderen met een ernstige lichamelijke, verstandelijke of zintuiglijke beperking.

Er kan echter een moment komen dat de kwaliteit van iemands bestaan zelfs met al deze inzet onder druk komt te staan, dat de intensiteit van iemands zorgbehoefte zodanig wordt dat iemands welbevinden wordt geschaad. Bij mensen met verstandelijke, lichamelijke en/of zintuiglijke beperkingen kan dit al op zeer lage leeftijd- of na een ongeval van het ene op het ander moment- het geval zijn. Als de cliënt of diens wettelijk vertegenwoordiger niet (langer) in staat is om de verantwoordelijkheid te dragen voor de organisatie van de noodzakelijke zorg, ontstaat er gevaar voor de gezondheid en/of het welzijn van de cliënt of dat van anderen in zijn omgeving. Bovendien is soms de hoeveelheid of de inhoud van de benodigde zorg dusdanig dat die niet (langer) van het sociale netwerk kan worden gevraagd of dat deze niet (langer) verantwoord of doelmatig uit allerlei samenstellende delen kan worden opgebouwd. Deze ouderen en mensen met verstandelijke, lichamelijke en/of zintuiglijke beperkingen, behouden daarom een verzekerd recht op zorg. Hierop is de nieuwe volksverzekering gericht. Het gaat hierbij om complexe, specialistische zorg, bijvoorbeeld voor zwaar dementerende ouderen of zwaar verstandelijk en/of lichamelijk gehandicapten. De zorgaanbieder neemt de organisatie en een groot deel van de regie van zorg en verantwoordelijkheid van de cliënt of zijn mantelzorgers over. De doelgroep waarvoor dit nodig is, is beperkt. Op basis van huidig zorggebruik, de decentralisatie naar gemeenten, de overheveling naar de Zvw en het langer thuis wonen, verwacht de regering dat het structureel om minder dan 200 duizend mensen zal gaan. Dit aantal zal jaarlijks groeien onder invloed van de demografische groei.

1.4 Een nieuwe wet

De regering is van mening dat de AWBZ zoals wij die nu kennen vastloopt in steeds ingewikkeldere regelgeving. Er is een groot gat ontstaan tussen de letter van de wet en de werking van de AWBZ in de praktijk. Door aanpassingen die in de wet, de lagere regelgeving en de uitvoeringspraktijk zijn doorgevoerd sinds 1968, is het stelsel als geheel een lappendeken geworden die door niemand meer echt wordt overzien. Dat is een onwenselijke situatie. Aanpassen van het huidige stelsel biedt geen uitweg meer uit deze beknellende situatie. Daarom lost de regering dit niet op met nog meer wijzigingen in de AWBZ. Ook niet met alleen maar een kostenbesparing. Om de problemen structureel aan te pakken is de regering van mening dat we terug moeten naar de tekentafel. Er is behoefte aan een nieuwe volksverzekering die de huidige AWBZ uit 1968 vervangt.

De regering kiest dus bewust voor een nieuwe wet en niet voor een wijzigingswet of voor aanpassing van het huidige systeem via lagere wet- en regelgeving. Met een wetsvoorstel kunnen verbeteringen worden doorgevoerd die niet kunnen worden bereikt met een algemene maatregel van bestuur. De regering is bovendien van mening dat de hervorming van de wet en zienswijze ingrijpend is en dat zij volledige verantwoording af moet leggen en recht moet doen aan de positie van beide Kamers der Staten-Generaal. Met een integraal nieuw wetsvoorstel wordt recht gedaan aan wijzigingen die het stelsel van

langdurige zorg in zijn geheel ondergaat en kan het debat over de onderdelen in samenhang en over de volle breedte worden gevoerd.

1.5 De meerwaarde van de Wlz

De Wlz markeert een fundamentele trendbreuk met het verleden. De regering wil een omslag in het denken over de langdurige zorg en het handelen in de praktijk bewerkstelligen. De regering wil met de Wlz:

- het nieuwe verhaal van de langdurige zorg vertellen;
- een bijdrage leveren aan de omslag in het denken en het handelen van onder andere zorgverzekeraars en zorgaanbieders in de langdurige zorg;
- een appèl doen op verzekeraars, bij zorgaanbieders, bij uitvoeringsorganisaties en ook bij de cliënt en hun sociale omgeving om bij te dragen aan de cultuuromslag die nodig is de langdurige zorg te hervormen

De nieuwe wet sluit aan bij de in de maatschappij heersende principia. Wanneer de AWBZ ophoudt te bestaan, vraagt dat om heroriëntatie van partijen op de rol die zij willen vervullen in de nieuwe wet. Op die manier stimuleert deze tot innovatie.

Om de ambities van de regering met de Wlz op het gebied van kwaliteit en betrokkenheid te bereiken worden ten opzichte van de huidige AWBZ verschillende verbeteringen doorgevoerd. De wet bevat diverse bepalingen die beogen om de langdurige zorg voor de cliënt beter te maken, zodat het bijdraagt aan behoud of verbetering van de kwaliteit van leven. Dit wordt bereikt doordat:

- voor cliënten meer continuïteit en stabiliteit gecreëerd v doordat de aanspraken en de zorginhoudelijke toegangscriteria op wetsniveau zijn vastgelegd (in de AWBZ was dit in lagere regelgeving vastgelegd);
- de zorgplanbespreking wettelijk verankerd wordt waardoor de wensen mogelijkheden en behoeften van de cliënt meer centraal komen te staan in de zorgverlening door de professional en er meer nadruk komt op de betrokkenheid van het sociale netwerk van de cliënt;
- het persoonsgebonden budget en volledig pakket thuis als volwaardige leveringsvormen in de wet worden vastgelegd waardoor de keuzevrijheid van de cliënt wordt versterkt;
- de eisen die gesteld worden aan het pgb en VPT worden aangescherpt waardoor er meer waarborgen zijn dat de zorg buiten de instelling verantwoord is;
- meer ruimte voor maatwerk wordt gecreëerd door te indiceren in aard en inhoud van zorg (zorgprofielen) in plaats van in uren zorg (zorgzwaartepakketten);
- de positie van de cliënt wordt versterkt doordat het recht op cliëntondersteuning wettelijk wordt verankerd en cliënten statutair invloed krijgen op het beleid van hun verzekeraar;
- de mogelijkheid om de uitvoerders van de wet aan te spreken op de kwaliteit van de dienstverlening en zorg wordt vergroot en;

- innovatie wettelijk wordt gestimuleerd doordat een experimenteerartikel in de wet is opgenomen.

De regering is ervan overtuigd dat dit wetsvoorstel daarom grote meerwaarde heeft voor de cliënten die erop zijn aangewezen. De vormgeving van het wettelijk instrumentarium is beter afgestemd om de nieuwe doegroep van de wet.

De beheersbaarheid van de Wlz wordt geborgd doordat het beheersinstrumentarium dat we kennen vanuit de AWBZ behouden blijft. Daarnaast bevat de Wlz instrumenten die de beheersbaarheid ten opzichte van de AWBZ verbeteren:

- de toegang en de aanspraken tot de Wlz wettelijk zijn verankerd;
- het pgb en zorg in natura worden onder één budgettair kader worden gebracht;
- de eisen die gesteld worden aan het pgb en VPT worden strenger;
- zorgverzekeraars dienen een aparte juridische entiteit op te richten voor de uitvoering van de Wlz;
- de wet kent meer bevoegdheden toe aan het Centrum indicatiestelling zorg (CIZ), dat wordt omgevormd tot een publiekrechtelijk ZBO, om fraude te bestrijden;
- de Wlz bevat meer instrumenten om verzekeraars te stimuleren om de AWBZ doelmatig uit te voeren. Zo kunnen op grond van de Wlz eisen kunnen worden gesteld als zorgverzekeraars voornemens zijn om (vrijwillig) taken uit te besteden aan kantoren, wordt het toezicht van de NZa verscherpt, en kan de Minister van VWS als ultimatum remedium een regionale uitvoerder (zorgkantoor) sluiten, waarbij de taken wordt overgedragen aan een andere partij.

Tot slot zijn verbeteringen doorgevoerd om de Wlz helder te positioneren ten opzichte van Wmo 2015, de Jeugdwet en de Zvw:

- de Wlz, Wmo 2015, jeugdwet en Zvw bevatten heldere bepalingen over voorliggendheid van wetgeving;
- in de Wet is vastgelegd dat het CIZ de indicatiestelling onafhankelijk van gemeenten gaat verrichten (die hier in de AWBZ nog formeel voor verantwoordelijk zijn) en;
- zorgverzekeraars dienen een aparte juridische entiteit op te richten voor de uitvoering van de Wlz.

Hoofdstuk 2 De verzekering

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

2.1 Waarom een verzekerd recht op zorg?

De Wlz is als de AWBZ een publiekrechtelijke sociale verzekering. Dit betekent dat mensen van rechtswege verzekerd zijn en de verzekering niet voortvloeit

uit een overeenkomst tussen de verzekerde en de verzekeraar. Het verzekeringsrisico ligt bij de overheid. Daarom is er geen sprake van een schadeverzekering in de zin van het Burgerlijk Wetboek. De regering is van mening dat er, gegeven de zware zorgbehoefte van mensen die aangewezen zijn op zorg op grond van de Wlz, geen enkele twijfel over mag bestaan dat zij de zorg krijgen die zij nodig hebben. De uitvoerders van de wet krijgen een zorgplicht voor de mensen die toegang krijgen tot de Wlz. Dit sluit ook aan bij een breed gedeelde wens van cliëntenorganisaties, zorgaanbieders, zorgverzekeraars en de Tweede Kamer.⁷ Consequentie van deze keuze voor een verzekerd recht met het verzekeringsrisico bij de overheid, is dat indien er veel meer Wlz-cliënten zijn dan verwacht, de overheid daar uiteindelijk de financiële gevolgen van zal dragen. In hoofdstuk 7 wordt ingegaan op de beheersmaatregelen waarmee zo veel mogelijk wordt voorkomen dat er overschrijdingen zijn.

De kring van verzekerden bestaat uit iedereen die in Nederland woont of buiten Nederland woont, maar in Nederland werkt en aan de loonbelasting onderworpen is. Iemand die daartoe behoort, is automatisch verzekerd, ongeacht of die verzekerde dat wil of niet. Hierop gelden enkele uitzonderingen zoals buitenlandse diplomaten en ambtenaren en personeel van volkenrechtelijke organisaties. Andersom zijn er personen die in het buitenland wonen en toch onder de Nederlandse wetgeving vallen, zoals Nederlandse ambtenaren in het buitenland en tijdelijk buiten Nederland studerende. Verder zijn vreemdelingen die illegaal in Nederland verblijven en vreemdelingen zonder verblijfsvergunning uitgesloten van de Wlz-verzekering. Zij zijn er in eerste instantie zelf voor verantwoordelijk dat de kosten van aan hen verleende medische zorg worden betaald. Indien zij niet in staat blijken de rekening te betalen, kunnen zorgaanbieders een beroep doen op een wettelijke bijdrageregeling die geldt voor zowel de Zvw als de Wlz. De ontheffing die gemoedsbezwaren hebben op grond van artikel 64 van de Wet financiering sociale verzekeringen (Wfsv) wijkt in de Wlz niet af van de AWBZ. Gemoedsbezwaarden hoeven zich niet zelf in te schrijven. Ook de uitzondering voor militairen die via Defensie zijn verzekerd, wordt in de Wlz op dezelfde wijze geregeld als in de AWBZ.

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

In het verlengde van de keuze voor een verzekering ligt de keuze over de uitvoering van de wet.

De verantwoordelijkheid voor de uitvoering van de Wlz wordt belegd bij zorgverzekeraars voor hun eigen verzekerden. Dit wordt toegelicht in

⁷ Zoals onder andere verwoord in het persbericht "NPCF, Actiz, ZN: ouderenzorg moet verzekerd recht blijven" van 28 augustus 2012.

paragraaf 2.6. Hier wordt volstaan met een korte toelichting op de termen “Wlz-uitvoerder” en “zorgkantoor” die in de volgende paragrafen al worden gebruikt. De uitvoering van de Wlz vindt plaats in een aparte rechtspersoon, die behoort tot de groep waar toe ook de Zvw-verzekeraar behoort. Deze rechtspersoon wordt de Wlz-uitvoerder genoemd en is verantwoordelijk voor de uitvoering van de wet voor eigen verzekerden. De regering acht het echter nodig om te werken met regionale contracteerruimtes en dus ook met regionale uitvoeringskantoren. Daarom zal ook in de Wlz met uitvoerders worden gewerkt die in een regio de Wlz uitvoeren. Deze regionale uitvoerders worden zorgkantoren genoemd. In de praktijk zullen cliënten en zorgaanbieders het meeste te maken krijgen met de zorgkantoren die het feitelijke werk doen en niet met de Wlz-uitvoerders die achter de schermen verantwoordelijk blijven. Daarom wordt in het vervolg van het algemene deel van de memorie van toelichting vooral gerefereerd aan de zorgkantoren. In de artikelen en de artikelsgewijze toelichting wordt juist vooral gesproken over de Wlz-uitvoerders, omdat zij juridisch verantwoordelijk zijn en blijven voor het grootste deel van de uitvoering van de Wlz.

2.2 Indicatiestelling: wie krijgt Wlz-zorg?

De regering vindt het belangrijk dat onafhankelijk, objectief en zoveel mogelijk op een landelijk uniforme manier wordt bepaald wie er toegang heeft tot zorg op grond van de Wlz. Juist om de zorg voor – en de solidariteit met – de meest zorgbehoevende ouderen en gehandicapten in onze samenleving te kunnen blijven garanderen, moeten we duidelijk zijn bij het bewaken van de toegang tot de Wlz. Wanneer de Wlz uit zou uitbreiden met groepen mensen die ook door hun eigen sociale omgeving of uit andere domeinen ondersteund zouden kunnen worden, zet dat de solidariteit onder druk. Het risico bestaat dat de houdbaarheid van het stelsel onder druk komt te staan als mensen die niet aan de wettelijke criteria voldoen toch toegang zouden krijgen tot de Wlz en de kosten niet beheerst kunnen worden. De regering acht daarom een toegangspoort tot de Wlz nodig die objectief en professioneel geregeld is. Dit stelt hoge eisen aan de indicatiestelling. De indicatiestelling blijft net als in de AWBZ daarom in handen van CIZ. De juridische positie van het CIZ wordt echter gewijzigd. Dit wordt toegelicht in paragraaf 5.6.

2.2.1 Zorginhoudelijke toegangscriteria

Bij de indicatiestelling zal het CIZ net als in de AWBZ een landelijk uniform afwegingskader hanteren. In de hiervoor genoemde HLZ-brief die de Staatssecretaris van naar de Tweede Kamer heeft gestuurd, is op hoofdlijnen aangegeven welke groepen in de toekomst nog toegang krijgen tot de nieuwe volksverzekering en welke groepen voortaan terecht kunnen bij de Wmo of Zvw. In dit wetsvoorstel zijn de toegangscriteria voor de Wlz nader uitgewerkt. Er is gekozen om de lat die de toegang bepaalt hoger te leggen dan in de AWBZ. Lichtere vormen van ondersteuning en zorg uit de AWBZ maken geen

onderdeel meer uit van de Wlz. In hoofdlijnen komt het erop neer dat een cliënt aanspraak heeft op zorg op grond van de Wlz indien hij vanwege een somatische of psychogeriatrische aandoening of beperking of een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap blijvend behoefte heeft aan:

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

Deze toegangscriteria zijn niet afhankelijk van de leeftijd van een persoon; zowel kinderen als volwassenen die aan deze criteria voldoen kunnen gebruik maken van de Wlz. Dit geldt dus bijvoorbeeld ook voor ernstig meervoudig gehandicapte kinderen.

De toegangscriteria zijn volledig gebaseerd op zorginhoudelijke criteria. De toegang tot de Wlz is geen afgeleide van de vraag of een gemeente voldoende heeft gedaan om iemand zo lang mogelijk thuis te ondersteunen vanuit de Wmo. Een dergelijk criterium heeft onvoldoende afbakenende kracht. Bovendien sluit dit niet aan bij het verzekeringskarakter van de Wlz. De toegang tot de Wlz moet onafhankelijk zijn van het ondersteuningsaanbod dat gemeenten bieden en de lokale verschillen daarbinnen. Daarnaast schuilt er een afwentelingsrisico in wanneer iemand toegang zou krijgen tot de Wlz zodra gemeenten niet de noodzakelijke zorg en ondersteuning bieden. Tot slot acht de regering het niet wenselijk dat het CIZ zou moeten toetsen of gemeenten voldoende ondersteuning hebben geboden. Daarvoor dient de lokale democratie. De gemeenteraad controleert of er in de gemeente voldoende ondersteuning wordt geboden op grond van de Wmo 2015 en spreekt de verantwoordelijke wethouder erop aan indien dit niet het geval is. Ook is in de toegangscriteria niets opgenomen over de rol van de sociale omgeving van de cliënt. Uiteraard speelt deze wel een rol bij de keuze tussen de verschillende leveringsvormen, de zorgplanbespreking en de uiteindelijke zorglevering. Wanneer iemand intensief ondersteund wordt door zijn eigen sociale netwerk kan dat invloed hebben op het moment dat iemand zich bij het CIZ meldt. Maar bij het besluit van het CIZ of iemand toegang krijgt tot de Wlz speelt zijn sociale omgeving uiteindelijk geen rol.

De toegang tot de Wlz is functioneel- en niet doelgroepgericht vormgegeven. Verschillende doelgroepen kunnen op basis van de criteria toegang krijgen tot de Wlz. De verwachte gebruikers van de Wlz zijn heel divers. Het is niet op voorhand te zeggen dat een groep mensen met een bepaalde aandoening altijd, of juist nooit, gebruik zal kunnen maken van de Wlz. Dat hangt voor af van de vraag of blijvend behoefte bestaat aan permanent toezicht en/of 24 uur per dag zorg in de nabijheid. Daarom is in de wet en de memorie van toelichting geen specifieke omschrijving opgenomen van de doelgroepen die al

dan niet toegang hebben tot de Wlz. Omdat er over enkele groepen veel vragen zijn gesteld tijdens de consultatie van een eerdere versie van dit wetsvoorstel, worden deze hieronder wel kort toegelicht. In de indicatiestelling wordt vooralsnog wel gewerkt met grondslagen, omdat deze nodig zijn voor de bekostiging. Zoals in paragraaf 2.5 wordt toegelicht, zal bij grootschalig onderhoud van de bekostiging worden gezien of op termijn kan worden afgestapt van de grondslagen.

Permanent toezicht en/of 24 uur per dag zorg in de nabijheid

Cliënten die aanspraak maken op zorg vanuit de Wlz hebben behoefte aan zorg die zo intensief is dat die op enkele omstandigheden na, alleen in een instelling verantwoord kan worden verleend. Cliënten die aanspraak maken op zorg vanuit de Wlz hebben een blijvende behoefte aan permanent toezicht en/of 24 uur zorg per dag in de nabijheid.

Onder permanent toezicht wordt verstaan dat onafgebroken toezicht en actieve observatie gedurende de gehele dag nodig is, waarmee tijdig ingrijpen mogelijk wordt maakt. Doordat de cliënt zorg nodig heeft op zowel te plannen data en tijdstippen als op ongeplande tijden, vaak ook in de nachtelijke uren, volstaat toezicht op afstand of een meer passieve observatie niet. Bij de personen die een behoefte aan permanent toezicht hebben kan elk moment iets (ernstig) mis gaan.

Van behoefte aan voortdurende zorg in de nabijheid is sprake wanneer de cliënt zelf niet in staat is om op relevante momenten hulp in te roepen en hij, om ernstig nadeel te voorkomen, door fysieke problemen voortdurend begeleiding of overname nodig heeft bij zelfzorg, of door zware regieproblemen voortdurend begeleiding of overname van taken nodig heeft. Met "24 uur zorg in de nabijheid" wordt bedoeld dat zorg en toezicht weliswaar gedurende de gehele dag in de nabijheid nodig is, maar daarbij is geen permanente actieve observatie nodig. Het gaat dus om een vorm van beschikbaarheid van zorg die voor een groot deel bestaat uit meer passief toezicht. De zorg is echter wel nodig op zowel geplande als ongeplande zorgmomenten. In de artikelsgewijze toelichting van deze wet is bovenstaande nader toegelicht.

Blijvend

Uitgangspunt is dat alleen die mensen toegang krijgen tot de Wlz, die daar naar verwachting een blijvend beroep op doen. Omdat de mensen die gebruik maken van deze wet naar verwachting de rest van hun leven zijn aangewezen op deze intensieve vorm van langdurige zorg, draagt de wet de naam Wet langdurige zorg.

Iemand krijgt alleen aanspraak op zorg op grond van de Wlz indien hij blijvend behoefte heeft aan permanent toezicht en/of 24 uur per dag zorg in de nabijheid. Dat de zorgvraag van de cliënt blijvend moet zijn is van belang voor de afbakening tussen de Wmo 2015 en de Wlz. Bij cliënten die intensieve zorg of ondersteuning nodig hebben maar waarvan de verwachting is dat de

zorgbehoefte over gaat of veel minder zal worden, blijven gemeenten en zorgverzekeraars verantwoordelijk. Dit biedt stabiliteit voor cliënten, omdat hiermee wordt voorkomen dat mensen heen en weer moeten om telkens een beroep te doen op een ander domein. Mensen die in het gemeentelijke domein geholpen kunnen worden hebben over het algemeen genomen een ander ontwikkelperspectief dan mensen die toegang hebben tot de Wlz. Het behoud van aansluiting bij de op participatie gerichte maatschappij is daarbij van groot belang. Mensen waarbij een verbetering van hun mogelijkheden wordt verwacht, zoals licht verstandelijke gehandicapten, of cliënten die na een ziekenhuisopname tijdelijk kortdurende begeleiding en (intensieve) verzorging in een beschermende woonomgeving nodig hebben, kunnen daarom voor ondersteuning een beroep doen op de andere domeinen die meer op herstel en participatie zijn gericht. Hetzelfde geldt voor mensen met een psychische stoornis. Hierop wordt hieronder nader ingegaan.

a) Volwassenen met een licht verstandelijke beperking

In de HLZ-brief van 25 april 2013 staat dat de zzp's LVG 1-5 voor kinderen tot 18 jaar onderdeel worden van de nieuwe Jeugdwet en dat deze zorg voor volwassenen niet zou kunnen worden geëxtramuraliseerd. In de brief over het zorgakkoord van 24 april 2013 staat daarom dat de zorg voor licht verstandelijk gehandicapten vanaf achttien jaar volledig onder de toen nog zogenoemde kern-AWBZ zou komen te vallen. Aangezien de meeste cliënten die in de AWBZ onder een LVG pakket vallen geen blijvende behoefte hebben aan zorg conform de Wlz ligt onderbrenging vanaf 18 jaar alleen in de Wlz bij nader inzien minder voor de hand. Het gaat hierbij immers niet alleen om cliënten die permanent toezicht en/ of 24 uur per dag zorg in de nabijheid behoeven en daarmee wel tot de doelgroep van de Wlz behoren. Het gaat ook om cliënten die met behulp van gespecialiseerde zorg op termijn weer redelijk grip op hun leven kunnen krijgen en dan met relatief lichtere vormen van begeleiding en behandeling een bepaalde mate van zelfstandigheid kunnen behouden. De nieuwe Jeugdwet blijft de basis voor deze zorg. Bovendien gaat het vanaf 18 jaar in de meeste gevallen om cliënten die voor hun 19e levensjaar al een beroep hebben gedaan op de Jeugdwet. Cliënten die in die zin niet vallen onder de nieuwe Jeugdwet en/of toch nog tijdelijk begeleiding en/of behandeling nodig hebben (eventueel in combinatie met verblijf) om naar een bepaalde mate van zelfstandigheid te kunnen toe groeien, kunnen een beroep doen op de gemeenten in het kader van de Wmo 2015 en de Zvw.

b) Op herstel gerichte tijdelijke opname na ziekenhuisopname

De op herstel gerichte tijdelijke opname na ziekenhuisopname kan het beste vanuit de Zvw worden geleverd. De op herstel gerichte tijdelijke zorg na ziekenhuisopnamen past immers bij het karakter van de Zvw. Het betreft een opname van maximaal zes weken voor mensen die na een ziekenhuisopname kortdurend begeleiding en (intensieve) verzorging nodig hebben in een beschermende woonomgeving. In de AWBZ bestond daartoe de mogelijkheid op titel van voornamelijk ZZP VV 03 en soms ZZP VV 06.

Omdat het niet gaat om een blijvend intensieve zorgbehoefte, krijgt deze vorm van zorg geen plaats in de Wlz. Daar komt bij dat met ingang van 1 januari 2013 de geriatrische revalidatiezorg (ZZP VV 09a) reeds is overgeheveld van de AWBZ naar de Zvw.

c) Psychische stoornissen

Psychische stoornissen vormen op zichzelf geen grondslag voor toegang tot de Wlz. Kenmerk van psychische stoornissen is dat het verloop van de aandoening op voorhand vaak niet goed te voorspellen is. Op voorhand is daarom niet vast te stellen of de zorgbehoefte van de GGZ-cliënt blijvend is of niet. Mensen met een psychische stoornis zijn daarnaast gebaat bij een zo laagdrempelig mogelijke behandeling of ondersteuning. Een sociaal netwerk, participatie en een relatie zijn doorslaggevend voor herstel. Cliënten die tot 2015 op basis van de grondslag psychiatrie aanspraak hebben op AWBZ-zorg (de langdurige GGZ), komen mede daarom per 2015 voor de verantwoordelijkheid van de verzekeraars in de Zvw en gemeenten in de Wmo 2015.

Mensen die naast een somatische aandoening, een psychogeriatrische aandoening of beperking of naast een verstandelijke, lichamelijke en/of zintuiglijke handicap ook bijkomende psychische problemen hebben kunnen wel voor de We Wlz in aanmerking komen. Bij deze groepen kan het risico van afwenteling bestaan tussen de Wlz en andere domeinen. Het is daarom belangrijk dat de weging die het CIZ maakt bij comorbiditeit duidelijk wordt uitgewerkt in de beleidsregels indicatiestelling van het CIZ.

Wettelijke verankering toegangscriteria

De regering wil de toegang voor de meest kwetsbaren stevig borgen. Daarom legt zij de toegangscriteria op wetsniveau vast. In de AWBZ werd dat nog gedelegeerd naar lagere regelgeving. Met de verankering op wetsniveau wordt een duidelijke norm gesteld dat deze wet bedoeld is voor solidariteit met alleen de meest kwetsbaren. Dit helpt bovendien om de uitgaven van de Wlz te beheersen. Hoe het landelijke afwegingskader er en detail uit ziet en wat de wijzigingen zijn ten opzichte van het kader in de AWBZ wordt uitgewerkt in de beleidsregels indicatiestelling.

2.2.2 Werkwijze CIZ

Het CIZ stelt een onderzoek in om vast te stellen of iemand verzekerd is en voldoet aan de toegangscriteria. Het onderzoek van het CIZ zal in persoon plaatsvinden. Dat kan in de woning van de aanvrager zijn, dat kan ook bij gelegenheid van een spreekuurgesprek. De AWBZ kent een aantal mogelijkheden voor zorgaanbieders om voor cliënten aanvragen in te dienen en soms snel tot zorgverlening over te kunnen gaan. Deels hielden deze mogelijkheden verband met de inzet van extramurale zorg en daarvan is in de Wlz als aanspraak geen sprake meer. Ook voor zorg met verblijf zijn vereenvoudiginginstrumenten ontwikkeld die geen plek meer hebben in deze wet. Standaard indicatieprotocollen, herindicaties onder taakmandaat en

indicatiemeldingen 80+ bestaan niet meer. De regering is van mening dat de indicatiestelling onafhankelijk moet plaatsvinden. Zorgaanbieders hebben er financieel belang bij om iemand toegang tot de Wlz te verlenen en daarmee een verzekerd en collectief betaald recht op verblijf te geven. De verwachting van de regering is dat de regionale verschillen in indicatiestelling zullen afnemen door de voorgenen wijze van indiceren. De toegang wordt immers minder afhankelijk van het zorgaanbod in de regio dan in de AWBZ.

Bij het onderzoek dat ten grondslag ligt aan het indicatiebesluit maakt het CIZ gebruik van de (medische) informatie die al beschikbaar is bij andere hulp- en zorgverleners, zorgaanbieders, verzekeraars en gemeenten. Het CIZ krijgt extra bevoegdheden die bedoeld zijn om het risico van fraude bij de indicatiestelling te verminderen. Dit wordt toegelicht in hoofdstuk 9. Onder andere is in het wetsvoorstel opgenomen dat de cliënt onherroepelijk toestemming moet verlenen aan het CIZ voor het inwinnen van medische gegevens bij behandelend artsen. Geeft de cliënt geen toestemming dan neemt het CIZ de aanvraag niet in behandeling. Hiermee wordt bewerkstelligd dat het CIZ de beoordeling van de aanvraag op volledige en juiste gegevens kan baseren.

CIZ bepaalt toegang en stelt best passend zorgprofiel vast

Nadat het CIZ het indicatieonderzoek heeft afgerond geeft het een indicatiebesluit af. Dit besluit is gericht aan de cliënt (en gaat in afschrift naar het zorgkantoor en de gemeente) en is vatbaar voor bezwaar en beroep. In het indicatiebesluit stelt het CIZ vast of een cliënt aan de toegangscriteria van de Wlz voldoet en/of de cliënt op basis hiervan toegang tot de Wlz heeft. Daarnaast stelt het CIZ vast in welk inhoudelijk zorgprofiel de cliënt het beste past. Het CIZ indiceert de zorgbehoefte hiertoe in aard en inhoud. Het CIZ indiceert niet in omvang of uren. Dit is een belangrijk verschil van de Wlz ten opzichte van de AWBZ. In de AWBZ indiceert het CIZ in zorgzwaartepakketten (zzp's) en wordt vastgesteld wat de aard, inhoud en omvang (in uren) van zorg is waarop een cliënt aangewezen is.

De zorgzwaartepakketten (zzp's) zijn in de AWBZ ingevoerd om de beschikbare middelen op een goede manier te verdelen over instellingen. Het was bedoeld als een bekostigingsinstrument. Naar aanleiding van rechtelijke uitspraken zijn wijzigingen aangebracht in het Zorgindicatiebesluit en zijn de zzp's nader in de aanspraken geregeld. Daardoor is het zzp in de AWBZ in de praktijk het uitgangspunt geworden bij het gesprek tussen de cliënt en de zorgverlener over de te verlenen zorg. Daarvoor is het echter niet bedoeld en ook niet geschikt. Een zorgzwaartepakket kan niet voorschrijven waar een cliënt behoefte aan heeft en wat een instelling moet leveren. Daarvoor is het zzp te rigide.

In de Wlz wil de regering dat de wensen, behoeften en mogelijkheden van een cliënt meer centraal komen te staan en de professional in de zorg de ruimte krijgt om maatwerk te leveren. Daarom indiceert het CIZ in de Wlz niet meer

in zzp's maar in zorgprofielen. De zorgprofielen in de Wlz zijn gebaseerd op de zorgprofielen in de AWBZ met als verschil dat de profielen in de Wlz waarin het CIZ indiceert ruimer zijn omschreven dan in de AWBZ. Ter illustratie: in het indicatiebesluit in de AWBZ staat onder andere opgenomen "hoe woont en leeft u", "hoeveel uur zorg krijgt u" en "welke zorg krijgt u". In de Wlz doet het CIZ hierover geen uitspraak meer. Cliënten en zorgaanbieders krijgen hiermee een grotere vrijheid in de wijze waarop de zorg geleverd wordt en er komt minder nadruk te liggen op de omvang en dus de uren. Daarnaast is het zzp geen aanspraak meer. De vormgeving van de zorgprofielen wordt door het Zorginstituut nader uitgewerkt.

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

De wijzigingen in de indicatiestelling hebben zeer beperkt invloed op het secundaire proces: zorgregistratie, zorgtoewijzing, declaratie et cetera. De bekostiging blijft gebaseerd op zzp's. In paragraaf 2.5 wordt toegelicht hoe de bekostiging wordt vormgegeven. Indien uit onderzoek naar de mogelijkheden van grootschalig zzp onderhoud (zie paragraaf 2.5) blijkt dat het mogelijk is om het aantal zzp's op termijn terug te brengen wordt hierbij in de indicatiestelling aangesloten. Indien een aantal zzp's zou kunnen worden samengevoegd ontstaan bredere en meer onderscheidende pakketten waardoor de ruimte om daarbinnen invulling te geven aan de zorg wordt vergroot en de risico's op upcoding kleiner worden. Indicatiestelling in ruimer omschreven zorgprofielen en grootschalig zzp onderhoud voor de bekostiging gaan dus hand in hand.

Minder herindicaties nodig

De regering ziet de Wlz als het sluitstuk van de langdurige zorg. Daarom krijgen alleen mensen die blijvend zijn aangewezen op langdurige zorg conform de Wlz toegang tot de Wlz. Iemand behoudt zijn aanspraak op zorg op grond van de Wlz in beginsel dus de rest van zijn leven. Alleen indien hiertoe aanleiding is, wil de regering de geldigheidsduur van een indicatiebesluit beperken. Dit kan bij algemene maatregel van bestuur. Dit is een verschil ten opzichte van de AWBZ waarin de meeste indicatiebesluiten een beperkte geldigheidsduur kennen. Daarnaast kan het CIZ ambtshalve herindiceren wanneer het vermoedt dat een indicatiebesluit op basis van onjuiste gegevens is afgegeven (en de aanspraak op Wlz-zorg dus mogelijk ten onrechte is verkregen). De Wlz voorziet in een nadrukkelijke grondslag voor het

herindiceren, bijvoorbeeld in het geval de indicatie was gebaseerd op foutieve of onvolledige (medische) gegevens.

Consequentie van bovenstaande is dat een indicatiebesluit voor onbepaalde tijd geldig is en dat herindiceren niet meer nodig is tenzij de zorgbehoefte van de cliënt wijzigt. Indien de zorgbehoefte van de cliënt wijzigt dan vindt hierover doorgaans overleg plaats tussen de zorgaanbieder en de cliënt. Zorgaanbieder en cliënt zoeken in dat geval samen naar een andere invulling van de zorg. Indien de veranderende zorgvraag niet binnen de ruimte van het zorgprofiel van de cliënt kan worden opgevangen kan de cliënt in overleg met de zorgaanbieder een herindicatie aanvragen bij het CIZ. Doordat indicatiebesluiten geen beperkte geldigheid meer hebben verminderen de administratieve lasten voor het CIZ, de zorgaanbieders en de cliënt.

Cliëntondersteuning bij indicatiestelling

Gelet op de groep mensen voor wie de Wlz bedoeld is, kan zich de situatie voordoen dat de cliënt geen goed beeld heeft van zijn mogelijkheden en beperkingen en evenmin de reikwijdte overziet van de zorg waarop hij is aangewezen, dan wel daarover niet goed kan communiceren. Dit zou met namen een belemmering kunnen vormen bij de indicatiestelling voor de Wlz. Het is daarom gewenst dat de cliënt hierbij ondersteuning kan krijgen.

Op grond van de Wmo 2015 is de gemeente er verantwoordelijk voor dat ondersteuning beschikbaar is voor cliënten die nog geen toegang tot de Wlz hebben. Hieronder vallen ook de mensen van wie het vermoeden bestaat dat zij zorg op grond van de Wlz nodig hebben maar die nog geen indicatiebesluit hebben. In veel gevallen zal het gaan om mensen die bij de gemeente, die de Wmo uitvoert, bekend zijn. Gemeenten zijn ervoor verantwoordelijk te zorgen dat cliëntondersteuning voor deze mensen beschikbaar is. De gemeenten moet ervoor zorgen dat de cliëntondersteuning bij de indicatiestelling door het CIZ zo wordt vormgegeven dat het belang van de betrokken cliënt in deze ondersteuning het uitgangspunt is. Hiermee wordt de onafhankelijkheid van de cliëntondersteuner, langs de weg van de professionaliteit en de wettelijke plicht voor de gemeente ten aanzien van de (organisatorische) invulling naar de mening van de regering voldoende gewaarborgd. Het is van belang dat de cliëntondersteuner daadwerkelijk het belang van de cliënt dient en dat de cliënt het gevoel heeft dat deze persoon naast hem staat en in de positie is om diens belang te dienen. Indien de cliënt twijfelt aan de objectiviteit van de cliëntondersteuner, mag hij de gemeente daarop wijzen en vragen om een andere ondersteuner. De cliëntondersteuning is kosteloos voor de cliënt die daar een beroep op doet. Uiteraard kan de cliënt ook zelf zijn ondersteuning organiseren (naasten of vertegenwoordiger).

Bij de cliëntondersteuning in de Wmo 2015 kan het gaan om ondersteuning met informatie, advies en algemene ondersteuning die bijdraagt aan het versterken van de zelfredzaamheid en participatie en het verkrijgen van een zo integraal mogelijke dienstverlening op het gebied van maatschappelijke

ondersteuning, preventieve zorg, zorg, jeugdzorg, onderwijs, welzijn, wonen, werk en inkomen.

De gemeente heeft uiteraard geen invloed op het indicatiebesluit dat het CIZ neemt. Wanneer het CIZ een positief indicatiebesluit neemt, valt de persoon voortaan onder de reikwijdte van de Wlz en is de gemeente niet meer verantwoordelijk voor de cliëntondersteuning. Het zorgkantoor draagt dan zorg voor de eventuele cliëntondersteuning bij bijvoorbeeld de zorgplanbespreking (zie paragraaf 3.2). Wanneer een persoon geen toegang krijgt tot de Wlz omdat hij niet aan de zorginhoudelijke criteria van de Wlz voldoet, blijft de verantwoordelijkheid voor de ondersteuning uiteraard van de cliënt bij de gemeente.

2.3 Aanspraken: waar heeft de cliënt recht op?

Wettelijke verankering aanspraken

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

Integraal pakket

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

Cliënten die aangewezen zijn op zorg uit de Wlz hebben recht op een samenhangend aanbod van zorg in combinatie met verblijf. Dit samenhangende aanbod moet aansluiten bij de zorg waarop de cliënt conform de toegangscriteria is aangewezen: blijvende behoefte aan permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid. Van welke zorg de cliënt gebruik zal maken hangt af van zijn individuele mogelijkheden, behoeften en wensen. Afspraken hierover worden vastgelegd in het zorgplan. De invulling van de aanspraak hangt daarom af van de omstandigheden en kan verschillen van cliënt tot cliënt.

De zorg in de Wlz bestaat uit een integraal pakket dat de volgende onderdelen kan omvatten:

- Verblijf in een instelling;
- Persoonlijke verzorging, begeleiding en verpleging;
- Behandeling:
 - Specifieke Wlz-behandeling;

- Algemene medische behandeling;
- Hulpmiddelen; of
- Woningaanpassingen voor cliënten tot 18 jaar.

2.3.1 Verblijf in een instelling

Allereerst omvat de Wlz een aanspraak op verblijf inclusief de daarbij horende voorzieningen, zoals eten en drinken en het schoonhouden van de woonruimte. Naast het verblijf is er aanspraak op samenhangende zorg bestaande uit persoonlijke verzorging, verpleging, begeleiding of behandeling. Indien de voorkeur van de cliënt (of zijn vertegenwoordigers) uitgaat naar een eigen (bestaande of nieuwe) woonomgeving, dan is er ruimte om daarover in overleg te treden met het zorgkantoor. In het besluit zorgaanspraken in de AWBZ omvatte de aanspraak "verblijf" ook alle zorg. De zorg bestond uit de combinatie. In de nieuwe formulering van artikel 3.1.2 van de Wlz zijn die elementen uit elkaar gehaald. Verblijf is een apart onderdeel van de aanspraak en staat onder a. De zorgvormen zijn nevenschikkend genoemd onder b t/m d.

Voor mensen die niet willen verblijven in een instelling, biedt dit wetsvoorstel de mogelijkheid van een Volledig Pakket Thuis (VPT) of een persoonsgebonden budget (pgb). Zij zien dan af van daadwerkelijk verblijf in een instelling maar houden voor zover daar behoefte aan is wel aanspraak op een deel van de verblijfszorg (hoteldiensten die samenhangen met het verblijf, zoals huishoudelijke hulp en eten en drinken). Zie tabel 2.1 voor de verschillen tussen pgb en VPT.

Voor het VPT en het pgb gelden wel voorwaarden, zoals dat de zorg verantwoord en tegen aanvaardbare kosten in de eigen woonomgeving geleverd kan worden. In de volgende paragrafen over zorglevering en bekostiging wordt hier nader op ingegaan.

Omdat de regering het belangrijk vindt dat kinderen zo lang mogelijk bij hun ouders kunnen blijven wonen zijn woningaanpassingen voor cliënten tot 18 jaar als aanspraak in de Wlz opgenomen.

Wanneer een cliënt zelf in zijn woning voorziet (VPT of pgb) betekent dat uiteraard niet dat hij permanent zijn recht op een plaats in een instelling verliest. Het is immers denkbaar dat het op een gegeven moment niet meer mogelijk is om thuis te blijven wonen met een pgb of VPT. Bij ouderen is dit veelal het geval als de partner wegvalt of de zorgbehoefte toeneemt. De zorg kan dan mogelijk niet langer verantwoord of doelmatig thuis worden geleverd. Of een cliënt kan zelf alsnog de voorkeur krijgen voor verblijf in een instelling. Bij (gehandicapte)kinderen komt er (meestal rond het 18^e levensjaar) net als bij gezonde kinderen het geval is, een natuurlijk moment om het ouderlijk huis verlaten. Het is daarom te allen tijde mogelijk om later alsnog de aanspraak op verblijf tot gelding te brengen. Het is echter niet mogelijk om tegelijkertijd gebruik te maken van pgb of VPT enerzijds en een plaats in een instelling anderzijds.

Hotelmatige diensten

Wanneer iemand verblijft in een instelling is het logisch dat de instelling ook zorgt voor het verstrekken van eten en drinken en het schoonhouden van de woonruimte. Dit valt daarom onder de titel verblijf in de Wlz. Wanneer iemand zelf in zijn woning voorziet en kiest voor een volledig pakket thuis, zorgt de instelling die de zorg levert in principe ook voor het eten en drinken en het schoonhouden van de ruimte. Wanneer een cliënt dat niet wil, bijvoorbeeld omdat hij een partner heeft die deze taken kan vervullen, dan hoeft de instelling deze diensten uiteraard niet te leveren. Deze situatie is hetzelfde als in de AWBZ.

Wanneer een cliënt kiest voor het pgb kan hij wel een vergoeding krijgen voor huishoudelijke hulp, maar niet voor eten en drinken. Dit laatste wordt bij pgb tot de eigen verantwoordelijkheid gerekend. Dit is hetzelfde als in de AWBZ.

Partneropname bij ouderen

In de AWBZ heeft de (gezonde) echtgenoot van een persoon met een somatische of psychogeriatrische aandoening of beperking en een verblijfsindicatie, aanspraak op verblijf in dezelfde instelling. De regering wil dit behouden in de Wlz, omdat zij van mening is dat echtgenoten zolang mogelijk samen moeten kunnen blijven wonen. Dit voorkomt eenzaamheid en kan bijdragen aan de kwaliteit van leven van het echtpaar. Wanneer de partner zelf ook zorgbehoevend wordt, maar nog niet voldoet aan de toegangscriteria van de Wlz, kan hij de gemeente om ondersteuning vragen. Dan kan betekenen dat de gemeente vanuit de Wmo 2015 ondersteuning zal leveren aan de gezondere partner in de instelling. Afhankelijk van de vraag welke zorgaanbieders de gemeente heeft gecontracteerd, zal de gemeente ofwel dezelfde instelling betalen om ook de gezondere partner te verzorgen, ofwel een andere instelling of zorgverlener betalen om de zorg en ondersteuning bij die instelling te gaan leveren. In de AWBZ wordt overigens slechts zeer beperkt gebruik gemaakt van de mogelijkheid om samen in een instelling te gaan wonen. Het betreft een verschijnsel uit de tijd van de verzorgingshuizen, waar de lichtere vormen van zorg werden geleverd. Aangezien de Wlz zich alleen nog richt op zwaardere vormen van zorg, is de verwachting van de regering dat het aantal partneropnamen nog veel beperkter zal zijn. In gehandicaptenzorg bestaat geen aanspraak op partneropname. Er zijn geen cijfers bekend waaruit blijkt of dit veel voorkomt. Indien de situatie zich voordoet dat een gezonde persoon bij bijvoorbeeld zijn lichamelijk gehandicapte partner in een instelling wil wonen, kan hij daarover in gesprek gaan met de instelling en zelf huur en dergelijke betalen. Wanneer één persoon van een echtpaar aangewezen is op Wlz-zorg, is de verwachting overigens dat dit echtpaar liever in de eigen woning zal willen blijven en gebruik zal maken van het VPT of het pgb.

2.3.2 Persoonlijke verzorging, begeleiding en verpleging

Zorg vanuit de Wlz kan persoonlijke verzorging, begeleiding, verpleging en/of behandeling omvatten. In deze paragraaf wordt beschreven wat wordt

verstaan onder persoonlijke verzorging, begeleiding en verpleging. Behandeling wordt in paragraaf 2.3.3 nader toegelicht.

Op welke zorg een cliënt specifiek is aangewezen, verschilt van individu tot individu. Alle zorg waarop de cliënt is aangewezen dient te voldoen aan de eisen voor verantwoorde zorg, dat wil zeggen: kwalitatief verantwoorde zorg die tijdig, veilig en doeltreffend is. Wat verantwoorde zorg is wordt net als in de AWBZ bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk of door wat in het betrokken vakgebied geldt als goede en adequate zorg en diensten en door de hiervoor geldende professionele standaarden. Over de zorg worden door aanbieder en cliënt afspraken gemaakt in het zorgplan. De zorgbehoefte van de cliënt en zijn wensen ten aanzien van de dagelijkse invulling daarvan staan daarbij centraal. Dit wordt toegelicht in hoofdstuk 3 over kwaliteit.

Bij persoonlijke verzorging in de Wlz gaat het net als in de AWBZ om het ondersteunen of overnemen van de zelfzorg bij mensen met een aandoening of beperking. Persoonlijke verzorging is gericht op het opheffen van het tekort aan zelfredzaamheid van de cliënt. Dit kan ook inhouden dat de cliënt wordt gestimuleerd om deze activiteiten zelf te doen en aan te leren. Een aantal handelingen die in de AWBZ onder persoonlijke verzorging werden begrepen, maar verpleegkundige kennis vereisten, zoals het verzorgen van een stoma of het geven van sondevoeding, worden in de Wlz tot verpleging gerekend.

Begeleiding of dagbesteding in de Wlz omvat recreatieve of sociaal-culturele activiteiten waaraan de mensen in de Wlz een bepaalde mate van structuur overhouden en die bijdrage aan een verhoging van de kwaliteit van leven. Bij deze begeleiding hoort ook een bepaalde mate van toezicht. Dit wijkt af van de begeleiding die wordt geboden door gemeenten in het kader van de Wmo 2015. Deze begeleiding is erop gericht de zelfredzaamheid van een persoon te handhaven of te bevorderen en verwaarlozing of opname in een instelling te voorkomen.

Verpleging in de Wlz omvat verpleegkundige zorg. Het gaat daarbij in de Wlz net als in de AWBZ vooral om het uitvoeren van verpleegkundige handelingen maar het kan, afhankelijk van de zorgzwaarte van de cliënt ook gaan om signalerende, begeleidende en voorlichtende taken of het oefenen in zelfzorg.

Cliënten met een VPT krijgen de begeleiding, persoonlijke verzorging of verpleging indien zij hierop zijn aangewezen geleverd vanuit het integrale pakket vanuit de instelling. Cliënten met een pgb kunnen de begeleiding, persoonlijke verzorging of verpleging zelf vanuit hun pgb inkopen. Zij kunnen zich hiervoor tot wenden tot Wlz aanbieders maar zij kunnen hiervoor zich hiervoor wenden tot zorgverleners die in andere domeinen werkzaam zijn (Wmo 2015 of de Zvw). De decentralisatie van de functie begeleiding en de aan begeleiding gekoppelde persoonlijke verzorging naar gemeenten en de overheveling van de persoonlijke verzorging en verpleging naar de Zvw heeft geen effect op de aanspraak op zorg voor pgb-houders vanuit de Wlz.

Begeleiding, persoonlijke verzorging en verpleging blijven ook voor cliënten met een pgb ondanks dat deze buiten een institutionele setting worden afgenomen een Wlz-aanspraak.

2.3.3 Behandeling

Naast persoonlijke verzorging, verpleging en begeleiding kan de zorg vanuit de Wlz ook behandeling omvatten. In de AWBZ werd bij behandeling onderscheid gemaakt tussen specifieke AWBZ-behandeling, zoals gedefinieerd in artikel 8 van het Besluit zorgaanspraken (Bza) en algemene medische zorg (behandeling) conform artikel 15 van het Bza. Bij zorg in natura met verblijf komen beide ten laste van de Wlz. Voor het volledig pakket thuis (VPT) en het pgb blijft dit onderscheid voorlopig nog behouden. Dit wordt in het vervolg van deze paragraaf toegelicht.

Op termijn wil de regering, conform het advies van het CVZ bij de consultatie van dit wetsvoorstel, dat het onderscheid tussen Wlz-behandeling en behandeling ook bij het volledig pakket thuis en het pgb komt te vervallen. Het onderscheid tussen de typen behandeling is vanuit de AWBZ historisch te verklaren maar leidt in praktijk tot afbakeningsdiscussies. Vanuit de filosofie van de Wlz staat de regering voor een integraal pakket voor alle mensen die een indicatiebesluit voor de Wlz hebben ongeacht voor welke leveringsvorm zij kiezen; zorg in natura met verblijf, VPT of pgb.

Omdat het aanpassen van de aanspraken in praktijk verstrekkende gevolgen heeft voor onder meer de bekostiging en de organisatie van de zorg kiest de regering ervoor om het onderscheid tussen de twee vormen van behandeling in de Wlz voor het VPT en het pgb voorlopig te behouden. Dat het onderscheid tussen Wlz-behandeling en behandeling voorlopig behouden blijft betekent dat cliënten in de Wlz die ervoor kiezen om zorg met verblijf af te nemen en Wlz-behandeling vanuit dezelfde instelling ontvangen meer zorg ontvangen op grond van de Wlz dan deze cliënten zouden ontvangen indien zij voor een VPT of pgb zouden kiezen. De Minister van VWS zal het CVZ om een uitvoeringstoets verzoeken om te bezien onder welke voorwaarden en per wanneer tot aanpassing van de aanspraken kan worden overgegaan.

Specifieke Wlz-behandeling

Bij de Wlz-behandeling gaat het om behandeling van specifiek medische, specifiek gedragswetenschappelijke of specifiek paramedische aard. Kenmerkend voor onderscheid tussen de Wlz-behandeling en de Zvw-behandeling is dat het gaat om een specifieke behandeling in die zin dat deze samenhangt met de aard van de beperking op grond waarvan de cliënt toegang heeft tot de Wlz. Er is bij de cliënt sprake van complexe (multi)problematiek, die in termen van behandeling vraagt om continue, systematische, langdurige en multidisciplinaire zorg waarbij specifieke deskundigheid op het niveau van een Wlz-behandelaar nodig is. Wlz-behandeling richt zich in dat kader op herstel of voorkoming van verergering

van de gevolgen van de aandoening of het ontstaan van een met de aandoening gerelateerde stoornis al dan niet door het aanleren van vaardigheden. Bij specifieke behandeling in de Wlz kan het gaan om individuele behandeling en om behandeling in groepsverband. "Behandeling-groep" is een integraal pakket en omvat naast behandeling ook alle begeleiding, persoonlijke verzorging en/of het aanleren van vaardigheden verpleging die in dat verband nodig is. Denk hierbij aan kinderen met een beperkt ontwikkelingsperspectief in verband met ernstige meervoudige handicaps. De Wlz-behandeling wordt altijd verstrekt op grond van de Wlz. Het maakt daarbij niet uit of de cliënt in een instelling verblijft of zelf in zijn woonruimte voorziet en zorg via een VPT of pgb ontvangt.

Overige behandeling

Onder de overige behandeling valt onder andere:

- geneeskundige zorg van algemeen medische aard en psychiatrische zorg (als de behandeling van de psychische stoornis integraal onderdeel uitmaakt van de Wlz-behandeling;,,
- farmaceutische zorg;
- hulpmiddelen die noodzakelijk zijn in verband met de in een instelling gegeven zorg;
- tandheelkundige zorg; en
- eventuele kleding verband houdende met het karakter en de doelstelling van de instelling en

Of een cliënt aanspraak heeft op vormen van behandeling op grond van de Wlz, hangt wel af van zijn woonsituatie en de leveringsvorm. Indien een cliënt zorg met verblijf geniet op grond van de Wlz (geen VPT of pgb) en daar ook Wlz-behandeling ontvangt dan behoren deze vormen van behandeling tot de aanspraken van de Wlz. Een voorbeeld van een hulpmiddel dat noodzakelijk is in verband met de in een instelling gegeven zorg en welke in geval van zorg met verblijf en behandeling vanuit dezelfde instelling vanuit de Wlz wordt bekostigd is een tillift.

Wanneer de cliënt zelf in zijn woning voorziet (VPT of pgb) heeft dat consequenties voor de aanspraak op zorg. Dat is in de AWBZ ook het geval, vanwege de koppeling met verblijf. Deze specifieke Wlz-behandeling maakt dan geen onderdeel meer uit van de aanspraak. Deze behandeling komt dan ten laste van de Zvw (of Wmo). Vanuit het pgb mag geen behandeling worden ingekocht. Dit wordt toegelicht in de volgende paragraaf.

2.3.4 Vervoer voor begeleiding of behandeling

Als een cliënt gedurende een dagdeel begeleiding of behandeling ontvangt op een locatie die niet dezelfde is als de verblijfslocatie van de cliënt, dan kan de aanspraak tevens het vervoer van en naar die locatie omvatten. Indien de begeleiding of de behandeling niet op een externe locatie wordt geleverd dan maakt de cliënt uiteraard geen gebruik van de aanspraak op vervoer. Dit is hetzelfde als in de AWBZ.

Indien een cliënt in de Wlz zich op grond van sociale overwegingen (denk aan een familiebezoek) wenst te verplaatsen maar hiervoor niet zelfstandig gebruik kan maken van het openbaar vervoer dan kan deze cliënt hiervoor een beroep doen op de gemeenten voor sociaal vervoer. Men kan hiervoor bijvoorbeeld een taxivergoeding krijgen.

2.3.5 Hulpmiddelen

Hulpmiddelen vallen uiteen in verschillende categorieën: individuele hulpmiddelen, outillagemiddelen, mobiliteitshulpmiddelen en hulpmiddelen op grond van de Zvw.

Onder de individuele hulpmiddelen vallen hulpmiddelen die alleen na kostbare individuele aanpassingen door verschillende personen na elkaar zijn te gebruiken. Bijvoorbeeld speciaal aangepaste alarmering voor zwaar lichamelijk gehandicapten. Deze hulpmiddelen zijn een aanspraak in de AWBZ en blijven dat in de Wlz.

Outillagemiddelen zijn hulpmiddelen die noodzakelijk zijn met de in verband met de in de instelling gegeven zorg. In een AWBZ instelling moeten voor het verblijf en de zorgverlening bepaalde voorzieningen/hulpmiddelen standaard als outillage aanwezig zijn. Deze middelen zijn meestal voor meer mensen, eventueel met kleine aanpassingen te hergebruiken. Wat precies tot de outillage behoort is afhankelijk van de doelgroep waarop de instelling zich richt. Ook deze hulpmiddelen zijn een aanspraak in de AWBZ en blijven dat in de Wlz.

Mobiliteitshulpmiddelen voor cliënten die in de AWBZ verblijf zonder behandeling ontvangen, worden verstrekt uit de Wmo. De regering kiest ervoor om deze hulpmiddelen over te hevelen naar de Wlz, zodat deze per 2015 onderdeel uitmaken van het integrale pakket aan zorg. Onder mobiliteitshulpmiddelen vallen onder meer rolstoelen en loophulpmiddelen zoals rollators en trippelstoelen. Mobiliteitshulpmiddelen voor cliënten die in de AWBZ behandeling met verblijf ontvangen kwamen al ten laste van de AWBZ en blijven ook in de Wlz onderdeel van de aanspraak.

Naast bovenstaande hulpmiddelen zijn er ook nog hulpmiddelen die vergoed worden vanuit de Zvw. Dit zijn hulpmiddelen die niet tot de outillagemiddelen behoren of die niet behoren tot de noodzakelijk in verband met de in de instelling gegeven zorg. Bijvoorbeeld een beenprothese (Zvw). Afhankelijk van het soort hulpmiddel in het basispakket worden alle kosten vergoed of er geldt een maximale vergoeding of een wettelijke eigen bijdrage. De zorgverzekeraar bepaalt waar hulpmiddelen verkrijgbaar zijn en of voor de aanschaf vooraf toestemming nodig is op basis van een toelichting van de behandelende arts. Bij een hulpmiddel in eigendom komen de kosten ten laste van het verplichte eigen risico. Op basis van de GIP-databank (Genees- en hulpmiddelen Informatie Project) van het CVZ is lijst van hulpmiddelen gemaakt waar

aanspraak op is uit de Zvw. Deze hulpmiddelen uit de Zvw blijven voor cliënten in de Wlz beschikbaar op grond van de Zvw.

2.3.6 Woningaanpassingen voor cliënten tot 18 jaar.

Wanneer een minderjarige cliënt voor een VPT of pgb kiest dient hij of zijn vertegenwoordiger er zelf voor te zorgen dat de gekozen woonruimte geschikt is om de zorg op verantwoorde wijze in te ontvangen.

In de Wlz bestaat in beginsel geen aanspraak op woningaanpassingen of verhuizingen. Ook in de AWBZ zijn woningaanpassingen geen aanspraak. Woningaanpassingen komen nu en straks dus als hoofdregel op grond van de Wmo.

Het staat gemeenten vrij om kosten voor woningaanpassingen voor Wlz cliënten – net als nu – vanuit de Wmo te vergoeden en zo eendachtig het regeringsbeleid het langer thuis wonen te stimuleren. Gemeenten maken zelf de keuze of zij woningaanpassingen voor hun inwoners met een Wlz-indicatie vergoeden. In het geval van ouderen is het goed denkbaar dat de gemeente deze woningaanpassingen al heeft vergoed toen de cliënt nog een lichtere zorgvraag had en onder de Wmo 2015 viel. Voor jeugdigen ligt dit minder voor de hand.

Omdat de regering het belangrijk vindt dat kinderen zo lang mogelijk bij hun ouders kunnen blijven wonen, maakt de regering voor deze groep (cliënten tot 18 jaar) een uitzondering en zijn woningaanpassingen als aanspraak in de Wlz opgenomen. Uiteraard zijn hier wel voorwaarden aan verbonden. Niet elke woningaanpassing wordt zomaar vergoed. De investering moet gerelateerd zijn aan het zo lang mogelijk thuis blijven wonen en moet duurzaam en doelmatig zijn. Bij of krachtens algemene maatregel van bestuur wordt nader invulling gegeven aan de voorwaarden voor woningaanpassingen voor kinderen tot 18 jaar. Hiervoor wordt zoveel mogelijk aangesloten bij de voorwaarden die gemeenten hiervoor stellen in het kader van de Wmo 2015. Het zorgkantoor is verantwoordelijk voor de uitvoering in de Wlz. Het zorgkantoor beoordeelt of aan de voorwaarden voor woningaanpassingen wordt voldaan en draagt hiervoor de kosten. Het zorgkantoor kan over de uitvoering afspraken maken met gemeenten. Gemeenten hebben hiermee vanuit de Wmo veel ervaring.

Aanspraken uit de AWBZ die niet in de Wlz passen

De grondslagen en de functiegerichte omschrijving van de zorg - zoals die bestaan in de AWBZ - blijven in de Wlz gehandhaafd, met dien verstande dat een psychische stoornis op zichzelf geen basis meer is voor toegang tot de Wlz. De reden daarvoor is dat de langdurige GGZ vanaf 2015 onder verantwoordelijkheid valt van zorgverzekeraars in de Zvw en gemeenten voor de Wmo 2015. Dat neemt niet weg dat cliënten die voldoen aan de toegangscriteria op basis van een andere grondslag, op grond van de Wlz behandeld kunnen worden voor hun psychische stoornis. Denk bijvoorbeeld aan mensen met een psychogeriatrische aandoening of beperking. Om

afwenteling tussen domeinen te voorkomen is nadere uitwerking in lagere regelgeving noodzakelijk.

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

Ook zijn er nog enkele aanspraken in de AWBZ, die geen onderdeel uitmaken van de Wlz, omdat ze niet passen in een wet voor langdurige zorg zoals de Wlz. Het gaat bijvoorbeeld om neonatale hieprikscreening, vaccinatieprogramma, abortusklinieken, doventolken en kortdurend verblijf. Deze AWBZ-aanspraken worden ondergebracht bij andere domeinen. Zo zal het vaccinatieprogramma tot 1 januari 2018 voortbestaan op grond van de Wet publieke gezondheid.

2.4 Zorglevering

Keuzevrijheid cliënt

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

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

Tabel 2.1 Overzicht leveringsvormen

		Hoteldiensten / verblijfszorg	Wlz-specifieke behandeling	Overige behandeling*	begeleiding, verpleging, verzorging	Vervoer naar dagbesteding en behandeling
Zorg in natura	Met verblijf	Ja	Ja	Ja (indien Wlz-behandeling vanuit dezelfde	Ja, natura	Ja, natura

				instelling wordt geleverd, anders Zvw)		
	Zonder verblijf (VPT)	Ja	Ja	Nee (Zvw)	Ja, natura	Ja, natura
Pgb	Zonder verblijf	Alleen huis- houdelijke hulp (vergoeding)	nee (wel in natura)	Nee (Zvw)	Ja, vergoeding	Ja, vergoeding

* Behandeling die niet Wlz-specifiek is, maar waarop wel aanspraken kan bestaan binnen de Wlz.

2.4.1 Zorg met verblijf

De regering gaat ervan uit dat de meeste cliënten in de Wlz dusdanig in hun mogelijkheden zijn beperkt dat zij het meeste baat hebben bij een integraal pakket van zorg en wonen. De cliënt kiest in dat geval uit de instellingen waarbij het zorgkantoor in zijn regio zorg en verblijf heeft ingekocht. Zorgkantoren dienen bij hun inkoopbeleid diversiteit in het gecontracteerde aanbod en aansluiting bij de vraag na te streven. Hierbij valt bijvoorbeeld te denken aan verschillende woonvormen, grootte van de instelling, culturele achtergrond of filosofie, de dagbestedingactiviteiten et cetera. De regering verwacht van zorgkantoren dat zij aanbieders zorgvuldig onderling vergelijken op klanttevredenheid, kwaliteit en doelmatigheid van zorg en verwacht dat deze criteria bij de lengte en de continuering van contracten de prijzen en gunning van volumes een rol spelen. Dit is een opdracht aan de uitvoerders van de wet (zie ook paragraaf 2.6). Indien ze hier onvoldoende werk van maken, kan de regering zelf nadere regels stellen.

2.4.2 Zorg zonder verblijf

In de AWBZ is gebleken dat sommige mensen die voor een zorgzwaartepakket zijn geïndiceerd er niet voor kiezen om in een instelling te verblijven. In 2012 ging het om ongeveer een kwart van de verblijfsgeïndiceerden. Het aantal ouderen dat thuis blijft wonen, stijgt al jaren en in de gehandicaptenzorg zijn veel instellingsterreinen gaandeweg ontmanteld omdat men vanuit oogpunt van vermaatschappelijking is overgegaan op kleinschalig wonen in de wijk. Deze trend ondersteunt het beleid van de regering om mensen langer thuis te laten wonen. Hoewel de Wlz zich alleen nog zal richten op de mensen met een zware zorgbehoefte, is de verwachting van de regering dat een deel van de cliënten of hun vertegenwoordigers de zorg in de eigen omgeving zal willen en kunnen vormgeven. Dit kan zowel het geval zijn bij ouderen die langer bij hun gezonde partner willen blijven wonen als voor bijvoorbeeld kinderen of jongvolwassenen die bij het eigen gezin blijven. De regering acht het wenselijk

om mensen die hun zorg goed in eigen omgeving kunnen organiseren, daarvoor ook de ruimte te geven.

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

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

Volledig pakket thuis

In de leveringsvorm van het VPT krijgt de cliënt (of diens wettelijk vertegenwoordiger) regie over de huisvesting. Hij betaalt huur voor zijn eigen woonomgeving of heeft een eigen koopwoning. Deze woonruimte kan overigens ook onderdeel van een geclusterde setting (instelling) zijn. Het grote verschil met zorg in natura met verblijf is dat de woonruimte van de cliënt zelf is (eigendom of huur). De cliënt bepaalt de inrichting en wie wel of niet zijn woning betreedt. Er sprake van scheiden van wonen en zorg. Net als bij het VPT in de AWBZ, verzorgt de zorgaanbieder naast de Wlz-zorg de hoteldiensten, oftewel de schoonmaak en het eten en drinken. De zorgaanbieder krijgt voor deze diensten betaald, want het maakt deel uit van de prestatiebeschrijving van het VPT. Zoals in de vorige paragraaf is toegelicht, kan een cliënt of zijn vertegenwoordiger uiteraard besluiten om van die diensten af te zien. De zorgaanbieder is in dat geval ook geen vergoeding verschuldigd aan de cliënt.

Net als in de AWBZ kunnen cliënten gebruik maken van het VPT bij zorgaanbieders die vooraf zijn gecontracteerd door het zorgkantoor. De cliënt neemt de zorg af als een gecontracteerde aanbieder dat in zijn woonruimte kan en wil leveren. Het zorgkantoor beoordeelt of aan de randvoorwaarden is voldaan en blijft daarvoor verantwoordelijk. De zorgaanbieder stelt – net als bij verblijf in een instelling – samen met de cliënt een zorgplan op.

In de AWBZ is het gebruik van het VPT nog bescheiden. Veel zorgaanbieders leveren geen VPT. Dit is ook niet noodzakelijk om een persoon thuis van zorg in natura te voorzien, omdat het zzp kan worden omgezet in functies en

klassen. Zo ontvangen veel mensen met een verblijfsindicatie extramurale zorg en ondersteuning. Voor de zorgaanbieder is dit een financieel aantrekkelijker alternatief. In de Wlz is dit echter niet meer mogelijk, omdat alle extramurale zorg en ondersteuning wordt ondergebracht bij gemeenten of Zvw-verzekeraars. Van het omzetten van zzp's in functies en klassen is daarom geen sprake meer. De regering verwacht dat zorgaanbieders vaker het VPT gaan inzetten om tegemoet te komen aan de wens van cliënt om in zijn eigen woonruimte te voorzien. Dit draagt bij aan de innovatie in de zorg.

Pilot zorg op maat contractering

De regering heeft overwogen om in dit wetsvoorstel de mogelijkheid te creëren voor cliënten om ook een volledig pakket thuis af te nemen bij niet vooraf gecontracteerde aanbieders. Wanneer een cliënt gebruik wil maken van een VPT-aanbieder die niet gecontracteerd is, zou de cliënt het zorgkantoor kunnen verzoeken om deze aanbieder alsnog te contracteren. Er ontstaat dan zorg op maat contratering die meer cliëntgericht is. Voordeel hiervan is dat de cliënt optimale keuzevrijheid heeft en bijvoorbeeld kan kiezen voor nieuwe, innovatie zorgaanbieders of aanbieders van specifieke, identiteitsgebonden zorg. Voordelen ten opzichte van het pgb zijn dat de cliënt zelf geen opdrachtgever is, geen onderhandelingen hoeft te voeren, geen contracten hoeft af te sluiten en geen werkgevers rol hoeft te vervullen. Ook blijft het zorgkantoor verantwoordelijk en aanspreekbaar voor de kwaliteit van de geleverde zorg.

Aan deze vorm van zorg op maat contractering kleven echter ook nadelen. Zo verhoudt het zich slecht tot de beheerssystematiek in de Wlz, die gebaseerd is op regionale contracteerruimtes en controle vooraf door de NZa van de productieafspraken die tussen zorgkantoren en zorgaanbieders worden gemaakt (zie paragraaf 7.1). Bovendien wil de regering absolute zekerheid hebben over de juridische haal- en houdbaarheid ervan. De regering gaat ervan uit dat zorgkantoren aanbestedingsplichtig zijn (zie paragraaf 12.2). Deze vorm van contractering moet daarom passen binnen de Europese aanbestedingsregels. In Zweden wordt een contracteringsmodel voor de langdurige zorg gehanteerd, waarbij niet wordt aanbesteed, maar vooraf een pakket aan eisen (waaronder prijs en kwaliteit) wordt gepubliceerd. Iedere aanbieder die aan de eisen voldoet en cliënten heeft die zorg bij hem willen afnemen, heeft er recht op dat hij gecontracteerd wordt. Dit model heeft de goedkeuring van de Europese Commissie.

Om de gewenste zekerheid te verkrijgen of dit ook binnen de Wlz mogelijk is, is nader (juridisch) onderzoek nodig. Indien daaruit blijkt dat deze route juridisch haal- en houdbaar is, dan zal de regering een pilot starten waarbij een klein, nader te bepalen deel, van de contracteerruimte zal worden gereserveerd voor de Zweedse vorm van contracteren. Zo kan worden gevolgd wat de effecten ervan zijn. De uitkomsten worden geëvalueerd, zodat op een later moment desgewenst kan worden besloten over bredere implementatie. De pilot richt zich op het VPT, maar kan bij positieve evaluatie desgewenst verbreed worden naar zorg met verblijf.

Persoonsgebonden budget

De derde leveringsvorm in de Wlz-zorg is het persoonsgebonden budget (pgb). Deze leveringsvorm is vergelijkbaar met het pgb in de AWBZ, maar dan in de vorm van een trekkingsrecht in plaats van een bedrag op de rekening. Het trekkingsrecht houdt in dat een andere partij (de SVB) namens de verzekerde het persoonsgebonden budget op een rekening houdt. De SVB voert de betalingen en de controle uit (zie ook paragraaf 9.4). De vormgeving van en voorwaarden voor het pgb in dit wetsvoorstel sluiten zoveel mogelijk aan bij het wetsvoorstel Wmo 2015. Verschillen in formulering komen voort uit de verschillen in de aard van de twee wetsvoorstellen en de cliëntgroepen. Het pgb verschilt op een aantal manieren van het VPT. Zo sluit de cliënt of zijn vertegenwoordiger bij het pgb zelf contracten met de zorgverleners, terwijl het zorgkantoor dat doet bij het VPT. Bij VPT is sprake van een integraal pakket, terwijl bij pgb ook kan worden gekozen voor het contracteren van meerdere individuele zorgverleners. Eten en drinken, wassen van kleding et cetera worden bij het pgb als verantwoordelijkheid van de cliënt gezien, terwijl deze wel onderdeel uitmaken van het integrale pakket van het VPT. Ook gemeenten hoeven deze zaken niet te leveren onder de noemer "algemeen gebruikelijk" op grond van de Wmo 2015. Huishoudelijke hulp kan wel vanuit het pgb worden bekostigd. Daarnaast zijn cliënt of vertegenwoordiger bij het pgb uiteindelijk zelf verantwoordelijk voor kwaliteit, terwijl het zorgkantoor hiervoor verantwoordelijk is bij het VPT. Wel geldt bij zowel VPT als pgb dat het zorgkantoor vooraf moet toetsen of de zorg thuis verantwoord kan worden geleverd. Deze voorwaarde voor VPT en pgb is immers in de wet opgenomen. Ook is een VPT alleen bij gecontracteerde instellingen mogelijk, terwijl een pgb ook bij niet-gecontracteerde instellingen en zelfs niet-professionals mag worden besteed.

Het pgb kan een belangrijke functie vervullen bij het bevorderen van innovatie in het zorgaanbod. Een pgb-houder hoeft zich immers niet te beperken tot gecontracteerde zorgaanbieders, maar kan ook bijvoorbeeld nieuwe, niet gecontracteerde aanbieders kiezen. De regering vindt het noodzakelijk om aan het pgb een aantal voorwaarden te verbinden. Om voor het pgb in aanmerking te komen moet de verzekerde motiveren waarom hij geen zorg in natura wenst, hij moet een budgetplan opstellen en hij moet aannemelijk maken dat hij (of zijn vertegenwoordiger) het werkgeverschap kan invullen. Het zorgkantoor beoordeelt of aan de voorwaarden voor een pgb is voldaan. Hiervoor wordt zoveel mogelijk aangesloten bij de huidige uitvoeringspraktijk van bewustkeuzegesprekken, budgetplannen en verantwoording.

Een pgb kan enkel worden gebruikt voor zorg waarop aanspraak bestaat. Het pgb mag onder meer niet worden gebruikt voor niet-specialistische Wlz-behandeling (algemene medische zorg, tandheelkundige zorg, farmaceutische zorg en paramedische zorg van algemene aard), hotelmatige diensten (met uitzondering van huishoudelijke hulp) en verblijf. Het zorgkantoor mag het pgb weigeren indien de cliënt onvoldoende aannemelijk kan maken dat met het

persoonsgebonden budget zal worden voorzien in toereikende zorg van goede kwaliteit. Dit kan bijvoorbeeld het geval zijn indien het pgb zou worden gebruikt om een overbelaste mantelzorger te betalen, of om een zorgaanbieder in te schakelen die het zorgkantoor juist niet heeft gecontracteerd omdat de kwaliteit van zorg onvoldoende was. Als eenmaal is gekozen voor pgb, is de cliënt (of de vertegenwoordiger) echter medeverantwoordelijk voor kwaliteit van zorg in deze leveringsvorm. Het zorgkantoor ziet toe op een juiste besteding van het persoonsgebonden budget. Ook kan een zorgkantoor het persoonsgebonden budget weigeren als de cliënt zich bij de eerdere verstrekking van een persoonsgebonden budget niet heeft gehouden aan de verplichtingen, zoals de plicht om verantwoorde zorg in te kopen. Zolang er geen subsidieplafond is, is gebrek aan geld geen voldoende argument voor het zorgkantoor om een verzoek tot pgb te weigeren. Voor 2015 is de regering niet voornemens een subsidieplafond voor het pgb in te stellen. Hoe het zorgkantoor beoordeelt of de zorg met het pgb toereikend en van goede kwaliteit is, wordt door het zorgkantoor in zijn beleid nader geoperationaliseerd. Om te voorkomen dat elk zorgkantoor zijn eigen set aan voorwaarden ontwikkelt en er onnodige regeldruk voor cliënten ontstaat, is ook hierbij, net als bij de inkoopvoorwaarden van de zorg in natura, uniformering van voorwaarden van belang. Dit wordt door VWS in samenwerking met ZN uitgewerkt. Bij of krachtens algemene maatregel van bestuur kunnen nader regels worden gesteld aan de voorwaarden voor het pgb.

Het pgb mag ook worden gebruikt om niet-professionals uit het sociale netwerk van de betrokkene financieel voor hun diensten te belonen. In dat geval hanteert het zorgkantoor een lager tarief. Dit wordt toegelicht in de volgende paragraaf over bekostiging. De regering verwacht dat cliënten met een pgb het pgb voornamelijk zullen inzetten om zorg in te kopen bij verschillende zorgverleners of bij niet gecontracteerde aanbieders. Met het pgb kan de cliënt in de AWBZ een trekkingsrecht krijgen waarmee hij zelf de zorg inkoopt en dus wel werkgever wordt. De trekkingsrechten worden, net als voor de Wmo, uitgevoerd door de Sociale Verzekeringsbank. Dit verbetert de fraudebestendigheid van het pgb.

Een pgb kan niet worden gebruikt om behandeling in te kopen. Hiervoor zijn twee redenen. Ten eerste moet behandeling door professionele zorgaanbieders worden geleverd. Het is daarom niet wenselijk dat deze door mantelzorgers geleverd wordt. Er mag daarom niet worden gekozen voor mantelzorg. Ten tweede lopen de kosten van behandeling per cliënt erg uiteen. Voor twee cliënten met min of meer dezelfde zorgzwaarte kan de behoefte aan behandeling heel erg verschillen. Indien in het pgb een gemiddelde vergoeding zou worden opgenomen voor behandeling zou dit in praktijk op cliëntniveau niet goed uitpakken. Om deze redenen wordt ook in de Wlz geen pgb voor behandeling verstrekt. Dit is op dezelfde manier geregeld als in de AWBZ. Indien een Wlz-client specifieke Wlz-behandeling nodig heeft kan de cliënt hiervoor een beroep doen op het zorgkantoor dat hiervoor in zorg in natura aanbod moet voorzien. Het zorgkantoor koopt dit als losse prestatie in. Het pgb

mag, met uitzondering van behandeling die niet vanuit het pgb mag worden bekostiging, niet gecombineerd worden met zorg in natura. Een cliënt kan dus niet voor de helft van diens zorg een pgb aanvragen en de rest in natura geleverd krijgen.

Benchmarking inkoopbeleid zorgkantoren

Uitgangspunt van de regering is dat het gecontracteerde zorgaanbod van goede kwaliteit is, cliënttevredenheid voorop staat en doelmatig wordt ingekocht. Wanneer veel cliënten in een regio voor een pgb kiezen kan dat (maar dit hoeft niet) een signaal zijn dat het zorgkantoor bij zijn inkoopbeleid onvoldoende rekening houdt met de wensen van de cliënten. Het zorgkantoor kan daar uiteraard een les uit trekken en het jaar daarna besluiten om een aanbieder die veel via pgb wordt ingeschakeld alsnog te contracteren. Zo sluit het gecontracteerde zorgaanbod steeds beter aan op de wensen van cliënten. De NZa zal de zorgkantoren benchmarken op de inkoop van de zorg. Het is de regering opgevallen dat de prestaties van zorginstellingen zowel kwalitatief als financieel verschillen. De regering acht het wenselijk dat een zo groot mogelijk aandeel van zorg wordt ingekocht bij zorgaanbieders die op deze aspecten goed presteren.

Logeren

Er zijn situaties denkbaar dat een cliënt niet de hele week op dezelfde locatie verblijft. Het kan bijvoorbeeld voorkomen dat iemand in een instelling verblijft, maar in het weekend gaat logeren bij familie. In dat geval kunnen de cliënt, zijn familie en de instelling die verantwoordelijk is voor de zorgverlening afspraken maken over die zorgverlening, zodat er sprake blijft van verantwoorde zorg. Er kan bijvoorbeeld worden afgesproken dat de familieleden zorgen voor zaken als de begeleiding en persoonlijke verzorging, terwijl de zorginstelling een zorgverlener langs stuurt voor de noodzakelijke behandeling. Hierover kunnen afspraken worden gemaakt in het zorgplan.

Andersom is het ook denkbaar dat een Wlz-gerechtigde thuis woont met een VPT of pgb met bijvoorbeeld zijn partner of ouders, maar een dag in de week in een instelling overnacht. Dat kan nodig zijn om de mantelzorger te ontlasten. Ook hierover worden in het zorgplan (bij VPT) of het budgetplan (bij pgb) afspraken gemaakt. Er is in de Wlz geen losse aanspraak op kortdurend verblijf. Deze vorm van respijtzorg die in de AWBZ voor een groot deel wordt gefinancierd uit het pgb. Respijtzorg voor mensen met een Wlz-indicatie komt niet ten laste van de Wmo 2015.

Ook kan het gebeuren dat iemand thuis kan blijven wonen dankzij forse inspanningen van een mantelzorger, maar dat deze mantelzorger tijdelijk niet in staat is om dezelfde hoeveelheid zorg te verlenen, door familieomstandigheden of omdat hij zijn been heeft gebroken. In dat geval kan allereerst worden bekeken of de zorg die met VPT of pgb wordt geleverd op een andere wijze kan worden georganiseerd, bijvoorbeeld door tijdelijk meer inzet van andere mantelzorgers, vrijwilligers of professionele zorgverleners. Als

dat niet gaat, is een tijdelijke opname in een instelling een optie. Dit geldt uiteraard alleen voor mensen die al Wlz-gerechtigd zijn. Wanneer iemand gebruik maakt van zorg en ondersteuning uit de Wmo en kortdurend verblijf nodig heeft, is dat een verantwoordelijkheid van gemeenten. Wanneer iemand thuis woont, maar blijvende opname in een instelling nodig heeft, kan in overleg met het zorgkantoor het pgb of VPT uiteraard worden stopgezet en in een aanspraak op zorg met verblijf worden omgezet.

Voor al de hierboven beschreven situaties geldt dat er niet dubbel zal worden betaald voor de zorg. De aanspraak op verblijf wordt alleen verzilverd op dagen dat iemand daadwerkelijk verblijf in een instelling.

ADL-assistentie en persoonlijke assistentie

Het pgb (en het VPT) kunnen uitkomst bieden voor specifieke cliëntgroepen waaronder zwaar lichamelijk gehandicapten met grote mate van zelfregie, cliënten die nu ADL-assistentie ontvangen en of cliënten die op persoonlijke assistentie zijn aangewezen. ADL-assistentie is assistentie bij algemene dagelijkse levensverrichtingen. Deze assistentie wordt geleverd in ADL-clusters, waarbij meerdere woningen zijn gelegen in woonwijken. Kenmerkend voor ADL-assistentie is dat de zorg in en om de woning in het ADL-cluster wordt geleverd op afroep en op basis van een 24-uurs beschikbaarheid. Cliënten in ADL-clusters hebben in de huidige situatie een verzameling van drie vormen van zorg en ondersteuning, namelijk vanuit AWBZ in natura ADL-assistentie in- en om de woning, vanuit AWBZ aanvullende AWBZ-zorg buiten de woning (vaak in pgb) en huishoudelijke hulp vanuit de Wmo (vaak in pgb). Het CVZ heeft in het voorjaar geadviseerd dit onderscheid tussen drie vormen van zorg en ondersteuning te vervangen door één integraal pakket om de samenhang tussen de zorg en ondersteuning te kunnen garanderen. Bij het invoeren van de Wlz neemt de regering dit advies van het CVZ over. Vanuit de Wlz kunnen cliënten die op ADL-assistentie aangewezen zijn en thuis willen blijven wonen een VPT of een pgb aanvragen.

Over persoonlijke assistentie heeft het CVZ in april 2013 een advies uit gebracht. Verschil tussen ADL-assistentie en persoonlijke assistentie is gelegen in de zorgmix en in de responstijden. ADL-assistentie bestaat uit een mix van persoonlijke verzorging, verpleegkundige handelingen en hand- en spandiensten. Bij persoonlijke assistentie ligt de nadruk op persoonlijke verzorging en begeleiding. Bij persoonlijke assistentie betreft het zorg met een zeer korte responstijd waarbij er een medische noodzakelijkheid tot direct ingrijpen, omdat anders een levensbedreigende situatie ontstaat. ADL-assistentie kan niet aan deze zeer korte responstijden voldoen. Persoonlijke assistentie kan dit wel. Kenmerkend is dat persoonlijke assistentie wordt geboden door een vast team persoonlijke assistenten waar een zorgvrager één op één afspraken mee kan maken.

2.5 Bekostiging: hoe wordt de zorg betaald?

De bekostiging van de zorg zal in de Wlz persoonsvolgend zijn, net als in de AWBZ. In de AWBZ drukt de bekostiging op basis van zorgzwaartepakketten echter te veel een stempel op de zorg die wordt geleverd. Dat wil de regering veranderen, zodat de behoeften en wensen van de cliënt meer centraal komen te staan. Het CIZ zal daarom niet meer in zzp's maar in zorgprofielen indiceren en de Minister van VWS heeft de NZa verzocht om grootschalig zzp onderhoud uit te voeren. Dit onderhoud is gericht op aanpassing van de bekostiging na invoering van de wet. Aanpassing van de bekostiging per 1 januari 2015 is niet haalbaar. De NZa kan een dergelijk onderzoek niet tijdig voltooien en het is de vraag of aanbieders en zorgkantoor tijdig in staat zijn om de overstap naar de nieuwe bekostiging te maken. Bij het zzp-onderhoud wordt in ieder geval betrokken: het aantal zzp's per deelsector, het aantal deelsectoren (grondslagen), het aantal toeslagen en de tariefstelling.

Persoonsvolgende bekostiging

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

Behoud van zzp's als bekostigingstaal

In paragraaf 2.2 is toegelicht dat het CIZ in zorginhoudelijke profielen indiceert. Voor de bekostiging is elk zorgprofiel gekoppeld aan een zzp zoals we dat kennen uit de AWBZ.

De zorgzwaartepakketten zijn in 2009 ingevoerd om de beschikbare middelen voor de AWBZ-cliënten op een meer eerlijke manier te verdelen. Instellingen worden sindsdien bekostigd op basis van de zorgzwaarte van hun cliënten in plaats van een gemiddeld bedrag per cliënt en het aantal beschikbare bedden. De bekostiging is met de invoering van de zorgzwaartepakketten veranderd van instellingsvolgend naar cliëntvolgend. De zorgzwaartepakketten hebben tussen NZa, aanbieders en inkopers voor de processen van zorginkoop, declaratie en verantwoording een functie als herkenbare taal. Bij zorgkantoren in de AWBZ is hierdoor meer inzicht ontstaan over de relatie tussen de zorgvraag van de cliënt en de kosten. Het inzicht in de cliëntenmix helpt zorgaanbieders bij de inzet van geschikte medewerkers om aan de vraag tegemoet te komen. De invoering van zorgzwaartebekostiging is een belangrijke stap vooruit geweest in de AWBZ. Gegeven deze voordelen wil de regering de zzp's als bekostigingstaal behouden.

Het zzp vormt de basis voor de bekostiging, maar is niet normatief voor de zorg die de cliënt ontvangt. Omdat het CIZ niet meer in een zzp maar in een zorginhoudelijk profiel indiceert en het zzp geen aanspraak meer is, kan de cliënt geen claimbaar recht ontleen aan de het zzp en de aanbieder kan het zzp richting de cliënt niet als 'excuus' gebruiken om geen maatwerk te leveren, zoals in de AWBZ voorkomt. Iemand die toegang krijgt tot de Wlz heeft aanspraak op de zorg die in deze wet verzekerd is, maar niet op een "pakket" aan zorg dat voor de bekostiging is gecreëerd. Het zorgprofiel waarin het CIZ indiceert geeft in algemene termen duiding aan de zorgbehoefte van de cliënt en de zorg waarop deze is aangewezen. Op basis hiervan worden afspraken gemaakt tussen de cliënt, zijn vertegenwoordiger en de zorgverlener, die worden vastgelegd in het zorgplan.

In het geval dat de cliënt voor een pgb kiest, stelt de cliënt in plaats van een zorgplan een budgetplan op welke deze aan het zorgkantoor overlegt. Het zorgkantoor stelt op basis van het budgetplan vast wat het trekkingsrecht is dat de cliënt heeft. Het maximale tarief voor het pgb is een afgeleide van het zorg in natura tarief. Het pgb-tarief is maximaal het zorg in natura-tarief dat hoort bij het zorginhoudelijk profiel waarin de cliënt door het CIZ is geïndiceerd minus de vergoeding voor kapitaallasten, hoteldiensten (met uitzondering van een vergoeding voor huishoudelijke hulp) en behandeling. Dit wordt geregeld bij of krachtens algemene maatregel van bestuur.

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

Terugbrengen van het aantal cliëntprofielen en zzp's

De Minister van VWS heeft de NZa verzocht ten behoeve van de Wlz grootschalig onderhoud uit te voeren op de zzp's. Dit is onder meer nodig vanwege de verschuivingen die plaatsvinden als gevolg van het langer thuis wonen, de decentralisatie van delen van de zorg van de AWBZ naar de gemeenten (Wmo en Jeugdwet) en de overheveling van zorg van de AWBZ naar de Zvw.

De regering is van mening dat het systeem van zorgzwaartepakketten in de AWBZ kan worden verbeterd. Niet alle zzp's in de AWBZ zijn voldoende onderscheidend, waardoor strategische gedrag mogelijk is. De regering heeft de wens om het aantal zorgzwaartepakketten in de bekostiging in de toekomst in te dikken. Een beperkter aantal onderscheidende zorgzwaartepakketten verkleint het risico op upcoding en vergroot de ruimte voor zorgaanbieders en zorgkantoren om binnen de financiële kaders afspraken met elkaar te maken. Ter illustratie: in de sector verpleging en verzorging zouden bijvoorbeeld zzp's 4 en 5 kunnen worden samengevoegd en in de verstandelijke gehandicaptensector zouden bijvoorbeeld de zzp's VG 3 en 4 en VG 6 en 7

kunnen worden samengevoegd. Streven van de regering is om het aantal zorgzwaartepakketten per sector terug te brengen tot circa drie: laag, middel en zwaar. In hoeverre en op welke termijn dit mogelijk is zal nader moeten worden gezien. De Minister van VWS heeft de NZa gevraagd hiernaar onderzoek te doen. Bij dit onderzoek door de NZa zal ook de vraag worden betrokken in hoeverre het nodig is om te blijven werken met verschillende grondslagen binnen de Wlz. Ook de zzp-toeslagen zoals en de regeling meezorg worden betrokken bij dit bekostigingsonderzoek.

Te declareren prestaties

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

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

Regulering van tarieven

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

Streven van de regering is om de bekostiging in de Wlz zo uniform mogelijk te maken. Een veelheid aan toeslagen voor bijzondere doelgroepen past hierbij niet. Uitgangspunt bij de invoering van de zzp bekostiging was dat de zzp's

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

Indien het aantal zzp's op termijn wordt teruggebracht zal de NZa tevens de maximumtarieven moeten herijken. De regering heeft de NZa daarbij verzocht om systematisch de maximumtarieven onder de loep te nemen. De ene instelling kan ruim met de tarieven uit, terwijl dat voor de andere instellingen niet toereikend is. Gemiddeld behalen instellingen een goed rendement. Zo blijkt uit de benchmark die Actiz jaarlijks laat uitvoeren, dat er al jaren een stijgende lijn zichtbaar is in de prestaties van zorginstellingen.⁸ Deze lijn heeft zich in de benchmark 2013 op diverse fronten doorgezet. Het aantal zorginstellingen dat financieel gezond is, neemt ondanks de crisis fors toe. De nettomarge (het resultaat als percentage van de opbrengsten) en de budgetratio (het eigen vermogen als percentage van de bedrijfsopbrengsten) stijgen door. Daarbij valt op dat de stijging van de nettomarge juist voor de intramurale zorg geldt, oftewel het deel van de AWBZ dat wordt ondergebracht in de Wlz. Hoewel hier verschillende verklaringen voor denkbaar zijn, zijn de aanhoudende positieve bedrijfsresultaten voor de regering aanleiding om te veronderstellen dat de maximumtarieven in de AWBZ relatief ruim zijn en te veel op gemiddelde instellingen gebaseerd.

Het staat het zorgkantoor en de aanbieder vrij om prijsafspraken te maken die lager liggen dan het maximum. In de AWBZ kent de NZa het maximumtarief toe indien een zorgkantoor en een zorgaanbieder er niet in slagen om er samen uit te komen. Dit bemoeilijkt de onderhandelingspositie van het zorgkantoor. Omdat de regering wil bevorderen dat zorgkantoren scherp inkopen, heeft de Minister van VWS de NZa verzocht om verandering aan te brengen in deze situatie en na te gaan wat een passend alternatief is.

Wanneer een cliënt niet kiest voor zorg in natura maar voor pgb, stelt het zorgkantoor vast wat het trekkingsrecht is dat een cliënt heeft op grond van zijn budgetplan en de inzet van onder andere professionele- en mantelzorg.

⁸ Actiz (2013), *In beweging, achtergrondrapportage. Inzichten vanuit de Benchmark in de Zorg 2013*.

Zoals in de vorige paragraaf is opgenomen mag het pgb ook worden gebruikt om niet-professionals uit het eigen sociale netwerk in te huren. In het wetsvoorstel is een bepaling opgenomen die het zorgkantoor de mogelijkheid geeft om hiervoor een lager tarief te rekenen. Bij algemene maatregel van bestuur kunnen hieraan nadere regels worden gesteld. Het trekkingsrecht mag nooit meer zijn dan het maximumtarief voor het pgb. Het maximumbudget voor het pgb wordt afgeleid van de tarieven voor zorg in natura. Hierop worden de aanspraken waarvoor geen pgb kan worden verkregen, zoals kapitaallasten, hotelmatige diensten (met uitzondering van de huishoudelijke hulp indien hieraan behoefte is) en behandeling in mindering gebracht. Bovenstaande past bij de verankering van het pgb in deze wet als volwaardige leveringsvorm. Bovendien zullen zorg in natura en pgb onder de Wlz worden gefinancierd uit één regionaal budgettair kader (zie paragraaf 7.1).

Bekostiging bij onderaannemerschap

Dat er bij zorg in natura met verblijf en VPT in de Wlz sprake is van het integrale pakket wil niet zeggen dat alle zorg door dezelfde zorgaanbieder geleverd moet worden. Het is denkbaar dat aanbieders voor bepaalde vormen van behandeling expertise van andere aanbieders inschakelen. Dit kan onder meer via onderaannemerschap. Eindverantwoordelijkheid voor de kwaliteit van- en samenhang in de zorg ligt in dat geval bij de zorgaanbieder waar de cliënt verblijft.

2.6 Uitvoering van de verzekering

Aanpak in twee fasen

In de HLZ-brief van de Staatssecretaris van VWS aan de Tweede Kamer is toegelicht dat het kabinet voor de uitvoering een aanpak in twee fasen overweegt. In de eerste fase blijft de uitvoering regionaal plaatsvinden. In de tweede instantie wordt gezien of verdere verbeteringen in de doelmatigheid mogelijk zijn, bijvoorbeeld door de ouderenzorg op termijn naar de Zvw over te hevelen en derhalve risicodragend door zorgverzekeraars voor eigen verzekerden te laten uitvoeren. Het is denkbaar dat het wenselijk is om voorafgaande aan een dergelijke overheveling al binnen de Wlz onderscheid te gaan maken tussen de gehandicaptenzorg en de ouderenzorg. In hoofdstuk 14 over het toekomstperspectief wordt dit toegelicht. De regering overweegt om dit onderscheid te maken, omdat de twee sectoren een wezenlijk andere doelgroep kennen. In de gehandicaptenzorg is sprake van een relatief kleine en stabiele doelgroep, waarbij landelijke uniformiteit en stabiliteit bij de zorginkoop belangrijk zijn. Daar tegenover staat de ouderenzorg, waarbij sprake is van een grotere doelgroep met veel meer jaarlijkse in- en uitstroom van mensen die doorgaans ook veel curatieve zorg ontvangen. Voor deze doelgroep is een afstemming op de Zvw een belangrijk aandachtspunt.

Het onderscheid dat de regering in de tweede fase overweegt te maken tussen deze twee sectoren, is van invloed op de vormgeving die de regering kiest voor

de uitvoering van de Wet langdurige zorg op korte termijn. De regering sluit voor de korte termijn grotendeels aan bij de bestaande uitvoeringsstructuur. Dat heeft twee redenen. Ten eerste wil de regering nog niet voorsorteren op één van de twee mogelijke toekomstperspectieven (risicodragende uitvoering in de Zvw voor de ouderenzorg en een landelijke voorziening of verzekering voor de gehandicaptenzorg). Wat wenselijk is voor de ene sector (meer landelijke aansturing in de gehandicaptenzorg) kan immers conflicteren met wat wenselijk is in de andere sector (meer aansluiting bij het Zvw-model van concurrerende verzekeraars voor de ouderenzorg en dus juist meer ruimte voor uitvoerders). Deze keuze leidt ertoe dat de hybride uitvoeringsstructuur die de AWBZ heeft, in de Wlz wordt gecontinueerd. In de AWBZ zijn zorgverzekeraars formeel verantwoordelijk voor de uitvoering van de AWBZ voor eigen verzekerden, maar doen regionaal werkende zorgkantoren feitelijk het werk.

Ten tweede maakt de regering hier een pragmatische keuze. Als gevolg van de gehele hervorming van de langdurige zorg staat het veld de komende jaren voor een forse veranderingsopgave. De regering heeft grote ambities voor de langdurige zorg, maar heeft tegelijkertijd oog voor de aanpassingen die dit vergt in de uitvoering. Om de veranderingen niet al te veel te stapelen, heeft de regering daarom besloten om de bestaande uitvoeringsstructuur grotendeels te handhaven in de Wlz. De wijzigingen die de regering wel in de uitvoeringsstructuur doorvoert, worden in het vervolg van deze paragraaf toegelicht.

Opdracht aan de Wlz-uitvoerders

De regering verwacht van de uitvoerders van de Wlz dat zij zich stevig - meer dan in de AWBZ - inspannen voor goede, innovatieve zorg voor hun verzekerden en een doelmatige uitvoering van de Wlz. Daartoe zal zij in de wet- en regelgeving voor de nodige aanscherping zorgen. Daarnaast zullen de Minister van VWS en de NZa steviger optreden om een mentaliteitsverandering en daarmee de gewenste kwaliteitsverbetering te realiseren.

Basisprincipes die in de Wlz voorop staan zijn, net als in de andere domeinen, dat wordt uitgegaan van wat mensen (nog) wel kunnen in plaats van wat zij niet kunnen en dat kwaliteit van leven voorop staat door te kijken naar de wensen, mogelijkheden en beperkingen van mensen. Ook in de Wlz wordt gekeken naar het eigen sociale netwerk en wordt de zorg zo dichtbij als mogelijk georganiseerd. De opdracht aan de uitvoerders van de Wlz is om dit op een doelmatige en kwalitatief verantwoorde wijze uit te voeren. De uitvoerders moeten net als in de AWBZ de nodige maatregelen treffen ter voorkoming van onnodige zorg en van uitgaven die hoger zijn dan noodzakelijk.

Uitvoeringsstructuur op hoofdlijnen

In de uitvoering van de Wlz zijn globaal vier hoofdtaken te onderscheiden.

- 1) administratie en controle

- 2) zorgen voor zorg: uitvoerder heeft een zorgplicht. Hij moet ervoor zorgen dat de bij hem ingeschreven verzekerden, binnen het indicatiebesluit van het CIZ, hun aanspraken op zorg tot gelding kunnen brengen. Tot die taak behoort het in lijn met de Wlz-aanspraken van verzekerden ervoor zorgen dat passende zorg daadwerkelijk aan hen wordt verleend (bemiddeling en indien gewenst cliëntondersteuning).
- 3) zorginkoop: het onderhandelen en sluiten van overeenkomsten met zorgaanbieders
- 4) uitvoeren van het pgb.

Deze taken komen op hoofdlijnen overeen met de taken die uitvoerders in de AWBZ hebben. In de Wlz is wettelijk vastgelegd dat Wlz-uitvoerders (aparte rechtspersonen) verantwoordelijk zijn voor de uitvoering van de Wlz voor hun eigen verzekerden. Omdat de regering er belang aan hecht de beheerssystematiek met regionale contracteerruimtes en productieafspraken te behouden, zal de uitvoering in de praktijk - net als in de AWBZ - in ieder geval in de eerste fase voor alle vormen van Wlz-zorg plaatsvinden door regionale zorgkantoren.

Voor de uitvoering van de administratie en/of controle kan de Minister van VWS de zorgkantoren rechtstreeks aanwijzen. Voor de overige drie taken geldt dat Wlz-uitvoerders deze vrijwillig uit kunnen besteden aan zorgkantoren. Dit wordt hieronder verder toegelicht.

Afzonderlijke rechtspersoon: de Wlz-uitvoerder

Het wetsvoorstel voorziet erin dat de uitvoering van de Wlz plaatsvindt in een aparte rechtspersoon die behoort tot de groep waartoe ook een of meer Zvw-verzekeraars behoren. Deze rechtspersoon wordt de Wlz-uitvoerder genoemd. Ook al zijn in de Wlz de doelgroep en aanspraken beperkt ten opzichte van die in de AWBZ, nog steeds zal sprake zijn van grote financiële belangen. Mede om die reden acht De Nederlandsche Bank (DNB) het vanuit haar rol als prudentieel toezichthouder op de zorgverzekeraars verstandig dat, anders dan in de AWBZ het geval is, de uitvoering van de Wlz in een afzonderlijke rechtspersoon plaatsvindt.

Indien er binnen een groep sprake is van meerdere labels en risicodragers voor de Zvw, hoeven deze overigens niet allemaal een eigen rechtspersoon voor de uitvoering van de Wlz te hebben. Eén rechtspersoon voor de uitvoering van de Wlz per groep volstaat. In de praktijk hebben veel verzekeraars of verzekeraarsgroepen al een aparte rechtspersoon opgericht voor de uitvoering van de AWBZ, waardoor de uitvoeringsconsequenties en administratieve lasten als gevolg van deze maatregel beperkt zijn.

De verzekerde merkt weinig van deze verandering. Net als bij de AWBZ, zal de verzekerde doorgaans automatisch worden ingeschreven bij een Wlz-uitvoerder die behoort tot de groep waartoe ook zijn Zvw-verzekeraar behoort.

De uitvoering van de Wlz door de Wlz-uitvoerders kwalificeert niet als de uitoefening van het (schade)verzekeringsbedrijf in de zin van de Wet op het financieel toezicht (Wft), zodat op grond van die wet geen vergunning is vereist. Dit wetsvoorstel voorziet namelijk niet in de risicodragende uitvoering van de Wlz door Wlz-uitvoerders. Net als het geval is bij de AWBZ, is de Staat risicodragend bij de uitvoering van de Wlz. De Wft is derhalve niet van toepassing op de Wlz-uitvoerders en deze rechtspersonen staan derhalve niet rechtstreeks onder toezicht van de AFM en DNB. Indirect is de uitvoering van de Wlz echter wel van belang voor het prudentiële toezicht van DNB op de Zvw-verzekeraar binnen dezelfde groep. Dit wordt toegelicht in paragraaf 5.12. Voorts is, mede naar aanleiding van wat daarover in de Wft ten aanzien van de bestuurders van verzekeraars is geregeld, in de Wlz opgenomen dat de NZa de kwaliteit en betrouwbaarheid van de bestuurders toetst en nagaat of de uitvoerder op zijn taak is berekend. Aan- en afmelding van Wlz-uitvoerders geschiedt bij de NZa.

Minister wijst zorgkantoren aan voor administratie en controle

Voor zover bij en krachtens de wet Wlz-taken niet aan anderen worden opgedragen, zijn de Wlz-uitvoerders verantwoordelijk voor de uitvoering van de Wlz. Taken die de Wlz aan anderen dan de Wlz-uitvoerders opdraagt, zijn met name het beoordelen van de vraag of iemand verzekerd is (opgedragen aan de SVB), het vaststellen van het indicatiebesluit (opgedragen aan het CIZ) en het vaststellen en innen van eigen bijdragen (opgedragen aan het CAK). De Wlz bevat daarnaast de mogelijkheid om een AMvB op te stellen op grond waarvan de Minister per regio een rechtspersoon kan aanwijzen die voor in die AMvB te benoemen vormen van Wlz-zorg specifiek verantwoordelijk is voor de uitvoering van de administratie- en/of controletaken voor alle verzekerden die in die regio wonen. Overwogen wordt om deze rechtspersoon in ieder geval de taak te geven om het administratieve contact tussen zorgaanbieders en het CAK te bevorderen en de Wlz-uitvoerders zo nodig van advies te voorzien over de beoordeling van aanspraken van verzekerden. De Minister kan alleen rechtspersonen aanwijzen die zich als Wlz-uitvoerder hebben aangemeld bij de NZa voor de uitvoering van de Wlz. Om verwarring te voorkomen, wordt in deze toelichting gesproken over het zorgkantoor, als de regionaal aangewezen Wlz-uitvoerder wordt bedoeld. Dit sluit aan bij het taalgebruik in de AWBZ. De aanwijzingsbevoegdheid van de Minister komt op hoofdlijnen overeen met de aanwijzingsbevoegdheid in de AWBZ, met het verschil dat in de AWBZ nog gesproken wordt over verbindingkantoren (welke term verder in de praktijk nooit wordt gehanteerd). In de aanwijzing kan de Minister instructies meegeven waar het zorgkantoor zich aan moet houden bij de uitvoering van zijn taak.

De als zorgkantoor aangewezen Wlz-uitvoerder krijgt met de aanwijzing de eigenstandige taak voor alle verzekerden in de regio, ongeacht bij welke Wlz-uitvoerder zij zijn ingeschreven. Dit betekent dat hij zelf verantwoordelijk is voor de uitvoering van de bij AMvB nader aan te duiden administratie en/of controletaak en hiervoor rechtstreeks onder het toezicht valt van de NZa.

Indien een zorgkantoor op onderdelen niet goed functioneert, zal de NZa het zorgkantoor daar rechtstreeks op aanspreken.

Wlz-uitvoerders besteden taken vrijwillig uit aan zorgkantoren

Voor de taken die de Minister niet rechtstreeks aan een andere partij heeft opgedragen, zijn de Wlz-uitvoerders zelf verantwoordelijk. Dit geldt dus voor de zorginkoop, zorgen voor zorg en de uitvoering van het pgb. Zij kunnen deze taken vrijwillig uitbesteden. Aangezien gebruik zal worden gemaakt van de mogelijkheid om voor de administratie en/of controle van alle Wlz-zorg per regio een Wlz-uitvoerder als zorgkantoor aan te wijzen, valt te verwachten dat de overige Wlz-uitvoerders in zo'n regio hun taken aan dezelfde Wlz-uitvoerder zullen uitbesteden. Het kan daarbij bijvoorbeeld gaan om het geven van volmachten om namens hen zorginkoopcontracten met zorgaanbieders te sluiten en om het geven van mandaten om pgb's te verlenen of vast te stellen, maar ook om het opdragen van feitelijke handelingen, zoals het bijstaan van verzekerden bij het zoeken naar beschikbare zorg.

Of de Wlz-uitvoerders taken uitbesteden of niet, ze blijven te allen tijde zelf verantwoordelijk voor de uitvoering van die taken voor hun eigen verzekerden. Dit is dus anders dan bij de administratie- en/of controletaken, waar de als zorgkantoren aangewezen Wlz-uitvoerders verantwoordelijk zijn, omdat ze rechtstreeks de opdracht van de Minister krijgen. De voor een bepaalde regio als zorgkantoor aanwezen Wlz-uitvoerder doet het werk voor de overige taken gedeeltelijk onder eigen verantwoordelijkheid (namelijk voor zover het gaat om het uitvoeren ten behoeve van de bij hem zelf ingeschreven, in de desbetreffende regio wonende verzekerden) en gedeeltelijk onder verantwoordelijkheid van (dat wil zeggen *namens*) de overige Wlz-uitvoerders, (namelijk voor zover het gaat om het uitvoeren ten behoeve van de in de desbetreffende regio wonende verzekerden die bij die andere Wlz-uitvoerders zijn ingeschreven). Dit is hetzelfde als in de AWBZ. Het enige verschil is dat deze constructie in de Wlz vanwege de wettelijke verankering van het pgb ook geldt voor de uitvoering van het pgb, terwijl deze taak onder de AWBZ nog rechtstreeks bij zorgkantoren is belegd via de Regeling subsidies AWBZ.

Uit het jaarlijks onderzoek van de NZa naar de uitvoering van de AWBZ blijkt dat er grote verschillen bestaan in het functioneren van de verschillende zorgkantoren bij de uitvoering van de AWBZ.⁹ De regering wil dat het algeheel functioneren wordt verbeterd en in het bijzonder het niveau van de achterblijvers wordt opgetrokken. Daarom versterkt zij met dit wetsvoorstel en in de uitvoeringspraktijk de prikkels om goed te functioneren.

Indien een zorgkantoor in een regio bepaalde uitbestede taken niet goed uitvoert, verwacht de regering dat Wlz-uitvoerders met verzekerden in die regio het zorgkantoor daar op aanspreken. De NZa zal voor deze taken

⁹ Zie bijvoorbeeld NZa (2012), *Samenvattend rapport Uitvoering AWBZ 2011 door concessiehouders, AWBZ-verzekeraars en het CAK*.

rechtstreeks de verantwoordelijke Wlz-uitvoerders aanspreken. Dit zal zij steviger doen dan in de AWBZ het geval was. Hierdoor komen Wlz-uitvoerders meer in de wind te staan en ervaren zij een sterkere prikkel om zorgkantoren aan te spreken op hun functioneren. Uiteraard is het van belang dat de Wlz-uitvoerders weten hoe de zorgkantoren hun taken uitvoeren. Wlz-uitvoerders die hun taken aan een zorgkantoor hebben uitbesteed, dienen in de overeenkomst van opdracht dan ook op te nemen dat het zorgkantoor hen over de uitvoering van de uitbesteede taken informeert. De Wlz-uitvoerders hebben voorts diverse mogelijkheden om zorgkantoren aan te sturen. Sowieso heeft de Wlz-uitvoerder die in de regio door de Minister is aangewezen voor de administratie en controle de meest rechtstreekse invloed. Daarnaast kunnen de andere Wlz-uitvoerders in hun uitbestedingscontracten instructies geven aan zorgkantoren over de invulling van hun taak (bijvoorbeeld over de behandeling van klachten en bezwaren), voor zover deze afspraken niet in strijd zijn met de Wlz. Het kan bijvoorbeeld gaan om instructies over de uitvoering, een informatie- en verantwoordingsplicht of boeteclausules. Als ultimum remedium kunnen zij besluiten om hun taken niet meer uit te besteden aan een bepaald zorgkantoor. Dit zal in de praktijk altijd in overleg met de Minister geschieden. Zolang de Minister een zorgkantoor aanwijst voor de administratie en/of controle, blijven Wlz-uitvoerders namelijk afhankelijk van dat zorgkantoor. De Minister kan, indien de signalen van de Wlz-uitvoerders daartoe aanleiding geven en de NZa dit bevestigt, overgaan tot het aanwijzen van een andere Wlz-uitvoerder om de zorgkantorrol op zich te nemen. De regering verwacht daarom dat de Wlz-uitvoerders hun taken zullen blijven uitbesteden aan een zorgkantoor. Op die manier hebben cliënten en zorgaanbieders één duidelijk aanspreekpunt.

Minister stelt regels

Om de kwaliteit van de dienstverlening te verbeteren en de administratieve lasten die gepaard gaan met de zorginkoop te verminderen, wordt in de Wlz de mogelijkheid gecreëerd om bij AMvB regels te stellen aan de tot de taak van de Wlz-uitvoerders behorende zorginkoop en zorgbemiddeling. Dit wordt hieronder uitgebreid toegelicht. Indien de Wlz-uitvoerders deze taken in een regio uitbesteden aan een zorgkantoor dat deze taken namens hen verricht, dienen zij in de overeenkomst van opdracht uiteraard te bedingen dat het zorgkantoor de desbetreffende regels in acht neemt. Dat geldt overigens niet alleen voor de regels die in zo'n AMvB zullen worden neergelegd en niet alleen voor uitbesteding aan zorgkantoren, maar voor alle regels die de Wlz-uitvoerders bij de uitvoering van hun taken in acht dienen te nemen: besteden zij taken uit, dan moeten zij ervoor zorgen dat de regels die zij in acht zouden hebben te nemen indien zij de taken zelf zouden hebben verricht, ook aan de opdrachtnemer worden opgelegd en door die opdrachtnemer in acht worden genomen. De NZa zal hier op toezien.

In het hiernavolgende wordt er overigens met het oog op de leesbaarheid van uitgaan - zoals ook zeker in de eerste fase te verwachten is - dat de taak van zorginkoop en van zorgbemiddeling door zorgkantoren zal worden verricht.

Regels over zorgbemiddeling (cliëntondersteuning)

Zoals hiervoor reeds aangestipt, zal bij AMvB de zorgbemiddelingsrol van het zorgkantoor worden versterkt (de taak zorgen voor zorg). Nu geven zorgkantoren daar beperkt invulling aan door op hun website informatie te plaatsen over het gecontracteerde zorgaanbod. Slechts in uitzonderingsgevallen vindt zorgbemiddeling op cliëtniveau plaats. Veelal neemt een cliënt rechtstreeks contact op met een zorgaanbieder en is het zorgkantoor onbekend voor de cliënt. De zorgaanbieder vult dat in feite de zorgbemiddelingstaak van het zorgkantoor in. Zolang de cliënt hiermee uit de voeten kan, is dit een prima manier van werken. Wanneer de cliënt echter behoefte heeft aan uitgebreidere zorgbemiddeling, moet hij daarvoor te allen tijde een beroep kunnen doen op het zorgkantoor. Op basis van deze wet heeft hij daar recht op. Het kan bijvoorbeeld gaan om hulp bij het zoeken van een geschikte zorgaanbieder in de buurt (informatie en advies) en het tot gelding maken van zijn aanspraak op zorg, bemiddeling bij onenigheid tussen de cliënt en de zorgaanbieder over de te leveren zorg of cliëntondersteuning bij de zorgplanbespreking. Kortom, het zorgkantoor heeft als taak dat de cliënt de zorg die hij nodig heeft daadwerkelijk ontvangt.

De regering acht het wenselijk dat zorgkantoren de zorgbemiddelingsrol proactief oppakken en zorgen dat cliënten weten dat ze voor ondersteuning altijd bij het zorgkantoor kunnen aankloppen. Hiervoor is het van belang dat zorgkantoren over actuele data beschikken over het zorgaanbod, zoals wachtlijstinformatie. Het kan onwenselijk zijn dat het zorgkantoor de zorgbemiddeling laat verrichten door zorgaanbieders, omdat zorgaanbieders op sommige momenten een ander (eigen)belang dienen. Nagegaan zal daarom worden in welke mate dit bij AMvB verboden zal worden.

Regels over zorginkoop

Ook kan de minister regels stellen over de zorginkoop. Bij AMvB zal bijvoorbeeld worden bepaald dat zorgkantoren bij hun zorginkoop verplicht de Zorginkoopgids Wlz van Zorgverzekeraars Nederland (ZN) moeten volgen en dat de minister voorwaarden kan stellen aan deze leidraad van ZN. De regionale inkoopvrijheid van zorgkantoren wordt beperkt tot wezenlijk regionale aangelegenheden. Ook zal bij AMvB worden voorgeschreven dat alle zorgkantoren dezelfde landelijk vastgestelde kwaliteitscriteria hanteren die in overleg met het Kwaliteitsinstituut worden opgesteld. In de AWBZ worden ook al inkooprichtlijnen opgesteld en wordt gestreefd naar landelijke kwaliteitscriteria, maar in de praktijk wordt de inkoopleidraad slechts op hoofdlijnen gevolgd en varen zorgkantoren hun eigen koers. Het proces van zorginkoop in de AWBZ wordt door zorgaanbieders daardoor als een forse administratieve belasting ervaren. De regels die minister stelt dragen bij aan de uniformering van de zorginkoop en leiden daardoor tot een vermindering van de administratieve lasten.

Ultimum remedium: verbod op uitbesteden aan slecht functionerende zorgkantoren

De Minister van VWS kan bepalen dat Wlz-uitvoerders de taken niet mogen uitbesteden aan een zorgkantoor (Wlz-uitvoerder) dat niet goed functioneert. Voor welke zorgkantoren dit geldt, wordt vastgesteld door de Minister na advies van de NZa. De NZa adviseert hierover aan de hand van haar bevindingen bij toezicht op de zorgkantoren en Wlz-uitvoerders. Wanneer een Wlz-uitvoerder op de "zwarte lijst" komt te staan, heeft dat forse consequenties. In geen enkele regio mag hij optreden als zorgkantoor. Dit instrument ziet de regering daarom als een ultimum remedium. Veel liever ziet de regering dat zorgkantoren zichzelf inspannen om de Wlz goed uit te voeren, vervolgens dat Wlz-uitvoerders hen erop aanspreken als ze zich niet voldoende inspannen, daarna dat de NZa indien nodig ingrijpt en bijvoorbeeld een aanwijzing geeft en dat pas als al het voorgaande niet werkt het verbod op uitbesteden aan de betreffende Wlz-uitvoerder van kracht wordt. Wanneer dit verbod van kracht is, zal de Minister de desbetreffende Wlz-uitvoerder uiteraard in het vervolg ook niet meer aanwijzen voor de administratie en controle.

2.7 Eigen bijdragen

Verplichte eigen bijdragesystematiek grotendeels hetzelfde als in de AWBZ

Voor producten en diensten die onder de Wlz vallen betalen cliënten een verplichte eigen bijdrage. Informatie over de verplichte eigen bijdrage kunnen cliënten krijgen bij het CAK of via de instelling (in geval van VPT of zorg in natura met verblijf).

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

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

In de Wlz wordt in de eigen bijdragen onderscheid gemaakt tussen de verschillende leveringsvormen. De eigen bijdrage systematiek wordt uitgewerkt bij algemene maatregel van bestuur. Hieronder worden de hoofdlijnen geschetst.

- *Zorg met verblijf:* Voor de zorg met verblijf wordt onderscheid gemaakt tussen de zogenoemde hoge en lage eigen bijdrage. Hoofregel is dat er een hoge eigen bijdrage wordt betaald. Deze eigen bijdrage is voor de verschillende diensten die in de instelling worden geleverd, het wonen en de zorg. De lage eigen bijdrage vormt een uitzondering op de hoge bijdrage. Deze geldt onder andere voor de eerste zes maanden dat cliënten in een instelling verblijven. Na de eerste zes maanden geldt de lage eigen bijdrage alleen voor mensen die nog een thuiswonende partner hebben. Als er sprake is van partneropname (zoals toegelicht in paragraaf 2.3), dan betaalt het echtpaar de hoge eigen bijdrage, die is berekend op basis van het gezamenlijk inkomen en vermogen.
- *Volledig pakket thuis:* Voor mensen die gebruik maken van een volledig pakket thuis geldt de lage eigen bijdrage. Zij betalen een eigen bijdrage voor zowel de verschillende diensten als voor de zorg, maar niet voor het wonen. Zij voorzien immers zelf in hun woonruimte.
- *Pgb:* Voor het pgb zal nog worden bekeken wat een adequate wijze van heffen van een eigen bijdrage is. De komende tijd zal worden gekeken of de verschillende eigen bijdragen (intramuraal, VPT en pgb) zo kunnen worden ingericht dat deze leiden tot de juiste prikkels.

Cliënten met een ADL-indicatie in de AWBZ betalen in de AWBZ geen eigen bijdrage voor de ADL-assistentie. In veel gevallen ontvangen zij ook andere AWBZ-zorg waarvoor zij wel een eigen bijdrage betalen. ADL-hulp Met de invoering van de Wlz worden deze zorg wel bijdrageplichtig voor de Wlz voor de zorg die onder de ADL-assistentie valt. Er bestaat immers geen aparte aanspraak op ADL-assistentie en er is ook geen reden om in de eigenbijdragesystematiek voor deze groep af te wijken van andere Wlz-gerechtigden. Of zij meer betalen hangt af van het inkomens- en vermogensafhankelijke maximum dat voor hen is vastgesteld en wat zij al voor de andere zorg aan eigen bijdrage betalen. De eigen bijdrage is verder afhankelijk van de leveringsvorm die de cliënt kiest.

Betalen voor vrijwillige aanvullende diensten net als in de AWBZ

Voor cliënten die zorg met verblijf of een VPT afnemen kan de Wlz-aanbieder extra producten en diensten aanbieden die niet onder de aanspraak van de Wlz vallen, bijvoorbeeld een dagje uit. De zorgaanbieder mag hiervoor kosten in rekening brengen. Cliënten zijn niet verplicht om deze producten of diensten af te nemen. , zij hebben hierin zelf zeggenschap. Wil de cliënt niet betalen voor een extra product of dienst niet, dan kan deze cliënt deze producten en diensten ook niet wensen te krijgen. Aanbieders mogen, net als in de AWBZ, niet zelf een eigen bijdrage heffen voor producten en diensten die onder de Wlz-zorg vallen. Bij onduidelijkheden over de aanspraak kan het

CVZ/Zorginstituut Nederland als pakketbeheerder duiding geven.

Cumulatie eigen bijdragen Wlz, Wmo en Zvw

Het CAK voert een anticumulatieregeling uit tussen de eigen bijdragen voor de Wmo en de AWBZ. Hiermee wordt voorkomen dat de eigen bijdragen uit deze twee domeinen te hoog opstapelen. Deze regeling vervalt, omdat er geen aanspraak op extramurale zorg in de Wlz is opgenomen en iemand niet gelijktijdig gebruik kan maken van de Wlz en de Wmo. Uitzonderingen op dat laatste zijn dat Wlz-cliënten wel gebruik kunnen maken van de algemene voorzieningen voor sociaal vervoer en mantelzorgondersteuning. Daarvoor wordt door gemeenten echter geen eigen bijdrage geheven, dus bestaat geen risico van cumulatie van eigen bijdragen. Wat wel gehandhaafd blijft, is de anticumulatie bij partners. Als één van de partners is opgenomen in een Wlz-instelling, zijn beide partners geen eigen bijdrage Wmo verschuldigd. Anticumulatie tussen de Wlz en de Zvw is niet aan de orde, omdat er geen eigen betalingen wordt voorzien voor de zorg die wordt overgeheveld naar de Zvw.

Hoofdstuk 3 Kwaliteit

Cliënten die aanspraak maken op zorg vanuit de Wlz vormen een heterogene groep unieke mensen. Dit geldt zowel voor ouderen als voor de mensen met een lichamelijke, verstandelijke en/of zintuiglijke beperking. Hun mogelijkheden en zorgbehoeften lopen onderling sterk uiteen. Tegelijkertijd is de zorg die zij nodig hebben intensief, vraagt deze een hoge mate van professionaliteit en wordt op allerlei momenten van de dag verleend. De focus ligt niet op genezen, maar op het bereiken van een zo hoog mogelijke kwaliteit van leven.

De regering wil bereiken dat mensen zorg ontvangen die aansluit bij hun doelen, wensen en mogelijkheden. De cliënt hoeft zich dus niet primair aan te passen aan de zorgverlening, maar de zorg moet ondersteunend zijn aan het leven dat de cliënt nastreeft. De kwaliteit van leven van ouderen bijvoorbeeld, kan verbeterd worden als de zorg zich meer richt op het leven dat de cliënt gewend was te leiden, of gegeven zijn of haar beperkingen nu wenst te leven. Hierbij hoort het verbinden van formele en informele zorg, maar ook aandacht voor (culturele) achtergrond en levensbeschouwelijke identiteit. Bij mensen met een lichamelijke, verstandelijke en/of zintuiglijke beperking en vooral bij jongeren is veel winst te behalen in de kwaliteit van leven als er meer aandacht is voor de ontwikkelingsmogelijkheden die deze mensen nog hebben. Uiteraard gaat het hierbij om ontwikkeling naar vermogen. Kortom: het individu is het uitgangspunt bij het denken over kwaliteit. Om de gewenste kwaliteitsverbeteringen voor de diverse doelgroepen te realiseren dienen alle betrokken partijen hun verantwoordelijkheid voor kwaliteit te nemen en dienen deze verantwoordelijkheden duidelijk belegd te zijn: De Wlz beoogt hiervoor, samen met bestaande wetten (en wetsvoorstellen) die zien op de kwaliteit in de langdurige zorg, een samenhangend wettelijk kader te creëren. Dat wil

zeggen dat alle verwijzingen in deze wetten naar de AWBZ worden vervangen door verwijzingen naar de Wlz. Hierbij gaat het in ieder geval om:

- het wetsvoorstel "Wet kwaliteit klachten en geschillen zorg" (Wkkgz). Dit wetsvoorstel bevat regels die de kwaliteit van zorg moeten bevorderen en voor cliënten een effectieve en laagdrempelige geschilbehandeling moeten waarborgen.
- de "Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg" (Wet BIG). De Wet BIG moet de kwaliteit bevorderen van de zorg die beroepsbeoefenaren leveren. De wet is ook bedoeld om patiënten of cliënten te beschermen tegen ondeskundig of onzorgvuldig handelen van individuele zorgverleners.
- het wetsvoorstel "Wet zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten". Het voorstel introduceert een uniforme regeling voor het verlenen van zorg aan personen met een psychogeriatrische aandoening (dementie) of een verstandelijke handicap. Het voorstel geldt voor alle cliënten die op deze vorm van AWBZ-zorg zijn aangewezen. De zorg kan vrijwillig worden verleend, maar ook – onder voorwaarden – onvrijwillig en ongeacht de plaats waar de cliënten verblijven.
- het wetsvoorstel "Wet toelating zorginstellingen" (Wtzi). Dit wetsvoorstel dient ter begeleiding van de overgang van een stelsel van centrale aanbodsturing, waarbij de capaciteit van de zorginstellingen normatief door de centrale overheid wordt bepaald, naar een decentraal vraaggericht stelsel, waarbij die capaciteit wordt bepaald door de betrokken partijen (consumenten, instellingen en verzekeraars). De centrale overheid beperkt zich daarbij tot het stellen van randvoorwaarden waarbinnen decentrale partijen (verzekeraars en aanbieders) moeten handelen.
- het wetsvoorstel "Wet goed bestuur en intern toezicht in de zorg". Dit wetsvoorstel is één van de opgesplitste delen van het voormalige wetsvoorstel "Wet cliëntenrechten zorg" en is aangekondigd in de Tweede Kamer. De wet stelt onder andere eisen aan het functioneren van raden van bestuur en raden van toezicht.
- de "Wet marktordening gezondheidszorg" (Wmg). Deze wet regelt de ontwikkeling, ordening en het toezicht op de markten voor gezondheidszorg. Deze wet bepaalt de instelling van de Nederlandse Zorgautoriteit als zelfstandig bestuursorgaan, dat toezicht houdt op de markten voor zorg. In de Wmg staat wat de taken en bevoegdheden van de NZa zijn en dat de NZa, bij alles wat zij doet, het belang van de consument voorop moet stellen. Doel van de wet is een doelmatig en doeltreffend zorgstelsel, het beheersen van kosten in de zorg en de bescherming en bevordering van de positie van de consument.

Kwaliteit is natuurlijk niet alleen van belang voor Wlz-zorg, maar ook voor de zorg en ondersteuning die in andere domeinen worden geleverd. Het is een domeinoverstijgend thema. Bovenstaande wetten zijn daarom ook domeinoverstijgend. Dat wil zeggen dat ze van toepassing zijn op in ieder

geval de Zvw en de Wlz en in sommige gevallen ook op de Wmo 2015 en de Jeugdwet.

Naast bovengenoemde wetgeving die van kracht blijft bevat de Wlz verschillende artikelen waarmee de regering beoogt de kwaliteit van zorg te bevorderen. Deze artikelen worden in onderstaande paragrafen toegelicht. Hierbij wordt ingegaan op versterking van de positie van de cliënt in relatie tot de zorgverlener, de aanbieder en het zorgkantoor. Tot slot wordt ingegaan op de relatie tussen de aanbieder en het zorgkantoor. Naast deze driehoek is er ook de relatie tussen extern toezicht, instelling en de zorgverlener die binnen deze instelling werkzaam is, waarbinnen (de kwaliteit van) de te leveren en geleverde zorg wordt getoetst en verantwoord. Hierop wordt in hoofdstuk 5 nader ingegaan.

3.1 Cliënt – zorgaanbieder / zorgverlener

De kwaliteit van zorg komt tot stand in de relatie tussen zorgverlener en cliënt. De kwaliteit van leven van cliënten die aanspraak hebben op de Wlz kan verbeterd worden. Voor ouderen bijvoorbeeld is het belangrijk dat de zorg zich meer richt naar het leven dat de cliënt gewend was te leiden voordat deze een aanspraak had op de zorg uit de Wlz. Voor mensen met een lichamelijke-verstandelijke en/of zintuiglijke beperking is het belangrijk dat er oog is voor ontwikkeling naar vermogen.

In de Wlz zijn vier instrumenten voorzien die de positie van de cliënt ten opzichte van de zorgverlener dan wel de zorgaanbieder waarborgen of verstevigen:

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

Zelfbeschikkingsrecht en zorgplan

Ieder mens heeft zelfbeschikkingsrecht. Dat verandert niet als je cliënt wordt. Toch zien we te vaak dat er wordt gesproken in termen van het 'mogen' meepraten over het zorgplan, of het 'recht' krijgen op een gesprek over een aantal zaken. Om de autonomie van de cliënt écht centraal te zetten, zijn de bepalingen uit de Beginselenwet die in 2011 aan de Tweede Kamer is aangeboden en in september 2013 is ingetrokken, in de Wlz opgenomen.¹⁰ Zorgaanbieders krijgen de plicht om met iedere cliënt een profiel te maken, gebaseerd op de wensen van de cliënt. Het perspectief en de mogelijkheden van een cliënt zijn het uitgangspunt, waarna het gesprek plaatsvindt over de

¹⁰Bijlage bij Kamerstukken II 2012/2013, 30 597 nr. 289.

wijze waarop de zorg daarbij kan aansluiten. De zorgplanbespreking wordt beschreven als een terugkerend gesprek (systematische evaluatie) waarin de dialoog over een zinvol leven wordt gevoerd tussen de cliënt en de zorgverlener(s). Systematische evaluatie moet voorkomen dat er een kloof ontstaat tussen de papieren afspraken en de ervaren praktijk. Zorg moet op maat worden geleverd, passend bij de beleving van de individuele cliënt. De betrokkenheid van mantelzorg en informele zorg moet onderdeel zijn van de zorgplanbespreking.

Het Besluit zorgplanbespreking AWBZ-zorg is inmiddels geëvalueerd en de uitkomsten van die evaluatie zijn naar de beide Kamers der Staten-Generaal gestuurd. Het Besluit zorgplanbespreking heeft geleid tot een versterking van de positie van de cliënt, de organisatiecultuur is meer afgestemd op de wensen van de cliënten en de Inspectie houdt beter toezicht. Om de dialoog tussen de zorgaanbieders en de mensen die zorg in een instelling ontvangen nog meer te stimuleren, is besloten om de bepalingen over de zorgplanbespreking te verankeren in de Beginselenwet AWBZ-zorg (Beginselenwet). Met het oog op de invoering van de Wlz is deze wet in september 2013 ingetrokken en zijn de bepalingen over de zorgplanbespreking integraal overgenomen in de Wlz. Doordat de bepalingen over de zorgplanbespreking zijn neergelegd in wetgeving in formele zin wordt recht gedaan aan het essentiële karakter van die bepalingen voor de zorgverlening aan deze personen. Het primaat van de wetgever brengt met zich mee dat bepalingen die zo aan de rechtspositie van burgers raken, enkel gewijzigd kunnen worden door de wetgever in formele zin en dus met volledige betrokkenheid van de beide Kamers der Staten-Generaal.

Voor een uitgebreide toelichting op de zorgplanbespreking waarmee de cliënt meer zeggenschap krijgt over zijn leven, wordt verwezen naar de artikelsgewijze toelichting bij hoofdstuk 8 van de wet.

Ten aanzien van het individuele zorgplan richten momenteel diverse veldpartijen zich op de gezamenlijke formulering van de kaders ervan. Het Kwaliteitsinstituut faciliteert dit. Het zorgplan is geen door de overheid opgelegde blauwdruk. Het achterliggend principe moet zijn dat elke cliënt met het zorgteam een zorgplan opstelt waarin de gezondheidsdoelen van de patiënt worden beschreven en tevens de route via zorg en risicomanagement om die te realiseren wordt omschreven. De inzet van de cliënt en de aanbieder wordt in het zorgplan vastgelegd. De zorgstandaard en de richtlijnen vormen daarbij het kwaliteitskader. Het zorgplan is geen doel op zich maar een middel om goede, integrale zorg en het overleg tussen zorgverlener en zorgvrager te realiseren. Het Kwaliteitsinstituut bevordert in samenwerking met cliëntenorganisaties de totstandkoming van een model zorgplan.

Meer ruimte voor maatwerk

De regering wil afrekenen met het idee van een uniform aanbod en een uniforme vraag. Met de hervorming wil de regering de zorg uit haar keurslijf bevrijden en lucht en ruimte scheppen zodat cliënten en professionals samen

tot gepaste oplossingen kunnen komen. De cliënt moet de ruimte krijgen om in een goed gesprek met de zorgverlener naar een professioneel en passend antwoord te zoeken op de werkelijke hulpvraag; de vraag achter de vraag. Hiervoor wordt de indicatiestelling in de Wlz aangepast. Het CIZ zal in de Wlz niet meer in een zzp maar in een zorginhoudelijk profiel indiceren. Dit biedt zowel voor de cliënt als voor de zorgverlener ruimte voor maatwerk.

Keuzevrijheid leveringsvormen

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

3.2 Cliënt – zorgkantoor

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

Om hierin te voorzien heeft de regering in de Wlz een aantal instrumenten opgenomen die de positie van de cliënt in relatie tot de Wlz-uitvoerder en het zorgkantoor versterken:

- het zorgkantoor heeft zorgplicht jegens de verzekerden in de regio die aanspraak hebben op langdurige zorg en is verantwoordelijk voor goede service en zorgbemiddeling aan zijn verzekerden;
- de statuten van de Wlz-uitvoerders moeten waarborgen bieden voor invloed van verzekerden op beleid;
- cliënt heeft recht op cliëntondersteuning door het zorgkantoor;
- pgb is een volwaardige leveringsvorm;
- er zijn meer waarborgen dat ook zorg die ingekocht kan worden met een pgb en VPT kwalitatief verantwoord is.

Zorgplicht en service aan verzekerden

Het zorgkantoor heeft een zorgplicht. Hij moet ervoor zorgen dat de bij hem ingeschreven verzekerden hun aanspraken op zorg tot gelding kunnen brengen. Tot die taak behoort ervoor zorgen dat passende zorg daadwerkelijk aan hen wordt verleend. Deze laatste service noemen we zorgbemiddeling.

Service van het zorgkantoor aan de cliënt is een belangrijk speerpunt voor de regering om de positie van de cliënten ten opzichte van het zorgkantoor te versterken. Nu is bij de meeste cliënten onbekend dat zij bij het zorgkantoor kunnen aankloppen voor ondersteuning, bijvoorbeeld bij het kiezen van de juiste zorgaanbieder, de zorgplanbespreking of bij onenigheid met de zorgaanbieder over de geleverde zorg. De regering wil dat zorgkantoren deze zorgbemiddelingstaak proactiever oppakken. Dit is toegelicht in paragraaf 2.6.

Invloed van verzekerden

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

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

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

Cliëntondersteuning

Streven is de burger zelfstandiger en minder afhankelijk van zorg te maken. Het feit dat een cliënt in een afhankelijkheidspositie verkeert, vergt verankering van zeggenschap van de burger en cliëntparticipatie. Omdat het zorgplan een belangrijke rol inneemt in de dialoog tussen de zorgverlener en de cliënt, kan de cliënt, als hij dat wenst, daarbij gebruik maken van cliëntondersteuning. Gelet op de groep kwetsbare mensen voor wie de Wlz bedoeld is, kan – en zal – zich immers zeker de situatie voordoen dat de cliënt geen goed beeld heeft van zijn mogelijkheden en beperkingen, en evenmin

niet goed de reikwijdte overziet van de zorg waarop hij is aangewezen, dan wel daarover niet goed kan communiceren. Dat kan onder omstandigheden een beletsel vormen voor het daadwerkelijk verkrijgen van passende zorg, die zo goed mogelijk op de concrete zorgbehoefte is afgestemd.

Op basis van dit wetsvoorstel zal het zorgkantoor ervoor zorgen dat cliëntondersteuning beschikbaar is voor cliënten die zorg op grond van de Wlz nodig hebben. Dit valt onder de taak die in paragraaf 2.6 'zorgen voor zorg' wordt genoemd. Het is de taak van het zorgkantoor om de cliënten in hun regio te ondersteunen bij het tot gelding brengen van hun aanspraak op zorg. Dat wil niet zeggen dat het zorgkantoor de ondersteuning zelf moet bieden. Op basis van de Wlz kunnen hieraan bij algemene maatregel van bestuur nadere regels worden gesteld.

Het zorgkantoor moet er op grond van dit wetsvoorstel voor zorgen dat de cliëntondersteuning zo wordt vormgegeven dat het belang van de betrokken cliënt in deze ondersteuning uitgangspunt is. Hiermee wordt de cliëntondersteuning, langs de weg van de professionaliteit en de wettelijke plicht voor het zorgkantoor ten aanzien van de (organisatorische) invulling van het 'zorgen voor zorg', naar de mening van de regering voldoende gewaarborgd. De Wlz sluit hiermee aan bij de Wmo 2015. Het is in de Wlz net als in de Wmo 2015 van belang dat de cliëntondersteuner daadwerkelijk het belang van de cliënt dient en dat de cliënt het gevoel heeft dat deze persoon naast hem staat en in de positie is om diens belang te dienen. Indien de cliënt twijfelt aan de objectiviteit van de cliëntondersteuner, mag de cliënt het zorgkantoor daarop wijzen en vragen om een andere ondersteuner. De cliëntondersteuning is kosteloos voor de cliënt die daar een beroep op doet.

Uiteraard kan de cliënt ook zelf zijn ondersteuning organiseren. De cliënt kan zich laten bijstaan, of zich laten vertegenwoordigen, door een partner, ouder, broer of zus of een andere persoon die hem helpt zijn belangen te behartigen. In veel gevallen heeft deze vorm van ondersteuning de voorkeur van de cliënt en is dit afdoende en is cliëntondersteuning via het zorgkantoor niet nodig. Voor sommige cliënten in de Wlz kan door de kantonrechter een mentor, bewindvoerder of curator worden benoemd die de cliënt kan bijstaan. Dit gebeurt soms bij mensen die onvoldoende voor zichzelf kunnen zorgen en is bedoeld ter bescherming van de cliënt tegen anderen die misbruik van de situatie kunnen maken. In lang niet alle gevallen is het echter nodig dat de kantonrechter iemand benoemt, en behartigt de familie zonder tussenkomst van de rechter de belangen van de cliënt.

Bij de cliëntondersteuning in de Wlz gaat het om informatie, advies en algemene ondersteuning die bijdraagt aan het versterken van de zelfredzaamheid en participatie van mensen. De cliëntondersteuning in de Wlz ziet op alle leefgebieden waaraan ook in het zorgplan aandacht wordt besteed, zoals de voeding, de bejegening, de daginvulling en beweging en de ontwikkeling en ontplooiing van de cliënt.

Naast de zorgplanbespreking kan het ook nodig zijn dat de cliënt in de Wlz op andere momenten ondersteuning nodig heeft, bijvoorbeeld bij het evalueren van het zorgplan, het bepalen en innen van de eigen bijdragen en het indienen van klachten, bezwaar en beroep. Ook in die gevallen kan de cliënt het zorgkantoor om cliëntondersteuning verzoeken.

Indien een cliënt nog geen toelating tot de Wlz heeft en deze ondersteuning nodig heeft bij het aanvragen van een indicatie bij het CIZ, is de gemeente hiervoor verantwoordelijk. Zodra de cliënt wordt toegelaten tot de Wlz, vervalt deze verantwoordelijkheid van de gemeente en is het zorgkantoor aan zet.

Wettelijke verankering pgb

Met dit wetsvoorstel wordt het pgb een volwaardige leveringsvorm naast zorg in natura. Indien het op verantwoorde wijze kan worden vormgegeven krijgt de cliënt in de Wlz de mogelijkheid om zelf zorg in te kopen in plaats van gebruik te maken van het door het zorgkantoor gecontracteerd zorgaanbod in natura. Het pgb biedt in die zin uitkomst voor cliënten die niet met het door het zorgkantoor gecontracteerde zorgaanbod uit de voeten kunnen en/of hier ontevreden over zijn. Zoals in paragraaf 2.4 over de zorglevering is beschreven, beschouwt de regering het aantal pgb's in een regio als indicator voor de kwaliteit van de zorginkoop door het desbetreffende zorgkantoor.

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

Borging van verantwoorde zorg bij VPT en pgb

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

3.3 Zorgkantoor – aanbieder

De regering vindt het van belang dat het zorgkantoor zorgvuldig invulling geeft aan zijn zorgplicht. Als het zorgkantoor niet aan zijn zorgplicht voldoet dan moeten hieraan consequenties kunnen worden verbonden. Om hierin te

voorzien is in de Wlz een nieuw instrument opgenomen. De wet biedt de mogelijkheid om een opdracht aan de Wlz-uitvoerder te geven door bij algemene maatregel van bestuur regels te stellen aan bijvoorbeeld kwaliteit, afstemming zorg op behoeften cliënt, inzicht cliënttevredenheid en dergelijke met betrekking tot de zorginkoop.

De opdracht aan de Wlz-uitvoerder

In de Wlz wordt de langdurige zorg ingekocht door het zorgkantoor. Dit zorgkantoor koopt de zorg in namens de Wlz-uitvoerder waarop aanspraak bestaat. Gezien deze taak, is het essentieel dat de Wlz-uitvoerder een duidelijk doordachte visie heeft op de wijze waarop hij zijn taak gaat uitvoeren.

De regering gaat ervan uit dat de Wlz-uitvoerder het zorgkantoor opdracht geeft om zorg in te kopen die zoveel mogelijk af is afgestemd op de behoeften, mogelijkheden en beperkingen van de verzekerden, dat de kwaliteit van zorg die zij inkopen van niveau is en dat zij met zorgaanbieders in gesprek gaan en blijven om te verkennen wat er nodig is om de kwaliteit te verbeteren. Het gaat erom dat het zorgkantoor (toekomstig) maatschappelijk rendement realiseert. De zorginkoop zou erop gericht moeten zijn dat verzekerden met betrekking tot de zorgverlening zoveel keuze- en zelfbeschikkingsmogelijkheden hebben als binnen de grenzen van deze wet redelijkerwijs mogelijk is. Daarnaast gaat de regering ervan uit dat het zorgkantoor de opdracht krijgt om inzicht te verwerven en te behouden in de mate van tevredenheid van verzekerden over de aan hen op grond van deze wet verleende zorg. Ook de wijze waarop mantelzorgers en andere vrijwilligers bij de zorgverlening worden ingeschakeld en de wijze waarop wordt voorzien in betrokkenheid van de samenleving is hierbij van belang. Het is een taak van het zorgkantoor om onder andere via de zorginkoop verbinding te leggen met het participatiedomein, samenhangende zorg te regelen en de positie van de cliënt te versterken. Via de zorginkoop dient er een op de cliënt afgestemd en gedifferentieerd aanbod van door zorgaanbieders te verlenen zorg tot stand te komen. Hiervoor dienen gemeenten, verzekeraars, Wlz-uitvoerders en zorgkantoren samen te werken.

Indien uit toezicht van de NZa blijkt dat Wlz-uitvoerders hier onvoldoende werk van (laten) maken, kunnen via algemene maatregel van bestuur regels worden gesteld over de wijze waarop de Wlz-uitvoerders de zorgplicht dienen te vervullen. Hiermee kan de regering invloed uitoefenen op de relatie tussen de Wlz-uitvoerder en de zorgaanbieder.

3.4 Flankerend beleid

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

In dit verandertraject spelen opleidingen en na- of bijscholing van zorgverleners een belangrijke rol. Om hierin te voorzien is de regering van plan de curricula van zorgopleidingen te bezien op aandacht voor cliëntgerichtheid, minder medicaliseren, methodisch werken, werken met nieuwe technologieën en het betrekken van informele zorg, en die zo nodig bij te stellen. Ook de inzet van ervaringsdeskundigen bij opleidingen kan hiervan deel uitmaken. Deze inzet is nodig om de cultuuromslag daadwerkelijk te realiseren. Andere instrumenten om de gewenste verandering te realiseren zijn bijvoorbeeld het regulier inbedden van periodieke intervisie en/of intercollegiale toetsing van en door teams van zorgprofessionals. De scholing van professionals die Wlz-cliënten verzorgen is sowieso een punt van aandacht. Dat in de Wlz uiteindelijk alleen de mensen met de zwaarste zorgvraag overblijven, stelt eisen aan het opleidingsniveau van het personeel. Het is aan de beroepsgroepen zelf om hiervoor nieuwe beroepsprofielen op te stellen die richtinggevend zijn voor de gewenste deskundigheid van medewerkers die onder de Wlz complexe zorg gaan leveren.

Het werken met zorgplannen vraagt een stevige positie van de zorgvrager. Dit is in de Wlz niet anders dan in de AWBZ maar het blijft desalniettemin een aandachtspunt. Naast de mogelijkheden voor cliëntondersteuning die de Wlz biedt is het wenselijk als mensen met een zorgvraag voorbeelden hebben van wat er kan en wat redelijk is. Het is wenselijk als er materialen ter beschikking komen die mensen ondersteunen in het maken van een zorgplan. Cliëntenorganisaties hebben aangegeven hiervoor voor zichzelf een belangrijke rol te zien weggelegd.

Er is een ontwikkeling gaande van een medisch georiënteerd model naar een model gericht op kwaliteit van leven. Deze ontwikkeling wordt breed gesteund. Om de omslag in het denken en werken van het medisch model naar meer kwaliteit van leven daadwerkelijk te maken moet dit ook vertaald worden in de (domeinoverstijgende) kwaliteitskaders. Cliëntenorganisaties, branches verzekeraars zullen hierover samen met het Kwaliteitsinstituut in gesprek moeten treden. Een kwaliteitskader dat georiënteerd is op kwaliteit van leven is randvoorwaardelijk voor het slagen van de gewenste cultuuromslag.

Tevens zullen in dit kader al dan niet via het Zorginstituut initiatieven en programma's worden uitgewerkt en gelanceerd zoals Zorg voor Beter 2.0 en InvoorZorg ter stimulering van meer ruimte voor de professional en meer aandacht voor methodisch werken.

Een belangrijke verantwoordelijkheid van de aanbieder is dat de zorg en ondersteuning wordt verleend in overeenstemming met de op de beroepskracht rustende verantwoordelijkheid die voort vloeit uit de professionele standaarden. Indien een professionele standaard bestaat moet de zorg en ondersteuning in beginsel volgens die standaard worden verleend en moeten afwijkingen die de hulpverlener nodig acht, kunnen worden

gemotiveerd en uitgelegd. Dit is in overeenstemming met de bestaande wetgeving en het wijzigingsvoorstel van de Wet cliëntenrechten zorg (Wcz).¹¹

Daarnaast heeft de regering in de Wlz een experimenteerartikel geïntroduceerd. Met dit experimenteerartikel kunnen in de Wlz onder meer (kwaliteits)verbeteringstrajecten op instellingsniveau worden uitgetoetst die vervolgens, indien succesvol, landelijk kunnen worden uitgerold.

Hoofdstuk 4 Betrokkenheid

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

4.1 Eigen verantwoordelijkheid

De regering is van mening dat ook bij cliënten in de Wlz de eigen verantwoordelijkheid voorop moet staan. Uiteraard heeft eigen verantwoordelijkheid voor de doelgroep in de Wlz een andere betekenis dan voor mensen die niet op de Wlz zijn aangewezen. In de Wlz wordt invulling gegeven aan de eigen verantwoordelijkheid door cliënten keuzevrijheid en zeggenschap over de zorg te geven. In hoofdstuk 3 over de kwaliteit in de Wlz en in hoofdstuk 5.2 over de verantwoordelijkheid van de cliënt en zijn sociale omgeving wordt hierop dieper ingegaan. Cliënten in de Wlz zijn vrij om, binnen de daar eerder voor beschreven randvoorwaarden, hun eigen zorgaanbieder te kiezen. Daarnaast kan de cliënt, tevens binnen de daarvoor gestelde randvoorwaarden, aangeven op welke wijze en waar zij hun zorg het liefst zouden willen ontvangen. Zij kunnen kiezen uit zorg met verblijf, het VPT en het pgb. Tot slot wordt invulling gegeven aan de eigen verantwoordelijkheid door de cliënt zeggenschap te geven in de zorg. Dit is niet vrijblijvend. De cliënt en diens vertegenwoordiger dienen zich ervan bewust te zijn dat het de verantwoordelijkheid van de cliënt is om zijn wensen en behoeften kenbaar te maken. Andere wijze waarop in de Wlz invulling gegeven wordt aan de eigen

¹¹ Op de Wcz heeft de regering een vijftal omvangrijke wijzigingsvoorstellen ingediend. Voor een overzicht zie: Kamerstukken II 2012/13, 33243, nr. 6. Recentelijk is daaraan toegevoegd een wetsvoorstel over cliëntenrechten bij elektronische verwerking van gegevens, Kamerstukken II 2012/13, 33 509, nr. 2. De minister van VWS heeft de Tweede Kamer laten weten dat de Wcz wordt opgeknapt. Zie de brief van de Minister van VWS aan Tweede Kamer, d.d. 8 februari 2013, Kamerstukken II 2012/2013, 32 620, nr. 78. De onderwerpen klachten en geschillen, kwaliteit, goed bestuur en medezeggenschap en aanpassing van de Wet op de geneeskundige behandelovereenkomst en Wet toelating zorginstellingen, zullen met een nota van wijziging alsnog worden geregeld.

verantwoordelijkheid is door cliënten een bijdrage te laten betalen voor de kosten van de zorg. Hiervoor geldt in de Wlz een eigen bijdrage. Eigen verantwoordelijkheid heeft hier dus een financiële inkleuring.

4.2 Mantelzorg, gebruikelijke zorg en vrijwilligers

Mantelzorg

Een belangrijk deel van de zorg en ondersteuning in Nederland wordt niet verleend door professionals maar door mantelzorgers. Mantelzorgers leveren hiermee naast een belangrijke maatschappelijke bijdrage een belangrijke bijdrage aan het welzijn van de cliënt. De regering wil dit bevorderen. De oplossing van de houdbaarheidsproblemen in de langdurige zorg ligt volgens de regering onder andere in het stimuleren van de eigen verantwoordelijkheid en eigen mogelijkheden van de burger en zijn sociale omgeving. Dit houdt niet op als een cliënt zorg op grond van de Wlz ontvangt. De regering ziet de nieuwe Wmo en de Wlz daarin als een continuüm. Zowel in de Wmo als in de Wlz moet het sociale netwerk worden betrokken. Mantelzorgers hebben immers vaak jaren voor hun naaste gezorgd voordat men in een voorziening op grond van de Wlz werd opgenomen. Mantelzorgers weten dan ook –vaak beter dan de hulpverleners- hoe hun naaste het beste geholpen kan worden. Zij kunnen hun naaste daarmee ondersteunen en een stem geven. Bovendien zorgen zij voor continuïteit en vertrouwdsheid ook wanneer er sprake is van meerdere professionals. Met het oog op het welzijn van de cliënt is dit van het grootste belang. Door de inspanningen van mantelzorgers zijn cliënten met aanspraak op de Wlz vaak in staat om langer thuis te blijven wonen.

De continue zorg voor een Wlz-cliënt kan erg zwaar zijn. Het kan daarom nodig zijn dat een mantelzorger af en toe wordt ontlast. Het tijdig en volledig overnemen van de zorg van een mantelzorger draagt eraan bij dat hij of zij de mantelzorg op een goede manier kan volhouden. Vooral intensieve mantelzorg als bij de Wlz-cliënten doet een groot beroep op de draagkracht van de mantelzorg. In paragraaf 2.4 over de leveringsvormen is al toegelicht dat het binnen de Wlz mogelijk is dat iemand die thuis bij zijn mantelzorger woont en gebruik maakt van een pgb of VPT, bijvoorbeeld een dag in de week logeert in een instelling, zodat de mantelzorger op adem kan komen. Ook kan een cliënt tijdelijk worden opgenomen in een instelling indien de mantelzorg even niet in staat is om de benodigde mantelzorg te leveren. Wanneer iemand een indicatie heeft voor de Wlz kan geen beroep worden gedaan op respijtzorg of andere maatwerkvoorzieningen uit de Wmo. Mantelzorgers kunnen wel bij gemeenten een beroep doen op algemene voorzieningen waarvoor zij als mantelzorger in aanmerking komen. De gemeente is vrij in de keuze welke voorzieningen zij treft, waardoor deze voorzieningen verschillen per gemeente. Het kan daarbij bijvoorbeeld gaan om ondersteuning in de huishouding, lotgenotencontact en praktische hulp bij het invullen van formulieren.

In paragraaf 2.4 is toegelicht dat het pgb ook kan worden gebruikt om niet-professionals uit het sociale netwerk van de betrokkene financieel voor hun

diensten te belonen. Dit draagt bij de aan de ondersteuning van mantelzorgers van Wlz-gerechtigden.

Gebruikelijke zorg

Voor alle cliënten in de Wlz geldt dat de zorgbehoefte van de cliënt de norm van gebruikelijke zorg ver te boven gaat. Er is dus sowieso sprake van bovengebruikelijke zorg. Van mensen in de sociale omgeving mag dus wel een bijdrage in de zorg en ondersteuning van de cliënt worden verwacht, maar deze kan zelden toereikend zijn om in alle zorg te voorzien die de cliënt nodig heeft. Wat voor inzet van iemand uit de sociale omgeving mag worden verwacht, verschilt per persoon en de relatie die hij of zij met de cliënt heeft. Van een ouder van een thuiswonend verstandelijk gehandicapt kind mag bijvoorbeeld een substantiële bijdrage worden verwacht bij het opvoeden en verzorgen van het kind. Dat is niet anders bij een verstandelijk gehandicapte kind, dan bij een kind zonder beperking. In die zin is de rol en de bevoegdheid van de ouders groter dan alleen die van mantelzorger. Verschil is dat bij een verstandelijk gehandicapt kind in de Wlz aanvullend formele zorg en ondersteuning nodig is. Van een partner mag ook een bijdrage worden verwacht in de dagelijkse zorg van zijn of haar partner. Hoeveel inzet kan worden verwacht hangt echter samen met het vermogen van de partner om deze zorg daadwerkelijk te leveren. Een gezonde partner zal meer zorg kunnen verlenen dan een partner die zelf hoogbejaard en slecht ter been is.

Vrijwilligers

Ook vrijwilligers in de zorg leveren een belangrijke bijdrage in de ondersteuning van cliënten. De diversiteit van het vrijwilligerswerk in de zorg is groot. Voorbeelden zijn gastvrouw zijn en het begeleiden van cliënten naar buiten. Vrijwilligers kunnen in sommige gevallen ook professionele zorg bieden, waarbij dat ook nadrukkelijk de keuze van de vrijwilliger zelf is.

Het is van belang de informele ondersteuning en zorg te versterken, verlichten en verbinden. Versterken, omdat de positie van informele ondersteuning en zorg goed moet worden verankerd in de vernieuwde Wmo en de Wlz. Verlichten, omdat juist vanwege de grote waarde van het geven van hulp en ondersteuning mantelzorgers en vrijwilligers ondersteuning verdienen. Verbinden, omdat de samenwerking tussen mantelzorgers, vrijwilligers, professionele zorg en de mensen die zorg en ondersteuning nodig hebben, beter kan en moet. De professional zal de mantelzorger en de vrijwilliger als gelijkwaardige partner in ondersteuning en zorg moeten zien.

De hulp en ondersteuning van de formele zorg zal verbonden moeten worden met de hulp en ondersteuning van de informele zorg om te komen tot een integraal hulp- en ondersteuningspakket. Ook zal de formele zorgverlener van de cliënt goed oog moeten hebben voor de belastbaarheid en de mogelijkheden van de mantelzorger, zodat overvraging en overbelasting wordt voorkomen. Instrumenten in de Wlz om hieraan invulling te geven zijn de zorgplanbespreking, de mogelijkheid om bij algemene maatregel van bestuur

regels te kunnen stellen aan de wijze waarop de Wlz-uitvoerder zijn taken uitvoert, de zorginkoop, het pgb, de cliëntondersteuning en de mogelijkheid voor partneropname. Het is daarbij wel van belang dat de vrijwilliger en de mantelzorger goed toegerust zijn om deze taak te vervullen.

Zorgplanbespreking

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

De opdracht aan de Wlz-uitvoerders

In paragraaf 3.3 is toegelicht dat de Wlz de mogelijkheid biedt om bij algemene maatregel van bestuur regels te stellen aan de wijze waarop de Wlz-uitvoerder zijn opdracht uitvoert (die dat weer aan een zorgkantoor uitbesteed). Elementen waarover nadere regels gesteld kunnen worden zijn bijvoorbeeld de wijze waarop mantelzorgers en vrijwilligers bij de zorgverlening worden betrokken en ondersteund en de wijze waarop wordt voorzien in betrokkenheid van de samenleving. Op basis van deze opdracht wordt bij het inkoopproces meegewogen of de aanbieder in het zorgproces een goede positie van de mantelzorger heeft opgenomen. Op deze wijze kan de regering bevorderen dat zorgkantoren bij de zorginkoop aandacht hebben voor de wijze waarop de zorgaanbieder mantelzorgers en vrijwilligers betreft bij de zorgverlening en hen in staat stelt om op eigen wijze zorg te bieden. Dit stimuleert aanbieders van zorg met verblijf om beter na te denken over de wijze waarop zij familieparticipatie en vrijwillige inzet bevorderen.

Zorg zonder verblijf

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

Cliëntondersteuning

Zoals in voorgaand hoofdstuk uiteen is gezet is het denkbaar dat cliënten in de Wlz zich niet altijd een goed beeld kunnen vormen van hun mogelijkheden en beperkingen. Ze kunnen de reikwijdte van de zorg waarop ze zijn aangewezen niet goed overzien, kunnen geneigd zijn om aan te geven dat ze zelf meer kunnen dan in de praktijk het geval is of kunnen zich niet goed uitspreken over

hun zorgbehoefte. Dit kan een beletsel zijn in de communicatie met het CIZ bij de indicatiestelling of met de zorgaanbieder over het zorgplan. Hierdoor bestaat het risico dat de zorgbehoefte van de cliënt verkeerd wordt ingeschat. In de Wlz is daarom opgenomen dat de cliënt zich onder meer bij de zorgplanbespreking kan laten bijstaan door een persoon die hem helpt zijn belangen te behartigen. Dit kan door het zorgkantoor worden georganiseerd (zie paragraaf 2.2 en 3.2) maar de cliënt kan dit ook zelf organiseren en hiervoor bijvoorbeeld een partner, ouder, broer of zus inschakelen. Hiermee wordt niet alleen de ondersteuning van de cliënt geregeld, maar ook de positie van de mantelzorger versterkt.

4.3 Betrekken van de samenleving

Naast het betrekken van mantelzorgers vindt de regering het belangrijk dat er meer integratie plaatsvindt tussen de zorg en het 'dagelijks leven' van mensen die geen of minder zorg nodig hebben. De regering denkt hierbij aan een inclusieve samenleving waarbij er verbindingen zijn tussen de organisaties die zorg aanbieden op grond van de Wlz, de Zvw en de Wmo. Er ontstaan ook verbindingen tussen organisaties in het zorgdomein en organisaties op andere domeinen, zowel (semi)publiek als privaat zoals scholen en horeca. Goede voorbeelden hiervan zijn er te over in de AWBZ. Denk aan Zorggroep De Vechtstreek en Habion Leerbroek (In voor Zorg.nl). In het actieplan Kwaliteit en Betrokkenheid Langdurige zorg, dat de regering opstelt (zie volgende paragraaf) wordt hieraan aandacht besteedt.

4.4 Flankerend beleid

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

Daarnaast kan betrokkenheid niet alleen gestimuleerd worden via formele wetgeving. Net als bij kwaliteitsverbetering speelt verandering van cultuur hier een belangrijke rol. Volgens mantelzorgers verloopt de samenwerking met de formele zorgverleners vooral in instellingen nog niet altijd goed. Welk flankerend beleid de regering inzet om deze cultuurverandering te bewerkstelligen wordt nader uitgewerkt. De beleidsbrief 'Versterken, verlichten en verbinden' van 20 juli 2013 biedt hiervoor veel aanknopingspunten.¹² Ook ervaringen vanuit de Regelarme Experimenten kunnen hierbij behulpzaam zijn.

De regering zal een actieplan Kwaliteit en Betrokkenheid Langdurige zorg opzetten. In dit actieplan zal in iedere geval ook aandacht zijn voor de opleidingen. Aandachtspunt in de opleidingen is het toenemende belang van

¹² Kamerstukken 2012/2013, 30 169, nr.28.

afstemming tussen formele en informele zorg en de gevolgen die dat moet hebben voor de inhoud van de opleiding van zorg- en ondersteuningsprofessionals. In het verlengde daarvan is ook het ontwikkelen van een nascholingsaanbod voor de huidige zorgprofessionals van belang.

Hoofdstuk 5 Wie is waarvoor verantwoordelijk?

5.1 Overzicht

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

Verantwoordelijke	Verantwoordelijkheid
Cliënt en zijn sociale omgeving	• waar mogelijk zoveel mogelijk zelfredzaamheid en samenredzaamheid betrachten. • Wensen en behoeften kenbaar maken in zorgplanbespreking • Mantelzorg verlenen • Bij zorg zonder verblijf: woonomgeving + woonlasten • Bij pgb: zorginkoop en kwaliteit van zorg • Financieel: eigen bijdrage
Zorgaanbieder	• Leveren van verantwoorde en doelmatige zorg • Zorgplan opstellen met cliënt/vertegenwoordiger en regelmatig actualiseren • Bevorderen betrokkenheid mantelzorgers en maatschappij
Minister	• Systeemverantwoordelijk • Aanwijzen zorgkantoren voor administratie en controle • Regels stellen over de uitbesteding van taken door Wlz-uitvoerders aan zorgkantoren (met al ultimum remedium een uitbestedingsverbod) • Stelt macrobudgettair kader vast • Stelt beleidsregels indicatiestelling vast
Wlz-uitvoerder*	• Doelmatige en kwalitatief verantwoorde uitvoering van de Wlz ◦ Aangewezen regionale Wlz-uitvoerder (zorgkantoor): administratie en controle ◦ Wlz-uitvoerder voor eigen verzekerden: ▪ zorgen voor zorg (aanspreekpunt voor

	verzekerden), waaronder de cliëntondersteuning ▪ zorginkoop ▪ pgb
CIZ	• Beoordeelt of mensen recht hebben op Wlz-zorg en in welk zorginhoudelijk profiel de cliënt valt (indicatiebesluit richting cliënt).
Zorginstituut Nederland (CVZ)	• Bevorderen doelmatige en rechtmatige uitvoering van de wet door Wlz-uitvoerders, CAK en CIZ • adviseren over de inhoud van het verzekerde pakket • beheren van het Flz • doen van betalingen aan Wlz-uitvoerders en zorgkantoren (beheerskosten) en het CAK • uitkeren eventuele beschikbaarheidsbijdragen aan zorgaanbieders op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg (WMG) • uitvoeren van regelingen voor specifieke groepen (m.n. Wlz-buitenland voor pensionado's, verdragsgerechtigden, grensarbeiders) • bevorderen van vernieuwing en verbetering van zorgberoepen en opleidingen • stimuleren van permanente verbetering van kwaliteit van zorg • vaststellen professionele standaarden/meetinstrumenten en beschikbaarstelling • kwaliteitsinformatie.
CAK	• Vaststellen, opleggen en innen eigen bijdragen • Betalen aan zorgaanbieders
NZa	• Toezicht houden op doelmatige en rechtmatige uitvoering van (het premiegefinancierde deel van) de wet door Wlz-uitvoerders, zorgkantoren en CAK • Adviseren minister over eventueel uitbestedingsverbod • vaststellen prestaties/tarieven • Toetsen kwaliteit en betrouwbaarheid van bestuurders Wlz-uitvoerders • Verdelen regionale contracteerruimte
IGZ	• Toezicht en handhaving kwaliteit
SVB	• Vaststellen verzekeringsstatus personen • Registreren gemoedsbezwaarden • Verrichten van betalingen voor het pgb
DNB	• Prudentieel toezicht op Zvw-verzekeraars (niet op Wlz-uitvoerders)

* De Wlz-uitvoerder is verantwoordelijk voor de uitvoering van de drie genoemde taken voor zijn eigen verzekerden, ook wanneer hij het werk feitelijk uitbesteedt aan zorgkantoren.

5.2. De cliënt en zijn sociale omgeving

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

Dat betekent echter niet dat de verantwoordelijkheden van cliënten en hun sociale omgeving volledig ophouden te bestaan op het moment dat de cliënt aanspraak heeft op Wlz-zorg. Ieder mens heeft wensen en behoeften. Daar waar mogelijk is het wenselijk dat ook cliënten in de Wlz zoveel als mogelijk is zelfstandig taken blijven uitvoeren. Zelfredzaamheid en samenredzaamheid staan ook in de Wlz voorop. Het is een verantwoordelijkheid van de cliënt om zijn wensen en behoeften kenbaar te maken, zodat deze betrokken kunnen worden bij het opstellen van het zorgplan. Indien de cliënt daar niet of beperkt toe in staat is, kan iemand uit zijn sociale omgeving daarbij helpen. Zoals hierboven als geschetst heeft de sociale omgeving ook een rol bij de zorgverlening in de vorm van mantelzorg. Inzet van mantelzorgers draagt positief bij aan het welbevinden van cliënten die in een instelling verblijven. De verantwoordelijkheid van cliënten en hun sociale omgeving verschilt tussen de verschillende leveringsvormen. Wanneer een cliënt in zijn eigen woning voorziet, is hij zelf verantwoordelijk voor de kwaliteit van die woonomgeving. Ook dient de cliënt of zijn netwerk in dat geval zelf zorg te dragen voor de zaken die direct samenhangen met het thuis wonen, zoals het betalen van gas water en licht en in het geval van pgb ook het eten en drinken. Deze komen niet ten laste van de Wlz. Wanneer de cliënt er voor kiest om zijn zorgverleners zelf te contracteren (leveringsvorm pgb), dan is de cliënt bovendien zelf eindverantwoordelijk voor de kwaliteit van de zorg. Tot slot heeft de cliënt in alle leveringsvormen een financiële verantwoordelijkheid. Daarom betaalt hij een eigen bijdrage.

Cliëntondersteuning

Indien een cliënt daar behoefte aan heeft, kan hij ondersteund worden bij bijvoorbeeld het aanvragen van een indicatie of bij de zorgplanbespreking. Familie of andere naasten van de cliënt zullen hier in veel gevallen een belangrijke rol in vervullen. Wanneer iemand professionele ondersteuning

nodig heeft bij de indicatiestelling is de gemeente daarvoor verantwoordelijk op grond van de Wmo 2015. Bij professionele ondersteuning rond onder andere de zorgplanbespreking, vragen over de eigen bijdrage, het indienen of klachten, bezwaar of beroep, is de Wlz-uitvoerder verantwoordelijk en klopt de cliënt aan bij het zorgkantoor in zijn of haar regio. Meer over de cliëntondersteuning is toegelicht in paragrafen 2.2 (bij de indicatiestelling), 3.2 (bij de zorgplanbespreking) en 4.2 (over cliëntondersteuning uit sociale omgeving).

5.3 De zorgaanbieders

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

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

5.4 De Minister van VWS

De ministeriële verantwoordelijkheid voor de wet omvat zowel de algemene verantwoordelijkheid voor het systeem als de specifieke aan de minister toegekende (directe) verantwoordelijkheid zoals die voortvloeit uit de wet en de daarop gebaseerde wettelijke voorschriften. Om hieraan invulling te geven, vergewist de Minister van VWS zich ervan dat het systeem goed werkt en die

resultaten oplevert die beoogd zijn. In verband daarmee rapporteert de Nederlandse Zorgautoriteit bijvoorbeeld op grond van de Wmg aan de Minister over de recht- en doelmatige uitvoering van de AWBZ. Dat blijft ook bij de Wlz het geval. Mede op grond van deze informatie kan de Minister zich een oordeel vormen over de werking van de Wlz en daarover verantwoording afleggen aan de Staten-Generaal. Het controlebereik van de Algemene Rekenkamer strekt zich ook uit over de Wlz-uitvoerders.

Net als in de AWBZ heeft de Minister de bevoegdheid om zorgkantoren aan te wijzen die de administratie en/of controle uitvoeren in een regio voor alle verzekerden in een regio. Op een aantal punten wordt de bevoegdheid van de Minister ten opzichte van de AWBZ uitgebreid. De regering acht het wenselijk dat de Minister meer regie kan nemen bij het verbeteren van de kwaliteit van de uitvoering van de Wlz. Zo kan de Minister bij AMvB regels stellen aan de uitbesteding van taken door Wlz-uitvoerders, waaronder uitbesteding aan zorgkantoren. Ook kan de Minister als ultimatum remedium een uitbestedingsverbod instellen aan zorgkantoren die slecht functioneren. Dit wordt in de volgende paragraaf uitgebreid toegelicht. Voorts zal de Minister, anders dan in de AWBZ, voortaan zelf het macrobudgettaire kader voor de Wlz vaststellen. Dit wordt toegelicht in hoofdstuk 7.

5.5 De Wlz-uitvoerders

In paragraaf 2.6 is beschreven hoe de Wlz wordt uitgevoerd. Gekozen is voor een model dat aansluit bij de uitvoeringspraktijk in de AWBZ van uitvoering door zorgverzekeraars die hun taken op basis van vrijwilligheid uitbesteden aan regionaal opererende zorgkantoren. Deze werkwijze is met het onderhavige wetsvoorstel op onderdelen verbeterd, zonder grote wijzigingen aan te brengen in de huidige taak- en verantwoordelijkheidsverdeling.

De belangrijkste taken van de zorgkantoren zijn in de ogen van de regering gerelateerd aan de zorglevering. De regering vindt het wenselijk dat de zorgkantoren hier steviger op inzetten ten opzichte van de AWBZ. In onder andere paragraaf 2.6 is beschreven welke additionele instrumenten hiervoor in de Wlz zijn geïntroduceerd. Zorgkantoren informeren burgers over het (beschikbare) aanbod en de kwaliteit van zorg in de regio en helpen burgers die om bemiddeling vragen, bij het vinden van een zorgaanbieder. Richting zorgaanbieders zetten zorgkantoren stevig in op kwaliteit bij zorginkoop. Zorgkantoren maken jaarlijks hun zorginkoopbeleid kenbaar aan zorgaanbieders en maken met die aanbieders productieafspraken over prijs, volume en kwaliteit. Daarnaast controleren zorgkantoren of gedeclareerde zorg overeenkomt met indicatiebesluiten en productieafspraken en of gedeclareerde zorg daadwerkelijk en doelmatig is geleverd. Hierover wordt verantwoording afgelegd aan de NZa die hierop toeziet. Daarnaast informeren zorgkantoren zorgaanbieders dat geïndiceerde zorg geleverd mag worden in het kader van de toegang tot zorg en geven ze het CAK betalingsopdrachten om zorgaanbieders te betalen voor geleverde zorg in het kader van de financiering.

5.6 Het CIZ

Anders dan de situatie in het kader van de Zorgverzekeringswet die risicodragend door verzekeraars wordt uitgevoerd en waarvoor claimbeoordeling plaatsvindt door de verzekeraar zelf, en de uitkomst daarvan onmiddellijk gevolgen heeft voor de kosten in de Zvw en daarmee op de hoogte van de nominale premie, gaat de Wlz uit van andere principia. De Wlz is een volksverzekering waarvoor alle Nederlandse ingezetenen verzekerd zijn. De toegang tot de zorg die op kosten van deze wet kan worden verkregen, het vaststellen of aanspraak bestaat, moet voor alle verzekerden op gelijke wijze, volgens vaste regels geschieden. Hiervoor is een objectieve professionele indicatiestelling nodig. Het is de overheid die zorg moet dragen voor deze eenduidige bepaling van de toegang tot de Wlz.

In de beoordeling van de vraag of een verzekerde recht heeft op Wlz-zorg dient de beschikbaarheid of benutting van ondersteuning vanuit de Wmo 2015 of zorg vanuit de Zorgverzekeringswet geenrol te spelen. Vooral dit gegeven maakt dat een continuering van de situatie zoals die in het kader van de AWBZ is ten aanzien van de status van het CIZ, niet aangewezen is. In de HLZ-brief is daarom aangegeven dat de bestaande situatie, waarin het CIZ in opdracht van gemeenten de indicatiestelling voor de AWBZ verzorgt, wordt gewijzigd. Gelet op de verantwoordelijkheid van de gemeenten voor het domein van de Wmo 2015, waarin een belangrijk deel van de voormalige extramurale functies van de AWBZ zijn ondergebracht, is voortzetting van die situatie onwenselijk. De gemeenten hebben in de afgelopen jaren een steeds grotere verantwoordelijkheid voor het verbeteren van de kwaliteit van leven van hun inwoners gekregen als het gaat om deelnemen aan het sociale leven en het behouden van zelfredzaamheid. Op basis van de Wmo en de Wmo 2015 dienen zij inwoners te ondersteunen als die tegen tekortkomingen op die terreinen aanlopen. Tekortkomingen die zij in het eigen netwerk en op eigen kracht niet meer kunnen opvangen. In het licht van de daarbij behorende financiële verantwoordelijkheden is het niet wenselijk om de verantwoordelijkheid voor de poortwachterfunctie voor de Wlz opnieuw in handen van de gemeenten te leggen. Het is zaak om elke mogelijkheid van belangenverstrengeling weg te nemen. Die zou bijvoorbeeld kunnen ontstaan als financiële krapte in de uitvoering van de Wmo 2015 zou leiden tot opdrachten aan het CIZ om soepeler te opereren bij de beoordeling of aanspraak bestaat op zorg uit de Wlz.

Ook dient het vaststellen van een recht op Wlz-zorg plaats te vinden zonder dat daarbij een rol speelt of voldoende zorg is ingekocht door het zorgkantoor. Het proces van zorgvraagbeoordeling, de indicatiestelling in het kader van de Wlz, komt geheel onder verantwoordelijkheid van het CIZ. Het CIZ is op dit moment een privaatrechtelijke rechtspersoon, een stichting. Het CIZ wordt met dit wetsvoorstel een publiekrechtelijk zelfstandig bestuursorgaan met rechtspersoonlijkheid.

De SER heeft in het advies “Langdurige zorg verzekerd: Over de toekomst van de AWBZ” van 2008 al geadviseerd om het CIZ van een stevige wettelijke en publieke verankering te voorzien. Een eerder voornemen om het CIZ wettelijk te verankeren is uiteindelijk niet gerealiseerd. Het wetsvoorstel waarin dit was uitgewerkt is in 2011 ingetrokken, omdat de met dat voorstel van wet beoogde tijdelijke regeling inmiddels achterhaald was, gezien de ontwikkelingen die zich hadden voorgedaan en nog zouden voordoen in de AWBZ.¹³

De taken van het CIZ vragen geen grote mate van beleidsvrijheid. Het gaat om aan strikte regels gebonden, professionele uitvoering van taken. Voor de goede uitvoering van dit soort taken is in principe geen uitvoering onder een zelfstandig bestuursorgaan nodig. Bij dergelijke taken is in het algemeen uitvoering door een baten-lastendienst het meest geëigend. Tegelijkertijd moet in het geval van het CIZ het risico van discontinuïteit in de taakuitoefening als gevolg van transitie worden afgedekt. Immers, daarvan zouden heel veel mensen die in aanmerking wensen te komen voor AWBZ en Wlz-zorg onoverkomelijke hinder ondervinden. Immers, zonder indicatiebesluit geen toegang tot verzekerde zorg. Daarom is er voor gekozen om de indicatiestelling op een zodanige wijze te verankeren dat de cliënten ten volle worden beschermd en tegelijkertijd voldoende instrumenten worden verschaft om de publieke verantwoordelijkheden waar te kunnen maken. Bedoeld is onder meer het opstellen van regels over de wijze van uitvoering van taken en over de benoeming van de leden van het zbo. Bovendien is in de Kaderwet de verantwoording van het zbo aan de minister geregeld, op basis waarvan de minister van VWS in staat is verantwoording af te leggen over het CIZ aan de Tweede Kamer.

Er is voor gekozen om het CIZ eigen rechtspersoonlijkheid toe te kennen voor de duur van vier jaren. Hieraan ligt een aantal redenen ten grondslag. De belangrijkste reden is dat de organisatie van het CIZ, als gevolg van de ingrijpende wijzigingen die worden doorgevoerd als het gaat om overheveling van functies uit de AWBZ naar het gemeentelijk domein of wel onderbrenging daarvan in de Zorgverzekeringswet, grote wijzigingen ondergaat. Die wijziging wordt “going concern” in 2014 voorbereid en op 1 januari 2015 zal die volledig zijn beslag hebben gekregen. Deze omvangrijke exercitie is zonder omzetting van de arbeidscontracten al zo ingewikkeld dat heel veel inspanningen moeten getroost om het doel op tijd te bereiken. Dat dat zeker niet lukt als tegelijkertijd ook het Algemeen Rijksambtenarenreglement (ARAR) van toepassing moet zijn op de werknemers van het CIZ staat vast. Daar komt bij dat de kosten die een dergelijke operatie met zich brengt hoger liggen dan de kosten die thans worden gemaakt voor de privaatrechtelijke arbeidsovereenkomsten. Het ligt voor de hand om eerst de uitkomst van de transitie van 2014 af te wachten, om vervolgens te bezien welke

¹³ Zie Kamerstukken II 2005/2006, 26 631, nr. 167 en 179 en Kamerstukken II 2010/2011, 30 926, nr. 7).

organisatievorm (agentschap, zbo zonder eigen rechtspersoonlijkheid of aansluiten bij een andere organisatie) het beste bij de uit het reorganisatieproces ontstane organisatie en dan aanwezige feitelijke situatie past.

Dit betekent dat voor de werknemers van het CIZ, die op het moment van inwerkingtreding van deze wet in dienst zijn van het CIZ en als zodanig op een lijst van de Minister van VWS zijn geplaatst, geen wijziging wordt gebracht in de arbeidsrechtelijke positie.

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

In HLZ-brief is aangegeven dat juist om de zorg voor de meest kwetsbare mensen in de samenleving te blijven garanderen, een scherpe indicatiestelling plaats moet vinden bij de toegang tot de zorg op grond van de Wlz. Bovendien is een oogmerk van de Wlz om de verantwoordelijkheden van de bij die zorg betrokken actoren beter tot hun recht te laten komen. Het zwaartepunt in de inhoudelijke bepaling van de daadwerkelijke zorgverlening ligt in de dialoog tussen cliënt en zorgaanbieder. Het zorgkantoor en de in diens regio werkzame zorgaanbieders maken van te voren afspraken over de randvoorwaarden die daarbij in acht genomen moeten worden. Daarbij moet innovatie ruim baan kunnen krijgen, vooropgesteld dat cliënten daarvan de vruchten kunnen plukken.

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

Het CIZ krijgt een stevigere positie in het kader van de fraudeaanpak. Zo zal het CIZ indicatieaanvragen niet meer in behandeling nemen indien de aanvrager geen onherroepelijke toestemming verleent om medische

beroepsbeoefenaren te consulteren. Ook mogen de zorgaanbieders niet meer weigeren om medische gegevens te verstrekken aan het CIZ. Dit wordt toegelicht in hoofdstuk 9 en de artikelsgewijze toelichting.

5.7 Zorginstituut Nederland

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

Tijdens het schrijven van deze toelichting ligt er een wetsvoorstel ter behandeling in de Eerste Kamer der Staten-Generaal, waarin wordt voorgesteld dat het CVZ omgevormd wordt tot het Zorginstituut Nederland.¹⁴ In het vervolg van deze toelichting wordt ervan uitgegaan dat dat wetsvoorstel wordt aangenomen, voordat de Wlz in werking treedt. Daarom wordt in het vervolg van deze tekst gesproken over het zorginstituut.

Het Zorginstituut heeft een belangrijk aandeel in het op peil houden van de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de Nederlandse gezondheidszorg. Het Zorginstituut bevordert de rechtmatige en doelmatige uitvoering van de Wlz door zorgverzekeraars, het CAK en de Wlz-uitvoerders. Het Zorginstituut doet dit in nauw overleg met de ketenpartijen. Het gaat onder andere om afspraken over gegevensuitwisseling (waaronder AWBZ-brede zorgregistratie; AZR), registratie en declaratie (uitbetaling door CAK), de eigen bijdrage en de informatievoorziening. Hierbij staat het beperken van administratieve lasten voorop. Daarnaast adviseert het Zorginstituut over de inhoud van het verzekerde pakket. Aan deze adviezen liggen naast zorginhoudelijke ook de financiële en maatschappelijke overwegingen ten grondslag. Naast adviezen brengt het Zorginstituut ook standpunten uit waarin zij in specifieke gevallen nader uitlegt.

Naast bovenstaande taken beheert het Zorginstituut het Fonds langdurige zorg, geeft het advies over de premie en doet betalingen aan zorgkantoren (beheerskosten) en het CAK in verband met door zorgaanbieders geleverde zorg. Het Zorginstituut keert eventuele beschikbaarheidsbijdragen uit aan zorgaanbieders op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg (WMO) en voert regelingen uit voor specifieke groepen zoals de Wlz-buitenland voor pensionado's, de verdragsgerechtigden, en de grensarbeiders.

Conform het hierboven genoemde wetsvoorstel is het te bedoeling dat er twee taakgebieden bij komen; het bevorderen van vernieuwing en verbetering van zorgberoepen en opleidingen en het stimuleren van permanente verbetering

¹⁴ Kamerstukken II 2011/2012, 33 243, nr. 2.

van kwaliteit van zorg. In het kader van deze laatste taken is het Zorginstituut gevraagd het initiatief te nemen in het versneld (door)ontwikkelen van (her)nieuw(d)e meetinstrumenten en indicatoren waarin indachtig de visie van de regering op de kwaliteit van zorg aandacht is voor de beleving en het welzijn van cliënten, het realiseren van zorgdoelen en maatwerk en samenredzaamheid.

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

5.8 Het CAK

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

De taken van het CAK voor de Wlz zijn:

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

Deze taken van het CAK zijn hetzelfde als in de AWBZ. De betaalfunctie van het CAK blijft bij het CAK maar vindt plaats op basis van declaraties in plaats van bevoorschotting. Voor de processen van het CAK is dit geen wezenlijke verandering in de processen en heeft derhalve geen invloed op de regeldruk voor de uitvoerder (zie 7.3 over de bekostiging). Het is er een omslag voor de aanbieder. Doordat het aantal Wlz-gebruikers naar verwachting echter maar een kwart bedraagt van het aantal AWBZ-gebruikers, is de omvang van het werk voor de Wlz wel fors lager. Daar staat tegenover dat het CAK meer werkzaamheden zal verrichten in het kader van de Wmo 2015.

5.9 De NZa

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) houdt toezicht op de uitvoering van de Wlz. Deze taak van de NZa is vastgelegd in de Wmg. De NZa houdt toezicht op de rechtmatige en doelmatige uitvoering van de Wlz. Jaarlijks rapporteert de NZa hierover aan de Minister van VWS. Op grond van de Wmg staan de NZa diverse handhavinginstrumenten ter beschikking, te weten het geven van een aanwijzing, het ter openbare kennis brengen van handhavingmaatregelen, het opleggen van een last onder bestuursdwang, het opleggen van een last onder dwangsom en het opleggen van een boete. Daarnaast werkt de NZa bij het toezicht op zorgkantoren met protocollen en een prestatiemeting. Jaarlijks doet de NZa verslag aan de Minister van VWS over de uitvoering van de Wlz.

De verantwoordelijkheid van de NZa en haar handhavinginstrumentarium blijven grotendeels hetzelfde als bij de AWBZ. De NZa richt zich daarbij op de Wlz-uitvoerders, de regionale zorgkantoren (dit zijn ook Wlz-uitvoerders) en het CAK. Omdat de regering er veel belang aan hecht dat de Wlz doelmatig wordt uitgevoerd en dat de uitvoerders voortvarend aan de slag gaan met de gewenste kwaliteitsverbetering in de Wlz, zal het toezicht door de NZa op onderdelen wel worden geïntensiveerd en anders ingericht. Dit wordt hieronder toegelicht.

In de regulering blijven de taken van de NZa grotendeels hetzelfde zoals in de AWBZ, zoals het verdelen van de contracteerruimte over de regio's, het controleren van productieafspraken, vaststellen van maximumtarieven voor zorg in natura et cetera. Hier wordt in paragraaf 7.1 over de beheersing van de uitgaven op ingegaan. Daar wordt ook toegelicht dat de Minister het macrobudgettair kader voortaan zelf zal vaststellen, waar dat in de AWBZ nog door de NZa werd gedaan. De taak van de NZa verschuift dan van uitvoerend naar adviserend. Bij conflicten tussen zorgaanbieders en zorgkantoren zal de NZa zich scherper uitspreken over de te volgen richting en bijvoorbeeld in het geval van eenzijdig ingediende productieafspraken een inhoudelijk oordeel uitspreekt, in plaats van te handelen op basis van een mechanische beleidsregel.

NZa spreekt Wlz-uitvoerders en zorgkantoren steviger aan

In paragraaf 2.6 is toegelicht dat de zorgkantoren in praktijk al het werk zullen doen. Voor de administratie en/of controle zijn zij zelf verantwoordelijk. De NZa spreekt zorgkantoren rechtstreeks aan indien zij bepaalde onderdelen van hun taak niet naar behoren uitvoeren. Daarnaast voeren de zorgkantoren de overige taken zoals zorgen voor zorg, zorginkoop en uitvoering pgb deels *namens* de Wlz-uitvoerders uit. Het is de taak van de NZa om ook toezicht te houden op de uitvoering van deze taken. Wanneer zij echter van mening is dat aan het zorgkantoor uitbestede taken niet goed worden uitgevoerd, zal zij primair de uitbestedende Wlz-uitvoerders daar op aanspreken.

De Wlz-uitvoerders blijven immers te allen tijde verantwoordelijk voor de uitvoering van de Wlz voor hun eigen verzekerden. In de meeste regio's zullen verzekerden wonen van meerdere of zelfs alle Wlz-uitvoerders. Wanneer in één regio het zorgkantoor niet goed functioneert, moet de NZa daardoor niet alleen

de Wlz-uitvoerder aanspreken die daar voor eigen verantwoordelijkheid de administratie en/of controle verricht en voor de eigen verzekerden onder eigen verantwoordelijkheid de overige taken verricht, maar ook alle andere Wlz-uitvoerders met verzekerden in die regio die hun overige taken aan het zorgkantoor hebben uitbesteed. Deze situatie bestaat ook al in de AWBZ.

Omdat de regering de Wlz-uitvoerders steviger in de wind wil zetten om werk te maken van een goede en doelmatige uitvoering van de Wlz, heeft zij de NZa verzocht in dit soort situaties steviger op te treden en alle Wlz-uitvoerders aan te spreken op hun verantwoordelijkheid. De mogelijkheden van de NZa om zorgkantoren aan te spreken worden al verbeterd met het wetsvoorstel verbetering toezicht en opsporing Wmg. Zo krijgen de Wlz-uitvoerders er meer belang bij om er op toe te zien dat het zorgkantoor hun werkzaamheden naar tevredenheid uitvoert en zullen zij hem er eerder op aanspreken als dat niet het geval is. Ook zal de NZa meer publiciteit geven aan de resultaten van het jaarlijkse onderzoek. Zo kunnen verzekerden er eenvoudiger kennis van nemen of hun Wlz-uitvoerder goed presteert. Deze operationalisering van het toezicht vergt geen wetwijziging, maar vooral een andere werkwijze van de NZa. Nieuw is dat de NZa de kwaliteit en betrouwbaarheid van bestuurders van Wlz-uitvoerders zal toetsen.

Stimulans doelmatigheid en kwaliteit door benchmarking

Het rapport waarin de NZa jaarlijks de resultaten van haar onderzoek presenteert, biedt een mooi overzicht van de prestaties van de uitvoerders en maakt deze prestaties onderling goed vergelijkbaar. Ook worden voor de verschillende prestatie-indicatoren de best practices gepresenteerd. Eén van de twaalf prestatie-indicatoren betreft een doelmatige zorglevering binnen de contracteerruimte. Gezien het belang dat de regering hecht aan een doelmatige uitvoering van de Wlz, heeft de regering de NZa gevraagd om meer gewicht toe te kennen aan deze prestatie-indicator, deze jaarlijks integraal te onderzoeken, eventueel meer verdiepend doelmatigheidsonderzoek te doen en steviger op te treden indien Wlz-uitvoerders op dit onderdeel tekortschieten. Wlz-uitvoerders zijn verplicht om de verstrekking van onnodige zorg en uitgaven die hoger dan noodzakelijk zijn te voorkomen. De benchmarking die plaatsvindt bij het toezicht door de NZa zal minder vrijblijvend worden gemaakt, door er meer consequenties aan te verbinden. Hierboven is al toegelicht dat de NZa niet alleen de zorgkantoren zal aanspreken, maar ook de Wlz-uitvoerders namens wie ze het werk doen. De prestaties in de Wlz stralen daarmee meer af op de Zvw-verzekeraar. Daar waar de NZa onvolkomenheden signaleert kan zij het handhavingsinstrumentarium inzetten zoals aan het begin van deze paragraaf is geschetst. De NZa volgt kritisch in hoeverre de opgelegde verbeteringen door het zorgkantoor worden doorgevoerd. Nieuw is dat de NZa de Minister adviseert over een uitbestedingsverbod aan zorgkantoren die ondanks inspanningen van de Wlz-uitvoerders en de NZa niet naar behoren gaan functioneren.

Transparantie

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

Minder administratieve lasten

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

5.10 De IGZ

Zoals eerder aangegeven is het primair de verantwoordelijkheid van de professionals in de zorgverlening en de besturen van zorgaanbieders om te zorgen voor kwalitatief goede en veilige zorg en daar waar nodig maatregelen te nemen indien dit in het gedrang komt. De Inspectie voor de gezondheidszorg (IGZ) heeft niet tot taak de kwaliteit van zorg te optimaliseren of kwaliteitsnormen vast te stellen. Die verantwoordelijkheid ligt bij de zorgaanbieders en het Zorginstituut. Het is de taak van de IGZ om actief toe te zien op de geleverde zorg en te handhaven wanneer de zorg niet voldoet aan de minimale vereisten op gebied van veiligheid en kwaliteit.

In het hoofdstuk kwaliteit is aangegeven dat de overgang van een medisch georiënteerd zorgmodel naar een model gericht op kwaliteit van leven andere eisen stelt aan de kwaliteitskaders. Een voorbeeld is de inzet van informele zorg. Dit valt, tenzij de zorg onder verantwoordelijkheid van een professional wordt uitgevoerd, niet onder het toezicht van de IGZ. Voor het toezicht van de IGZ is het van belang dat veldpartijen en het Zorginstituut hierop vaart maken. Het toezicht op de langdurige zorg is in verschillende wetten geregeld. Dit betreft onder andere de Kwaliteitswet, de Wet toelating zorginstellingen (Wtzi) en de wet Beroepen Individuele Gezondheidszorg (BIG). Ook zijn er momenteel verschillende wetsvoorstellen in behandeling waarmee beoogd wordt om deze wetgeving uit te breiden. Hierbij valt bijvoorbeeld te denken aan het wetsvoorstel kwaliteit, klachten en geschillen in de zorg (Wkkgz), waarbij het toezicht zal worden versterkt.

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

Het handhavinginstrumentarium dat de IGZ hierbij tot haar beschikking heeft varieert van (dwingend) adviseren tot corrigeren. Wanneer de verantwoorde zorgverlening in het geding is en sprake is van een acuut gevaar voor de patiëntveiligheid, kan de IGZ direct ingrijpen door een bevel aan een instelling op te leggen. In situaties waar geen sprake is van acuut gevaar maar waar de geëiste verbeteringen uitblijven, kan de IGZ de Minister adviseren een aanwijzing te geven. Tevens kan de IGZ (in acute en niet-acute situaties) aan individuele beroepsbeoefenaren een bevel geven en tegen BIG-geregistreerden een (spoed-)tuchtklacht indienen. Wanneer de IGZ vermoedt dat sprake is van een strafbaar feit, kan zij het Openbaar Ministerie inschakelen. Hiermee is het toezicht door de IGZ een belangrijk sluitstuk op de diverse mechanismen voor borging van kwaliteit en veiligheid die het zorgveld zelf hanteert. De administratieve lasten voor de zorgaanbieders moeten tot een minimum worden beperkt. Dubbele uitvraag door het zorgkantoor en toezichthouder dient te worden voorkomen. Bij de realisatie daarvan hebben de IGZ en het zorgkantoor hierin elk hun eigen taak en verantwoordelijkheid.

5.11 De SVB

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

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

5.12 DNB

De Nederlandsche Bank (DNB) vervult geen rol in het toezicht op de uitvoering van de Wlz, omdat de Wlz een publiekrechtelijke sociale verzekering is, waarbij de Staat – en dus niet de Wlz-uitvoerders – het verzekeringstechnisch risico draagt. Het onderhavige wetsvoorstel voorziet immers niet in risicodragende uitvoering van de Wlz door Wlz-uitvoerders. Dit betekent onder meer dat de Wlz-uitvoerder zelf geen verzekeringstechnisch risico loopt (dat blijft bij de Staat), maar wel dat hij uitvoeringsrisico's loopt.

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

Hoofdstuk 6 Samenhang tussen de Wlz en andere domeinen

De regering heeft een samenleving voor ogen die mensen meer mogelijkheden biedt om al dan niet met steun van hun sociale omgeving verantwoordelijkheid te nemen voor het eigen leven, voor meer gelijke deelname en voor meer eigen regie. De wettelijke systemen zijn voorwaardenscheppend voor de doelstelling van de regering. De vier zorgdomeinen – de Jeugdwet, Zvw, Wmo 2015 en Wlz – zijn aanvullend op elkaar en organiseren op verschillende wijzen onderlinge solidariteit. Elk domein kent daarom zijn eigen sturingsmechanismen, uitvoeringsmethodieken en informatiestromen. Voor een

goed functionerende langdurige zorg is het essentieel dat de verantwoordelijkheden van betrokken partijen, waaronder de Wlz-uitvoerders en gemeenten, helder zijn en partijen elk vanuit hun eigen verantwoordelijkheid nauw samenwerken. Tevens dient voor burgers helder te zijn waar zij met hun zorgvraag terecht kunnen. Omdat er verschillende wettelijke systemen zijn blijven er ook schotten tussen wetten en zijn er altijd schaduwgebieden in onder andere aanspraken. In onderstaande paragrafen zet de regering uiteen welke instrumenten zij inzet om de schotten en schaduwgebieden tussen stelsel zo beperkt mogelijk te houden.

Samenwerking

Voordat cliënten aanspraak maken op zorg vanuit de Wlz hebben cliënten veelal zorg en/of ondersteuning vanuit een of meerdere van de andere drie wettelijke domeinen, te weten de Zvw, Wmo 2015 en de Jeugdwet, ontvangen. Dit geldt in ieder geval voor ouderen en in veel gevallen ook voor mensen met verstandelijke, lichamelijke en/of zintuiglijke beperkingen. Om de kwaliteit van leven van verzekerden te vergroten is afstemming en samenwerking tussen domeinen noodzakelijk. Kwaliteit van leven van cliënten verbetert immers aanmerkelijk als de cliënt geen last heeft van coördinatieperikelen, van hiaten in het zorgaanbod en van het ontbreken van ketenaanbod. De scheiding tussen de stelsels is scherp; het leven van mensen is echter niet in stelsels op te knippen. Daarom wil de regering bevorderen dat gemeenten, zorgverzekeraars, Wlz-uitvoerders, zorgkantoren en zorgaanbieders intensief samenwerken bij het tot stand brengen van zorg en ondersteuning op maat. Indien nodig kan de regering bij algemene maatregel van bestuur regels stellen aan de vereiste samenwerking. Dit is een aspect dat bij de transitie aandacht zal vergen, omdat daarvoor al snel voorbereidingen moeten worden getroffen om te voorkomen dat mensen bij de inwerkingtreding van de verschillende wetten over de hervorming van de langdurige zorg niet de zorg en ondersteuning ontvangen die ze nodig hebben.

Afwenteling tegengaan

Zolang we te maken hebben met verschillende, vernieuwde domeinen en (financiële) schotten daartussen is de grote uitdaging hoe te zorgen dat cliënten niet tussen wal en schip vallen en hoe we afwenteling tussen verschillende systemen voorkomen. Door het naast elkaar blijven bestaan van Zvw, Wmo 2015 en de Wlz blijft het risico op afwenteling bestaan: het verschuiven van kosten tussen systemen. In de Wlz is een aantal instrumenten ingezet om ongewenste afwenteling vanuit en richting de Wlz te zo veel mogelijk te beperken.

Om te zorgen dat cliënten in het juiste zorgdomein worden geholpen en niet onnodig van het kastje naar de muur worden gestuurd is het belangrijk om helder te hebben waar de grenzen tussen de verschillende zorgdomeinen liggen. Hiervoor is de toegang tot de Wlz zo helder mogelijk afgebakend. De AWBZ is hierbij als uitgangspunt genomen. De afbakening voorkomt zo veel

mogelijk afwenteling van cliënten en zorg vanuit gemeenten en verzekeraars richting de Wlz en vice versa.

Om gemeenten te stimuleren om cliënten waar mogelijk en verantwoord zo lang mogelijk in het gemeentelijk domein te ondersteunen en daarmee onnodige doorstroom van gemeenten naar de Wlz te verminderen, wordt bezien of positieve prikkels kunnen worden ingebouwd.

Om de toegang tot de Wlz af te bakenen zijn toegangscriteria opgesteld waar cliënten objectief en door een onafhankelijk indicatieorgaan - het CIZ - aan worden getoetst. Het CIZ geeft een indicatiebesluit af. Omdat zorgaanbieders belanghebbend zijn, hebben zij hierop geen invloed in de zin dat de Wlz geen mogelijkheid biedt om via een standaardindicatieprotocol, indicatiemelding of via taakmandaat een indicatiebesluit aan te vragen. Hetzelfde geldt voor gemeenten en Zvw-verzekeraars. Omdat de Wlz niet risicodragend wordt uitgevoerd kan er in financieel opzicht een prikkel zijn voor gemeenten en Zvw-verzekeraars om te proberen om cliënten in de Wlz onder te brengen. Door de indicatiestelling bij een onafhankelijk indicatieorgaan – het CIZ- te beleggen en bij de toegangscriteria niet de sociale omgeving of de inspanningen van de gemeente en zorgverzekeraars te betrekken, wordt dit risico ondervangen.

Om te zorgen dat zoveel mogelijk zorg aan Wlz-cliënten ook daadwerkelijk vanuit de Wlz en niet vanuit de Wmo, de Zvw of de Jeugdwet wordt geleverd zijn hierover in de Wmo, de Zvw en de Jeugdwet wettelijke bepalingen opgenomen. In de Wmo 2015 is opgenomen dat een gemeente een maatwerkvoorziening op grond van de Wmo 2015 kan weigeren indien de cliënt aanspraak heeft op de zorg vanuit de Wlz. Deze bepaling voorziet erin dat cliënten die toegang hebben tot de Wlz in beginsel geen maatwerkondersteuning vanuit de gemeenten op grond van de Wmo 2015 ontvangen. Wel kan de Wlz-gerechtigde gebruik maken van de algemene voorziening voor sociaal vervoer en zijn of haar mantelzorger van algemene voorzieningen voor mantelzorgondersteuning.

In de Zvw en in de jeugdwet is een bepaling opgenomen waarin staat dat verzekerden geen recht hebben op zorg op grond van de Zvw en de Jeugdwet indien die zorg op grond van de Wlz kan worden geleverd. Deze bepaling voorziet erin dat alle zorg die op grond van de Wlz aan cliënten geboden kan worden, ook daadwerkelijk vanuit de Wlz dient te worden geleverd en dat geen delen van zorg op de Zvw of andere domeinen worden afgewenteld. Er is zo min mogelijk overlap in de aanspraken tussen domeinen en er zijn heldere afspraken over voorliggendheid. Voor zorg in natura die met verblijf wordt geleverd geldt dat deze voorliggend is op de Zvw en de Wmo. Alle zorg die valt onder de aanspraken van de Wlz wordt vanuit de Wlz geleverd, ook als voor diezelfde zorg, bijvoorbeeld, verpleging, een aanspraak is op grond van een andere wet, in dit voorbeeld de Zvw.

Voor zorg zonder verblijf, VPT en pgb, geldt dat alleen de specialistische Wlz-behandeling, begeleiding, verpleging, verzorging en vervoer naar dagbesteding

en naar behandeling onder de Wlz vallen (zie ook paragraaf 2.4). Voor de overige zorg is de Zvw voorliggend op de Wlz.

De Wlz is, indien een cliënt een Wlz-indicatie heeft, altijd voorliggend op de Wmo.

In de volgende paragrafen is bovenstaande per domein nader uitgewerkt.

6.1 Wlz – Wmo 2015

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

Uitgangspunt van de regering is hierbij dat mensen zo lang mogelijk thuis blijven wonen met behulp van hun sociale netwerk en eventuele gemeentelijke ondersteuning. Pas als dat niet meer mogelijk is en iemand blijvend is aangewezen op intensieve zorg met 24-uurs toezicht, bestaat er aanspraak op zorg op grond van de Wlz. Indien hiervan sprake is dan is het belangrijk dat een soepele overgang kan plaatsvinden van het gemeentelijk domein naar de Wlz. Hiervoor dient het zorg- en ondersteuningsaanbod in de gemeente en in de Wlz uiteraard wel op elkaar te zijn afgestemd. Zo moeten gemeenten indien daaraan behoefte is bijvoorbeeld gespecialiseerde zorg zoals dagbesteding, kunnen inkopen bij aanbieders die zich vooral richten op de Wlz. Vice versa moet een zorgkantoor gebruik kunnen maken van de kennis en kunde van gemeenten als het gaat om het organiseren en inkopen van woningaanpassingen voor jongeren die op grond van de Wlz met een pgb of VPT thuis wonen.

Gemeenten, Wlz-aanbieders en zorgkantoren moeten ook op het gebied van indicatiestelling samenwerken. De indicatiestelling zelf is een aangelegenheid van het CIZ. Deze vindt onafhankelijk plaats maar indien een cliënt nog geen toelating tot de Wlz heeft en deze ondersteuning nodig heeft bij het aanvragen van een indicatie bij het CIZ, is de gemeente hiervoor verantwoordelijk. Zodra de cliënt wordt toegelaten tot de Wlz, vervalt deze verantwoordelijkheid van de gemeente en wordt het zorgkantoor verantwoordelijk voor de cliëntondersteuning. Dit vraagt om goede samenwerking onder andere op het gebied van gegevensuitwisseling. De continuïteit van zorg bij overgang van de cliënt van de Wmo 2015 naar Wlz is gewaarborgd in de Wmo 2015.

In het belang van een heldere afbakening zijn de toegangscriteria en de aanspraken in de Wlz helder omschreven en in de Wlz zelf verankerd in plaats van in lagere regelgeving. Indien een cliënt niet aan de toegangscriteria voor

de Wlz voldoet dan zijn de cliënt, diens gemeenten en diens zorgverzekeraar gezamenlijk verantwoordelijk voor een oplossing. Het kan niet zo zijn dat een cliënt, als deze geen toegang heeft tot de Wlz, tussen wal en schip valt. Indien een cliënt geen toegang heeft tot de Wlz en deze in het gemeentelijk domein en/of de Zvw niet de zorg en/of ondersteuning krijgt die deze meent nodig te hebben dan kan de cliënt daarvoor bij de gemeente of de zorgverzekeraar bezwaar maken.

Bij de formulering van de aanspraken is zoveel mogelijk geprobeerd te voorkomen dat er zorg is die uit meerdere zorgdomeinen genoten kan worden. Sommige diensten die tot 2015 door gemeenten bekostigd en geleverd werden, worden vanaf 2015 vanuit de Wlz geleverd en bekostigd. Dit geldt voor;

- huishoudelijke hulp bij VPT en;
- mobiliteitshulpmiddelen.

Huishoudelijke hulp is onderdeel van de aanspraak op verblijf in de Wlz. De huishoudelijke hulp in het geval van een pgb kan worden bekostigd uit het pgb. Dat is ook in de AWBZ het geval. De huishoudelijke hulp in het geval van een VPT wordt geleverd door de Wlz-instelling. Cliënten in de Wlz hoeven dus geen beroep te doen op de gemeenten voor huishoudelijke verzorging. Tot 2015 werd de huishoudelijke hulp in geval van VPT nog geleverd door gemeenten. Mobiliteitshulpmiddelen worden per 2015 niet langer verstrekt vanuit de Wmo maar vanuit de Wlz. Tot 2015 werden deze hulpmiddelen vanuit de Wmo verstrekt. Door deze wijzigingen is de verantwoordelijkheidsverdeling tussen de gemeenten en de Wlz eenduidig en uniform geregeld.

In de Wmo 2015 is opgenomen dat de gemeente een maatwerkvoorziening op grond van de Wmo 2015 kan weigeren indien de cliënt aanspraak heeft op de zorg vanuit de Wlz. Deze bepaling voorziet erin dat cliënten die toegang hebben tot de Wlz in beginsel geen ondersteuning vanuit de gemeenten op grond van de Wmo 2015 ontvangen. Op deze bepaling in de Wmo 2015 is een aantal expliciete uitzonderingen. Dit zijn de algemene voorzieningen sociaal vervoer en mantelzorgondersteuning. In de AWBZ kunnen mensen met een indicatie die niet zelfstandig van het openbaar vervoer gebruik kunnen maken, een beroep doen op de Wmo voor sociaal vervoer, bijvoorbeeld in de vorm van een taxivergoeding. Dat wil de regering handhaven. Reden is dat sociaal vervoer qua aard een voorziening is die thuishoort in de Wmo 2015 en geen aanspraak is in de Wlz. Hetzelfde geldt voor de mantelzorgondersteuning. In de memorie van toelichting van de Wmo 2015 is opgenomen dat de gemeente mantelzorgers kan ondersteunen met algemene voorzieningen zoals advies, informatie en voorlichting. Dit geldt ook voor mantelzorgers van mensen met een toelating tot de Wlz. Mantelzorgers van cliënten met een toelating tot de Wlz kunnen daarentegen geen gebruik maken van respijtzorg op grond van de Wmo. Reden is dat cliënten in de Wlz reeds aanspraak hebben op een integraal pakket aan zorg en ondersteuning dat in natura met verblijf, VPT of met een pgb kan worden genoten. Cliënten in de Wlz die met een VPT of pgb thuis

verblijven moeten binnen dat pakket/budget keuzes maken, respijtzorg kan daar onderdeel vanuit maken. Indien mantelzorgers van cliënten met een Wlz toelating ook aanspraak zouden kunnen maken op Wmo-respijtzorg dan zou dit tot dubbele bekostiging leiden.

Dat gemeenten, met uitzondering van het sociaal vervoer en de algemene voorziening mantelzorgondersteuning, een maatwerkvoorziening op grond van de Wmo 2015 mag weigeren indien een cliënt Wlz gerechtigd is wil niet zeggen dat het gemeenten niet vrij staat om Wlz-cliënten toch te ondersteunen. Gemeenten mogen hiertoe besluiten. Dit geldt bijvoorbeeld voor woningaanpassingen. Gemeenten zijn hiertoe niet verplicht maar de Wlz of Wmo 2015 verbieden het ook niet.

Binnen één huishouden kan wel gelijktijdig gebruik worden gemaakt van de Wmo en de Wlz, indien het huishouden uit meerdere personen bestaat waarvan er één persoon recht op zorg heeft op grond van de Wlz en een ander gebruik maakt van ondersteuning door de gemeente op grond van de Wmo.

In paragraaf 2.2 is reeds toegelicht dat de toegang tot de Wlz wordt beperkt tot mensen die blijvend een zware zorgvraag hebben. Dat neemt natuurlijk niet weg dat er ook in de Wmo 2015 mensen kunnen zijn die een blijvende behoefte aan zorg of ondersteuning hebben. Een lichamelijk of lichte verstandelijke beperking gaat immers niet over. Het verschil met de Wlz is echter dat de zorgvraag bij mensen die onder de gemeentelijke verantwoordelijkheid vallen geen 24 uur zorg in de nabijheid of permanent toezicht vereist.

6.2 Wlz – Jeugd

Gemeenten worden met het wetsvoorstel Jeugd integraal verantwoordelijk voor de zorg aan kinderen tot 18 jaar. Aanspraken uit de AWBZ die worden ondergebracht in het jeugddomein betreffen de persoonlijke verzorging en begeleiding voor kinderen tot 18 jaar, behandeling voor (licht) verstandelijk gehandicapten tot 18 jaar en (een deel van) de aanspraak op verblijf voor kinderen tot 18 jaar. Indien na de 18^e verjaardag een passende voorziening vanuit de andere stelsels, waaronder de Wlz, voorhanden is, neemt die de zorg vanaf dat moment over. Indien er geen voorziening op grond van een ander stelsel beschikbaar is, kan een deel van de jeugdhulp, te weten dat deel dat voorheen onder de noemer geïndiceerde provinciale jeugdzorg viel, tijdelijk vanuit de Jeugdwet tot de leeftijd van 23 jaar worden voortgezet.

Kinderen tot achttien jaar die aan blijvende behoefte hebben intensieve verblijfszorg vallen niet onder de Jeugdwet maar onder de Wlz. Deze kinderen voldoen aan de criteria van de Wlz. Zij hebben behoefte aan permanent toezicht en/of 24 uur per dag zorg in de nabijheid. Dit geldt bijvoorbeeld voor sterk gedragsgestoorde licht verstandelijk gehandicapte kinderen of kinderen met een zware lichamelijke, verstandelijke of zintuiglijke beperking.

Indien een cliënt aanspraak heeft op zorg vanuit de Wlz dan is de Wlz voor deze zorg voorliggend op de Jeugdwet. De gemeente is voor deze cliënten alleen verantwoordelijk voor zorg en ondersteuning waaraan de cliënt behoefte heeft, maar die geen aanspraak is in de Wlz en wel in de Jeugdwet. Een voorbeeld is de opvoedkundige hulp. Omdat in de Wlz geen aanspraak bestaat op opvoedkundige hulp ontstaat geen overlap tussen de Jeugdwet en de Wlz.

6.3 Wlz – Zvw

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

De zorg die is gericht op genezing of behoud van lichamelijke en geestelijke functies is verzekerd in de Zvw. Om de samenhang van de Zvw met de andere domeinen te versterken, worden onderdelen van de AWBZ onder de Zvw gebracht. Vanuit de nieuwe aanspraak wijkverpleging in de Zvw worden verpleging en verzorging in samenhang geleverd aan mensen met voornamelijk lichamelijke aandoeningen waarbij over het algemeen sprake is van medische problematiek. Ook mensen met dementie worden onder de aanspraak wijkverpleging gepositioneerd. Het betreft voor het overgrote merendeel kwetsbare ouderen die in de toekomst een aanspraak zullen doen op wijkverpleging. De meest kwetsbare mensen houden een recht op zorg dat met voorliggend wetsvoorstel wordt ondergebracht in de Wlz. Zo ontstaat een situatie, waarin mensen in eerste instantie zelf en met hun sociale omgeving een oplossing zoeken voor hun behoefte aan ondersteuning, in tweede instantie een beroep kunnen doen op gemeenten en/of zorg via de zorgverzekeraar en tot slot in aanmerking kunnen komen voor zorg via de Wlz.

Inhoudelijke samenhang tussen de Wlz en de Zvw is vooral van belang voor de ouderen die op grond van een somatische of psychogeriatrische grondslag zorg betrekken vanuit de Wlz. Zorgverzekeraars zien voor deze groep kansen op gezondheidswinst en verbetering van kwaliteit van leven. Dit kan doordat de wijkverpleging onderdeel wordt van de eerstelijnszorg en er belangrijke prikkels ontstaan om mensen zo goed mogelijk thuis te helpen en te

voorkomen dat zij doorstromen naar de Wlz. De zorgverzekeraar kan bevorderen dat verzekerden één doorlopende zorglijn krijgen aangeboden. Het accent ligt daarbij op zelfmanagement, regie naar vermogen en gezondheidswinst. Deze doelen zijn te bereiken met de juiste instrumenten, publieke waarborgen en het solidariteitsbeginsel van de Zvw.

Daarnaast is er samenhang tussen de Wlz en de Zvw voor kinderen van nul tot achttien jaar die verpleging nodig hebben in verband met medisch specialistische zorg, waaronder de zogenoemde intensieve kindzorg. Het betreft hier curatieve zorg die wordt uitgevoerd onder verantwoordelijkheid van een medisch specialist. Deze zorg behoort tot de aanspraken in de Zorgverzekeringswet. De intensieve kindzorg is gedurende enkele jaren contra legem bekostigd vanuit de AWBZ, in afwachting van een structurele positionering in het gewijzigde stelsel. Deze contra legem situatie wordt nu dus opgeheven. Deze kinderen kunnen vanaf 2015 een beroep doen op de Zvw.

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

Om afwenteling tussen de Wlz en de Zvw te voorkomen is in de Zvw een bepaling opgenomen dat indien cliënten een aanspraak hebben op zorg uit de Wlz die ook een aanspraak is in de Zvw, de Wlz voorliggend is. Concreet betekent dit dat als een cliënt een indicatiebesluit heeft voor de Wlz en verpleging en/of verzorging nodig heeft, deze verpleging en/of verzorging onderdeel is van het integrale pakket aan zorg dat vanuit de Wlz wordt geleverd. Bij pgb kan de cliënt de verpleging zelf inkopen. Dekking komt in dat geval vanuit de Wlz. Hetzelfde geldt voor begeleiding, verzorging en Wlz-behandeling.

Cliënten met een pgb of VPT en cliënten die in een instelling verblijven maar die de Wlz-behandeling vanuit een andere instelling geleverd krijgen (omdat de instelling geen toelating voor behandeling heeft) dan waar zij verblijven hebben geen aanspraak op behandeling vanuit de Wlz. Zie paragraaf 2.3.3. Geneeskundige zorg van algemeen medische aard (huisartsenzorg), de behandeling van een psychische stoornis en de farmaceutische zorg komen in deze gevallen ten laste van de Zvw. Medische specialistische zorg zoals die in de Zvw door medisch specialisten wordt geleverd is geen aanspraak in de Wlz. Indien een cliënt medisch specialistische zorg nodig heeft (bijvoorbeeld door een cardioloog), dan kan de cliënt zich hiervoor tot zijn Zvw-verzekeraar wenden. De tarieven voor vergelijkbare producten en prestaties zijn in de Wlz en de Zvw zoveel mogelijk gelijk. De NZa houdt hier bij de vaststelling van de tarieven rekening mee.

6.4 Wlz en niet-zorg domeinen

Passend onderwijs

Tot slot zijn er nog raakvlakken tussen de Wlz en het onderwijs domein die relevant zijn voor jeugdigen. Het gaat hierbij om de groep zwaar gehandicapte kinderen die in de Wlz terecht komen en onderwijs krijgen aangeboden. De regering vindt het wenselijk dat deze kinderen als zij dit aankunnen naast dagbesteding ook een vorm van onderwijs kunnen volgen. Omdat er vanuit de Wlz geen onderwijs of onderwijsondersteuning wordt geleverd zoals scholen die bieden, kunnen deze kinderen naast de zorg uit de Wlz ook gebruikmaken van deze faciliteiten uit het onderwijsdomein. De Wlz biedt daartoe de ruimte. In de praktijk vraagt dit om samenwerking en afstemming tussen de uitvoerders van de Wlz en die van het passend onderwijs. Deze afstemming kan onderdeel zijn van de het zorgplan en de zorgplanbespreking, in die zin dat de zorgverleners kan worden gevraagd om niet alleen de zorg af te stemmen, maar daarbij ook de onderwijsaanbieders te betrekken. Van onwenselijke afwenteling van de ene wet op de andere is geen sprake.

Participatiewet

Er kan ook sprake zijn van samenloop tussen de Wlz en het wetsvoorstel Participatiewet. De Participatiewet richt zich op het aan het werk helpen van mensen met arbeidsvermogen, die aangewezen zijn op ondersteuning. De mogelijke samenloop met de Wlz speelt daarom vooral bij de gehandicaptenzorg en minder bij de ouderenzorg. Het kan gebeuren dat er Wlz-gerechtigden zijn die te maken krijgen met de sollicitatieplicht uit de Participatiewet. Het uitgangspunt is immers dat iedereen die kan werken, moet werken. De regering verwacht echter dat het om beperkte aantallen zal gaan. Veel mensen in de Wlz hebben geen mogelijkheden om nog te werken en zij zullen daarom vooral onder de Wajong of onder andere arbeidsongeschiktheidsregelingen vallen. Of iemand te maken krijgt met de Participatiewet heeft verder geen invloed op de toegang of de aanspraken die iemand heeft in de Wlz.

Hoofdstuk 7 Financiële houdbaarheid

7.1 Beheersing uitgaven

Zoals in hoofdstuk 1 van deze toelichting is geschetst, is een betere financiële beheersbaarheid één van de belangrijke overwegingen van de regering om een integraal nieuw wetsvoorstel in te dienen. Zolang het verzekeringsrisico bij de overheid ligt, zijn de financiële prikkels tot kostenbeheersing bij de uitvoerders relatief beperkt. Daarom moeten hiervoor extra waarborgen worden ingebouwd. Dit gebeurt op diverse manieren.

Reguleren van de toegang tot zorg

De financiële beheersbaarheid van de Wlz wordt in de eerste plaats geborgd door een goede regulering van de toegang tot de zorg. Daartoe wordt in dit

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

Het CIZ stelt bij de indicatiestelling vast of een cliënt aan de toegangscriteria van de Wlz voldoet en in welk zorginhoudelijk profiel de cliënt het beste past. Voor de bekostiging zijn de zorgprofielen aan de zzp's gekoppeld. Dit is toegelicht in paragraaf 2.2 en 2.5. In het zorgplan worden de afspraken vastgelegd die de cliënt en/of zijn vertegenwoordiger heeft gemaakt met de zorginstelling over de zorglevering. Deze afspraken moeten passen binnen de afspraken die de zorginstelling met het zorgkantoor heeft gemaakt bij de zorginkoop. De beheersingsinstrumenten zoals die in de AWBZ worden gehanteerd, blijven grotendeels hetzelfde.

Macrokader, contracteerruimte zorg in natura en tariefregulering

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

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

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

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

Lopende het zorgjaar zijn er verschillende instrumenten om de uitgaven binnen het macrokader te beheersen. Ten eerste onderzoekt de NZa medio het zorgjaar of de gehanteerde verdeling van de contracteerruimte nog steeds voldoet met het oog op de ontwikkeling van de indicatiestelling. Ten tweede bestaat de zogeheten knelpuntenprocedure waarbij het zorgkantoor moet aantonen dat hij onvoldoende zorg kan contracteren om problematische wachtlijsten te voorkomen. De NZa toetst objectief of er aanleiding is om meer middelen in een bepaalde regio beschikbaar te stellen.

Op basis van het onderzoek naar de uitgavenontwikkeling adviseert de NZa de Minister over de eventuele inzet van de herverdelingsmiddelen en de verdeling daarvan over de regio's. Deze herverdelingsmiddelen worden vooraf binnen het macrokader gereserveerd en kunnen na instemming van de Minister worden ingezet.

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

Persoonsgebonden budget en contracteerruimte

Zoals hiervoor is aangegeven, wordt het pgb opgenomen in het macrokader en beschikbaar gesteld naast de (regionale) budgettaire kaders van de contracteerruimte (zorg in natura). De beheersbaarheid van het totale budgettaire kader van de Wlz wordt hierdoor versterkt. Zorgkantoren zullen moeten monitoren welk deel van de middelen voor welke leveringsvorm wordt

aangewend. Als er binnen een regio een groter beroep wordt gedaan op de pgb-middelen dan vooraf is gereserveerd, komt dit – net als bij zorg in natura – tot uiting in het onderzoek van de NZa naar de uitgavenontwikkeling, dat in mei verschijnt. Bij het beschikbaar stellen van de herverdelingsmiddelen worden de ontwikkelingen bij zorg in natura en pgb betrokken. Het is daarbij toegestaan dat middelen worden verschoven tussen de contracteerruimte en het pgb-budget. Zolang er geen subsidieplafond is ingesteld voor het pgb, kunnen zorgkantoren een pgb niet weigeren met als reden dat de vooraf gereserveerde middelen zijn uitgeput. De Wet voorziet immers in de mogelijkheid van substitutie tussen zorg in natura en pgb. De minister van VWS heeft de NZa gevraagd deze systematiek verder uit te werken.

Doelmatigheidsprikkels Wlz-uitvoerders en zorgkantoren

De uitvoering door zorgkantoren is in de Wlz, anders dan in de huidige AWBZ, juridisch verankerd in de Wlz. Hierdoor ontstaat een wettelijke basis voor de uitvoering door zorgkantoren en het beheersen van de uitgaven via de regionale contracteerruimtes. De ex-ante verdeling van de middelen zal in de toekomst kunnen worden aangepast. Zo zullen de beschikbare middelen over minder regio's worden verdeeld als wordt overgaan tot een regionale opschaling (zie paragraaf 5.5).

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

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

- De Wlz-uitvoerders worden uit de anonimiteit gehaald. De Wlz-uitvoerder is en blijft verantwoordelijk voor een doelmatige uitvoering van de Wlz voor eigen verzekerden, ook na het overdragen van taken.¹⁵
- Het toezicht van de NZa op de uitvoering van de wet richt zich zowel op de Wlz-uitvoerders als op het zorgkantoor die de wet in een regio uitvoert. Het toezicht en de handhaving worden geïntensiveerd.
- In de jaarlijkse monitor van de NZa komt er meer nadruk te liggen op een doelmatige uitvoering van de wet.

¹⁵ Wellicht ten overvloede: dat de Wlz-uitvoerder verantwoordelijk is wil niet zeggen dat de zorgkantoor die taak namens de Wlz-uitvoerder uitvoert niet verantwoordelijk is. Ook de zorgkantoor valt onder de reikwijdte van artikel 4.1.4. en is dus verplicht om maatregelen te treffen ter voorkoming onnodige uitgaven).

- Er zal meer publiciteit worden gegeven aan de resultaten van deze benchmarking. Wanneer een zorgkantoor doelmatig werkt, kan dat ook positief afstralen op Zvw-verzekeraar die tot dezelfde groep behoort. Dit belang wordt versterkt door het beoogde eindperspectief waarin de aanspraken risicodragend worden overgeheveld naar de Zvw.
- Daar waar de NZa onvolkomenheden signaleert kan zij het zorgkantoor en Wlz-uitvoerder een informatieverplichting opleggen of een formele aanwijzing geven. De NZa volgt kritisch in hoeverre de opgelegde verbeteringen door het zorgkantoor worden doorgevoerd.
- Als ultimatum remedium is er de aanwijzingsbevoegdheid van de Minister. Wanneer een zorgkantoor de wet ondoelmatig uitvoert, loopt de betreffende Wlz-uitvoerder het risico de aanwijzing kwijt te raken.

7.2 Financieel kader

Overhevelen van zorg

Door het inzetten op langer zelfstandig thuis wonen en door de overhevelingen en decentralisaties naar Wmo, Zvw en Jeugdwet zal het aantal cliënten en de uitgaven in de Wlz fors lager zijn dan in de AWBZ. Het extramuraliseren van zorg en overheveling en decentralisaties van de AWBZ-functies verpleging en begeleiding leidt tot een overheveling van circa € 3,3 miljard uit de AWBZ naar het gemeentelijk domein vanaf 2015. Daarnaast wordt ruim € 1 miljard overgeheveld naar de gemeenten vanwege de integrale verantwoordelijkheid voor de jeugdzorg. De overhevelingen naar de Zvw (langdurige GGZ, persoonlijke verzorging, extramurale verpleging en behandeling) leiden tot een verschuiving van lasten van ruim € 4 miljard van de AWBZ naar de Zvw. De overhevelingen gaan gepaard met een korting van € 1,7 miljard. In totaal dalen de uitgaven in de Wlz met circa € 10 miljard ten opzichte van de AWBZ. Het totaal van de Wlz-uitgaven is weergegeven in de onderstaande tabel waarbij een uitsplitsing is gemaakt naar de structurele doelgroep en de cliënten die een beroep doen op de Wlz op grond van bestaande rechten.

Tabel 7.1 Uitgaven Wlz 2015-2017 (x 1 miljard)

	2014	2015	2016	2017
AWBZ	26,8			
Lichte zorgzwaarte ZIN		2,7	2,2	1,8
Lichte zorgzwaarte pgb		0,2	0,2	0,2
Verblijfsgeïndiceerden extramuraal		0,8	0,8	0,8
Hoge zorgzwaarte ZIN (structurele doelgroep)		12,3	12,6	12,6
Hoge zorgzwaarte pgb (structurele doelgroep)		0,6	0,7	0,7
Volledig pakket thuis		0,1	0,1	0,1
Overige uitgaven		0,9	0,9	0,9
TOTAAL		17,6	17,5	17,1

In de eerste jaren zullen op basis van het overgangsrecht nog cliënten met een lichte zorgzwaarte verblijven in de Wlz. Daarnaast is er een groep die beschikt over een indicatie voor verblijf maar op 1 januari 2015 thuis woont. Cliënten met een hoog zzp binnen deze groep behouden hun recht op zorg vanuit de Wlz. Cliënten met een laag zzp kunnen tot 1 januari 2016 alsnog kiezen voor verblijf op grond van de Wlz (zie hoofdstuk over overgangsrecht). De uitgaven van de Wlz zullen in de loop van de tijd gaan dalen omdat de cliënten die op basis van het overgangsrecht aanspraak hebben op Wlz-zorg veelal door overlijden de Wlz zullen verlaten en nieuwe cliënten met lage zorgzwaarte niet de Wlz instromen. De overige uitgaven bestaan onder meer uit de posten mutatiekosten, klinisch intensieve behandeling en vervoerskosten.

Taakstelling

Doordat de Wlz alleen bedoeld is voor de zwaardere ouderen- en gehandicaptenzorg is de verwachting op basis van huidig zorggebruik en de decentralisatie naar gemeenten, de overheveling naar de Zvw en het langer thuis wonen dat minder dan 200.000 mensen gebruik maken van de Wlz-zorg. Door demografische ontwikkelingen zal dit aantal licht stijgen. Deze volumestijging wordt in de Wlz geaccommodeerd door het toekennen van demografische groei aan de contracteerruimte. Afwijkingen van deze norm worden jaarlijks in de begroting van VWS toegelicht. Tegenover de lichte stijging op basis van demografische ontwikkelingen staat de eerste jaren nog een daling van de groep cliënten die gebruik maken van overgangsrecht. Doordat veel minder cliënten gebruik maken van Wlz-zorg kan de uitvoering van de wet ook eenvoudiger en goedkoper. Het aantal regionale contracteerruimtes en regionale uitvoerders kan worden beperkt en de inkoop kan verbeterd worden door standaardisering. Hierdoor dalen administratieve lasten en kosten van zorgaanbieders en zorgkantoren. Uit onderzoek naar de administratieve lasten van zorgaanbieders in de AWBZ blijkt dat een forse ombuiging op administratieve lasten mogelijk is.¹⁶

Daarnaast verwacht de regering dat een belangrijk deel van de ombuiging kan worden gerealiseerd door het terugdringen van de (regionale) verschillen in indicatiestelling, zorggebruik en inkoopprijzen. Onderzoeken tonen immers aan dat er grote (onverklaarbare) regionale verschillen bestaan.¹⁷ Door de rol van het CIZ te versterken en de invloed van zorgaanbieders bij de indicatiestelling te verminderen, streeft de regering ernaar de regionale verschillen in indicatiestelling terug te dringen. Verder worden de verschillen in de integrale tarieven onderzocht waarbij ook de pgb-tariefstelling zal worden meegenomen. De verschillen in de prestaties van instellingen vormen voor de regering ook aanleiding om de NZa te verzoeken de (maximum)tarieven systematisch onder de loep te nemen. In de praktijk blijkt dat de ene instelling ruim met de tarieven uit kan, terwijl deze voor een andere instelling niet toereikend is.

¹⁶ Op weg naar minder administratieve lasten, Onderzoek Casemix en HHM, 29 november 2011.

¹⁷ Onder andere onderzoek van Cebeon (2007 en 2010) en Ape (2010).

Gemiddeld behalen instellingen echter een goed rendement en neemt het weerstandsvermogen toe.¹⁸ Dit is voor de regering aanleiding om te veronderstellen dat er nog steeds enige ruimte zit in tariefstelling. Als Wlz-uitvoerders en zorgkantoren sterker worden geprikkeld om de wet doelmatig uit te voeren, is bovendien de verwachting dat zij de prestaties van zorgaanbieders onderling ook meer tegen het licht zullen houden. Door praktijkvariatie inzichtelijk te maken, te bespreken met zorgaanbieders en hier uiteindelijk consequenties aan te verbinden bij de zorginkoop, kunnen zorgkantoren aansturen op een doelmatiger zorgverlening. Dit hoeft overigens niet alleen tot een ombuiging te leiden, maar kan ook zorgen voor kwaliteitsverbetering.

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

Tabel 7.2 Taakstelling regeerakkoord (in € 1 miljoen)

	2013	2014	2015	2016	2017	Struc- tureel
Taakstelling BKZ			0	-45	-500	-500

Uitvoeringskosten

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

Net als de zorgkantoren zullen de Wlz-uitvoerders en zorgkantoren voor de uitvoering een budget ontvangen uit macrobudget beheerskosten Wlz. Zij zijn wettelijk verplicht een reserve uitvoeringskosten Wlz aan te houden. Ieder jaar wordt het saldo van het toegekende budget en de gemaakte uitvoeringskosten verrekend met die reserve. Wanneer de reserve een vooraf vastgesteld maximum (20% van het jaarbudget) overschrijdt, wordt het meerdere afgeroomd en toegevoegd aan het Flz (Fonds langdurige zorg). Deze reservemiddelen zijn en blijven altijd publieke middelen. Wanneer de aanwijzing van het zorgkantoor afloopt wordt het saldo van de reserve verrekend met het Flz.

¹⁸ Financiële kengetallen zorginstellingen 2010, CBS, 27 januari 2012.

Tabel 7.3 Geraamde beheerskosten AWBZ en (vanaf 2015) Wlz (in miljoenen euro's)

	2013	2014	2015	2016	2018
Beheerskosten AWBZ	170	175	178	178	178
Besparing i.v.m. overheveling van zorg			-42	-42	-42
Beheerskosten Wlz			136	136	136

7.3 Bekostiging

Persoonsvolgende bekostiging

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

Geldstromen AWBZ

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

Figuur 7.1 Geldstromen AWBZ

Geldstromen Wlz

In de Wlz blijft het CVZ de fondsbeheerder en het CAK blijft het betaalkantoor. Om de cliëntvolgende bekostiging verder te versterken zal niet meer gefinancierd worden op basis van voorschotten. In de Wlz wordt geleidelijk overgestapt op betalingen op basis van declaraties van de geleverde zorg aan de cliënt. Daarmee vindt op termijn de bekostiging volledig plaats op het niveau van de cliënt. Het CAK zal de betalingen baseren op gecontroleerde en goedgekeurde declaraties door het zorgkantoor.

Figuur 7.2 Geldstromen Wlz

Bij de invoering van de Wlz zal er nog steeds voor een deel sprake zijn van niet-cliëntgebonden kosten. Bij deze kosten is er geen directe relatie met de

cliënt waardoor deze niet op cliëntniveau kunnen worden gedeclareerd. Een voorbeeld is de vergoeding van kapitaallasten die via de stapsgewijze invoering van de normatieve huisvestingscomponent (nhc) pas in 2018 volledig is geïntegreerd in het zorgtarief. Voor het grootste deel van de niet-cliëntgebonden kosten zullen de betalingen door het CAK nog steeds plaatsvinden op de huidige wijze via bevoorschotting. Het Zorginstituut geeft op basis van NZa-tariefbeschikkingen en door de NZa goedgekeurde budgetformulieren betaalopdrachten aan het CAK. Het CAK voorziet de zorgaanbieders maandelijks van voorschotten die op de gebruikelijke wijze worden verrekend bij de nacalculatie door de NZa.

7.4 Financiering en koopkrachteffecten

Fonds langdurige Zorg

De Wlz zal net als de AWBZ worden gefinancierd uit inkomensafhankelijke premie, de bijdrage in de kosten van kortingen (BIKK), eigen bijdragen van de gebruikers van zorg die onder de Wlz valt en – in geval van exploitatietekorten – een rijksbijdrage. Deze inkomsten worden gestort in een fonds, dat wordt beheerd door het Zorginstituut. Dit fonds krijgt de naam Fonds langdurige zorg (Flz).

De inkomsten van het Flz en heffingsstructuur van de Wlz-premie worden geregeld in de Wet Financiering Sociale Verzekeringen en in de Wet Inkomstenbelasting 2001. De BIKK is er voor de volksverzekeringen AOW en ANW en zal ook in de Wlz worden gecontinueerd. De uitgaven van het Flz zullen lager zijn dan de uitgaven van het AFBZ, vanwege de decentralisatie van taken naar gemeenten en overheveling van aanspraken naar de Zvw. De regering stelt daarom voor om de inkomensafhankelijke premie in de 1^e en 2^e schijf van de inkomstenbelasting overeenkomstig te verlagen naar een constant niveau, dat kostendekkend is voor de verwachte uitgaven onder de Wlz. De belastingtarieven in de 1^e en 2^e schijf worden met hetzelfde percentage verhoogd.

Via de premie wordt op dit moment circa 60% van de uitgaven in de AWBZ gedekt. In 2013 is het premiepercentage voor de AWBZ 12,65 procent. De AWBZ-uitgaven zijn al geruime tijd hoger dan de inkomsten van het AFBZ. Het AFBZ kende daardoor de afgelopen jaren een negatief exploitatiesaldo. Over 2013 wordt een negatief exploitatiesaldo verwacht van € 4,5 miljard. De jaarlijkse tekorten hebben er toe geleid dat het AFBZ inmiddels een aanzienlijk negatief vermogen heeft. Ultimo 2013 zal het vermogenstekort volgens de huidige inschatting gegroeid zijn naar € 20 miljard. Het negatieve vermogen van het AFBZ telt mee in de EMU-schuld, het jaarlijkse exploitatietekort van het fonds telt mee in het EMU-saldo.

Om de Wlz met een schone lei te laten starten, creëert de regering een nieuw fonds voor de financiering. Het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten (AFBZ) zal worden opgeheven. Het negatieve vermogen in het AFBZ wordt via

een eenmalige rijksbijdrage ten laste van 's Rijks schatkist gebracht. De definitieve afrekening vindt plaats zodra definitief bekend is wat de inkomsten en uitgaven van het fonds zijn geweest tot ultimo 2014. Dit kan pas enkele jaren na afloop door de Minister van Financiën worden vastgesteld. Hierdoor zullen de twee fondsen enkele jaren naast elkaar bestaan. Deze systematiek is ook toegepast bij de opheffing van de Algemene Kas van de Ziekenfondswet in 2010 en heeft geen consequenties voor het EMU-saldo en de overheidsschuld.

Eigen bijdragen

Een deel van de zorg zal worden gefinancierd uit de eigen bijdrage van de gebruikers. In paragraaf 2.7 is toegelicht dat in de systematiek van eigen bijdrage geen grote veranderingen optreden en opzichte van de AWBZ. Wel zal de financiële opbrengst van de intramurale eigen bijdragen als gevolg van het (verder) extramuraliseren van zorg teruglopen. De opbrengst van de intramurale bijdragen ligt nu rond de € 1,7 miljard en zal naar verwachting in 2017 € 0,3 miljard lager uitkomen. Daarnaast leidt ook de overheveling van de (extramurale) functies persoonlijke verzorging, verpleging en begeleiding naar gemeenten en Zvw tot een circa € 0,1 miljard lagere opbrengst van de eigen bijdragen ten opzichte van de AWBZ.

Koopkrachteffecten

Door de verwachte verlaging van de inkomensafhankelijke premie voor de Wlz – ten opzichte van de AWBZ-premie – en de overeenkomstige verhoging van de belastingtarieven in de 1^e en 2^e schijf van de inkomstenbelasting heeft de introductie van de Wlz geen directe koopkrachtgevolgen.

Hoofdstuk 8 Regeldruk

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

De inspanning van Rijk en gemeenten is er op gericht de regeldruk voor burgers en zorgaanbieders en de uitvoeringslasten/beheerskosten voor uitvoerders zoveel mogelijk te beperken. Dit gaat immers ten koste van het primaire proces: het verlenen van zorg. Dit is extra belangrijk omdat de regering daarmee een deel van de aangekondigde taakstelling van de Wlz vanaf 2017 wil realiseren zonder dat het ten koste gaat van de zorg. Tegelijkertijd zijn er stevige waarborgen nodig voor doelmatigheid en kwaliteit,

waardoor een bepaalde mate van administratieve lasten altijd zal blijven bestaan.

De kans op een succesvolle omslag in denken en handelen is groter naarmate de nieuwe regels voor burgers en professionals beter werkbaar en uitvoerbaar zijn. Dit betekent dat onnodige drempels of irritaties in de regels achterwege moeten blijven.

Hieronder volgt eerst een beschrijving van de eenmalige regeldruk die gepaard gaat met de invoering van de nieuwe wet. Daarna volgt een toelichting op de wijze waarop dit wetsvoorstel bijdraagt aan een structurele vermindering van de administratieve lasten. Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen de regeldruk voor burgers en zorgaanbieders en uitvoeringslasten voor zorgkantoren.

8.1 Eenmalige regeldruk

Dit wetsvoorstel gaat gepaard met eenmalige regeldruk. Dit is het gevolg van de invoering van de wet (kennisname) en de overdracht van zowel informatie(stromen) als werkzaamheden die hiermee gepaard gaan.

Kennisnemen van ontwikkelingen

Om te zorgen dat deze eenmalige lasten beperkt blijven tot een minimum, worden cliënten, hun vertegenwoordigers en cliëntenorganisaties nadrukkelijk betrokken bij de totstandkoming van deze wet. Op deze manier groeien zij mee met de ontwikkeling van de wet en komen zij niet voor verrassingen te staan. Ook wordt veel aandacht geschonken aan communicatie over de wijzigingen die de Wlz met zich meebrengt. In het najaar van 2013 wordt daarom gestart met een grote landelijke communicatiecampagne, enerzijds door gebruik te maken van de media en anderzijds vanuit een actieve benadering van cliënten door organisaties die reguliere contacten hebben met cliënten.

Hergebruik bekende gegevens

In het overgangsrecht is onder andere geregeld dat cliënten die nu al een indicatie voor verblijf geen herindicatie hoeven aan te vragen. Wel kunnen zij er zelf voor kiezen om hun indicatie binnen een jaar na inwerkingtreding te laten vervallen, indien zij eigenlijk te licht zijn voor de Wlz en liever thuis ondersteund worden door de gemeente. De cliënten die straks niet meer onder de Wlz, maar binnen de Wmo, Jeugdwet of Zvw vallen, blijven bij dit wetsvoorstel buiten beschouwing. De inzet bij het wetsvoorstel Wmo 2015 is om ook daar onnodige (her)indicaties zoveel mogelijk voorkomen. Ook cliënten die voortaan gebruik maken van de Zvw in plaats van de AWBZ, komen niet aan bod in dit wetsvoorstel.

Verder wordt geborgd dat relevante dossierinformatie door zorgkantoren, verzekeraars en het CIZ wordt overgedragen aan de nieuwe rechtspersonen

(Wlz-uitvoerders). Hierdoor wordt voorkomen dat de overheid 'naar de bekende weg vraagt' en worden cliënten en vertegenwoordigers niet belast met nieuwe vragen.

Om te zorgen dat de Wlz geruisloos en zonder een onnodige stijging van regeldruk kan worden ingevoerd, voert de regering regie op de transitie. Hiervoor is een transitieplan opgesteld, die de nodige handreikingen zal bieden. De begeleiding bij de transitie is vraaggestuurd en zal daarom helpen de ervaren lasten verder te beperken.

Dit wetsvoorstel behelst onder andere ook beperkte wijzigingen in de uitvoeringsstructuur ten opzichte van de AWBZ. Hoewel het voorstel uiteindelijk een vereenvoudiging van administratieve processen met zich meebrengt, zal het in eerste instantie leiden tot een toename van de uitvoeringslasten. De wijziging in de uitvoeringsstructuur krijgt immers zijn vertaling in een wijziging van de administratieve structuur. Indien verzekeraars de uitvoering van de AWBZ nu nog niet in een afzonderlijke rechtspersoon hebben ondergebracht, zullen incidentele investeringen gedaan moeten worden voor het oprichten van een dergelijke Wlz-uitvoerder. Ook de uniformering van het inkoopbeleid door zorgkantoren, kan incidenteel leiden tot regeldruk bij de zorgkantoren waarvan de inkoopcriteria nog niet aansluiten bij de landelijk te hanteren criteria.

8.2 Structurele effecten

Gevolgen voor burgers

Voor burgers betekent de Wlz een vermindering van (ervaren) administratieve lasten. De administratieve lasten zullen onder andere dalen door het goed regelen van de gegevensuitwisseling en hergebruik van deze gegevens. Dit loopt via het traject Informatievoorziening zorg en Ondersteuning (IZO). Daarnaast wordt binnen dat traject de samenhang tussen de domeinen (jeugd)zorg, Wlz, Zvw en Wmo bewaakt door te komen tot standaardisatie. Het pgb wordt vormgegeven als een trekkingsrecht en de verwerking gaat lopen via de SVB; dat biedt kansen om de administratieve lasten voor budgethouders te verlagen, omdat vooral de administratieve lasten van de verantwoording zullen verdwijnen.

De administratieve lasten bij de indicatiestelling voor burgers zullen naar verwachting ook dalen. Deze afname is te verwachten doordat het CIZ alleen nog een indicatiebesluit afgeeft voor onbepaalde tijd en hierdoor minder herindicaties nodig zijn. Daar staat echter tegenover dat het CIZ wel steviger zal optreden bij de indicatiestelling om fraude- en een opwaartse druk op de indicatiestelling te voorkomen. Omdat de positieve effecten naar verwachting groter zijn dan de maatregelen ter voorkoming van fraude en de toegang beperkter wordt, wordt verwacht dat de administratieve lasten bij de indicatiestelling voor de cliënt afnemen. Ook hier bestaat een direct verband met de Wmo. In de Wmo is geen sprake van indicatiestelling. Hierbij geldt naar verwachting dat de initiële lasten opwegen tegen de positieve langetermijneffecten.

Gevolgen voor zorgaanbieders

Het proces van zorginkoop voor de AWBZ wordt als een forse administratieve belasting ervaren door verschillende partijen, in het bijzonder door de aanbieders van zorg.¹⁹ Met het invoeren van deze wet zal deze ervaren regeldruk worden gereduceerd. Dit in lijn met de door de Tweede Kamer aanvaarde motie Van Dijk/Van 't Wout die verzoekt om te onderzoeken hoe de regeldruk bij zorgaanbieders door zorgkantoren verminderd kan worden.²⁰

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

De reductie van administratieve lasten zal nog versterkt worden door de uniformering ook te betrekken op het proces (wanneer moeten welke gegevens aangeleverd worden) en op de inhoud van het beleid (de inkoopcriteria en de gehanteerde formats voor het aanleveren van gegevens). Zoals in paragraaf 2.6 reeds is toegelicht, zal de regeldruk ook dalen doordat de minister bij AMvB regels kan stellen over uniformering van de zorginkoop en kwaliteitscriteria. VWS zal daarnaast begin 2014 bijeenkomsten organiseren waarbij wordt verkend of het mogelijk is om meer dan nu op innovatieve wijzen in te kopen.

In de gehandicaptenzorg is sprake van een stabiele populatie, die gemiddeld twintig tot dertig jaar zorg ontvangt, waarbij sprake is van een geringe in- en uitstroom en het gaat om een levenslange en levensbrede zorgvraag, die relatief goed voorspelbaar is. Enkele van de groepen zijn beperkt in volume zoals de zintuiglijk gehandicapten en vragen om een specifieke kennis en gespecialiseerde zorg. Voor deze cliënten heeft de zorgvraag dan ook nauwelijks een relatie met het regionale of lokale domein. De ervaren administratieve lasten bij de zorginkoop voor dit soort specifieke groepen kunnen worden gereduceerd als er één landelijk uniform inkoopbeleid wordt gehanteerd voor de zorginkoop. Bij het opstellen van een dergelijk landelijk inkoopkader kan worden aangesloten bij het landelijk Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg.

Ook de inkoop van de ouderenzorg wordt verder vereenvoudigd en geüniformeerd. Dit gebeurt via de in paragraaf 2.6 beschreven Zorginkoopgids en landelijke kwaliteitscriteria. Hierbij zij ook verwezen naar de door de

¹⁹ Rapport "Op weg naar minder administratieve lasten" van Casemix en bureau HHM, 29 november 2011.

²⁰ Kamerstukken II 2012/2013, 30 597, nr. 304.

Tweede Kamer tijdens de behandeling van de begroting VWS 2013 aanvaarde motie Van Dijk die onder andere verzoekt om meer overzichtelijke, eenduidige en heldere kwaliteitsinzichten voor cliënten en zorgaanbieders.²¹

Ook dient zoveel mogelijk hergebruik van eerder aangeleverde gegevens plaats te vinden. Voorkomen moet worden dat bijvoorbeeld aan de NZa informatie moet worden aangeleverd in een net iets ander format, als deze informatie overeenkomt met de gegevens die zijn verstrekt in het kader van een eerder ingediende offerte voor de zorgkantoor. Ook het aanleveren van bewijsstukken die niet jaarlijks wijzigen, kunnen als goed voorbeeld van hergebruik van gegevens gelden.

Op grond van het voorliggende wetsvoorstel is het mogelijk om meerjarige zorginkoopcontracten overeen te komen. De regering is ervan overtuigd dat meerjarige contracten een vliegwiel zijn voor kwaliteit en innovatie in de zorg. Partijen weten met een meerjarige basisafpraak over en weer waar zij aan toe zijn de komende jaren. Daarin kunnen afspraken gemaakt worden over de inhoud van zorg, de visie van de zorgaanbieder en het basisbudget gekoppeld aan de geïndiceerde zorg. Dat biedt duidelijkheid en zekerheid voor de zorgaanbieders en zijn cliënten, maar ook voor de financiers. Er kunnen investeringen in de toekomst worden gedaan. Ook kan onder andere tegen een lager rentetarief worden geleend voor investeringen, krijgen meerjarige innovatieprogramma's een betere kans van slagen, kan beter gestuurd worden op de inhoud van de zorg en kunnen betere afspraken over ketenzorg worden gemaakt. Indien partijen tot meerjarige afspraken besluiten, wordt een wezenlijke bijdrage geleverd aan de reductie van administratieve lasten. Belemmering voor het overeenkomen van meerjarige afspraken bleek het feit dat de zorgkantoren de afgelopen jaren telkens jaarlijks werden aangewezen, maar ook de jaarlijks wijzigende financiële kaders c.q. het beschikbare budget. De aanwijzingen voor de uitvoering van het voorliggende wetsvoorstel kunnen in beginsel meerjarig worden verleend. Of dit ook op korte termijn daadwerkelijk kan is mede afhankelijk van het voorstel dat ZN doet om het aantal regio's te verminderen. Financiële kaders zullen aan (jaarlijkse) wijzigingen onderhevig blijven. Niettemin zijn meerjarige afspraken over een basis- c.q. een garantiebudget mogelijk en daarnaast kunnen jaarlijks aanvullende afspraken worden gemaakt over bijvoorbeeld innovatie, groei en andere mutaties. Overigens zal een meerjarig contract niet ongeclausuleerd zijn. Indien bijvoorbeeld de meerjarig gecontracteerde zorgaanbieder enig jaar bewezen slechte kwaliteit van zorg levert, zal dat niet zonder gevolgen blijven voor de overeenkomst en kan de zorgkantoor die verbintenis onder omstandigheden verbreken.

Doordat Wlz-uitvoerders en zorgkantoren te maken krijgen met een minder gedetailleerde verantwoordingsplicht tegenover de NZa, zullen zij ook minder verantwoordingsinformatie van zorgaanbieders verlangen. De experimenten

²¹ Kamerstukken II 2012/2013, 33 400 XVI, nr. 61.

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

Tot slot worden de administratieve lasten voor zorgaanbieders verlaagd doordat de indicatiebesluiten die het CIZ neemt voor onbepaalde tijd worden afgegeven en er minder herindicaties nodig zijn.

Uitvoeringslasten voor Wlz-uitvoerders/zorgkantoren

Wlz-uitvoerders krijgen de wettelijke verantwoordelijkheid om de Wlz uit te voeren voor hun verzekerden. Zoals in paragraaf 2.6 is toegelicht, krijgen zorgkantoren de taak om het werk regionaal uit te voeren. Dit werk leidt tot uitvoeringslasten. Zo hebben zorgkantoren te maken met uitvoeringslasten, omdat zij nadrukkelijk de verantwoordelijkheid hebben om er op toe te zien dat de zorg verantwoord en doelmatig wordt verleend. Indien een cliënt er voor kiest om de aanspraken tot gelding te brengen buiten een instelling, dient het zorgkantoor immers vast te stellen dat dit op verantwoorde wijze kan gebeuren. Het gaat hier om invulling van de kerntaken van Wlz-uitvoerders. Zij ontvangen voor hun taak een structurele beheerskostenvergoeding (zie paragraaf 7.2).

Tegenover de initiële lasten, staat een daling van de uitvoeringslasten voor Wlz-uitvoerders. Ten opzichte van de AWBZ vermindert het aantal mensen dat aanspraak heeft op langdurige zorg van 800 duizend naar minder dan 200 duizend in de Wlz. Deze volumevermindering zal een significante daling van de uitvoeringslasten met zich meebrengen.

Ook op het vlak van het pgb zal zich een volumedaling manifesteren. Omdat daarnaast ook het betaalproces van het pgb is geconcentreerd bij de SVB, nemen de totale uitvoeringslasten af. Ook hoeven de zorgkantoren met minder zorginstellingen te onderhandelen en productieafspraken te maken. In het verlengde van de regionale opschaling, die overigens niet wettelijk wordt verankerd, is het niet langer nodig om voor 32 regio's afzonderlijk financieel verantwoording af te leggen. Een daling van de uitvoeringslasten is dus zeer waarschijnlijk. De mate waarin de uitvoeringslasten zullen afnemen, is afhankelijk de uiteindelijke regionale herindeling, waarover in overleg met de zorgverzekeraars zal worden besloten. Een ander aspect betreft de herinrichting van het toezicht door de NZa. De extensivering van het toezicht

houdt in dat de NZa zich meer concentreert op enkele kernindicatoren die belangrijk zijn voor de uitkomsten. Een voorbeeld hiervan is de herziening van de prestatiemeting op uitvoerders door de NZa. Dankzij de extensivering van het toezicht zullen de uitvoeringslasten van de Wlz kunnen dalen. Alles tegen elkaar afwegend, is de verwachting gerechtvaardigd dat de uitvoeringslasten voor Wlz-uitvoerders uiteindelijk zullen dalen. Daarom kan ook een besparing worden gerealiseerd op de beheerskosten, zoals in paragraaf 7.2 al is toegelicht.

8.3 Kwantificering

Met vorenstaande zijn de algemene lijnen van de gevolgen voor regeldruk van dit wetsvoorstel beschreven. Deze analyse is kwalitatief van aard, maar er zal in het najaar van 2013 tot kwantificering worden overgegaan. Deze kwantificering wordt uitgevoerd door een tweetal onderzoeksbureaus en bestaat uit twee onderdelen. Het eerste deel betreft het inkoopproces binnen de Wlz, terwijl het tweede onderzoek beziet wat de overige gevolgen zijn. Bij dit laatste onderzoek wordt gekeken naar de gehele hervorming van de langdurige zorg, dus zowel de effecten van de Wlz als de relatie met de Wmo en Zvw.

Hoofdstuk 9 Fraude en oneigenlijk gebruik

Het tegengaan van fraude en oneigenlijk gebruik in de zorg heeft hoge prioriteit. Het is ongewenst dat de kwaliteit en de betaalbaarheid van de zorg mede onder druk komen te staan, doordat de beschikbare middelen op een onjuiste manier worden gebruikt. Ook de solidariteit die in ons zorgstelsel nodig is wordt door fraude en oneigenlijk gebruik bedreigd. Verrijking ten koste van de premiebetaler zet voorts de solidariteit onder het zorgstelsel onnodig onder druk. De regering is daarom van oordeel dat fraude hard dient te worden bestreden. De Minister en Staatssecretaris van VWS hebben bij brief van 15 mei 2013 de Tweede Kamer geïnformeerd over de aanpak van zorgfraude.²² In deze brief wordt onder andere ingegaan op het bestaan van fraude in de zorg, welke stappen al zijn ondernomen en wat de extra inzet zal zijn om fraude te bestrijden. Ook is aangekondigd dat bezien zou worden of en op welke wijze het CIZ nadere handhavingbevoegdheden zou kunnen krijgen. In een brief van 16 september 2013 heeft de Tweede Kamer nadere informatie ontvangen met de eerste voortgangsrapportage fraudebestrijding.²³ Die laatste brief omvatte een plan van aanpak van de bestrijding van fraude en oneigenlijk gebruik in de zorg. De rijksoverheid is verantwoordelijk voor het stelsel van de langdurige zorg als geheel. De Minister van VWS heeft hierin een systeemverantwoordelijkheid. Het is belangrijk dat het systeem zo is ingericht dat fraude zoveel mogelijk wordt voorkomen en dat er instrumenten zijn om fraude, indien hiervan sprake is, kan worden opgespoord en dat hierop kan

²² Kamerstukken II 2012/2013, 28828, nr. 30.

²³ Kamerstukken II 2013/2014, 28 828, nr. 50.

worden gehandhaafd. Bij de vormgeving van de aanspraken, indicatiestelling, bekostiging et cetera is hiermee zoveel mogelijk rekening gehouden. Daarnaast zijn aan specifieke partijen specifieke taken toebedeeld om fraude tegen te gaan. Het gaat hierbij in het bijzonder om het CIZ, de zorgkantoren en de NZa. In onderstaande is beschreven op welke wijze verschillende actoren, de rijksoverheid, het CIZ, de zorgkantoren, de SVB en de NZa, in de Wlz een rol spelen bij het tegengaan van fraude en oneigenlijk gebruik.

Gegevensuitwisseling

Fraude vormt natuurlijk niet alleen een risico binnen de grenzen van de Wlz. Ook op de grensgebieden tussen de Wlz, de Wmo 2015, de Jeugdwet en de Zvw kan sprake zijn van fraude. Dat er samenhang is tussen de zorg die vanuit verschillende domeinen wordt geleverd is een feit. In de Wlz is de afbakening tussen de domeinen zo scherp mogelijk vorm gegeven maar er blijft altijd een schaduwgebied. Er zal daarom gegevensuitwisseling nodig zijn tussen verschillende uitvoerders, zoals gemeenten, zorgverzekeraars, zorgkantoren, het CIZ et cetera. Stel bijvoorbeeld dat iemand een indicatie aanvraagt bij het CIZ en het CIZ een positief indicatiebesluit afgeeft waarmee deze persoon aanspraak op zorg krijgt op grond van de Wlz. Dan is het belangrijk dat het zorgkantoor weet dat het een zorgplicht heeft voor die persoon en dat de gemeente en zorgverzekeraar weten dat zij binnenkort niet meer verantwoordelijk zijn voor (een deel van) de zorg en ondersteuning voor deze persoon. Door gegevens bij elkaar te brengen en uit te wisselen kan eventuele fraude worden opgespoord. Daarnaast kan fraude worden opgespoord door de cliënt inzicht te bieden in zijn betalingen en geleverde zorg.

9.1 De rol van de rijksoverheid bij het tegengaan van fraude

Het zorgstelsel is gebaseerd op een uitvoering door partijen die zelf hun verantwoordelijkheid nemen en de gestelde wetgeving goed uitvoeren. Het is de taak van de rijksoverheid om de benodigde wet- en regelgeving zo vorm te geven dat fraude en oneigenlijk gebruik zo veel mogelijk worden voorkomen. De geldende wetgeving geven de algemene kaders aan waarin de partijen in het veld moeten opereren. Het gaat in dit verband niet alleen om de AWBZ, die met dit wetsvoorstel wordt vervangen door de Wlz, maar ook om de Zvw, Wmo en de Wet marktordening gezondheidszorg. Deze wetgeving is continu aan verandering onderhevig omdat de zorg zelf dat ook is. Gewenste veranderingen vragen daarom voortdurende aandacht en inspanningen van de betrokken partijen. Bij die wijzigingen van zorgwetgeving mogen beoogde uitvoeringsproblemen, die oneigenlijk gebruik en fraude in de hand kunnen werken, niet uit het zicht raken. De Minister en Staatssecretaris van VWS hebben de Tweede Kamer daarom toegezegd om alle nieuwe wet- en regelgeving bij de consultatie van betrokken partijen te laten toetsen op fraudegevoeligheden. Hierdoor worden de beleidsanalyses en de voorgestelde regels nadrukkelijk door de uitvoerende partijen gezien op mogelijke uitvoeringsproblemen die kunnen leiden tot oneigenlijk gebruik of zelfs fraude. Het format voor deze fraudetoets wordt nog verder ontwikkeld tot een

eenduidige structuur die uiteindelijk op alle nieuwe wet- en regelgeving kan worden toegepast. Hierdoor zal een uniforme fraudetoets op relevante, vergelijkbare aspecten ontstaan. Vooruitlopend op het vaste format van de fraudetoets, is de consultatieversie van dit wetsvoorstel bezien op fraudegevoeligheden. Daarbij is voor de eerste keer gebruik gemaakt van een fraudetoets, die zoals gezegd verder in ontwikkeling is. Diverse organisaties zijn tijdens de consultaties uitgenodigd om het wetsvoorstel hierop te toetsen. De uitkomsten zijn in het wetsvoorstel verwerkt.

Uitkomst fraudetoets

Nza, CIZ en CAK hebben op verzoek van VWS specifiek aandacht besteed aan de fraudegevoeligheid van het wetsvoorstel Wlz. In hoofdstuk 14 is nader aangegeven welke fraude risico's deze partijen zien bij de Wlz. In algemene zin kan worden geconcludeerd dat het risico op fraude en oneigenlijk gebruik in de Wlz kleiner is dan in de AWBZ. De Wlz kent weliswaar een aantal risico's die de AWBZ ook kent maar de Wlz bevat ook verbeteringen ten opzichte van de AWBZ.

De risico's bevinden zich onder andere op het vlak van de bekostiging en het toezicht. Daarnaast blijft het pgb een aandachtspunt en blijven er, omdat zorg voor cliënten over verschillende domeinen heen wordt georganiseerd schaduwgebieden tussen domeinen bestaan waardoor mogelijkheden voor Zvw-verzekeraars en gemeenten om kosten af te wentelen op de Wlz en vice versa niet volledig kunnen worden uitgesloten. Onder meer de Nza en het CIZ geven hiervan notie. Zie hoofdstuk 14.

Verbeteringen in de Wlz ten opzichte van de Wmo zijn onder meer gelegen in de vormgeving van de indicatiestelling, de instrumenten die het CIZ krijgt om fraude op te sporen, de vormgeving van het pgb en de gegevensuitwisseling. De toegang tot de Wlz wordt minder fraudegevoelig doordat het CIZ de indicatie zelf stelt in plaats dit aan zorgaanbieders dit uit te besteden. Clienten die niet meewerken aan het opvragen van (medische) gegevens ten behoeven van de indicatiestelling kunnen buiten behandeling worden gesteld.

Het pgb wordt minder fraudegevoelig doordat trekkingsrecht wordt geïntroduceerd en het zorgkantoor betalingen vanuit het pgb strenger gaat controleren. Daarnaast weigert het zorgkantoor een pgb als de client zich eerder niet aan plichten van pgb heeft gehouden.

Taskforce Integriteit Zorgsector

De regierol van het Ministerie van VWS komt verder tot uiting in de Taskforce Integriteit Zorgsector (TIZ), bestaande uit een samenwerkingsverband tussen de NZa, de Fiscale Inlichtingen en Opsporingsdienst (FIOD), de Inspectie SZW, de IGZ, de Belastingdienst, het OM, ZN, het CIZ en het Ministerie van VWS. De Taskforce heeft in een convenant in februari 2013 vastgelegd de samenwerking op het terrein van zorgfraudebestrijding te gaan versterken. Onder regie van de TIZ is in het najaar van 2013 het Expertisecentrum Zorgfraude Bestrijding (EZB) van start gegaan. Het EZB, dat naar verwachting op 1 januari 2014 volledig operationeel zal zijn, heeft twee taken. Ten eerste het opsporen van

(patronen van) fraude en ten tweede het gezamenlijk aanpakken van meervoudige zorgfraudezaken.

9.2 De rol van het CIZ bij het tegengaan van fraude

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

Voorkomen van upcoding

Het objectief vaststellen wie voor langdurige zorg in aanmerking komt is een belangrijke pijler van het zorgsysteem en dient onbetwist te zijn. In de laatste jaren is een praktijk ontstaan waarin in de werkwijze van het CIZ vereenvoudigingen zijn aangebracht en waarbij het CIZ bij de indicatiestelling zelfs meer afstand heeft genomen. Deze aanpak houdt in dat besluiten zijn afgegeven via Standaard Indicatieprotocollen, Herindicaties via Taakmandaat of de Indicatiemelding Verblijf 80-plus. Uit onderzoek van het CIZ naar de omvang van upcoding bij deze gemandateerde vormen van indicatiestelling in de AWBZ, blijkt dat instellingen die zelf, via taakmandaat, hun cliënten indiceren vaker zwaardere zorg (of hogere zorgzwaartepakketten) indiceren dan strikt noodzakelijk (upcoding). Het onderzoek van het CIZ is op oktober 2013 naar de Tweede Kamer gezonden.²⁴ Het CIZ heeft onderzoek gedaan naar het fenomeen upcoding, waarbij onder upcoding wordt verstaan dat de geobjectiveerde zorgbehoefte van de cliënt niet overeenkomt met de inhoud

²⁴ Kamerstukken II 2012/2013, 28 828, nr. 51.

van het door de zorgaanbieder aangevraagde indicatiebesluit. Het kan zijn dat er eigenlijk een andere aanspraak bestaat (zoals een lager zzp) of er zelfs helemaal geen aanspraak bestaat.

In de Wlz zal het in beginsel niet mogelijk zijn om de indicatiestelling te mandateren. Per 1 januari 2015 zal iedere indicatiestelling door de CIZ plaatsvinden na een persoonlijk contact met de aanvrager van het indicatiebesluit. Overigens zullen ook vooruitlopend op dit wetsvoorstel maatregelen worden genomen om upcoding en ongewenst strategische gedrag vanuit aanbieders te voorkomen. Het CIZ verhoogt het aantal controles op gemandateerde indicaties en worden de controles op gemandateerde indicatiestelling geïntensiveerd.

Onherroepelijke toestemming van aanvrager

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

Verstrekking medische gegevens door medisch beroepsbeoefenaren

Het medisch beroepsgeheim is een groot goed. Een gewaarborgd medisch beroepsgeheim is van belang om de burger een onbelemmerde toegang tot de voorzieningen van de gezondheidszorg te bieden. Het medisch beroepsgeheim gaat echter uit van volledige integriteit van alle zorgaanbieders, terwijl de praktijk laat zien dat ook zij partij kunnen zijn bij het veroorzaken of in stand houden van oneigenlijk gebruik of zelf frauduleus handelen in de zorg. In de AWBZ is gebleken dat behandelend artsen soms weigeren om medische gegevens aan het CIZ te verstrekken, zelfs wanneer de cliënt wel toestemming heeft gegeven tot het opvragen van de medische gegevens. Zij beroepen zich op het medische beroepsgeheim ter bescherming van de cliënt. De Wet op de geneeskundige behandelovereenkomst (WGBO) geeft de beroepsbeoefenaren ook de ruimte om te mogen weigeren. In dit wetsvoorstel wordt geregeld dat zorgaanbieders als de cliënt hiertoe toestemming geeft, niet meer mogen weigeren om medische gegevens te verstrekken aan het CIZ. De onherroepelijke toestemming van de cliënt is immers onvoldoende om het CIZ van de benodigde informatie te voorzien. Toestemming van de cliënt vormt weliswaar een rechtvaardigingsgrond voor doorbreking van het beroepsgeheim, maar levert geen plicht tot doorbreking op. Het medisch beroepsgeheim zou, ondanks toestemming van de cliënt, het tegengaan van fraude kunnen frustreren. Het is daarom nodig om het medisch beroepsgeheim te doorbreken. Dit geldt voor alle gegevens waaronder die betreffende de gezondheid, die het CIZ nodig heeft voor de uitvoering van zijn wettelijke taken (waaronder psychologische rapportages). Informatie die wel relevant is

voor de zorgverlening zelf, maar niet voor toegang tot de Wlz, komt uiteraard alleen beschikbaar bij de zorgaanbieder en de zorgverlener en niet bij het CIZ. Hetzelfde geldt voor de gegevensuitwisseling naar de Wlz-uitvoerder of zorgkantoor.

Ambtshalve herindiceren

De Wlz voorziet in de mogelijkheid om in bepaalde gevallen de indicatie voor zorg te herzien of in te trekken. In verband met het tegengaan van fraude en oneigenlijk gebruik, is deze bevoegdheid van het CIZ vooral gericht op de situatie waarin een indicatiebesluit is afgegeven op grond van onjuiste of onvolledige gegevens die door de verzekerde of derden zijn aangeleverd. Dit kan betekenen dat het CIZ tot een andere beslissing zou zijn gekomen indien het de beschikking had over de juiste gegevens. Indien de gegevens opzettelijk onjuist of onvolledig zijn verleend, meestal met het oog op financieel gewin, zal sprake kunnen zijn van een strafbaar feit. Een voorbeeld hiervan was de zogenaamde Marque-zaak, waarin valselijk medische rapportages werden opgesteld op basis waarvan mensen een persoonsgebonden budget of arbeidsongeschiktheidsuitkering konden aanvragen. Niet alleen blijkt het medisch beroepsgeheim belemmerend te kunnen werken in het aanpakken van fraude waarbij juist ook medisch beroepsbeoefenaren zijn betrokken, maar ook was er onduidelijkheid over het melden van vermoedens van fraude en de doorwerken in de onjuiste indicatiebesluiten. Hoewel op grond van jurisprudentie ook zonder specifieke wettelijke grondslag aan bestuursorganen de bevoegdheid toekomt om ambtshalve een eerder genomen besluit in te trekken, is het wenselijk te voorzien in een specifieke grondslag.

Toets op doelmatigheid van de indicatiestelling door het CIZ

Omdat een prikkel tot doelmatigheid bij de indicatiestelling door het CIZ ontbreekt, is het van belang dat de NZa net als in de AWBZ (geanonimiseerde) gegevens van het CIZ blijven ontvangen om de doelmatigheid te kunnen toetsen.

9.3 Taak van de Wlz-uitvoerder en het zorgkantoor bij het tegengaan van fraude

Naast het CIZ heeft ook de Wlz-uitvoerder en zeker ook het zorgkantoor een taak bij het tegengaan van fraude. Een van deze taken is te controleren of de zorg daadwerkelijk overeenkomstig de gedeclareerde zorg geleverd wordt. Dit doet het zorgkantoor via de materiële controle. Dit is hetzelfde als in de huidige AWBZ, waarbij het zorgkantoor controleert of de door de zorgaanbieder gedeclareerde zorg ook daadwerkelijk is geleverd en/of de verzekerde op de geleverde zorg was aangewezen. Als er signalen zijn van onrechtmatigheid stelt hij een onderzoek in om vast te stellen wat er precies aan de hand is en vordert waar nodig de onrechtmatig uitgekeerde gelden terug. Uiteraard heeft het zorgkantoor ook de verantwoordelijkheid om in zijn eigen bedrijfsprocessen maatregelen te treffen om oneigenlijk gebruik en fraude te voorkomen.

In het Kenniscentrum fraudebeheersing in de zorg, een initiatief van ZN, nemen zorgverzekeraars en de zorgkantoren deel. Zij melden daarin signalen van fraude die zij onderzoeken waardoor een actueel overzicht ontstaat van alle bekende fraudegevallen. Het kenniscentrum geeft de informatie weer door aan het Landelijk verzamelpunt van de NZa of het Verbond van Verzekeraars. Bovendien kan het kenniscentrum verbanden leggen tussen overeenkomstige dossiers.

9.4 De rol van de SVB bij het tegengaan van pgb-fraude

In de afgelopen jaren hebben enkele zaken de media gehaald waarin sprake was van fraude met persoonsgebonden budgetten. Naast de meer algemene maatregelen in de sfeer van de ABWZ / Wlz, worden ook specifieke maatregelen genomen om deze vorm van fraude en oneigenlijk gebruik tegen te gaan. Het gaat hierbij om maatregelen die vooral bedoeld zijn om het oneigenlijk gebruik tegen te gaan, zoals “bewuste keuze”-gesprekken van zorgkantoren met cliënten, maar ook om aanscherping van de weigeringsgronden en de vervanging van het persoonsgebonden budget als een geldelijke uitbetaling op een rekening van de verzekerde door een “trekkingsrecht”. Op de weigeringsgronden wordt in de artikelsgewijze toelichting verder ingegaan. Het trekkingsrecht houdt in dat de SVB namens de verzekerde het persoonsgebonden budget op een rekening houdt. De SVB voert de betalingen en de controle uit. In een beveiligde omgeving krijgt de verzekerde toegang tot het persoonsgebonden budget en geeft hij de uitvoerder opdracht om een betaling aan zorgverleners doen. Uiteraard blijft de budgethouder vrij om te bepalen wie hij contracteert, al dienen deze partijen wel vooraf bekend te zijn. De verwachting is dat de toekenning van persoonsgebonden budgetten aan de verzekerde in de vorm van trekkingsrechten, alsmede de betalingsroute via de SVB, een remmende werking zullen hebben op fraude, maar ook resulteren in een betere administratie van de pgb-bestedingen.²⁵

9.5 Toezicht door de NZa

De bekostiging van de zorg wordt zo ingericht dat een aanbieder wordt geprikkeld om doelmatig zorg te verlenen. Deze financiële prikkels maken tegelijkertijd fraude/misbruik lonend voor zorgaanbieders. Om dit te voorkomen stemt de NZa zijn instrumenten om toezicht te houden op fraude zoveel mogelijk af op deze financiële prikkels. Om te zorgen dat de risico's op fraude bij de zorglevering niet groter worden dan in de AWBZ is het belangrijk dat de NZa in het nieuwe kostenonderzoek (zie hoofdstuk 2.4) dat de NZa op verzoek van de Minister zal uitvoeren, aandacht heeft voor de medische herkenbaarheid van de prestaties.

²⁵ Zie ook de brief aan de Tweede Kamer van 2 december 2012 over de fraude met persoonsgebonden budgetten (Kamerstukken II, 2012/2013, 25 657, nr. 96).

De omzetplafonds die de NZa in het kader van artikel 50 van de Wmg oplegt aan zorgaanbieders bij zorg in natura is een belangrijke barrière voor zorgfraude. De NZa bepaalt het plafond op basis van de productieafspraken tussen aanbieder en uitvoerder. Het wetsvoorstel handhaaft deze systematiek. Daarmee heeft de aanbieder voor de ingekochte zorg geen prikkel om meer te declareren dan de afspraak. Immers, boven de vastgestelde grens levert dat geen direct financieel voordeel op. In die zin werpt het budgetsysteem een (effectieve) belemmering voor fraude op.

9.6 Opsporing en strafketen

Hoewel de wet- en regelgeving zo veel mogelijk zal worden vormgegeven dat fraude wordt voorkomen en daar ook flankerend beleid voor is, zal het voorkomen dat fraude wordt gepleegd. Het is dan van essentieel belang dat de daders ook daadwerkelijk worden vervolgd en bestraft. De pakkans heeft immers een groot aandeel in de afschrikwekkende werking van het strafrecht. In de strafrechtketen zijn een aantal partijen van belang bij zorgfraude. De politie behandelt de meer eenvoudige zaken die passen binnen de prioriteringsafspraken die voortvloeien uit het convenant Aanpak Verzekeringsfraude. Het Openbaar Ministerie (OM) is belast met de vervolging van verdachten. Daarvoor wordt samengewerkt met politie en andere opsporingsdiensten. Het OM heeft ook tot taak om te zorgen dat het vonnis van de rechter wordt uitgevoerd. In het Convenant Verzekeringsfraude, gesloten door het Verbond van Verzekeraars, ZN, Politie, OM en de zorgverzekeraars, is een aantal thema's benoemd waarvoor men in voorkomende gevallen om de inzet van strafrechtelijke opsporings- en vervolgingscapaciteit zal vragen.

De FIOD is belast met een aantal opsporingsonderzoeken naar ernstige zorgfraude die door NZa-toezicht aan het licht komen of die door het Kenniscentrum fraudebeheersing in de zorg van ZN bij het landelijk verzamelpunt van de NZa zijn gemeld. Bij de Inspectie SZW is een aparte eenheid ingericht (Fraudeteam PGB Inspectie) om fraude met persoonsgebonden budgetten op te sporen.

Hoofdstuk 10 Gegevensuitwisseling

10.1 Inleiding

De bestuursorganen die belast zijn met de uitvoering van de Wlz, alsmede de toezichthouders, zullen hun taken alleen op een effectieve manier kunnen uitvoeren indien zij beschikken over de juiste informatie. Zeker in een sociaal domein als de zorg is het van belang dat de gegevens waarover partijen kunnen beschikken betrouwbaar en toereikend zijn. Niet alleen is de burger op individueel niveau gediend bij een uitvoeringspraktijk die tijdig gebruik maakt van de juiste en relevante gegevens, maar ook het zorgsysteem als stelsel is hierbij gediend. Een stelsel waarin gebruik wordt gemaakt van relevante en actuele gegevens is minder gevoelig voor uitvoeringsproblemen die kunnen

leiden tot verspilling, onbedoeld gebruik of fraude. Dit kan voorkomen dat het zorgstelsel verder onder druk komt te staan door dergelijke verspillende verschijnselen die ook de solidariteit in de zorg kunnen aantasten. Aan de andere kant betekent het gebruik van persoonsgegevens, door de overheid of daarbuiten, een inperking van het grondrecht van bescherming van de persoonlijke levenssfeer (artikel 10, tweede en derde lid, van de Grondwet, artikel 8 van het EVRM, artikel 8 Handvest van de grondrechten van de Europese Unie). Bij het gebruik van bijzondere persoonsgegevens, zoals medische gegevens, is er dan ook een zeker spanning tussen een verantwoorde uitvoering van de wet (effectiviteit) en de genoemde grondrechten (privacy). Vanwege de voor een goede uitvoering van het wetsvoorstel noodzakelijke verwerking van persoonsgegevens is het noodzakelijk de gegevensverwerking in het wetsvoorstel zorgvuldig te normeren en te reguleren teneinde een te grote inbreuk op de persoonlijke levenssfeer en risico's voor de bescherming van die gegevens te voorkomen. De in deze wet voorgestelde bepalingen omtrent de gegevensuitwisselingen tussen uitvoerende organen vormen de uitkomst van een belangenafweging tussen deze belangen.

Per 1 september 2013 wordt bij de ontwikkeling van beleid en wetgeving, evenals bij de bouw van ICT-systemen en de aanleg van databestanden, het Privacy Impact Assessment (PIA) gehanteerd. Het PIA is een hulpmiddel om bij ontwikkeling van wetgeving, en de daarmee gepaard gaande infrastructuur, privacyrisico's op gestructureerde en heldere wijze in kaart te brengen. De gegevensuitwisseling ten behoeve van de Wlz is grotendeels gebaseerd op de gegevensuitwisseling zoals deze onder de AWBZ plaatsvindt. Ondanks decentralisatie van taken naar gemeenten en overheveling van aanspraken naar de Zvw, blijven de betrokken partijen en dus de noodzakelijke gegevensuitwisseling globaal hetzelfde als in de artikelen 52 tot en met 57b van de AWBZ. Het is niet zo dat het in de Wlz gaat om een geheel nieuw databestand of systeem waarin een nieuwe verzameling persoonsgegevens voor een nieuw doel zal worden verwerkt. Aan het bestaande AWBZ-systeem zijn echter wel nieuwe vormen van verstrekking, uitwisseling, openbaarmaking en (meervoudig) gebruik van gegevens toegevoegd. Het zwaartepunt van het gebruik van het PIA heeft daarom plaatsgevonden bij die delen van de Wlz die een afwijking inhouden van hetgeen reeds in de AWBZ wordt geregeld. Het zijn dan ook vooral deze verschillen die hierna worden toegelicht.

10.2 Juridisch kader

In deze paragraaf wordt ingegaan op het algemene juridisch kader voor gegevensverwerking in relatie met dit wetsvoorstel. Op Europees en internationaal niveau gelden juridische kaders voor de Nederlandse privacywetgeving. Het Internationaal Verdrag ter bescherming van de Burgerlijke en Politieke rechten (IVBPR) en het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens (EVRM) bevatten artikelen die beogen de persoonlijke levenssfeer te beschermen. Zo geeft artikel 17 van het IVBPR een ieder het recht op bescherming door de wet tegen willekeurige en onrechtmatige

inmenging in de persoonlijke levenssfeer. Inmenging in de persoonlijke levenssfeer is slechts toegestaan indien de verwerking van persoonsgegevens noodzakelijk is en op een gerechtvaardigde grondslag geschiedt. In artikel 8, eerste lid, van het EVRM, bepaalt eveneens dat een ieder recht heeft op eerbiediging van zijn persoonlijke levenssfeer. Ook dit artikel biedt geen onbegrenst recht, maar voorziet met het tweede lid in de mogelijkheid om het recht in te perken. Een inmenging in de persoonlijke levenssfeer moet volgens dat lid bij wet zijn voorzien en noodzakelijk zijn in een democratische samenleving en een legitiem doel nastreven. De Wlz voorziet overigens in een dergelijk legitieme doel, namelijk het beschermen van de gezondheid van de burger.

Naast deze verdragen is met name Richtlijn 95/46/EG van het Europees Parlement en de Raad van 24 oktober 1995 betreffende de bescherming van natuurlijke personen in verband met de verwerking van persoonsgegevens en betreffende het vrije verkeer van die gegevens van belang. De regels met betrekking tot het verwerken van persoonsgegevens zijn vastgelegd in de Wet bescherming persoonsgegevens (wbp). De Wbp is een uitwerking van richtlijn 95/46/EG.

In relatie met nationale wetgeving is de Wbp ook een uitwerking van artikel 10, eerste lid, van de Grondwet. Dat artikel geeft aan dat een ieder recht heeft op eerbiediging van de persoonlijke levenssfeer en dat een beperking hiervan alleen kan geschieden bij of krachtens wet. Deze beperking vindt dus met name plaats via de Wbp. Artikel 7 van die wet bepaalt dat persoonsgegevens uitsluitend voor welbepaalde, uitdrukkelijk omschreven en gerechtvaardigde doeleinden mogen worden verzameld. Het verzamelen van persoonsgegevens moet tevens daadwerkelijk nodig zijn voor het bereiken van het doel en in verhouding staan tot dat doel. Niet alleen het doel moet het gebruik van persoonsgegevens dus rechtvaardigen, maar ook de wijze waarop de gegevens worden gebruikt moet gerechtvaardigd zijn.

In artikel 8 van de Wbp is een limitatief aantal gronden opgenomen die het begrip 'gerechtvaardigd' nader invullen. Zo is verwerking van persoonsgegevens op grond van artikel 8 van de Wbp toegestaan indien betrokkene voor de verwerking zijn ondubbelzinnige toestemming heeft verleend (onderdeel a), de verwerking noodzakelijk is om een wettelijke verplichting na te komen waaraan de verantwoordelijke onderworpen is (onderdeel c) en de gegevensverwerking noodzakelijk is voor de goede vervulling van een publiekrechtelijke taak door een bestuursorgaan (onderdeel e). Persoonsgegevens mogen alleen worden verwerkt als de verwerking op één of meer van die gronden is gebaseerd. De daarop volgende artikelen bevatten verdere voorschriften omtrent de verwerking van persoonsgegevens.

- Artikel 16 van de Wbp verbiedt in beginsel de verwerking van bijzondere persoonsgegevens over iemands gezondheid en enige andere onderwerpen. In de daarop volgende artikelen zijn echter uitzonderingen mogelijk gemaakt. Voor dit wetsvoorstel zijn met name de artikelen 21, 23 en 24 van de Wbp van belang.

- Artikel 21 van de Wbp bevat specifieke uitzonderingen op het verbod van artikel 16 voor zover het gaat om persoonsgegevens betreffende de gezondheid. De bepaling geeft in onderdeel a van het eerste lid hulpverleners, instellingen of voorzieningen voor gezondheidszorg of maatschappelijke dienstverlening het recht om gezondheidsgegevens van iemand te verwerken, voor zover dat noodzakelijk is voor een goede behandeling of verzorging van de betrokkene. Onderdeel f van het eerste lid bestuursorganen of instellingen die te hunne behoefte werkzaam zijn dat recht, voor zover dat noodzakelijk is voor een goede uitvoering van wettelijke voorschriften die voorzien in aanspraken die afhankelijk zijn van de gezondheidstoestand van de betrokkene. Het derde lid van dat artikel maakt het verder mogelijk om ook andere bijzondere persoonsgegevens te verwerken, voor zover dit noodzakelijk is in aanvulling op de verwerking van persoonsgegevens betreffende de gezondheid met het oog op een goede behandeling of verzorging van betrokkene.
- Ook artikel 23 van de Wbp kent uitzonderingen op het verwerkingsverbod van artikel 16. In Het kader van een volksverzekering voor langdurige zorg als de Wlz is met name van belang dat het verbod niet geldt als de verwerking geschiedt met uitdrukkelijke toestemming van betrokkene (eerste lid, onderdeel a) of, wanneer het vragen van toestemming niet mogelijk is, indien de gegevens noodzakelijk ter verdediging van vitale belangen van de betrokkene (eerste lid, onderdeel d). Ook met het oog op een zwaarwegend maatschappelijk belang geldt het verbod niet, indien passende waarborgen worden geboden ter bescherming van de persoonlijke levenssfeer en dit bij wet wordt bepaald (eerste lid, onderdeel f).

10.3 Toetsing aan het juridisch kader

De Wlz biedt een wettelijke basis voor de uitvoering van taken in het kader van deze volksverzekering voor (zwaardere vormen van) langdurige zorg, alsmede voor de verwerking van persoonsgegevens, waaronder bijzondere persoonsgegevens, die voor die uitvoering noodzakelijk zijn. Daarmee is de beperking van de persoonlijke levenssfeer, in overeenstemming met het IVBPR, het EVRM en de Grondwet, bij de wet voorzien.

De Wlz-uitvoerder voert de Wlz uit, voor zover de uitvoering niet bij of krachtens de Wlz aan anderen is opgedragen. In beginsel voert de Wlz-uitvoerder de wet uit voor de bij hem ingeschreven verzekerden uit, maar in de praktijk zullen enkele Wlz-uitvoerders als zorgkantoren de wet in een bepaalde regio uitvoeren voor alle verzekerden in die regio. Aan de vereisten van artikel 8, onderdelen c en e, van de Wbp wordt derhalve voldaan gezien de publiekrechtelijke taak van de uitvoerende partijen, die hun taken alleen kunnen vervullen indien de verwerking van persoonsgegevens mogelijk wordt gemaakt. Het zal daarbij voor een essentieel deel gaan om bijzondere persoonsgegevens, vooral gegevens betreffende de gezondheid van de verzekerde. Het verwerkingsverbod van die gegevens (artikel 16 Wbp) wordt

uitgezonderd in artikel 21 Wbp. Hierdoor is het voor zorgaanbieders en zorgverleners als bedoeld in artikel 1.1.1 (artikel 21, eerste lid, onderdeel a) en voor bestuursorganen als het CIZ, het CAK, de Wlz-uitvoerders en zorgkantoren (onderdeel f) een wettelijke basis om gegevens betreffende de gezondheid te verwerken voor de uitvoering van de Wlz.

Hierbij is van belang dat de verzekerde zelf het merendeel van de benodigde (bijzondere) persoonsgegevens zal (laten) verstrekken bij bijvoorbeeld de aanvraag tot een indicatiebesluit van het CIZ. Op grond van artikel 3.2.1, tweede en vierde lid, zal de verzekerde bij zijn aanvraag zijn burgerservicenummer moeten vermelden en alle informatie moeten verstrekken die van belang is voor de indicatiestelling. Ook is hij verplicht om mee te werken aan onderzoeken door of namens het CIZ. Het CIZ kan immers alleen op grond van betrouwbare (medische) gegevens een oordeel geven over de zorgbehoefte van de verzekerde en de vraag beantwoorden of de verzekerde aanspraak heeft op Wlz-zorg. In het voorgaande hoofdstuk is reeds ingegaan op het belang van een solide indicatiestelling voor de juiste uitvoering en houdbaarheid van de Wlz.

Het zal de verzekerde bij de aanvraag duidelijk zijn waarom de verwerking van zijn persoonsgegevens nodig is en het ook in zijn belang is dat deze juist zijn. Met het voorgaande is de verwerking van persoonsgegevens die noodzakelijk zijn voor de behandeling van een aanvraag of de levering van de zorg van een wettelijke basis voorzien (artikel 23, eerste lid, van de Wbp).

Niet alleen internationale, maar ook in nationale wet- en regelgeving biedt, zoals in de vorige paragraaf aangegeven, een juridisch kader voor het gebruik en de verzameling van persoonsgegevens. De Wlz is in lijn met het geschetste kader. Er wordt immers een legitiem doel mee gediend en is noodzakelijk een democratische samenleving. Bovendien wordt voldaan aan de eisen van proportionaliteit en subsidiariteit. De artikelen in hoofdstuk 9 van de Wlz hebben betrekking op gegevensverwerking en grotendeels overeen met de huidige bepalingen van de AWBZ. In die bepalingen wordt blijk gegeven van het grote belang van een zorgvuldige omgang met persoonsgegevens en regelt welke eisen daarbij gelden. Dit wetsvoorstel voldoet aan het vereiste dat de inmenging bij wet moet zijn voorzien, omdat de bevoegdheid tot het verwerken van gegevens bij wet wordt geregeld, de burger toegang heeft tot de wet en de bepalingen duidelijk zijn omschreven. Het wetsvoorstel voldoet ook aan de eis dat de inmenging noodzakelijk moet zijn in een democratische samenleving. Dit betekent dat er een dringende maatschappelijke behoefte dient te bestaan en dat de inmenging voldoet aan eisen van proportionaliteit en subsidiariteit. Er is in dit geval sprake van een dringende maatschappelijke behoefte, namelijk het voorzien in een volksverzekering voor de (zware vormen van) langdurige zorg. Het (gezondheids)belang van de burger is gediend bij een volksverzekering die betrouwbaar, effectief en efficiënt kan worden uitgevoerd door de gebruikmaking van relevante informatie.

Dit wetsvoorstel voldoet ook aan de vereisten van proportionaliteit en subsidiariteit. Het vereiste van subsidiariteit houdt in dat er geen minder ingrijpend middel is om het doel te bereiken. Er zijn geen alternatieven die het de uitvoerende partijen mogelijk maken de gezondheid op gelijke wijze te beschermen, de wet of een houdbare wijze uit te voeren, waarbij een kleinere inmenging in de persoonlijke levenssfeer aan de orde zou zijn. Een alternatief waarin het volledig overdragen van persoonsgegevens van de burger aan de verschillende ketenpartners zou worden geregeld is onwenselijk, omdat dat alternatief niet voldoet aan de eis van proportionaliteit. Ook een alternatief waarin de verwerking van persoonsgegevens zonder toestemming van de burger plaats zou vinden houdt een onevenredige inmenging in de persoonlijke levenssfeer in. Het doel van de maatregelen is om de gezondheid van de burgers te beschermen, hetgeen alleen bereikt kan worden indien de Wlz-uitvoerders, de zorgaanbieders, het CIZ en het CAK informatie over de verzekerde voor hen relevante informatie moeten kunnen verwerken om hun wettelijke taken op een goede wijze uit te voeren. Doordat er slechts gebruik wordt gemaakt van de meest noodzakelijke, tot het minimum beperkte gegevensset, zijn de maatregelen dus ook proportioneel.

In de toelichting bij hoofdstuk 9 wordt nader ingegaan op de artikelen die gaan over de verwerking van gegevens.

10.4 Samenhang stelsels en ontschotting

Het is wenselijk dat er bij de informatievoorziening samenhang bestaat tussen de Wlz, Wmo 2015, de Zvw en de Jeugdwet. Er zal immers regelmatig interactie nodig zijn tussen de uitvoerders in de verschillende stelsels. Dit geldt vooral in de transitieperiode, wanneer grote groepen mensen terecht komen in een ander domein. In de structurele situatie die na de transitie ontstaat, is de benodigde gegevensuitwisseling vergelijkbaar met de gegevensuitwisseling tussen de AWBZ, Zvw en Wmo. Onder de AWBZ was immers ook samenwerking nodig tussen zorgkantoren, Zvw-verzekeraars en gemeenten wanneer cliënten gebruik maken van zorg of ondersteuning uit verschillende domeinen tegelijkertijd of wanneer ze overgaan van het ene naar het andere domein.

Er zal tot op zekere hoogte een “ontschotting” zijn tussen de diverse domeinen van de zorg of, zoals bij de Wmo, met andere delen van het sociale domein. In het belang van de verzekerde kan het nodig zijn om informatie van bijvoorbeeld het CIZ, zorgaanbieders en Wlz-uitvoerders met informatie van zorgverzekeraars die de Zvw uitvoeren, te combineren. De bestaande afspraken voor administratieve organisatie en communicatie in de keten zullen hiervoor op enkele onderdelen moeten worden aangepast.

Wlz-Zvw

De Wlz is gekoppeld aan de Zvw, zoals de AWBZ dat ook is. Verzekerden zijn bij de Wlz-uitvoerder ingeschreven die behoort tot de groep waartoe ook de Zvw-verzekeraar die hij heeft gekozen behoort. Bij de uitvoering van de Zvw

en de Wlz is er sprake van twee afzonderlijke entiteiten, namelijk de zorgverzekeraar aan de ene kant en de Wlz-uitvoerder aan de andere kant, die elk een eigen verantwoordelijkheid dragen voor de verwerking van de persoonsgegevens van hun verzekerden. Die verantwoordelijkheid is gerelateerd aan hun taak. De zorgverzekeraar voert de Zvw uit en draagt de verantwoordelijkheid van de verwerking van persoonsgegevens die hiervoor noodzakelijk is. De Wlz-uitvoerder voert de Wlz uit en is verantwoordelijk voor de verwerking van persoonsgegevens voor de uitvoering van deze wet. Een persoon kan gelijktijdig gebruik maken van Zvw en Wlz-zorg. Denk bijvoorbeeld aan een cliënt die in een instelling verblijft en zorg ontvangt (ten laste van de Wlz) en gebruik maakt van medische hulpmiddelen of voor een behandeling tijdelijk in een ziekenhuis verblijft (ten laste van de Zvw). De regering vindt het wenselijk dat de cliënt zo min mogelijk merkt van de twee gescheiden financiële systemen, waarvan hij gebruik maakt. Daarom is het noodzakelijk dat de Zvw-verzekeraar, de Wlz-uitvoerder en het zorgkantoor persoonsgegevens (waaronder gegevens betreffende de gezondheid) van elkaar kunnen verkrijgen, die nodig zijn voor de uitvoering van hun taak. Er is sprake van niet één, maar van twee persoonsregistraties, waarvoor de verantwoordelijkheid bij twee afzonderlijke entiteiten is belegd. De verwerking van persoonsgegevens tussen deze twee entiteiten wordt beheerst door de Zvw, de Wlz en de Wbp. Het wetsvoorstel voorziet in de mogelijkheid gegevens uit te wisselen ten behoeve van de afstemming van zorg die is verzekerd op grond van de Zvw en de Wlz. Daardoor komen overigens niet meer persoonsgegevens ter beschikking dan thans het geval is.

Wlz-gemeenten (Wmo 2015 en Jeugdwet)

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

Fraude

Gegevensuitwisseling is tevens van belang voor een effectieve aanpak van fraude. In het vorige hoofdstuk is al toegelicht welke wijzigingen in de gegevensuitwisseling worden doorgevoerd in het kader van de fraudebestrijding. Onder andere moet een cliënt bij een indicatieaanvraag

onherroepelijk toestemming verlenen aan het CIZ en de Wlz-uitvoerder om gegevens in te winnen over zijn gezondheid. Voor een nadere toelichting wordt verwezen naar de artikelsgewijze toelichting.

Hoofdstuk 11 Innovatie door te experimenteren

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

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

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

Het experiment heeft tot dusverre laten zien dat er een groeiende behoefte is om, onder bepaalde omstandigheden, van bepaalde wettelijke voorschriften af te kunnen wijken. Wetgeving bevindt zich altijd in een spanningsveld waarbij enerzijds behoefte is aan rechtszekerheid, rechtsgelijkheid en een duidelijke uitvoeringspraktijk, maar waarbij anderzijds ook innovatie gestimuleerd moet worden. Hierdoor kan wetgeving tijdig en verantwoord worden aangepast aan de maatschappelijke ontwikkelingen en veranderingen. Ook worden de effecten van al ingevoerde wetgeving vaak pas na enkele jaren zichtbaar. Om innovatie mogelijk te maken en de kennis over de effecten van wetgeving te vergroten is

het nodig om onder bepaalde condities en op kleinere schaal af te kunnen wijken van wetgeving. Bij een experiment of een pilot wordt dan uitgeprobeerd welke interventies een bijdrage kunnen leveren aan het oplossen van een maatschappelijk vraagstuk. De experimenten dienen verantwoord plaats te vinden. Dat betekent dat aan inhoudelijke randvoorwaarden zal moeten worden voldaan, zodat cliënten bijvoorbeeld de zorg blijven ontvangen die zij nodig hebben.

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

Hoofdstuk 12 Internationaalrechtelijke aspecten

12.1 Langdurige zorg in een ander EU-land

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

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

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

- Vergoeding van verleende medische zorg valt binnen de werkingssfeer van de bepalingen inzake het vrij verkeer van diensten (Kohll);
- Lidstaten zijn in beginsel vrij wat betreft de wijze waarop zij hun ziektekostenstelsel inrichten, maar ze moeten daarbij wel rekening houden met het EG-verdrag (inmiddels het EU-werkingsverdrag);
- Het stelsel mag niet dusdanig worden ingericht dat het vrij verkeer van personen, diensten en goederen wordt belemmerd;

- De vergoeding van zorg in een andere EU-lidstaat afhankelijk stellen van voorafgaande toestemming schrikt de verzekerde af om naar het buitenland te gaan en belemmert daarmee het vrij verkeer van diensten (Kohll en Decker);
- Een dergelijke belemmering van het vrij verkeer kan gerechtvaardigd worden door dwingende reden van algemeen belang, zoals het de noodzaak een financieel houdbare en voor iedereen toegankelijke gezondheidszorg te garanderen (Kohll en Decker) maar die uitzonderingsgrond is bij extramurale zorg in elk geval niet aanwezig (Müller-Fauré);
- Om een belemmering van het vrij verkeer te rechtvaardigen moet er – naast een dwingende reden van algemeen belang – sprake zijn van een maatregel die niet verder gaat dan noodzakelijk en moet het resultaat niet bereikt kunnen worden door minder beperkende maatregelen (proportionaliteitsvereiste).
- Een vereiste van voorafgaande toestemming bij intramurale zorg beperkt het vrij verkeer van diensten maar deze beperking kan gerechtvaardigd zijn – want daar kunnen de financiële houdbaarheid en toegankelijkheid wel in het gedrang komen – mits de toestemming alleen op de medische gronden in het individuele geval geweigerd kan worden (zorg niet tijdig voorhanden in eigen land) (Smits-Peerbooms).

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

Leggen we een contracteerverbod van zorginstellingen in andere EU-lidstaten naast de jurisprudentielijn van het Europees Hof van Justitie, dan lijkt een dergelijk verbod hetzelfde lot beschoren. Er zou dan immers sprake zijn van een belemmering van het vrij verkeer van diensten. Indien de zorg bij zorgaanbieders in een andere lidstaat in beginsel niet vergoed wordt, zouden verzekerden worden belemmerd in hun mogelijkheden om zorg in te roepen bij die zorgaanbieders. Bovendien worden die buitenlandse zorgaanbieders belemmerd in hun mogelijkheden om zorg te bieden aan Nederlandse verzekerden.

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

12.2 Aanbesteding

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

12.3 Diensten van algemeen economisch belang

De zorgverzekeraar mag er voor kiezen de Wlz voor zijn Zvw-verzekerden uit te voeren. Indien hij die keuze maakt, komen andere zorgverzekeraars niet meer in aanmerking om voor de desbetreffende groep verzekerden die taak uit te voeren. De zorgverzekeraar maakt deze keuze als ondernemer, vooral met het oog op de uitstralingseffecten op het Zvw-bedrijf. Aldus geeft de overheid met dit wetsvoorstel aan de zorgverzekeraar het recht om voor zijn verzekerden ook Wlz-uitvoerder te zijn. Dit recht kan worden gekwalificeerd als een bijzonder recht in de zin van artikel 106 van het Verdrag betreffende de Werking van de Europese Unie. Zorgverzekeraars zijn dan belast met het beheer van een dienst van algemeen economisch belang. Dit roept de vraag op of deze vorm van toedeling van de uitvoering van de Wlz ten aanzien van een groep Wlz-verzekerden aan de zorgverzekeraar die voor deze Wlz-verzekerden verzekeraar is voor de Zvw, in overeenstemming is met de uitgangspunten van de jurisprudentie van het Europees Hof van Justitie inzake diensten van algemeen economisch belang (DAEB) en staatssteun. Indien dit niet zo zou zijn zou de taak van zorgkantoor openbaar moeten worden aanbesteed in plaats van, zoals in het wetsvoorstel wordt voorzien, te worden toebedeeld.

De met de uitvoering van de Wlz belaste onderneming krijgt voor zijn werkzaamheden een uitvoeringsvergoeding. Deze uitvoeringsvergoeding wordt vastgesteld aan de hand van de criteria die op grond van jurisprudentie van het Europees Hof van Justitie worden gesteld aan de vergoeding voor een dienst van algemeen economisch belang. Daarom is er geen verplichting tot openbare aanbesteding van de Wlz-uitvoerderstaak, noch is er strijd met de Europese regels inzake staatssteun.

Hoofdstuk 13 Juridisch kader en rechtsbescherming

13.1. Besluiten en bevoegdheidsverdeling bestuursrechtspraak

Dit wetsvoorstel voorziet in een aantal bevoegdheden voor verschillende bestuursorganen om besluiten te nemen. De procedure voor bezwaar en beroep is in het nieuwe stelsel als hieronder uiteengezet. In het algemeen geldt dat, voordat een belanghebbende tegen een besluit beroep kan instellen bij de bestuursrechter, hij bezwaar dient te maken bij het bestuursorgaan dat het besluit heeft genomen (artikel 7:1 Awb).

a. Negatieve lijst

Overwogen is om artikel 4.2.2 op de zogenaamde negatieve lijst bij de Awb te plaatsen. Artikel 8.5 van de Awb bepaalt dat geen beroep kan worden ingesteld tegen een besluit dat is opgenomen in de bijlage bij die wet. Tegen een dergelijk besluit kan op grond van artikel 7.1 Awb dan ook geen bezwaar worden ingesteld. Wlz-uitvoerders hebben op grond van artikel 4.2.2 een zorgplicht voor hun verzekerden. Deze zorgplicht is publiekrechtelijk van aard en Wlz-uitvoerders zijn op de naleving ervan als bestuursorgaan aanspreekbaar door de verzekerden. Om aan de zorgplicht invulling te geven kopen Wlz-uitvoerders zorg in bij zorgaanbieders. Zij sluiten daartoe op grond van artikel 4.2.2 van de Wlz schriftelijke overeenkomsten met zorgaanbieders. Deze overeenkomsten zijn privaatrechtelijk van aard. Bij geschillen daaromtrent is de burgerlijke rechter bevoegd. Rechtshandelingen van Wlz-uitvoerders op dit vlak hebben derhalve niet het karakter van besluiten in de zin van de Awb. Het is derhalve niet nodig om artikel 4.2.2 op de negatieve lijst bij de Awb te plaatsen. Opname op de negatieve lijst zou enkel *a-contrario*-redeneringen kunnen uitlokken.

b. Beschikkingen gericht aan de verzekerde

Voor wat betreft de verzekerde kan een globaal onderscheid gemaakt worden tussen besluiten omtrent de toegang tot de Wlz, de aanspraken en de leveringsvormen. De bepalingen over de handhaving van het zorgplan en de zorgplanbespreking zijn niet direct gericht op de verzekerde, maar op de zorgaanbieders (zie onder c). Bij besluiten die direct gericht zijn tot de verzekerde gaat het om de volgende beschikkingen:

- de beschikking waarin de SVB vaststelt of iemand verzekerde is (artikel 2.1.3);
- het indicatiebesluit van het CIZ waarin over de toegang en de aanspraken wordt besloten (artikel 3.2.1, eerste lid);
- het besluit om de aanvraag van een indicatiebesluit niet in behandeling nemen (artikel 3.2.1, vierde lid);
- het besluit van de Wlz-uitvoerder/ het zorgkantoor over de leveringsvorm VPT (artikel 3.3.2);
- het besluit van de Wlz-uitvoerder/ het zorgkantoor over de leveringsvorm pgb (artikel 3.3.3);

- het besluit van de Wlz-uitvoerder/ het zorgkantoor over overbruggingszorg (artikel 3.2.4).

Er is voor gekozen om bij deze besluiten niet af te wijken van het gebruikelijke regime. Met betrekking tot een beslissing op bezwaar in het kader van deze besluiten is beroep in eerste aanleg mogelijk bij de rechtbanken. Beroepen in het kader van besluiten waarbij de belanghebbende betrokken is, worden behandeld door de rechtbank in de eigen regio (artikel 8:7, tweede lid, Awb). Hoger beroep is mogelijk bij de Centrale Raad van Beroep (CRvB). Het werkterrein van de CRvB strekt zich onder andere uit tot de behandeling van geschillen op het terrein van wetgeving voor oorlogsgetroffenen en de sociale zekerheid (financiële tweepartijengeschillen). De andere volksverzekeringen worden ook door de CRvB behandeld in hoger beroep, alsmede de vraag of iemand onder de kring van verzekerden valt.

c. Besluiten op grond van hoofdstuk 8, paragraaf 2 (zorgplan)

In verband met de inwerkingtreding van de Wet aanpassing bestuursprocesrecht is in artikel 38 van de (Wet kwaliteit klachten en geschillen zorg (Wkkgz) geregeld dat een beroep tegen een besluit op grond op grond van hoofdstuk 4 van de Wkkgz moet worden ingediend bij de rechtbank te Rotterdam. Er vindt dus een concentratie van de rechtsbescherming in het kader van dit deel van de Wkkgz plaats bij de rechtbank Rotterdam. Het gaat daarbij om handhavingsbesluiten in het kader van de Wkkgz, dat wil zeggen besluiten waarbij een bevel of aanwijzing is gegeven, besluiten tot oplegging van een last onder bestuursdwang en besluiten tot oplegging van een bestuurlijke boete. De keuze voor concentratie bij de rechtbank Rotterdam voor zaken met betrekking tot het zorgplan was reeds gemaakt in het wetsvoorstel Beginselenwet AWBZ-zorg, dat is ingetrokken. Het deel van dat wetsvoorstel over het zorgplan en de zorgplanbespreking is overgenomen in hoofdstuk 8 van de Wlz. Het gaat om de volgende beschikkingen:

- het besluit van de Minister van VWS om de zorgaanbieder een schriftelijke aanwijzing (artikel 8.2.3, eerste lid) of bevel (artikel 8.2.3, vierde lid) te geven als er geen zorgplan(bespreking) plaatsvindt;
- Het besluit van de toezichthoudende ambtenaar om een last onder dwangsom op te leggen als de inzageplicht van artikel 8.2.4, eerste lid, niet wordt nageleefd;
- Het besluit van de Minister van VWS om een last onder bestuursdwang op te leggen in het kader van handhaving van het zorgplan (artikel 8.2.4, tweede lid).

De keuze voor de concentratie van de handhavingsbesluiten van die bepalingen in de Wlz blijft in stand omwille van consistentie met de Wkkgz. Ook gaat het naar verwachting om een (zeer) klein aantal zaken en zullen de zaken zich afspelen tussen aanbieders en het Ministerie van VWS of de IGZ. In artikel 7 van bijlage 2 bij de Awb (Bevoegdheidsregeling bestuursrechtspraak) wordt daarom geregeld dat tegen een besluit, genomen op grond van een in dat artikel genoemd voorschrift of anderszins in dat artikel omschreven, beroep

kan worden ingesteld bij de rechtbank Rotterdam. De rechtbank Rotterdam wordt hiermee bevoegd kennis te nemen van beroepen tegen besluiten op grond van hoofdstuk 8, paragraaf 2, van deze wet.

Hoger beroep staat op grond van artikel 8:105 van de Awb open bij de Afdeling bestuursrechtspraak. Het gaat hier wederom niet om afwijkingen ten opzichte van de AWBZ of het wetsvoorstel Beginselenwet AWBZ-zorg.

d. Besluiten van de Minister van VWS (m.u.v. zorgplan)

De Minister van VWS stelt op grond van de artikelen 6.2.2 en 7.2.2 de beheerskosten van het CAK en het CIZ vast. De artikelen 9.1.5, vierde en vijfde lid, geven de Minister van VWS de bevoegdheid om aanwijzingen te kunnen geven met betrekking tot gegevens die het CAK nodig heeft en die aanwijzingen te handhaven. In eerste aanleg kan in beroep worden gegaan bij de Afdeling bestuursrechtspraak van de Raad van State. Dit wordt bepaald in artikel 2 van bijlage 2 van de Awb. De Afdeling bestuursrechtspraak is in eerste en enige aanleg bevoegd, zodat geen hoger beroep mogelijk is. Onder de AWBZ is de rechtsbescherming bij deze besluiten van de Minister van VWS op dezelfde wijze vormgegeven.

e. Overige besluiten

De NZa heeft met artikel 4.3.1, vijfde lid, de bevoegdheid om, op aanvraag van de Wlz-uitvoerder, te besluiten dat het ontbreken van een overeenkomst als bedoeld in artikel 4.2.2, eerste lid, geen gevolgen heeft voor de accountantsverklaring die de Wlz-uitvoerder met het financieel verslag moet meezenden. Voor dit besluit geldt, net als bij besluiten die gericht zijn aan de verzekerde (zie onder a), dat beroep in eerste aanleg mogelijk is bij de 11 rechtbanken. Hoger beroep is mogelijk bij de CRvB.

Hoofdstuk 14 Consultatie en adviezen

Een concept van het wetsvoorstel is in september 2013 voor consultatie aangeboden aan vertegenwoordigende organisaties van cliënten, professionals, zorgaanbieders, uitvoeringsorganisaties en adviesorganen. Er hebben diverse bijeenkomsten plaatsgevonden waarin het wetsvoorstel is toegelicht en waar partijen in de gelegenheid zijn gesteld om een eerste reactie te geven en vragen te stellen. Daarnaast hebben veel partijen van de gelegenheid gebruik gemaakt om schriftelijk te reageren. De regering is alle partijen die in een kort tijdsbestek advies hebben uitgebracht, zeer erkentelijk.

De voor advies voorgelegde consultatieversie van de wet is begin oktober 2013 openbaar gemaakt door plaatsing op de website van de rijksoverheid (www.rijksoverheid.nl).

Bepaalde onderdelen van het conceptwetsvoorstel zijn ontleend aan het eerder door de regering ingediende wetsvoorstel Beginselenwet AWBZ-zorg, dat op 30 augustus 2013 is ingetrokken. Met die intrekking kwam de regering tegemoet

aan de wens van een Kamermeerderheid, die op 17 juni 2013 verzocht de Beginselenwet in samenhang met het nieuwe wetsvoorstel voor de langdurige zorg te bekijken. Naar aanleiding daarvan is besloten om de bepalingen uit het wetsvoorstel Beginselenwet AWBZ-zorg op te nemen als Hoofdstuk 8 van het onderhavige wetsvoorstel. De reacties die hierop in de consultatieronde zijn gegeven, bijvoorbeeld ten aanzien van het zorgplan, zijn, gelet op de procedure die het wetsvoorstel Beginselenwet AWBZ-zorg reeds heeft doorlopen, buiten beschouwing gelaten.

In de hiernavolgende paragrafen 14.1 tot en met 14.3 wordt ingegaan op de afzonderlijke reacties. Voor de goede orde moet worden vermeld dat alle reacties betrekking hebben op de consultatieversie van het wetsvoorstel, ook waar dat niet expliciet is aangegeven. Tevens moet worden vermeld dat de consultatieversie van de wet nog werd aangehaald als Wet Langdurige Intensieve Zorg (Wet LIZ). Deze titel is inmiddels gewijzigd in Wet langdurige zorg, afgekort Wlz. In het onderstaande wordt de consultatieversie aangehaald als Wlz.

De uitgebrachte adviezen hebben op onderdelen van de wet en toelichting geleid tot aanpassingen. In paragraaf 14.4 is aangegeven op welke wijze deze reacties zijn betrokken bij de onderhavige versie van het wetsvoorstel. Omwille van de leesbaarheid is ervoor gekozen de gewijzigde onderdelen niet volledig in dit hoofdstuk te herhalen. In het onderstaande is alleen ingegaan op de hoofdlijnen van de uitgebrachte adviezen. Voor het overige wordt verwezen naar de artikelsgewijze en het algemene deel van de toelichting.

14.1. Cliënten, het veld en gemeenten

14.1.1. Perspectief cliënten

Gezamenlijke cliëntenorganisaties

De Chronisch Zieken en Gehandicapten Raad Nederland (CG-Raad), Het Platform VG, de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie, Per Saldo, de Centrale Samenwerkende Ouderenorganisaties en het Landelijk Platform GGZ vragen in hun gezamenlijke reactie aandacht voor de toegang tot de Wlz, de aansluiting op de Wmo, het zorgleefplan, de rol van de verzekeraar, de positie van burgers en de bekostiging, kwaliteit en financiering van de zorg. Zo pleiten de patiëntenorganisaties voor een onafhankelijke indicatiestelling, bezwaar- en beroepsmogelijkheden in dat kader en uitbreiding van de doelgroep van de Wlz met mensen met een GGZ- of LVG-grondslag. Ook stellen zij voor voldoende capaciteit te borgen voor tijdelijke opvang voor mensen met een intensieve zorgvraag, een onafhankelijke cliëntenondersteuning en goede ondersteuning voor mantelzorgers. Tevens hebben zij voorgesteld de verantwoordelijkheden van de zorgverzekeraars te herzien en af te zien van risicodragendheid in de zorg voor mensen die langdurig beperkt zijn. Voor wat betreft de bekostiging plaatsen de cliëntenorganisaties een voorbehoud bij de indeling van de zorgzwaarte in drie zwaarteklassen. Voorgesteld is tevens om duidelijker te

beschrijven wat wel en niet onder de Wlz-verzekerde zorg valt. Ook pleiten de cliëntenorganisaties voor een systeem van persoonsgebonden en persoonsvolgende bekostiging en zijn concrete voorstellen gedaan met betrekking tot het persoonsgebonden budget.

ANBO

Belangenorganisatie voor senioren, ANBO, heeft in haar reactie op het conceptwetsvoorstel aangegeven dat alleen sprake kan zijn van verbetering van de kwaliteit van langdurige zorg als de aansluiting tussen Wmo, Wlz en Zvw goed verloopt. Hiertoe dienen gemeenten, zorgverzekeraars en aanbieders goed met elkaar samen te werken en afspraken te maken over integrale zorg. ANBO heeft vragen gesteld over het voornemen uit de consultatieversie van de wet om de premie voor de langdurige zorg niet omlaag te brengen wanneer grote delen van de AWBZ worden overgeheveld naar andere domeinen.

Het LSR

Het Landelijk Steunpunt (mede-)zeggenschap (het LSR) is verheugd dat het zorgleefplan een belangrijke functie krijgt bij de indicatie van zorg en dat hiermee het belang van de individuele cliënt centraal wordt gesteld. Het zorgleefplan is volgens het LSR een goed middel om aan te sluiten bij de wensen en behoeften van cliënten. Om het zorgleefplan te kunnen benutten voor toekenning van zorg is het volgens het LSR van belang dat een aantal randvoorwaarden, waaronder een goede onafhankelijke cliëntondersteuning, goed geregeld is.

Het LSR vraagt zich af of de representant voldoende deskundigheid in huis heeft voor het bepalen van de zorgzwaarte volgens de voorgestelde indeling in drie klassen. Het LSR vraagt zich tevens af of er in de Wlz nog wel sprake is van een verzekerd recht en/of voldoende en juiste zorg voor de cliënt nog wel gewaarborgd is, wanneer de representant binnen de regionale kaders en budgetten moet handelen en er teveel cliënten met een zware zorgvraag zijn in die betreffende regio. Het LSR pleit dan ook voor voldoende bezwaar- en beroepsmogelijkheden voor de toegang tot de Wlz en de toegang tot zorg. Voorts pleit het LSR ervoor om specifiek te omschrijven welke groepen toegang hebben tot de Wlz.

LOC zeggenschap in zorg

LOC zeggenschap in zorg waardeert het uitgangspunt van de nieuwe wet, waarin kwaliteit van leven een belangrijke factor vormt, maar ziet op een aantal punten geen verbetering ten opzichte van de AWBZ. LOC zou graag zien dat de financiering binnen de nieuwe wet totaal persoonsvolgend en persoonsgebonden is, waardoor de wensen van cliënten meer centraal komen te staan en een cultuurverandering in de zorg op gang kan worden gebracht. LOC zou ook graag zien dat bewoners van instellingen of hun familie meer zeggenschap zouden krijgen over de besteding van middelen, waardoor zij, meer dan nu het geval is, zelf keuzes kunnen maken over wassen, eten, activiteiten, douchen etc. Ook pleit het LOC voor een onafhankelijke

cliëntondersteuning, voor openstelling van de Wlz voor GGZ-cliënten en voor wetoverstijgend kwaliteitsbeleid.

MEE Nederland

MEE Nederland heeft zich in haar reactie op het wetsvoorstel geconcentreerd op de beschikbaarheid van onafhankelijke en professionele cliëntondersteuning voor mensen die aangewezen zijn op langdurige en intensieve zorg. Dit vraagt volgens MEE Nederland om een wettelijke borging en (continuïteit van) een goede infrastructuur van onafhankelijke en professionele cliëntondersteuning in alle gemeenten, in overeenstemming met de uitgangspunten van de Wmo 2015.

MEE Nederland heeft in haar advies gewezen op afwijkingen in de memorie van toelichting bij de Wlz ten opzichte van de Wmo 2015, ondermeer als het gaat om de begripsbepaling cliëntondersteuning en de toegang hiertoe. Ook heeft MEE Nederland geadviseerd om het recht op onafhankelijke cliëntondersteuning uit te breiden tot ondersteuning bij alles wat nodig is voor het verkrijgen en effectueren van een passende aanspraak op zorg. MEE Nederland heeft tevens voorgesteld om de cliëntondersteuning van mensen zonder en mensen met een indicatie voor de Wlz, in één hand te houden en bij gemeenten te beleggen. In de consultatieversie van het wetsvoorstel is de verantwoordelijkheid voor cliëntondersteuning van mensen met een Wlz-indicatie neergelegd bij de Wlz-uitvoerder.

Alzheimer Nederland

Door Alzheimer Nederland is gevraagd of de verwachte stijging van het aantal (alleenwonende) mensen met dementie is meegenomen in de prognose van het aantal mensen dat gebruik zal maken van de Wlz. Alzheimer Nederland pleit ervoor om, evenals in de Wmo 2015, aan de zorgstandaard en de ontwikkeling van indicatoren een centrale rol toe te kennen voor de borging van kwaliteit, door de zorgstandaard dementie toe te passen als kwaliteitslat voor de inkoop van zorg en integrale bekostiging van dementiezorg daarop te baseren. Ook pleit Alzheimer Nederland voor onderlinge afstemming van het Wmo- en Wlz-aanbod, teneinde te voorkomen dat door een ontbrekend Wmo-aanbod meer dementerende ouderen een beroep zullen moeten doen op Wlz-zorg. Alzheimer Nederland heeft in dit verband tevens gevraagd op welke manier wordt bewerkstelligd dat gemeenten, Wlz-uitvoerders en representanten samenwerken om te komen tot een op de cliënt afgestemd en gedifferentieerd aanbod.

Alzheimer Nederland heeft gevraagd naar de overgang van mensen met een AWBZ naar de Wlz en naar de verantwoordelijkheid voor mensen die tussen de Wmo en de Wlz vallen. Alzheimer Nederland pleit voor de inzet van een casemanager, als vorm van cliëntondersteuning, die het centrale aanspreekpunt is voor mensen met dementie.

Met betrekking tot het voornemen zoals verwoord in de consultatieversie heeft Alzheimer Nederland gevraagd hoe wordt omgegaan met verergering van problemen van mensen die leiden aan progressieve dementie. Alzheimer Nederland pleit voorts voor verdere aanscherping van de wettelijke invloed van cliënten op het beleid van de Wlz-uitvoerder en voor aanspraak op activiteiten voor cliënten, ondermeer om overbelasting van mantelzorgers te voorkomen. Tevens is gevraagd naar de wijze waarop dementieketens in de Wlz worden versterkt.

14.1.2. Perspectief branche- en beroepsbelangenorganisaties

Actiz

Brancheorganisatie Actiz vindt het een goede zaak dat het wetsvoorstel zich richt op intensieve zorg en niet louter op intramurale zorg en dat de dialoog tussen de cliënt en de professional een belangrijke plaats heeft in het wetsvoorstel. Actiz pleit wel voor een sterkere positie van de cliënt in het wetsvoorstel. De intentie om met het wetsvoorstel te vereenvoudigen mist volgens Actiz een helder perspectief.

De in de consultatieversie opgenomen veranderingen op het terrein van de indicatiestelling en de bekostiging zijn volgens Actiz ingrijpende wijzigingen voor de cliënt die ook de bedrijfsvoering van zorgaanbieders (en uitvoerders) wezenlijk treffen. Vanwege de samenloop met een aantal andere belangrijke ontwikkelingen pleit Actiz voor een stapsgewijze implementatie. Actiz vindt dat vooraf duidelijk en bekend moet zijn waar de cliënt op grond van de volksverzekering aanspraak op kan maken. Actiz pleit ervoor dat het CIZ een indicatiebesluit afgeeft dat passend is bij het cliëntprofiel, zoals dat nu ook het geval is. Daarbij past een pakket met een zorgzwaarte. Het vereenvoudigen van zorgzwaarteklassen is volgens Actiz een onderwerp voor de toekomst. Actiz pleit ervoor de zorgzwaartepakketten bij de bekostiging vooralsnog te handhaven.

Actiz mist het perspectief van vereenvoudiging en vermindering van administratieve lasten dat met het wetsvoorstel wordt beoogd en pleit voor vereenvoudiging en uniformering van de zorginkoopbestekken en meerjarige zorginkoopcontracten. De (tussen-)resultaten van het experiment regelarme zorginstellingen moeten volgens Actiz betrokken worden bij de inrichting van de Wlz.

Actiz is van mening dat bij meer eigen verantwoordelijkheid en autonomie van de burger past dat diens positie wordt versterkt. Zo is Actiz voorstander van de wettelijke verankering van de keuze voor het PGB en het volledig pakket thuis (VPT). Actiz pleit ervoor meer ruimte voor de cliënt te laten als het gaat om de keuze tussen naturazorg of PGB en experimenten te starten rondom persoonsvolgende bekostiging voor naturazorg waarbij de cliënt bestedingsmacht heeft. Actiz vindt het van belang dat de cliënt kan kiezen voor

de zorgaanbieder van zijn voorkeur. Daarbij past volgens Actiz niet een verbod op betaling van overproductie.

Actiz pleit ervoor dat Wlz-cliënten die in verzorgingstehuizen verblijven vooralsnog behandeling op basis van de Zvw kunnen blijven ontvangen. Actiz vindt dat met de consultatieversie van het wetsvoorstel teveel financieel risico bij de aanbieder komt te liggen en dat de cliënt het risico loopt onvoldoende passende zorg en ondersteuning te ontvangen. Daarnaast is het volgens Actiz de vraag of het financieel kader voor de wet aansluit op de zorgvraag en de zorgomvang. Actiz maakt zich daarnaast zorgen over de aansluiting van nieuwe wetgeving rond de Wmo, thuiszorg en Wlz, en daarmee van de zorg en ondersteuning voor mensen die het betreft.

VGN

Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN) onderschrijft de keuze van de regering om de levenslange en levensbrede zorg en ondersteuning aan de meest kwetsbare mensen met een beperking in een collectieve verzekering onder te brengen, maar heeft er onvoldoende vertrouwen in dat het wetsvoorstel leidt tot een eenvoudig systeem met minder administratieve lasten. Het perspectief dat in de consultatieversie van de wet is geschetst om, zonder onderscheid naar sectoren, de uitvoering onder te brengen bij zorgverzekeraars voor eigen verzekerden en de zorg uit de Wlz over te hevelen naar de Zvw, past volgens VGN niet bij de aard van de zorg en ondersteuning die in de gehandicaptenzorg wordt geboden.

VGN vindt het niet gewenst om de bepaling van de zorgzwaarte over te laten aan de representant. De representant krijgt in dat model volgens VGN te veel macht, omdat hij zowel de prijs, het volume als de kwaliteit van de zorg bepaalt. Alle risico zou hierdoor bij de zorgaanbieder komen te liggen. Volgens VGN wordt hierdoor bovendien de ruimte die de zorgaanbieder en de cliënt krijgen om samen de zorginhoud te bepalen in een zorgplan, ernstig beperkt. VGN pleit er om die reden voor de zorgzwaarte onafhankelijk te laten bepalen gelijktijdig met de toegang. Ook pleit VGN ervoor persoonsvolgende bekostiging in de wet op te nemen.

VGN pleit ervoor de representanten de wettelijke opdracht te geven meerjarige zorginkoopafspraken te maken, tenzij er gegronde redenen zijn dit niet te doen. VGN heeft tevens voorgesteld de representanten de opdracht te geven om voor de gehandicaptenzorg tot een landelijk uniform inkoopbeleid te komen.

VOBC

De Vereniging Orthopedagogische Behandelcentra heeft haar reactie toegespitst op de consequenties van het wetsvoorstel voor jeugdigen en jongvolwassenen met licht verstandelijke beperking en ernstige gedragsproblematiek. Het VOBC heeft daarbij onderscheid gemaakt in groepen cliënten met een licht verstandelijke beperking, die volgens het wetsvoorstel al dan niet zorg op grond van de Wlz kunnen ontvangen. Kernpunten in de

reacties van het VOBC zijn of er voor cliënten die in de nieuwe situatie geen beroep kunnen doen op de Wlz, wel voldoende garanties voor passende begeleiding en behandeling in de Wmo en Zvw zijn. Ook heeft het VOBC gevraagd of mensen met een licht verstandelijke beperking, die qua zorgbehoefte voldoen aan de criteria van de wet maar op termijn mogelijk veranderen, aanspraak kunnen maken op de Wlz of een ander passend aanbod. Ook heeft het VOBC gevraagd of mensen met een licht verstandelijke beperking en blijvende ernstige gedragsproblematiek aanspraak kunnen maken op de Wlz.

NVO

De Nederlandse Vereniging voor pedagogen en Onderwijskundigen (NVO) heeft, evenals het VOBC, aandacht gevraagd voor de groep cliënten met een licht verstandelijke beperking. De NVO kan zich vinden in het wetsvoorstel en de uitgangspunten van kwaliteit van leven en de eigen regie daarover. Dat geldt ook voor het niet toedelen van zorg op grond van stoornissen. De NVO kan zich tevens vinden in de voorgestelde driedeling in zorgzwaarten, de keuze tussen de leveringsvormen en de reguleringsmechanismen in het wetsvoorstel. De kritiek van de NVO heeft betrekking op de doelgroep kinderen en jongeren met een verstandelijke beperking, waarop in het wetsvoorstel niet wordt ingegaan. Dit laat volgens de NVO een aantal vragen over kinderdienstencentra en zorg binnen een onderwijscontext onbeantwoord. Ook wordt de groep licht verstandelijk gehandicapten volgens de NVO ten onrechte uitgesloten van de Wlz, is het wetsvoorstel sterk medisch georiënteerd en is de rol van de professional onvoldoende doordacht en uitgewerkt.

Mezzo

De landelijke vereniging voor Mantelzorgers en Vrijwilligers (Mezzo) is positief over het bevorderen van de samenwerking tussen formele en informele zorg in opleidingen. Ook de mogelijkheid om het pgb te gebruiken om niet-professionals uit het sociale netwerk van de cliënt financieel voor hun diensten te belonen, wordt gewaardeerd.

Mezzo deelt niet de opvatting uit de consultatieversie van het wetsvoorstel dat de betrokkenheid van mantelzorgers lijkt te verminderen zodra iemand de eigen omgeving verlaat om in een meer beschermde omgeving zoals een instelling te gaan wonen. Mezzo onderschrijft daarnaast niet de volgtijdelijkheid waar in het wetsvoorstel van uit is gegaan als het gaat om achtereenvolgens zelfzorg, informele zorg en formele zorg. Van meet af aan kan formele zorg nodig zijn. Mezzo heeft bepleit om de betrokkenheid van mantelzorg en informele zorg een verplicht onderdeel te laten zijn van de zorgplanbespreking, waarbij ook aan de orde komt welke ondersteuning daarbij nodig is. Voorts is Mezzo voorstander van keuzevrijheid waarbij tegelijkertijd zowel zorg in natura als zorg met een pgb mogelijk zijn. Mezzo pleit er bovendien voor om met patiëntvolgende budgetten te werken.

GGZ Nederland en RIBW alliantie

GGZ Nederland en RIBW alliantie hebben in hun gezamenlijke reactie op de consultatieversie van de wet aangegeven te betreuren dat de psychiatrische grondslag geen aanspraak meer is in de Wlz. Behandeling van GGZ-problematiek kan wel plaatsvinden binnen de Wlz, wanneer deze een integraal onderdeel uitmaakt van de zorgvraag. GGZ Nederland en RIBW alliantie vragen zich af hoe voor mensen met comorbiditeit wordt bepaald welke grondslag dominant is en uit welk wettelijk kader hun zorg wordt bekostigd. Ook pleiten beide organisaties ervoor dat comorbiditeit wordt meegewogen bij de toegang tot de Wlz, omdat dit leidt tot een vraag om meer intensieve zorg. Bepleit is tevens een scherpe afbakening van wettelijk kaders om te voorkomen dat burgers tussen het CIZ en de gemeente heen en weer worden gestuurd of dat de zorgverzekeraar cliënten vanuit de Zvw te snel doorsluis naar de Wlz. Naast meer duidelijkheid over de bekostiging van GGZ-begeleiding en –behandeling en overbruggingszorg hebben GGZ Nederland en RIBW alliantie ervoor gepleit dat onder psychiatrische behandeling ook specialistische psychiatrische begeleiding wordt begrepen.

Federatie Opvang

De Federatie Opvang heeft in haar reactie aandacht gevraagd voor burgers die meerdere aandoeningen hebben, niet goed in een hokje zijn onder te brengen en in veel gevallen zorg mijden of onaangepast gedrag vertonen dat kan leiden tot verwaarlozing, verloedering en maatschappelijke teloorgang. De Federatie Opvang zou graag zien dat vooruitlopend op de nieuwe wet aan de hand van actuele casuïstiek wordt nagedacht hoe uitzonderingsregels achteraf voorkomen kunnen worden.

De Federatie Opvang heeft gevraagd hoe de afbakening tussen de Wlz, Wmo en Zvw wordt vormgegeven als het gaat om mensen met een psychiatrische problematiek, teneinde te voorkomen dat mensen van het kastje naar de muur worden gestuurd en afwenteling tussen deze domeinen plaatsvindt. In dit verband heeft de Federatie tevens gevraagd wat er bij de herinrichting van het stelsel gebeurt met cliënten met een dubbele grondslag (verstandelijke of somatische beperkingen gecombineerd met psychiatrische problematiek). Ook is gevraagd naar de redenering achter de voorliggendheid van de Zvw op de Wlz en van de Wlz op de Wmo. De Federatie heeft ook om verduidelijking gevraagd over ZZP's GGZ 1 en 2 voor jongeren tot en met 22 jaar, voor mensen die niet beschikken over een burgerservicenummer en voor illegalen en vreemdelingen zonder verblijfsvergunning. Met betrekking tot laatstgenoemde categorie is de vraag gesteld of de zorg aan illegale vreemdelingen die wordt geleverd vanwege medische noodzaak of vanwege opname in een gedwongen kader uit de Wlz moet worden vergoed en/of er een verbinding is met de Regeling onverzekerbare vreemdelingen. Ook heeft de Federatie gevraagd hoe de wet bevordert of vereist dat gemeenten en zorgverzekeraars/Wlz-uitvoerders samenwerken, of zorgaanbieders onder de Wlz een toelating op grond van het CIBG moeten hebben en/of cumulatie van wettelijk vastgestelde eigen bijdragen in de Wmo, Wlz en Zvw en de eigen bijdrage voor opvanginstellingen is uitgesloten.

V&VN

De beroepsvereniging van zorgprofessionals (V&VN) heeft gevraagd of gezondheidsinformatie die wel relevant is voor de zorgverlening maar niet voor de toegang tot de Wlz, alleen beschikbaar komt bij de zorgaanbieder c.q. zorgverlener en niet bij het CIZ of de Wlz-uitvoerder.

De vereniging ondersteunt experimenten ter bevordering van innovatie, maar acht het van belang dat er ook inhoudelijke garanties worden geboden voor goede zorg. Ook heeft de vereniging aandacht gevraagd voor een zorgvuldige invoering van de wet. De aangekondigde transitie vraagt volgen V&VN tijd om medewerkers om te scholen en nieuwe medewerkers op te leiden. Ook de beschikbaarheid van veel extra wijkverpleegkundigen heeft tijd nodig. Voorts heeft de vereniging gevraagd naar de mogelijkheid van tijdelijke opname om overbelasting van mantelzorgers te voorkomen. Ook heeft de vereniging kritische vragen gesteld over de beoogde rol en verantwoordelijkheid van de representant. Voorts heeft de vereniging een voorstel gedaan voor herziening van de passage in de toelichting over zelfzorg.

KNMG

Enkele bij de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) aangesloten organisaties, waaronder NVAG, Verenso en KAMG-VIA hebben gereageerd op het wetsvoorstel.

De Nederlandse Vereniging Artsen Beleid Management Onderzoek (NVAG) heeft in haar reactie belang gehecht aan nascholing en opleiding van zorgverleners aan wie eisen van kwaliteit gesteld moeten worden. De NVAG vraagt of de voor- en nadelen van de indicatiestelling door het CIZ voldoende zijn onderzocht om tot voortzetting in de huidige vorm te besluiten. Ook vraagt de NVAG zich af of het verzamelen van gegevens wel in overeenstemming is met de WGBO.

Verenso, specialisten in ouderengeneeskunde, vindt het een positieve ontwikkeling dat de kwaliteit van zorg in het verpleeghuis ook wordt doorgevoerd in de thuissituatie. Verenso is verheugd dat het de patiënt vrij staat te kiezen waar hij of zij de zorg wenst te ontvangen: in een zorginstelling of in de thuissituatie middels een volledig pakket thuis (VPT) of Pgb. Als grote stap voorwaarts wordt gezien als zorg thuis aan dezelfde kwaliteitscriteria voldoet als de zorg die wordt verleend in een verpleeghuis. Verenso is het eens met het voorstel de eindverantwoordelijkheid voor de zorg in het verpleeghuis bij de specialist ouderengeneeskunde te leggen, maar vraagt zich af hoe deze regiefunctie zich verhoudt tot de wet Zorg en Dwang waarin staat dat de zorgaanbieder kan aanwijzen wie de zorgverantwoordelijke is. Verenso gaat ervan uit dat bij een volledig pakket thuis de CSLM-zorg thuis geleverd wordt door een multidisciplinair team waarbij de regievoering bij de specialist ouderengeneeskunde ligt. Verenso vraagt zich af of deze multidisciplinair werkende teams onder leiding van een specialist ouderengeneeskunde ook door thuiszorgorganisaties opgezet kunnen gaan worden als deze voldoen aan

de kwaliteitseisen. Niet wenselijk wordt gevonden dat de patiënt met een pgb de medische zorg kan inkopen bij een zelfstandig, individueel werkende specialist ouderengeneeskunde. Verenso stelt voor dat de pgb-houder gebruik dient te maken van een multidisciplinair team onder verantwoordelijkheid van een specialist ouderengeneeskunde. De specialist ouderengeneeskunde kan verbonden kan zijn aan een verpleeghuis, een thuiszorgorganisatie of een andere organisatie die voldoet aan CSLM-zorg en de kwaliteitscriteria die de Wlz stelt.

De Koepel Artsen Maatschappij en Gezondheid (KAMG) en De Vereniging van Indicerende en adviserende Artsen (Via) is van mening dat het CIZ in zijn huidige vorm en werkwijze onvoldoende bijdraagt aan het leveren van de juiste zorg, op de juiste plek aan een burger met een bepaalde zorgvraag en zorgbehoefte. KAMG/Via ziet graag dat kwaliteitseisen worden gesteld aan de deskundigheid van de indicatiestellers en aan het proces van indiceren. KAMG/Via stelt voor dat de indicatiestelling wordt uitgevoerd door een CIZ-arts, opgeleid en geregistreerd als arts Indicatie & Advies, die goed bereikbaar is voor collegiaal overleg met behandelend artsen. Deze arts functioneert aan de voorkant van het indicatieproces en niet – zoals op dit moment – aan de achterkant, als sluitstuk van het indicatieproces. Ook stelt KAMG/Via voor om tegelijkertijd te investeren in risicoprofielen om onderscheid te maken wanneer wel of niet een indicatie aangewezen is en om eenvoudige modellen te ontwikkelen en te implementeren die behandelend artsen in staat stellen snel de benodigde medische en andere relevante gegevens eenduidig en compleet aan te leveren, waarmee de indicatie snel en adequaat door de CIZ-arts kan worden afgehandeld.

14.1.3. Gemeenten

De Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) en de samenwerkingsverbanden van grote gemeenten (G4 en G32) onderschrijven het uitgangspunt van de Wlz dat een persoon met een indicatie voor de Wlz niet meer onder de Wmo of Jeugdwet valt. De gemeenten vinden het jammer dat op dit uitgangspunt een aantal uitzonderingen is gemaakt waardoor afbakeningsproblematiek en averechts werkende prikkels ontstaan tussen de Wmo, Jeugdwet en de Wlz. Deze afbakeningsproblematiek doet zich volgens de gemeenten ondermeer voor ten aanzien van woningaanpassingen en verhuiskostenvergoedingen, de kosten van eten en drinken en wassen van kleding, de vergoeding van een scooter, opvoedkundige hulp aan ouders van een kind met een Wlz-indicatie en kortdurend verblijf. Ook hebben gemeenten gepleit voor meer duidelijkheid over de afstemming van eigen bijdragen, het opnemen in de wet van een verplichting tot samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraars en voor maatregelen die zorgaanbieders ertoe bewegen meer maatwerk te leveren, bijvoorbeeld in de vorm van het VPT.

14.2 Reactie van uitvoerders en toezichthouders

14.2.1 ZN

Zorgverzekeraars Nederland (ZN) heeft aangegeven geen verantwoordelijkheid te kunnen nemen voor de uitvoering van de wet in de vorm waarin deze ter consultatie is voorgelegd. Principiële bezwaren bij de wet betreffen de verantwoordelijkheden van zorgverzekeraars in de gekozen uitvoeringsconstructie, de voorliggendheid van de Wlz en de afbakening ten opzichte van de Wmo en de Zvw. De verzekeraars hebben aangegeven dat het belangrijk is dat zij niet verantwoordelijk worden gemaakt voor de (regionale) uitvoering van de Wlz als zij niet beschikken over de juiste positie, instrumenten en informatie om hieraan invulling te kunnen geven. De zorgverzekeraars betwijfelen daarnaast of de beoogde strikte regulering van de toelating tot de Wlz mogelijk is. Door naast intramuraal verblijf ook zorg thuis in de eigen omgeving onder de Wlz te brengen is de afbakening tussen de Wlz, de Wmo en de Zvw onhelder en het risico op afwenteling volgens de verzekeraars aanzienlijk. Dit risico wordt volgens de zorgverzekeraars versterkt wanneer bij de toegangsbepaling geen rekening gehouden wordt met de omgevingscontext van de cliënt en niet wordt getoetst of zorg uit andere domeinen kan worden geleverd. De zorgverzekeraars hechten eraan dat de wet voldoende mogelijkheden verschaft om waar nodig relevante informatie uit te wisselen van Wlz-uitvoerders met gemeenten en zorgverzekeraars en omgekeerd. Tevens hechten zij eraan dat ruim voor de invoering van de wet volledige duidelijkheid bestaat over de solvabiliteitseisen voor de Zvw-verzekeraars die optreden als uitvoerder van de wet.

14.2.2 CIZ

Het Centrum indicatiestelling zorg (CIZ) staat achter de doelstellingen die ten grondslag liggen aan de wet. Wel constateert het CIZ knelpunten in de uitvoering. De invoerings- en overgangsbepalingen die samenhangen met de decentralisatie van taken naar gemeenten, zoals omschreven in de Wmo 2015 en de Wlz, zijn voor het CIZ personeels- en systeemtechnisch niet uitvoerbaar. Het CIZ heeft tevens aangegeven dat de toegangscriteria uit de consultatieversie van de wet niet voldoende zijn om een goede afbakening met de Wmo te maken. Volgens het CIZ zal dit leiden tot onnodige heen en weer verwijzingen in de uitvoering, tot een grotere doelgroep voor de nieuwe wet en tot hogere uitvoeringslasten voor de indicatiestelling. Het CIZ mist verder een voldoende geconcretiseerde uitwisseling van informatie tussen ketenpartijen om een soepele overgang naar de nieuwe situatie mogelijk te maken. Ook is het CIZ voorstander van een onafhankelijk vastgestelde duiding van de zorgzwaarte bij de start van een aanspraak op langdurige zorg. Dit biedt volgens het CIZ een goede basis voor het gesprek tussen de cliënt en de zorgaanbieder over de invulling van het zorgplan en voor de besprekingen tussen de zorgaanbieder en de representant. De voorgenomen omvorming van

stichting tot zelfstandig bestuursorgaan per 2015 stelt het CIZ naar eigen zeggen voor onoverkomelijke problemen.

Op verzoek heeft het CIZ de consultatieversie van de Wlz getoetst op fraudegevoeligheden. Volgens het CIZ moeten de toegangscriteria helder zijn geformuleerd en voldoende houvast bieden om op eenduidige wijze de toegang te bepalen voor de aanspraak op langdurige zorg. Ook heeft het CIZ aangegeven dat bij een versterkte poortwachtersfunctie eigenstandig medisch onderzoek hoort. Voorts pleit het CIZ ervoor om de inzage van het identificatiedocument onderdeel te laten zijn van het face-to-face indicatieonderzoek door het CIZ en voor standaard verificatie van het BSN-nummer van de cliënt door de Wlz-uitvoerder. Ook heeft het CIZ aangegeven op verzoek van de Wlz-uitvoerder ambtshalve te willen herindiceren bij een uit controle gebleken twijfel aan de terechtheid van de indicatie.

14.2.3 CVZ

De kern van de reactie van het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) op de consultatieversie van het wetsvoorstel heeft betrekking op vier punten: de relatie tussen de Wmo en de Wlz, de toegang tot de Wlz, de complexiteit van de leveringsvormen en het tijdpad voor uitvoeringstechnische zaken. Volgens het CVZ is het belangrijk dat gemeenten en zorgverzekeraars een prikkel ervaren om cliënten zo lang mogelijk thuis te laten wonen met zorg en begeleiding vanuit de Wmo en de Zvw. Dit kan volgens het CVZ door de introductie van een financiële compensatie, bijvoorbeeld op basis van shared savings. Volgens het CVZ moet verder worden voorkomen dat mensen, die met inzet van hun sociale omgeving nog verantwoord en doelmatig thuis kunnen blijven wonen, zich moeten wenden tot de Wlz. Het CVZ pleit er dan ook voor om bij de toegang tot de Wlz de mogelijkheden van het cliëntsysteem, ondersteund door de Wmo en een versterkte eerste lijn, mee te wegen. Verder adviseert het CVZ om de vormgeving van de Wlz zo eenvoudig mogelijk te maken. Het CVZ stelt voor om het VPT en het PGB dezelfde zorg te laten omvatten als de Wlz-zorg in een instelling. Volgens het CVZ is het PGB alleen als overgangsmaatregel aan de orde. Ook adviseert het CVZ om alle farmaceutische en paramedische zorg, hulpmiddelen en rolstoelen onderdeel te laten zijn van de Wlz, om nieuwe afbakeningsproblemen te voorkomen. Met betrekking tot de uitvoering van de Wlz is er door het CVZ op gewezen dat de contracteerruimte, het pgb-subsidieplafond en de productieplafonds op gespannen voet staan met het verzekeringskarakter van de Wlz. Het CVZ vindt tevens de voorgenomen uitvoering van de Wlz door Wlz-uitvoerders niet werkbaar en de bevoegdheden van de Wlz-uitvoerders en representanten niet duidelijk omschreven.

Verder wijst het CVZ op veel majeure technische zaken die geregeld moeten worden en die de gehele keten van indicatiestelling, inkoop, bekostiging en financiering raken. De standaarden in de AWBZ moeten volgens het CVZ worden aangepast om informatie-uitwisseling mogelijk te maken.

14.2.4 CAK

Het CAK heeft in zijn advies gewezen op de systeemaanpassingen die nodig zijn om de wijziging in de aanspraken door te kunnen voeren. Het betreft vooral wijzigingen in de communicatie-uitingen. Het CAK is verheugd met de keuze om de eigen bijdragesystematiek voor alle drie de leveringsvormen te baseren op de intramurale eigenbijdragesystematiek. Deze systematiek kent minder afhankelijkheden in de keten en leidt sneller tot een eigenbijdragebesluit.

Het CAK pleit voor een brede generieke regeling van inkomens en/of vermogensafhankelijke eigen bijdragen binnen het gehele zorgstelsel (de vier domeinen) met een anticumulatieregeling. Een dergelijke regeling zou de administratieve lasten verminderen. Ook stelt het CAK voor om – in verband met de overheveling van de langdurige intramurale GGZ naar de Zvw – een eigen bijdrageregeling in de Zvw in te voeren die door het CAK kan worden uitgevoerd. Ook heeft het CAK aangegeven een rol te kunnen spelen bij de gegevensuitwisseling over de domeinen Zvw, Wlz, Wmo en Jeugd, aangezien het over zorggebruikgegevens beschikt. Deze informatie-uitwisseling dient dan wel, aldus het CAK, op het niveau van de wet te worden geregeld. Ook heeft het CAK aangegeven een rol te willen vervullen bij het informeren van de cliënt over de zorg en de kosten daarvan alsmede over de transitie in de langdurige zorg.

Frauderisico's ziet het CAK in de samenhang tussen de verschillende domeinen, vooral als de afbakening niet goed geregeld is. Door gegevens bij elkaar te brengen en uit te wisselen kan volgens het CAK eventuele fraude worden opgespoord. Ook een heldere regeling voor de eigen bijdragen in de domeinen kan fraude en oneigenlijk gebruik tegengaan. Door koppeling van declaraties van zorgaanbieders en het eigenbijdragebericht kan worden gecontroleerd of de gedeclareerde zorg ook daadwerkelijk is verleend. Door de cliënt inzicht te bieden in zijn betalingen en geleverde zorg, kan de cliënt eventuele fraude signaleren.

14.2.5 SVB

De Sociale Verzekeringsbank (SVB) heeft zich in haar reactie gericht op de nieuwe wettelijke taak die haar met het wetsvoorstel wordt opgedragen. In de consultatieversie van het wetsvoorstel is deze nieuwe taak omschreven als het uitvoeren van betalingen ten laste van persoonsgebonden budgetten. Volgens de SVB staat deze taakomschrijving een effectieve en efficiënte uitvoering in de weg. Zo kan de SVB volgens deze beschrijving budgethouders niet ondersteunen bij de werkgeverstaken en het uitvoeren van controles op betalingen. Als gevolg van de beperkte taakomschrijving is volgens de SVB ook de wettelijke grondslag voor het gebruik van (persoons-)gegevens te beperkt. De SVB heeft dan ook geadviseerd om de taak van de SVB ruimer te formuleren zodat alle bestaande en toekomstige taken van de SVB hieronder

kunnen worden begrepen. Ook heeft de SVB geadviseerd deze werkzaamheden expliciet te benoemen in de toelichting bij het wetsvoorstel.

14.2.5 NZa

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) ziet in de consultatieversie van de Wlz grote risico's voor het toezicht. Ook signaleert de NZa een aantal nadelige uitvoeringsconsequenties. Zo heeft de in de consultatieversie van de wet opgenomen verantwoordelijkheidsverdeling en het ontbreken van een objectieve bepaling van de zwaarteklasse volgens de NZa grote gevolgen voor de regulering en het toezicht.

Ook voor de cliënt voorziet de NZa een risico met betrekking tot de toegang tot de Wlz. Door de scheiding van het toegangsbesluit van het zorgzwaartebesluit is onduidelijk op welke zorg de cliënt recht heeft. Ook kent de Wlz, aldus de NZa, door de gewijzigde bekostigingsstructuur met een klein aantal zwaarteklassen, mogelijkheden tot risicoselectie. Specialiseren in zwaardere cliëntencategorieën wordt hierdoor minder aantrekkelijk.

De NZa constateert daarnaast risico's op het terrein van regulering. Een van die risico's betreft de overschrijding van de regionale contracteerruimte via pgb-uitgaven. Daarnaast heeft de nieuwe wijze van indicatiestelling volgens de NZa negatieve gevolgen voor de kostenbeheersing, omdat een prikkel tot doelmatigheid bij het bepalen van de zorgzwaarten ontbreekt. Hierdoor zal de representant sneller dan wenselijk is een beroep doen op de knelpuntenprocedure. Door het ontbreken van een objectieve bepaling van de zorgzwaarte is het vervolgens voor de NZa niet mogelijk te toetsen of er aanleiding is meer middelen in de regio beschikbaar te stellen. Deze objectieve bepaling van de zorgzwaarte is volgens de NZa ook nodig voor de materiële controle door de representant. Om Wlz-uitvoerders te prikkelen te sturen op een doelmatige uitvoering van de Wlz adviseert de NZa overbruggingszorg onder de Zvw te brengen.

De voorgestelde bekostigingsstructuur vergroot volgens de NZa de kans op risicoselectie, aangezien zorgaanbieders volgens de NZa vermoedelijk sneller onderscheid zullen maken tussen cliënten, bij wie relatief dure zorg zal worden gemeden. Bovendien is de overstap naar de nieuwe bekostigingsstructuur per 2015 volgens de NZa niet haalbaar. Door ontbrekende informatie kunnen de consequenties van een aantal maatregelen, bijvoorbeeld op het terrein van de invoering van de nieuwe bekostigingsstructuur en het PGB, op dit moment nog niet in zijn geheel door de NZa worden overzien.

Het door de NZa te houden toezicht wordt volgens de NZa complex doordat verantwoordelijkheden en bevoegdheden van de Wlz-uitvoerder en de representant niet goed op elkaar aansluiten. Bovendien is het volgens de NZa nog de vraag of de gekozen constructie wettechnisch aansluit op de Algemene wet bestuursrecht. Ook vraagt de NZa zich af of de Wlz-uitvoerder de

representant wel kan aansturen op zorgtoewijzing, (doelmatige) zorginkoop of toekenning van pgb, wanneer daartoe de wettelijke instrumenten ontbreken.

De Wlz kent volgens de NZa, naast eerder genoemde risico's, nog een aantal risico's op fraude en misbruik. Zo blijft volgens de NZa in de zorglevering het risico op upcoding en onderbehandeling bestaan, evenals het risico op onterechte inkoop en declaratie. Daarnaast blijft er een risico op onterechte indicatiestelling en is de opzet van het PGB volgens de NZa nog steeds fraudegevoelig. Ook bestaan er ongewenste mogelijkheden voor Zvw-verzekeraars en gemeenten om kosten af te wentelen op de Wlz.

14.2.6 DNB

In haar reactie op de consultatieversie van de Wlz heeft de De Nederlandsche Bank (DNB) aangegeven dat niet-risicodragende uitvoering van de Wlz in een aparte rechtspersoon waarvan ook de Zvw-verzekeraar deel uitmaakt, leiden tot additionele operationele risico's voor deze groep. Hierbij kan volgens de DNB gedacht worden aan reputatierisico's, risico's ten aanzien van de beheerste en integere bedrijfsvoering en de specifieke risico's die samenhangen met de governance en intragroepverhoudingen. Op dit moment is het voor de DNB lastig een inschatting te geven van de geaggregeerde aanvullende solvabiliteiteisen die zou kunnen voortvloeien uit de verschillende risico's die de Wlz-uitvoerders binnen de verschillende zorgverzekeringsgroepen met zich meebrengen.

De DNB heeft voorts concrete tekstvoorstellen gedaan voor de memorie van toelichting bij het wetsvoorstel, waarmee de rol van de DNB nauwkeuriger wordt beschreven.

14.3. Adviesorganen, diensten en inspecties

De Raad voor de rechtspraak (RvdR), de Nederlandse Vereniging voor Rechtspraak (NVvR), het Openbaar Ministerie (OM), de Fiscale Inlichtingen- en Opsporingsdienst (FIOD), het College bescherming persoonsgegevens (CBP), Actal en de Algemene Rekenkamer zijn gevraagd advies uit te brengen over het wetsvoorstel.

De NVvR heeft zich vanwege de korte reactietermijn in combinatie met de omvang van het wetsvoorstel, onthouden van advies. Het OM heeft laten weten geen advies te kunnen geven over het wetsvoorstel, omdat het verzoek niet formeel via het Ministerie van Veiligheid en Justitie en het Parket-Generaal is ingediend. Ook de FIOD heeft niet gereageerd.

14.3.1 De Raad voor de Rechtspraak

De Raad voor de Rechtspraak heeft op grond van artikel 95 van de Wet op de Rechterlijke Organisatie het recht om regering en Staten-Generaal te adviseren

omtrent algemeen verbindende voorschriften en te voeren beleid van het Rijk op het terrein van de rechtspleging.

[**PM** Advies aangevraagd op 11 september 2013, maar geen reactie ontvangen binnen de termijn van twee maanden. Indien wij voor 11 december 2013 alsnog een advies ontvangen, wordt dat voorzien van een reactie en nagezonden aan de Raad van State.]

14.3.2 CBP

[**PM** Advies aangevraagd op 11 september 2013, maar geen reactie ontvangen binnen de termijn van twee maanden. Indien wij voor 11 december 2013 alsnog een advies ontvangen, wordt dat voorzien van een reactie en nagezonden aan de Raad van State.]

14.3.3 Actal

Actal geeft aan geen oordeel te kunnen geven over de regeldruk door het ontbreken van berekeningen van de gevolgen van het wetsvoorstel hiervoor. Ook de kwalitatieve omschrijving van de regeldruk is volgens Actal onvolledig. Daarnaast is Actal kritisch ten aanzien van de opmerking dat de effecten op de regeldruk worden meegenomen bij de eerste evaluatie van de wet, zonder dat daarbij is aangegeven wat er vervolgens met de bevindingen gaat gebeuren. Alles overwegende adviseert Actal om het wetsvoorstel in zijn huidige vorm niet in te dienen.

Actal adviseert om de effecten van regeldruk kwantitatief in beeld te brengen en daarbij aan te geven hoe deze regeldruk in de oordeelsvorming over het doelbereik van het wetsvoorstel is betrokken. Actal adviseert tevens de kwalitatieve toelichting uit te breiden met de negatieve effecten op de regeldruk en om de eenmalige effecten van regeldruk zowel kwalitatief als kwantitatief in beeld te brengen, met daarbij het voorstel de inverdiëntijd voor deze 'kosten' over maximaal vier jaar uit te spreiden. Ook de effecten voor regeldruk als gevolg van toezicht moeten volgens Actiz worden verduidelijkt en cijfermatig onderbouwd worden.

Actal adviseert tevens om de risico's op (ervaren) regeldruk in de overgangsfase volledig in kaart te brengen en - in de toelichting - aan te geven hoe deze risico's worden voorkomen. In dit verband wordt geadviseerd om in overleg met uitvoeringsorganisaties te zorgen dat de algemeen en gerichte voorlichting en informatievoorziening over de wet duidelijk maakt wat de reikwijdte van de 'verplichting' van het sociaal netwerk is tot het verlenen van hulp en ondersteuning bij langdurige zorg. Ook adviseert Actal ervoor te zorgen dat relevante (dossier)informatie over burgers door representanten, verzekeraars en CIZ aan de nieuwe uitvoerders wordt overgedragen. Ook moet volgens Actal gezorgd worden voor een initiële overdracht van deze gegevens, informatie en dossiers, zodat burgers bij de nieuwe uitvoerders niet opnieuw

een aanvraag hoeven in te dienen en daarbij niet reeds bekende informatie hoeven te verstrekken. Actal adviseert verder er voor te zorgen dat de Wlz-verzekeraar/representant de burgers van wie de aanspraak op intensieve zorg op grond van de AWBZ eindigt, uitnodigt voor een gesprek of hen bezoekt om met hen over de mogelijke aanspraken te spreken en te informeren. Ook is geadviseerd te bevorderen dat de onzekerheden voor de doelgroep in de overgang naar de Wlz tot een minimum beperkt worden.

Actal adviseert om de uniformering van gegevens zo vorm te geven en in te vullen dat slechts met één set van verantwoordingsinformatie wordt gewerkt, met uniforme en eenduidige definities, die zowel door Zorginstituut Nederland, departement, toezichthouders als verantwoordelijke uitvoerders wordt gebruikt.

14.3.4 Algemene Rekenkamer

[PM Advies aangevraagd op 11 september 2013, maar geen reactie ontvangen binnen de termijn van twee maanden. Indien wij voor 11 december 2013 alsnog een advies ontvangen, wordt dat voorzien van een reactie en nagezonden aan de Raad van State.]

14.4 Reactie op de consultaties

De door de geconsulteerde partijen gegeven reacties op het wetsvoorstel en de memorie van toelichting zijn betrokken bij de voorliggende, herziene, versie van het wetsvoorstel. Op onderdelen zijn de wet en de toelichting aangepast of verduidelijkt.

Indicatiestelling en uitvoering

Meerdere geconsulteerde partijen hebben gereageerd op de in de consultatieversie van het wetsvoorstel opgenomen passages over de indicatiestelling en de uitvoering door zorgverzekeraars. Beide onderdelen van de wet zouden niet bijdragen aan een heldere verantwoordelijkheidsverdeling en een goede beheersing van kosten.

Naar aanleiding van de ontvangen reacties zijn de hiervoor genoemde onderdelen van de wet fundamenteel gewijzigd. Zo is de vaststelling van de zorgzwaarte niet langer toebedeeld aan de Wlz-uitvoerder. In paragraaf 2.2 en 5.6 is toegelicht op welke wijze in de objectieve en professionele indicatiestelling wordt voorzien. Het CIZ, dat met deze wet wordt omgevormd tot een publiekrechtelijk zelfstandig bestuursorgaan met rechtspersoonlijkheid, beslist over de toelating tot de Wlz en stelt de zorgbehoefte vast naar aard en inhoud. De in de consultatieversie gekozen werkwijze waarbij het CIZ wel over de toegang tot de Wlz beslist maar geen uitspraak doet over de zorgbehoefte is daarmee komen te vervallen. Tegen het indicatiebesluit van het CIZ staan bezwaar en beroep open.

Voor wat betreft de uitvoering van de Wlz is gekozen voor een model dat aansluit bij de huidige uitvoeringspraktijk. In paragraaf 2.6 van de memorie van toelichting is hieraan aandacht besteed. De in de consultatieversie gekozen uitvoeringsvariant, met een scheiding van taken tussen de Wlz-uitvoerder en representant, is komen te vervallen. Net als in de AWBZ zullen zorgkantoren in de praktijk het werk doen en het aanspreekpunt vormen voor zorgaanbieders en cliënten.

Leveringsvormen

Door meerdere geconsulteerde partijen is ook gevraagd naar de ratio van de leveringsvormen pgb en VPT naast zorg met verblijf in een instelling. Bepleit is om – in het belang van een scherpe afbakening tussen de Wlz en de Wmo – de leveringsvorm in de Wlz te beperken tot zorg met verblijf. Tegelijkertijd pleiten andere partijen voor volledige persoonsgebonden en persoonsvolgende bekostiging ter verdere versterking van de keuzevrijheid van cliënten.

De regering heeft ervoor gekozen cliënten met een Wlz-indicatie de keuze te laten of zij de zorg in een instelling, dan wel thuis, met een pgb of VPT, wensen te ontvangen. De regering vindt keuzevrijheid voor cliënten belangrijk, omdat de zorg daarmee beter op hun individuele wensen en mogelijkheden kan worden afgestemd. De bekostiging in de Wlz is in die zin dan ook volledig persoonsvolgend. In de paragrafen 2.4 en 2.5 is dit nader toegelicht.

Afbakening, doelgroepen en aanspraken

Meerdere partijen hebben om een heldere afbakening gevraagd van de zorg die op grond van de Wlz wordt geboden en zorg en ondersteuning uit andere domeinen. Gevraagd is tevens naar omschrijving van cliëntgroepen waarvoor Wlz-zorg bestemd is. In dit verband is ook gewezen op de afbakening van de Wlz ten opzichte van de andere domeinen en het risico op afwenteling naar de Wlz. Het gaat daarbij om een heldere afbakening van rechten en aanspraken op grond van de Wmo 2015, de Jeugdwet, de Zvw en de Wlz, zodat voor alle betrokken partijen helder is vanuit welk domein in een ondersteunings- of zorgvraag van burgers moet worden voorzien. In hoofdstuk 6 van de memorie van toelichting is nader ingegaan op de afbakening en de samenhang van de Wlz met de andere domeinen. Door meerdere partijen is tevens gevraagd waarom het ondersteuningsaanbod door gemeenten en de sociale omgeving van de cliënt niet worden meegewogen bij de indicatiestelling voor de Wlz. Meerdere partijen hebben er bovendien voor gepleit om de langdurige GGZ onder de Wlz te brengen.

In de memorie van toelichting is verduidelijkt dat de wet ziet op cliënten die vanwege hun somatische of psychogeriatrische beperking of een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap blijvend behoefte heeft aan permanent toezicht of 24-uur per dag zorg in de nabijheid. In paragraaf 2.2 zijn de argumenten gegeven waarom de toegangscriteria voor de Wlz volledig zijn gebaseerd op zorginhoudelijke criteria en geen afgeleide zijn van het ondersteuningsaanbod van gemeenten of de sociale omgeving van de cliënt.

Consequentie van het bepalen van de toegang tot de Wlz op basis van zorginhoudelijke criteria, is dat de toegang functioneel is en niet gebaseerd op specifieke doelgroepen.

Tevens is in paragraaf 2.2 uiteengezet om welke reden de regering ervoor kiest om de langdurige GGZ onder te brengen in de Zvw. De grondslag psychiatrie biedt daarmee als zodanig geen aanspraak op Wlz-zorg. De zorg voor cliënten met een psychische stoornis maakt geen onderdeel uit van de wet. De langdurige GGZ wordt deels overgeheveld naar de Zvw en deels naar de Wmo. Dit geldt overigens niet voor mensen die naast hun somatische of psychogeriatrische aandoening of beperking of naast hun verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap bijkomende psychische problemen hebben. Zij komen wel in aanmerking voor de Wlz indien zij op grond van die aandoening, beperking of handicap voldoen aan de gestelde criteria.

De zorg voor licht verstandelijk gehandicapte kinderen wordt ondergebracht in het jeugddomein. Voor zorg die doorloopt tot het 23^e levensjaar geldt de doorloopregeling op grond van de Jeugdwet. Volwassenen met een licht verstandelijke handicap kunnen een beroep doen op de Wmo. Cliënten met een lichtverstandelijke handicap in combinatie met een sterke gedragsstoornis vallen, onder de in de wet genoemde voorwaarden, onder de Wlz.

Meerdere partijen hebben gevraagd om een heldere omschrijving van Wlz-aanspraken. In paragraaf 2.3 is naar aanleiding hiervan verhelderd wat onder de Wlz-verzekerde zorg valt. Daarbij is aangegeven dat de regering op termijn streeft naar een integraal pakket voor iedereen met een Wlz-indicatie. In paragraaf 2.4 is nader ingegaan op tijdelijk opname van cliënten met een intensieve zorgvraag. In de Wlz is tijdelijke opname mogelijk, voor zover het gaat om cliënten die voor de Wlz geïndiceerd zijn. Het kan daarbij gaan om cliënten die met een VPT of pgb thuis wonen, maar als gevolg van een veranderde thuissituatie tijdelijk zijn aangewezen op verblijf in een instelling.

Om te komen tot een afgestemd zorgaanbod hebben partijen nadrukkelijke gewezen op het belang van een goede samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraars. De regering is zich ervan bewust dat intensieve samenwerking tussen gemeenten, zorgverzekeraars, Wlz-uitvoerders, representanten en zorgaanbieders onontbeerlijk is voor het tot stand brengen van zorg en ondersteuning op maat. Bij algemene maatregel van bestuur kan de regering regels stellen aan de vereiste samenwerking.

Verzekerd recht en financieel kader

Gevraagd is naar de raming van het aantal cliënten dat van de Wlz gebruik zal maken. In hoofdstuk 7.2 is toegelicht dat er naar verwachting minder dan 200 duizend cliënten gebruik zullen maken van de Wlz. In de eerste jaren zullen op basis van het overgangsrecht nog cliënten met een lichte zorgzwaarte verblijven in de Wlz (zie hoofdstuk over overgangsrecht). De uitgaven van de Wlz zullen in de loop van de tijd gaan dalen omdat deze cliënten veelal door

overlijden de Wlz zullen verlaten en nieuwe cliënten met lage zorgzwaarte niet de Wlz instromen.

Daar tegenover staat dat het aantal cliënten op termijn zal toenemen als gevolg van de demografische ontwikkeling. Het karakter van de publiekrechtelijke sociale verzekering brengt met zich mee dat het verzekeringsrisico bij de overheid ligt. Om dit risico tot een minimum te beperken is een beheersinstrumentarium ontwikkeld (hoofdstuk 7). Tegelijkertijd hebben de uitvoerders van de Wlz, een zorgplicht. In een situatie dat meer zorg nodig is dan verwacht, bijvoorbeeld door een toename van het aantal cliënten, liggen de financiële gevolgen daarvan bij de overheid.

Regeldruk

De door Actal en een aantal overige partijen gemaakte opmerkingen over de regeldruk hebben geleid tot een verduidelijking van hoofdstuk 8 van de memorie van toelichting. Nader toegelicht is wat de eenmalige en structurele kwalitatieve gevolgen zijn van het wetsvoorstel voor de regeldruk voor burgers, zorgaanbieders en Wlz-uitvoerders. In het najaar van 2013 worden deze effecten gekwantificeerd.

Implementatie

Ten behoeve van de implementatie van de Wlz en de transitie naar het nieuwe stelsel wordt een transitieplan opgesteld. In dat transitieplan wordt nader ingegaan op de fasering in de invoering, ondermeer als het gaat om de aanpassing van de bekostiging en de aanspraken. Om op beide onderdelen van de wet de gewenste stappen te kunnen zetten is nader onderzoek nodig. Bovendien moeten alle bij de uitvoering van de wet betrokken partijen in de gelegenheid worden gesteld zich op deze veranderingen te kunnen voorbereiden. In hoofdstuk 16 is een en ander toegelicht.

Toekomstperspectief

Kritische opmerkingen zijn tot slot gemaakt bij het in de consultatieversie van de wet genoemde voornemen om te bezien of verdere verbetering van de doelmatigheid mogelijk is, bijvoorbeeld door de Wlz-zorg op termijn risicodragend door zorgverzekeraars te laten uitvoeren voor eigen verzekerden. Naar aanleiding hiervan heeft de regering besloten dit voornemen in die zin te nuanceren dat bij de beoogde risicodragende uitvoering, de zorg voor mensen met een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke beperking mogelijk buiten beschouwing wordt gelaten.

Hoofdstuk 15 Toekomstperspectief

Met dit wetsvoorstel wordt een belangrijke stap gezet naar een doelmatiger en kwalitatief betere langdurige zorg voor ouderen en gehandicapten. Het betreft een eerste stap. In de HLZ-brief van 25 april 2013 aan de Tweede Kamer heeft het kabinet aangekondigd dat het een aanpak in twee fasen overweegt. In de eerste fase zou de uitvoering regionaal blijven plaatsvinden. De regering kiest er daarbij voor om de zware zorg voor ouderen en gehandicapten onder te

brengen in een separaat domein, naast de Wmo 2015, de Jeugdwet en de Zvw. Deze fase is in dit wetsvoorstel nader uitgewerkt.

In tweede fase wordt gezien of verdere verbeteringen in de doelmatigheid mogelijk zijn. De regering overweegt daarbij onderscheid te maken tussen de gehandicaptenzorg en de ouderenzorg. Zoals in paragraaf 2.6 reeds is toegelicht, hebben de twee sectoren verschillende kenmerken.

De gehandicaptenzorg is een sector met een relatief kleine groep cliënten met een levenslange en levensbrede zorgvraag, waardoor de zorgvraag relatief goed voorspelbaar is. Het zorgaanbod is bovendien geconcentreerd (soms over de huidige regiogrenzen heen). Door de beperkte omvang en stabiliteit van de doelgroep, hecht de regering eraan dat wordt toegewerkt naar een uniform landelijk inkoopkader voor de zorg. Er zijn verschillende eindmodellen denkbaar voor deze sector. Zorg voor gehandicapten kan mogelijk volledig landelijk wordt ingekocht door één inkoper (publiek of privaat, verzekering of voorziening). Dit bespaart administratieve lasten, vermindert regionale verschillen en geeft daarmee meer zekerheid aan cliënten. Maar ook regionale uitvoering (door gemeenten) of risicodragende uitvoering voor eigen verzekerden met een goed vereveningsmodel is niet uitgesloten. Over het meest geschikte model heeft de regering haar gedachten nog niet opgemaakt.

De zwaardere ouderenzorg is geconcentreerd in de laatste levensjaren van mensen. Daardoor is de doorstroom hoog vergeleken met de gehandicaptenzorg. Voor de ouderen die aanspraak hebben op zorg op grond van de Wlz, geldt dat zij doorgaans ook veel gebruik maken van curatieve zorg op grond van de Zvw. Daarom is het voor deze doelgroep belangrijk dat er samenwerking en afstemming bestaat tussen de uitvoerders van Wlz en de Zvw. De regering onderzoekt de mogelijkheden om op termijn de ouderenzorg risicodragend over te hevelen naar de Zvw. Hiermee wordt een schot weggenomen. Dit kan niet alleen zorginhoudelijke kwaliteit bevorderen, maar ook leiden tot verdere doelmatigheidswinst. Zorgverzekeraars worden dan integraal verantwoordelijk en krijgen de mogelijkheid om te sturen op de totstandkoming van zorgketens over de grenzen van de huidige domeinen heen. Verwacht wordt dat door onderbrenging van de ouderenzorg in één domein betere integrale cliëntgerichte zorgtrajecten tot stand komen. De overheveling van aanspraken naar de Zvw verstevigt ook de relatie tussen de verzekerde en zijn verzekeraar. De verzekerde heeft één duidelijk aanspreekpunt als hij verzekerde zorg nodig heeft. Daarnaast kan hij voor ondersteuning in zijn zelfredzaamheid blijven aankloppen bij de gemeente. Verzekerden kunnen via de vrije verzekeraarkeuze in het mogelijke toekomstperspectief meer invloed uitoefenen op het zorginkoopbeleid van de verzekeraar en daardoor op de kwaliteit van de zorg die zij ontvangen. Door goede afspraken te maken met zorgaanbieders, een doelmatige organisatie en goede service proberen zorgverzekeraars de beste kwaliteit tegen de meest gunstige prijs te leveren en zo de meeste klanten voor zich te winnen.

Het is op korte termijn niet mogelijk om de zwaardere langdurige zorg te splitsen, de ouderenzorg risicodragend uit te laten voeren door privaatrechtelijke verzekeraars en de gehandicaptenzorg onder te brengen in een landelijke voorziening of volksverzekering. Vooral de overheveling van de ouderenzorg is lastig op korte termijn te realiseren, onder andere vanwege het ontbreken van een adequaat risicovereveningsmodel dat daarvoor nodig is. Bovengenoemd toekomstperspectief wordt daarom niet met de inwerkingtreding van deze wet gerealiseerd. In de HLZ-brief is aangekondigd dat een beslissing fase twee niet voor 2017 wordt genomen. Fase twee voor de ouderenzorg kan pas worden ingezet als de zorgverzekeraars meer ervaring hebben met een doelmatige uitvoering van de Wlz, overtuigend door zorgverzekeraars wordt aangetoond dat deze stap leidt tot aanvullende doelmatigheid en zij klaar zijn om deze zorg vanaf de start (volledig) risicodragend voor de eigen verzekerden uit te voeren. Hiervoor is een adequaat en stabiel vereveningsmodel vereist, dat de komende jaren wordt ontwikkeld en getest. Overheveling van de ouderenzorg zonder adequate risicoverevening, kan leiden tot risicoselectie. Dat druist in tegen het doel van bescherming van de meest kwetsbaren. Overhevelen zonder risicodragendheid voor verzekeraars vormt daarentegen juist een budgettair risico voor de overheid. Ook kan deze stap alleen gezet worden als de Wlz een beperktere omvang heeft gekregen door het langer thuis wonen. Voor fase twee in de gehandicaptenzorg wil de regering eerst onderzoeken welke uitvoeringsmodaliteiten voor deze specifieke doelgroep mogelijk en wenselijk zijn. De regering sluit daarbij op voorhand geen modellen uit.

Hoofdstuk 16 Overgangssituatie, inwerkingtreding en transitie

Een goed overgangsregime draagt bij aan een zachte landing voor de hervorming van de langdurige zorg. Met HLZ-wijzigen de doelgroepen en aanspraken van de AWBZ, Wmo en Zvw aanzienlijk. Het is van belang om tijdig aandacht te besteden aan overgangssituaties om (rechts)ongelijkheid, (rechts)onzekerheid bij cliënten, zorgaanbieders en uitvoerende instanties te beperken. Overgangsrecht geeft de verhouding weer tussen de situatie onder de Wlz en de bestaande rechtstoestand; de AWBZ. De spanning die optreedt tussen de erkenning van bestaande posities en het realiseren van nieuwe posities maakt een afweging nodig tussen verschillende situaties en belangen. Dit is niet slechts een juridische vraag. Het gaat hier primair om beleidsvragen waarbij rechtsbeginselen als rechtszekerheid en rechtsgelijkheid een belangrijke rol spelen. Het is van belang om bij de overgang ook aandacht te besteden aan zorgaanbieders en de uitvoerende organen.

16.1. Overgangsrecht voor cliënten

De veranderingen voor bestaande cliënten kunnen globaal worden ingedeeld in twee categorieën. Ten eerste zijn er veranderingen als gevolg van verschuiving van zorg een ondersteuning naar een ander domein en ten tweede zijn er

veranderingen als gevolg van wijzigingen binnen de Wlz ten opzichte van de AWBZ.

16.1.1 Verschuivingen tussen domeinen: Wlz, Wmo 2015, Zvw en Jeugdwet

Met ingang van de Wlz per 2015 kunnen vier groepen cliënten worden onderscheiden:

1. mensen met een indicatie voor verblijf die ook daadwerkelijk in een instelling verblijven;
2. mensen die nu een indicatie voor verblijf hebben maar als de Wlz op 1 januari 2015 in werking treedt nog thuis wonen;
3. mensen met een indicatie voor extramurale AWBZ-zorg die overgaan naar Wmo, Jeugdwet of Zvw;
4. mensen met een indicatie verblijf die overgaan naar de Wmo of Zvw (GGZ-populatie).

Mensen met een indicatie voor verblijf die ook daadwerkelijk in een instelling verblijven

De regering vindt het belangrijk dat mensen met een AWBZ-indicatie met verblijf die ook daadwerkelijk in een instelling verblijven deze indicatie, en de verbonden rechten, levenslang houden. De regering eerbiedigt de rechten van deze groep huidige cliënten die hiermee gelijkgesteld worden met mensen die na invoering van de Wlz toegang krijgen tot de wet. Uit het oogpunt van rechtszekerheid geeft dit de huidige cliënten die in een AWBZ-instelling verblijven het meeste houvast. Ook de zorgaanbieders hebben hier voordeel en meer zekerheid bij omdat hierdoor de zekerheid hebben dat zittende cliënten de instelling niet hoeven te verlaten.

Mensen die nu een indicatie voor verblijf hebben maar als de Wlz in werking treedt nog thuis wonen

Voor cliënten die onder de AWBZ een indicatie voor verblijf hebben maar deze op het moment dat de Wlz wordt ingevoerd nog thuis wonen, maakt de regering een andere keuze. Het gaat hierbij om circa 70.000 mensen met verschillende zorgzwaartepakketten (zzp's); zowel lage als hoge.²⁶ Het betreft mensen die hun zzp-indicatie hebben laten omzetten in functies en klassen of om cliënten die gebruik maken van een pgb of een VPT. Cliënten met een hoog zzp behouden hun recht op zorg op grond van de Wlz. Voor de groep cliënten met een licht ZP creëert de regering de mogelijkheid om gedurende een jaar

²⁶ Het gaat om:

- Lage zzp's: verpleging en verzorging (vv) zzp 1 tot en met 4, verstandelijk gehandicapt (vg) zzp 1 tot en met 3 lichamelijk gehandicapt (lg) zzp 1 en 3, zintuiglijk gehandicapt auditief en communicatief (zgaud) zzp 1 en zintuiglijk gehandicapt visueel (zgvis) zzp 1;
- Hoge zzp's: zzp vv 5 tot en met 10, zzp vg 4 tot en met 8, sterk gedragsgestoord licht verstandelijk gehandicapt (sglv) zzp 1, zzp lg 2 en 4 tot en met 7, zzp zgaud 2 tot en met 4 en zzp zgvis 2 tot en met 5).

te kiezen voor verblijf op grond van de Wlz. Cliënten die voor zorg in natura met verblijf op grond van de Wlz kiezen hebben dan dezelfde rechten als bovengenoemde groep cliënten met een indicatie met verblijf die ook daadwerkelijk in een instelling verblijven.

Cliënten met een licht zzp die ervoor kiezen om thuis te blijven wonen komen na een jaar te vallen onder de verantwoordelijkheid van de gemeenten en de zorgverzekeraars. De indicatie op verblijf van deze cliënten komt na dat jaar te vervallen. De regering ziet geen rechtvaardiging om deze groep onder de Wlz te brengen, terwijl het beleid van de regering het 'langer thuiswonen' beoogt. Deze groep gaat over naar de Wmo 2015. Behoud van de aanspraak op verblijf terwijl cliënten die niet willen verzilveren schept een rechtsongelijkheid met nieuwe cliënten die mogelijk een zwaardere zorgvraag hebben maar daarmee toch onder de verantwoordelijkheid van de gemeenten vallen omdat zij niet aan de toegangscriteria van de Wlz voldoen. Die rechtsongelijkheid zou vaak bovendien door de lange geldigheidsduur van indicatiebesluiten lang voortduren (tot wel 40 jaar).

Voor deze groep - mensen die nu een indicatie voor verblijf hebben maar op 1 januari 2015 als de Wlz in werking treedt nog thuis wonen - is een afweging gemaakt tussen het bieden van rechtszekerheid aan mensen die een aanspraak op verblijf willen verzilveren, en gelijke behandeling met andere verzekerden die in de toekomst onder gemeentelijke verantwoordelijkheid vallen, maar wellicht ook liever intramuraal zouden verblijven.

Mensen met een indicatie voor extramurale AWBZ-zorg die overgaan naar Wmo, Jeugdwet of Zvw

Mensen met een indicatie voor extramurale AWBZ-zorg (geen zzp) gaan per 1 januari 2015 over naar Wmo, Jeugdwet of Zvw. Er is geen reden voor overgangsrecht in het kader van de Wlz, wel zal binnen de nieuwe domeinen aandacht worden besteed aan de overgang van de cliëntgroepen.

Mensen met een indicatie verblijf die overgaan naar de Wmo of Zvw (GGZ-populatie)

Cliënten die tot 2015 op basis van de grondslag psychiatrie aanspraak hebben op AWBZ-zorg (de langdurige GGZ), komen per 2015 onder de verantwoordelijkheid van de verzekeraars in de Zvw en gemeenten. In de brief 'Nadere uitwerking Hervorming Langdurige Zorg' van 6 november 2013 heeft het kabinet kenbaar gemaakt ervoor te kiezen om beschermd wonen (de huidige zorgzwaartepakketten C) vanaf 2015 onder te brengen in de Wmo. De langdurige GGZ-zorg waarbij behandeling voorop staat (de huidige zorgzwaartepakketten B) zal vanaf 2015 worden overgeheveld naar de Zvw.

Het overgangsrecht voor cliënten die nu onder de AWBZ beschermd wonen en die per 2015 onder verantwoordelijkheid van gemeenten vallen is vormgegeven in de Wmo 2015. De aanspraak op beschermd wonen in de AWBZ vervalt. In de Wmo is voorzien in een overgangstermijn van ten minste

vijf jaar. De komende jaren zal zorgvuldig worden bezien op welke wijze deze zorg in de verdere toekomst vorm kan worden gegeven.

De zorg voor cliënten die in de AWBZ langdurige GGZ-zorg gebruiken waarbij behandeling voorop staat valt per 2015 direct onder de Zvw. Deze cliënten behouden in de Zvw het recht op zorg. De behandelaar in de Zvw beoordeelt of zorg nodig is. De zorgverzekeraar treedt niet in de behandelrelatie behandelaar-patiënt. In de Wlz is opgenomen dat cliënten die in de AWBZ reeds een behandeling zijn gestart het recht krijgen deze behandeling in de Zvw bij dezelfde behandelaar af te maken. Dit is in de lijn met artikel 15, vijfde lid van de Zvw. Daarin staat dat cliënten bij wisseling van zorgverzekeraar het recht hebben de behandeling zolang deze onafgebroken voortduurt bij dezelfde behandelaar te vervolgen. Deze overgangsbepaling wordt bij wet geregeld.

Cliënten die verblijven in kleinschalige wooninitiatieven

Sommige pgb-houders kopen met hun pgb zorg in bij een kleinschalig wooninitiatief. Mensen met een laag zzp komen conform bovenstaande echter alleen in aanmerking voor zorg op grond van de Wlz als zij voor zorg met verblijf kiezen. Het wonen in een kleinschalig wooninitiatief gebeurt echter op basis van een pgb. Om te voorkomen dat mensen die met een pgb zorg inkopen bij een kleinschalig wooninitiatief gedwongen worden, te verhuizen maakt de regering voor deze mensen een uitzondering. Zij worden aangemerkt als personen die alsnog voor verblijf kiezen. De rechtvaardiging van deze uitzondering ligt in de gedachte dat cliënten niet uit de instelling hoeven te gaan vanwege de nieuwe wet. Het wonen in een kleinschalig wooninitiatief is hiermee vergelijkbaar. Hetzelfde geldt voor cliënten die op grond van artikel 34 van het Besluit zorgaanpak een ADL indicatie hebben.

16.1.2 Veranderingen in de Wlz ten opzichte van de AWBZ

Wijzigingen binnen de Wlz

In voorgaande hoofdstukken van deze memorie van toelichting is beschreven wat er met de invoering van de Wlz verandert ten opzichte van de AWBZ op het gebied van de aanspraken, de leveringsvormen, de bekostiging en de eigen bijdrage. Daarnaast is beschreven welke aanvullende instrumenten de regering voornemens is in te zetten om de kwaliteit en betrokkenheid in de Wlz te verhogen. Cliënten die tot 2015 zorg genieten op grond van de AWBZ en die conform bovengenoemd overgangsrecht per 2015 onder de Wlz vallen kunnen met deze wijzigingen te maken krijgen. Voor deze wijzigingen stelt de regering onmiddellijke werking voor.

Onmiddellijke werking wil zeggen dat de veranderende eisen die op grond van deze wet worden gesteld aan onder ander de kwaliteit van zorg, de zorgplanbespreking, de betrokkenheid van mantelzorg, cliëntondersteuning et cetera per 2015 direct hun beslag krijgen. Hetzelfde geldt voor de aanspraken, de eigen bijdrage en de bekostiging. Ter illustratie:

- In hoofdstuk 2.3 is beschreven hoe de zorgaanspraken in de Wlz luiden. Onderdeel hiervan zijn de mobiliteitshulpmiddelen. Beschreven is dat de mobiliteitshulpmiddelen per 2015 niet langer vanuit de Wmo maar vanuit de Wlz worden gefinancierd. Voor cliënten die tot 2015 zorg genoten vanuit de AWBZ, die per 2015 onder de Wlz vallen en die gebruik maken van een mobiliteitshulpmiddel komt dit hulpmiddel vanaf 2015 uit de Wlz.
- In hoofdstuk 2.4 is beschreven dat de Wlz drie leveringsvormen kent en dat aan die leveringsvormen voorwaarden worden gesteld. Cliënten die in de AWBZ een VPT of pgb hadden en die hun VPT of pgb in 2015 in de Wlz willen behouden moeten per 2015 aan deze nieuwe leveringsvoorwaarden voldoen. Concreet betekent dit dat de zorg op verantwoorde wijze in de thuissituatie moet kunnen worden geleverd. Is dat niet het geval dan moeten cliënt en zorgkantoor maatregelen treffen om te zorgen dat dit wel mogelijk is.
- In hoofdstuk 2.6 is beschreven hoe de eigen bijdrage systematiek in de Wlz werkt. Onmiddellijke werking wil zeggen dat deze nieuwe systematiek per 2015 voor alle cliënten in de Wlz gaat gelden, ook voor cliënten die voor 2015 al zorg ontvingen op grond van de AWBZ.

Naast bovenstaande wijzigingen kunnen cliënten ook te maken krijgen met wijzigingen in tariefstelling. De meeste cliënten zullen hiervan niet direct iets merken. Bekostiging van de zorg verloopt immers via de zorgkantoren en de zorgaanbieders. Cliënten die hiervan wel direct effect kunnen ondervinden zijn cliënten met een pgb. Het maximum trekkingsrecht voor het pgb wordt immers afgeleid van de tarieven voor zorg in natura (zie paragraaf 2.4 van de memorie van toelichting). Naast de nieuwe instroom die niet relevant is voor het overgangsrecht kunnen per 2015 drie verschillende groepen pgb-houders in de Wlz worden onderscheiden:

1. Cliënten die tot 2015 een hoger pgb hebben op grond van de AWBZ en die nu aan het afbouwen zijn (ingestroomd voor 1 januari 2013) en die het pgb in de Wlz behouden;
2. Cliënten die tot 2015 een pgb hebben op grond van de AWBZ met budgetgarantie en het pgb in de Wlz behouden;
3. Cliënten die tot 2015 een pgb hebben op grond van de AWBZ en het pgb in de Wlz behouden.

Cliënten die tot 2015 een hoger pgb hebben op grond van de AWBZ en die nu aan het afbouwen zijn (ingestroomd voor 1 jan 2013) en die het pgb in de Wlz behouden Er is op dit moment een groep budgethouders met een verblijfsindicatie voor wie het pgb is gebaseerd op hogere tarieven dan die voor zorg in natura. Normaliter zijn pgb-tarieven juist lager dan de tarieven voor zorg in natura. In het Begrotingsakkoord 2013 is afgesproken dat het pgb-tarief voor deze groep de komende jaren stapsgewijs op gelijke hoogte zal worden gebracht met de tarieven voor zorg in natura. Op 5 juli 2013 is

hierover een brief aan de Tweede Kamer gestuurd.²⁷ De pgb-tarieven voor budgethouders met een verblijfsindicatie waren tot 2013 gemiddeld hoger dan de beschikbare middelen voor zorg in de zzp-tarieven. Doorgaans waren de pgb-tarieven voor de zzp's 20 tot 30% hoger, wat neerkomt op enkele duizenden euro's hoger tot soms wel € 20.000 (bij de zzp's VG 3 en 4 met dagbesteding). Dit is niet in lijn met de algemene opvatting dat een pgb altijd doelmatiger (goedkoper) is dan zorg in natura. Daarom is in het Begrotingsakkoord 2013 afgesproken om de pgb-tarieven voor nieuwe cliënten vanaf 1 januari 2013 gelijk te stellen aan de tarieven voor zorg in natura en daarmee de huidige pgb-tarieven te verlagen naar het gewenste niveau. In de brief van VWS van 4 december 2012 is de Tweede Kamer hierover geïnformeerd.²⁸

Voor de groep budgethouders die vóór 1 januari 2013 een pgb hebben gekregen op basis van een verblijfsindicatie zijn in het Begrotingsakkoord 2013 afspraken gemaakt over het stapsgewijs afbouwen van hun pgb-tarief naar het tarief dat voor zorg in natura staat. In 2013 is als eerste stap hun pgb met 5% verlaagd. Voor deze 13.500 budgethouders is het volgende afbouwtraject afgesproken:

- in 2014 wordt hun pgb met 10% verlaagd t.o.v. het pgb-budget van 2013;
- in 2015 wordt hun pgb opnieuw met 10% verlaagd t.o.v. het pgb-budget van 2014;
- in 2016 wordt voor enkele groepen budgethouders die met de stappen in 2013, 2014 en 2015 nog altijd boven het zorg in natura tarief zitten (vooral cliënten met een zzp op basis van een verstandelijke beperking) het restant afgebouwd.

Bij de invoering van de Wlz worden deze afspraken geëerbiedigd.

Cliënten die tot 2015 een pgb hebben op grond van de AWBZ met budgetgarantie en het pgb in de Wlz behouden

In het Begrotingsakkoord 2013 is de afspraak gemaakt dat twee groepen cliënten bij bovengenoemde stapsgewijze tariefsverlaging worden ontzien. Zij behouden hun budgetgarantie. Het gaat om budgethouders die op 31 december 2012 in een pgb-gefinancierd wooninitiatief woonden (circa 20% van alle verblijfsgeïndiceerden) en om budgethouders met een zogeheten "oude" budgetgarantie. Bij het laatste gaat het om budgethouders die als gevolg van de invoering van de zzp-systematiek in 2007 op een lager pgb zouden zijn uitgekomen. In totaal hebben circa 5.500 budgethouders deze budgetgarantie gekregen. Bij de invoering van de Wlz worden deze afspraken geëerbiedigd.

Cliënten die tot 2015 een pgb hebben op grond van de AWBZ en het pgb in de Wlz behouden

²⁷ Kamerbrief over pgb: alternatief 10-uurscriterium en afbouwtraject verblijfsgeïndiceerden, 5 juli 2013, Kamerstukken II 2012/2013, 30 597, nr. 367.

²⁸ Kamerstukken II 2012/2013, 30 597, nr. 277.

Cliënten die tot 2015 een pgb hebben op grond van de AWBZ en het pgb in de Wlz behouden kunnen, als zij niet vallen onder een van de twee eerder genoemde groepen, per 2015 met andere pgb tarieven te maken krijgen. De Minister van VWS heeft de NZa gevraagd om ten behoeve van de invoering van de Wlz een tariefsonderzoek voor zorg in natura tarieven uit te voeren en de tarieven voor zorg in natura op basis hiervan vast te stellen. Het pgb tarief in de Wlz is een afgeleide van het tarief voor zorg in natura met verblijf. Omdat de wijzigingen in tariefstelling voor deze groep naar verwachting beperkt zullen zijn ziet de regering geen noodzaak om voor deze groep op voorhand specifiek overgangsrecht te creëren.

Extramurale behandeling

In de AWBZ bestaat de aanspraak extramurale behandeling. Deze aanspraak bestaat uit een aantal onderdelen. Allereerst kent extramurale behandeling twee vormen; behandeling-individueel en behandeling-groep, die elk hun eigen diversiteit aan cliëntgroepen kennen. Op dit moment maken 20 duizend mensen gebruik van deze aanspraak. In de Wlz komt deze aanspraak, net als alle andere extramurale aanspraken, te vervallen.

Een deel van de extramurale behandeling wordt overgeheveld naar de Zvw. Hierbij gaat het om behandeling van zintuiglijk gehandicapten. Dit betreft circa vier duizend cliënten. Voor hen loopt al enkele jaren een apart overhevelingstraject. Een ander deel gaat naar de Jeugdwet. Hierbij gaat het om verstandelijk beperkte jeugdigen (circa negen duizend cliënten). Cliënten met de grondslag psychiatrie hebben geen toegang tot de functie behandeling in de AWBZ en maken dus geen gebruik van de aanspraak. Voor de overige (ongeveer acht duizend) cliënten met een indicatie extramurale behandeling is nog geen oplossing gevonden. Het CVZ adviseert dat de zorg voor deze groep naar zijn aard onder de Zvw past, maar het gebrek aan inzicht in de zorg die deze patiënten ontvangen, maakt dat deze overheveling nog niet in gang is gezet.²⁹ Hiervoor is nader onderzoek nodig.

Om te zorgen dat de cliënten die op deze zorg zijn aangewezen niet tussen wal en schip vallen is in het overgangsrecht van de Wlz een artikel opgenomen waardoor deze aanspraak tijdelijk kan worden voortgezet.

16.2 Overgangstraject voor zorgaanbieders

Het overgangstraject voor zorgaanbieders wordt mede bepaald door het overgangsrecht voor cliënten. Als het gaat om de overgang voor zorgaanbieders dan vormt de (afnemende) nacalculatie op de kapitaallasten (2014 70%, 2015 50%, 2016 30% en 2017 15%) een gedeeltelijke compensatie voor eventuele leegstand. Voor het overige geldt dat de gefaseerde invoering (geleidelijke vermindering van het aantal ZZP's en de invoering alleen voor nieuwe cliënten) eveneens zorgt voor een geleidelijke overgang voor zorginstellingen.

²⁹ CVZ (2013), *Past extramurale AWBZ-behandeling onder de Zorgverzekeringswet?*, 2 september 2013 (www.cvz.nl).

Het langer thuis wonen sluit aan bij een trend die al langer zichtbaar is en waarop instellingen zich hebben kunnen voorbereiden. Tussen 1980 en 2010 is het aantal verzorgingshuisplaatsen met ongeveer 70.000 afgenomen, terwijl het aantal 80-plussers in dezelfde tijd meer dan verdubbeld is. Voor een aantal instellingen kan het langer thuis wonen van mensen betekenen dat ze te maken kunnen krijgen met leegstand.

Zorginstellingen kunnen eventueel een deel van hun gebouw dat niet meer wordt gebruikt, verhuren. Naast het leveren van zorg aan cliënten die thuis zorg krijgen (gecombineerd met het verhuren van woonruimtes) kunnen de zorginstellingen zich ook richten op het leveren van zorg aan de zwaardere doelgroepen (de doelgroepen die in de Wlz terechtkomen). Ook sanering van de capaciteit zal aan de orde kunnen komen.

De regering vindt het belangrijk dat de continuïteit van zorg voor mensen die zorg nodig hebben, gewaarborgd blijft. Zorgaanbieders en Wlz-uitvoerders zijn hiervoor samen verantwoordelijk. Wlz-uitvoerders hebben een zorgplicht jegens hun verzekerden. Op basis van die zorgplicht contracteren zij zorg en maken zij afspraken met de zorgaanbieder over tijdige signalering van mogelijke problemen die de continuïteit van zorg bedreigen. Zo nodig, bijvoorbeeld in geval van een faillissement van een zorgaanbieder, zal de Wlz-uitvoerder moeten zorgen voor vervangend zorgaanbod voor zijn verzekerden. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) zorgt voor de handhaving.

Alleen als blijkt dat de verzekeraars niet kunnen voorzien in de continuïteit van zorg heeft de overheid een publieke verantwoordelijkheid. De NZa toetst of dit het geval is. Zo ja, dan kan de overheid een vangnetstichting oprichten. De continuïteit van cruciale zorg in de Wlz en Zvw voor cliënten staat hierbij voor de regering voorop, niet de continuïteit van de instelling.

16.3 Overgangstraject voor uitvoerende organen

Hoofdstuk 13 van de wet regelt de overgangsbepalingen voor uitvoerende organen. Dit betreft met name het CIZ en het CAK. Voor het CIZ wordt voorzien in een overgang van personeel van de Stichting CIZ naar de zbo CIZ, dat archiefbescheiden, wettelijke procedures, rechtsgedingen en dergelijke van de stichting CIZ, worden overgedragen aan het zbo CIZ. Omdat de AWBZ bij de inwerkingtreding van de Wlz wordt ingetrokken, moet in de Wlz worden voorzien in een 'vertaling' van de beoogde wijzigingen in de AWBZ in de nieuwe wet. Hierdoor vervalt een aantal taken van het CAK per 2015. Het gaat hierbij om onder andere om de uitvoering van de Wtcg en de regeling compensatie eigen risico.

16.4 Inwerkingtreding en transitie

Om daadwerkelijk tot implementatie van de Wlz over te kunnen gaan, moet de Wlz in onderliggende regelgeving worden uitgewerkt. Hiervoor moeten in 2014 door veel partijen voorbereidingen worden getroffen. De regering wil deze partijen en ook de cliënten zo snel mogelijk duidelijkheid geven.

Een duidelijk transitieplan moet organisaties helpen de hervormingen in de langdurige zorg goed uit te voeren. Het transitieplan wordt door de regering breed ingestoken, dat wil zeggen dat er een integraal plan wordt gemaakt voor de Wmo 2015, de Zvw en de Wlz waarbinnen elk domein een apart transitieplan en spoorboekje kent. Daarnaast bevat het transitieplan een communicatieplan. Een goed transitieplan is temeer belangrijk omdat de voorbereidingstijd voor invoering van de Wlz relatief kort is. In transitie is daarom aandacht voor voorbereidingen die vooruitlopend op 2015 getroffen moeten worden.

De regering streeft naar inwerkingtreding van de Wlz per 1 januari 2015. Het is de ambitie van de regering om de Wet uiterlijk een half jaar voor in voering in het Staatsblad te publiceren. Daarnaast zullen uitvoeringsorganisatie gevraagd moeten worden om hun beleidsregels te publiceren, direct na publicatie van de Wet in het Staatsblad. Hierbij gaat het ondermeer om de beleidsregels indicatiestelling van het CIZ. Om te zorgen dat cliënten per 1 januari 2015 aanspraak kunnen maken op zorg vanuit de Wlz zal het CIZ al vanaf 1 november 2014 conform de nieuwe beleidsregels indicatiestelling van de Wlz moeten gaan werken.

De regering streeft ernaar om lagere regelgeving die samenhangt met de Wlz zoveel mogelijk gelijktijdig met de indiening van het wetsvoorstel bij de Tweede Kamer der Staten-Generaal gereed te hebben zodat beide Kamers het wetsvoorstel en de relevante lagere regelgeving integraal kunnen bezien. Op deze manier wordt recht gedaan aan wijzigingen die het domein van de langdurige zorg in zijn geheel ondergaat en kan het debat over de onderdelen in samenhang en over de volle breedte worden gevoerd.

Daar waar mogelijk probeert de regering, omdat er in het kader van de hervorming van de langdurige zorg per 2015 voor alle partijen (cliënten, aanbieders, uitvoeringsorganisaties et cetera) erg veel verandert, een fasering in de invoering aan te brengen. Voor de Wlz betekent dit dat onder andere de bekostiging nog niet per 2015 wordt aangepast. In hoofdstuk 2.5 is beschreven dat de regering de zzp's als bekostigingstaal wil behouden maar dat zij wel grootscheeps onderhoud op de bekostiging wil laten uitvoeren en wil bezien of het aantal ZZP's kan worden teruggebracht. Hiervoor zal de Minister van VWS de NZa verzoeken een onderzoek uit te voeren. Echter, een directe overstap naar een nieuwe bekostiging per 1 januari 2015 is niet haalbaar. De NZa kan een dergelijk onderzoek niet tijdig voltooien en het is de vraag of aanbieders, Wlz-uitvoerders of zorgkantoren in staat zijn om reeds bij de inkoopronde voor 2015, die voor 1 november 2014 moet zijn afgerond, rekening kunnen houden met nieuwe bekostigingsparameters. Bij de implementatie van de wet wordt hiermee door de regering rekening gehouden.

Hoofdstuk 17 Monitoring en evaluatie

Om de stelselverantwoordelijkheid waar te maken wenst de regering met betrokken partijen afspraken te maken over de monitoring van de bereikte resultaten, de uitgavenontwikkeling en over het geheel van de langdurige zorg door te meten en te benchmarken. Hierbij worden in ieder geval de zorgkantoren, betrokken zbo's, zorgaanbieders en cliëntenorganisaties betrokken.

De monitor moet inzicht bieden in het functioneren van het stelsel en de vraag in hoeverre de doelstellingen van de hervorming van de langdurige zorg betreffende de Wlz worden bereikt. De monitoring biedt de informatie om verantwoording af te leggen aan de Eerste en Tweede Kamer over de behaalde resultaten. Met het oog op het in hoofdstuk 15 beschreven toekomstperspectief wordt hierbij in ieder geval aandacht besteed aan de prestaties van betrokken zorgkantoren ten opzichte van andere zorgkantoren om van elkaar te leren en het horizontaal verantwoordingsproces te ondersteunen. De werking van het wetsvoorstel wordt ook periodiek geëvalueerd door een onafhankelijke partij. Deze evaluatie, het testen van de randvoorwaarden voor overheveling van de ouderenzorg naar de Zvw die in hoofdstuk 15 zijn benoemd en het onderzoek dat de regering voornemens is uit te voeren naar de mogelijke uitvoeringsmodellen voor de gehandicaptenzorg kunnen mede de basis vormen voor besluitvorming over het toekomstperspectief voor de ouderen- en gehandicaptenzorg.

De eerste evaluatie vindt plaats binnen drie jaar na de inwerkingtreding van de Wet. De Minister zal daarna telkens na vijf jaar een verslag over de doeltreffendheid en de effecten van de Wlz in de praktijk aan de Eerste en Tweede Kamer overleggen.

Artikelsgewijs

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

- de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (nog geen kamernummer)
- de Jeugdwet (33 684)
- de Wet zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten (33 996)
- de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (32 402)
- de wijziging van de Wet cliëntenrechten zorg en andere wetten in verband met de taken en bevoegdheden op het gebied van de kwaliteit van zorg (33 243)
- de Veegwet VWS 2013 (33 507)
- de Wet houdende afschaffing van de algemene tegemoetkoming voor chronisch zieken en gehandicapten, de compensatie voor het verplicht

eigen risico, de fiscale aftrek van uitgaven voor specifieke zorgkosten en de tegemoetkoming specifieke zorgkosten en wijziging van de grondslag van de tegemoetkoming voor arbeidsongeschikten (nog geen kamernummer)

- de Wet forensische zorg (32 398)
- de Wet verbetering toezicht en opsporing Wmg (nog geen kamernummer)
- Wijziging van de Wet gebruik burgerservicenummer in de zorg in verband met de elektronische informatieuitwisseling in de zorg (31 466)
- Wijziging van de Wet cliëntenrechten zorg, de Wet gebruik burgerservicenummer in de zorg, de Wet marktordening gezondheidszorg en de Zorgverzekeringswet (cliëntenrechten bij elektronische verwerking van gegevens) (33 509)
- Wijziging van de Wet op de jeugdzorg en andere wetten in verband met de verplichting tot het gebruik van het burgerservicenummer in de jeugdzorg (gebruik burgerservicenummer in de jeugdzorg) (33 674)
- Invoeringswet Participatiewet (wv 33 161) (naamswijzigingen Wajong en WWB)

Tot wet verheven, nog niet in werking getreden:

- Aanpassingswet basisregistratie personen (Stb. 2013, 316)
- Implementatiewet richtlijn solvabiliteit II (Stb. 2012, 679)
- Wetten die gewijzigd worden in art. 13.25 (artikel 29f van de Ziektewet) en 12.33 (Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek)

HOOFDSTUK 1

Artikel 1.1.1

Burgerservicenummer

Met “burgerservicenummer” wordt bedoeld het nummer als bedoeld in artikel 1, onderdeel b, van de Wet algemene bepalingen burgerservicenummer. Met het burgerservicenummer kan met behulp van een persoonsnummer een sluitend stelsel voor een doelmatig gebruik en beheer van persoonsgegevens worden gerealiseerd. Het gebruik van dit nummer vond sinds de inwerkingtreding van de Wet gebruik burgerservicenummer in de zorg (30 380) in 2008 reeds plaats in de AWBZ. Het “sociaal-fiscaalnummer”, dat voorheen in de AWBZ relevant was voor niet-ingezetenen van Nederland die niet waren ingeschreven in de Gemeentelijke Basisadministratie Persoonsgegevens (GBA), wordt sinds de inwerkingtreding van de Aanpassingswet basisregistratie personen (Stb. 2013, nr. 316) niet meer gebruikt.

CAK

Met de wet tot wijziging van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten en enkele andere wetten, in verband met de instelling van het zelfstandig bestuursorgaan CAK is aan artikel 1 van de AWBZ een onderdeel n ingevoegd.

Hierin werd het CAK omschreven met de aanduiding "CAK" als een zelfstandige aanduiding en niet als afkorting (van "centraal administratieorgaan". De omschrijving bevat een verwijzing naar het artikel in de Wlz waar het CAK wordt genoemd: artikel 6.1.1.

CIZ

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

Continentaal plat

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

Dossier

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

Fonds langdurige zorg

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

Indicatiebesluit

De aanspraak op zorg bestaat op grond van artikel 3.1.1, eerste lid, alleen voor zover de verzekerde naar aard, inhoud en omvang op die zorg is aangewezen. Op grond van artikel 3.2.1 is het CIZ het bestuursorgaan dat het indicatiebesluit op verzoek van de verzekerde neemt. In artikel 1.1.1 is het begrip indicatiebesluit dan ook omschreven als het besluit van CIZ waarbij

beoordeeld wordt of en in welke omvang de verzekerde in aanmerking komt voor Wlz-zorg.

Instelling

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

Mantelzorger

De verlening van langdurige zorg zal doorgaans plaatsvinden door "professionele" zorgverleners, dat wil zeggen personen die de zorg vanuit een beroep of bedrijf leveren. Deze zorgverleners geven de zorg vanuit een instelling of op zelfstandige basis. Zie de toelichting op de begrippen "zorgaanbieder", "zorgverlener" en "solistisch werkende zorgverlener". Het kan echter ook voorkomen dat een verzekerde met een pgb zorg inkoopt bij personen die de zorg niet bedrijfs- of beroepsmatig verlenen. Het kan van de omstandigheden van het geval afhangen of een persoon die vanuit een persoonsgebonden budget wordt betaald de zorg beroepsmatig verleent. Vaak zal het bij personen die uit de sociale kring van de verzekerde komen (meestal directe familieleden) zo zijn dat zij de zorg niet uit beroep of bedrijf leveren. Zij zijn dan ook geen solistisch werkende zorgverleners. Om deze groep personen te onderscheiden van de personen die de zorg beroepsmatig verlenen, wordt de term "mantelzorger" gebruikt. Het begrip "mantelzorgers" wordt dus gebruikt in gevallen waarin een zorgverlenende persoon juist vanuit die persoon en de verzekerde bestaande sociale relatie zorg verleent, zonder tegenprestatie. In artikel 3.3.3, tweede lid, worden de mantelzorgers genoemd zodat duidelijk is dat zij moeten worden meegenomen bij de beoordeling of de verzekerde de zorgverleners voldoende aan kan sturen en dus een persoonsgebonden budget tot verantwoorde zorgverlening zal leiden.

Sociale verzekeringsbank

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

Verblijf

Met "verblijf" wordt bedoeld verblijf in een instelling als bedoeld in artikel 3.1.4, eerste lid, onder a. verblijf houdt als aanspraak dus in het daadwerkelijke "wonen" in een instelling met inbegrip van voorzieningen die bij dat verblijf horen. Deze voorzieningen worden ook nadrukkelijk genoemd in artikel 3.1.4, eerste lid, onder a. In enkele artikelen (3.3.2, tweede lid, 3.3.3, eerste lid, 3.1.11 en 13.4.1) wordt de werkwoordsvorm "verblijft" gehanteerd. In die artikelen wordt niet verwezen naar de aanspraak "verblijf", maar op daadwerkelijk verblijf/ woonachtig zijn in een instelling.

Verzekeraar

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

Vreemdeling

Voor het begrip "vreemdeling" wordt aangesloten bij de begripsomschrijving in de Vreemdelingenwet 2000 (die ongewijzigd is overgenomen uit de Vreemdelingenwet 1998, zie Kamerstukken II 1998/99, 26 732, nr. 3). Een vreemdeling is ieder die de Nederlandse nationaliteit niet bezit en niet op grond van een wettelijke bepaling als Nederlander moet worden behandeld.

Vertegenwoordiger

In deze wet wordt onder het begrip “vertegenwoordiger” verstaan een persoon als bedoeld in artikel 8.1.2. In artikel 8.1.2 Artikel 8.1.2 worden wettelijke vertegenwoordigers genoemd voor bepaalde groepen van jeugdigen en wilsonbekwamen. De bepaling van dat artikel komen in grote mate overeen met de eerste vijf leden van artikel 7:465 BW. Zie ook de toelichting bij artikel 8.1.2.

Zorg

De term “zorg” wordt gebruikt om kort te verwijzen naar de langdurige zorg als bedoeld in artikel 3.1.4. Het gaat bij langdurige zorg om een samenhangend pakket bestaande uit verschillende zorgvormen, genoemd in het eerste lid van artikel 3.1.4. In enkele artikelen van dit wetsvoorstel wordt het begrip “zorg” buiten deze context gebruikt. Uit de aard en toelichting op die artikelen is genoegzaam duidelijk dat hier een andere gebruik voor ogen wordt gestaan. Het gaat met name om artikel 3.1.1, eerste lid, onder b, waar “24 uur zorg in de nabijheid” als zelfstandig criterium wordt gebruikt. Zie ook de toelichting op dat artikel. Ook in de aanhef van artikel 3.1.4, eerste lid, wordt het woord “zorg” anders gebruikt. Daar wordt namelijk verwezen naar de verschillende zorgvormen die samen de aanspraak op langdurige zorg inhouden.

Woningaanpassing

Het begrip “woningaanpassing” wordt gebruikt ter aanduiding van zowel een bouwkundige ingreep (een verbouwing) als een woontechnische ingreep (het aanbrengen van speciale voorzieningen in de woning zonder aantasting van het gebouw) in of aan een woonruimte. De inhoud van het begrip komt daarmee overeen met het begrip in de Wmo 2015.

Zorgautoriteit

Sinds de inwerkingtreding van de Wet marktordening gezondheidszorg is de Nederlandse Zorgautoriteit de autoriteit die toeziet op de naleving van die wet. De Nederlandse Zorgautoriteit wordt genoemd in artikel 3 van de Wet marktordening gezondheidszorg.

Zorginstituut

Met het begrip “Zorginstituut” wordt aangesloten bij de omschrijving die de Zorgverzekeringswet geeft. Met de wijziging van de Wet cliëntenrechten zorg en andere wetten in verband met de taken en bevoegdheden op het gebied van de kwaliteit van de zorg (33 243) is de naam van het College voor Zorgverzekeringen CVZ) gewijzigd in “Nederlands Zorginstituut” (NZi). Het NZi wordt genoemd in artikel 58, eerste lid, van de Zorgverzekeringswet. Door de uitbreiding van het takenpakket van het CVZ met taken op het gebied van de kwaliteit van zorg en vernieuwing van beroepen en opleidingen was naamswijziging van het CVZ noodzakelijk. Met de naam “Nederlands Zorginstituut” wordt recht gedaan aan het nieuwe werkterrein van het instituut.

Zorgplan

Het begrip “zorgplan” is ontleend aan de Wkkgz, maar enigszins toegespitst op hetgeen met het wetsvoorstel Beginselenwet AWBZ-zorg (33 109) specifiek daarover zou worden geregeld en nu in hoofdstuk 8 van deze wet is opgenomen. Het zorgplan is de schriftelijke of elektronische weergave van al hetgeen met een cliënt is besproken over de aanpak en doeleinden van de zorgverlening en over de wijze waarop de cliënt de zeggenschap over het eigen leven invulling wenst te geven. Artikel 8.1.1 noemt de te bespreken onderwerpen.

Zorgaanbieder, zorgverlener, solistisch werkende zorgverlener

Het begrippen “zorgaanbieder” speelt een centrale rol in dit wetsvoorstel. Zorgaanbieders kunnen zowel instellingen zijn als solistisch werkende zorgaanbieders. Wat onder “instelling” wordt verstaan wordt toegelicht bij dat begrip. De toevoeging van het begrip “solistisch werkende zorgverlener” is dus het onderscheidende element ten opzichte van het instellingsbegrip. Met een solistisch werkende zorgverlener wordt de persoon bedoeld die weliswaar niet in dienst of via een instelling zorg verleent, maar dat zelfstandig vanuit zijn beroep doet. Hierbij kan de vraag opkomen of een persoon die zich uit een persoonsgebonden budget laat betalen beroepsmatig zorg verleent. Aan zorgverlening vanuit een persoonsgebonden budget ligt vaak een arbeidsovereenkomst of opdracht ten grondslag. Toch is deze vraag is niet altijd op voorhand te beantwoorden en zal het afhankelijk zijn van de omstandigheden van het geval. Een relevante factor is onder meer of er sprake is van een familierelatie.

In hoofdstuk 8 van dit wetsvoorstel wordt op een aantal punten onderscheid gemaakt tussen de zorgaanbieder en de persoon die daadwerkelijk de zorg verleent. De verplichting van de zorgaanbieder vertaalt zich daar in regels waar de zorgverlener zich in de dagelijkse uitvoeringspraktijk aan zal hebben te houden. Ook zijn er regels die zich er zelfs tegen verzetten dat een ander dan de zorgverlener optreedt of, zonder expliciete wettelijke basis, kennisneemt van gegevens. Ook zijn er bepalingen die voorschrijven dat bepaalde zaken niet geschieden dan nadat de zorgaanbieder daarover heeft overlegd met een ander; ook hier gaat het natuurlijk om overleg tussen zorgverleners. Het is daarom van belang om een apart begrip te hebben voor de zorgverleners die in persoon en uit hoofde van beroep de zorg verlenen. Als zorgverlener geldt degene die persoonlijk beroepsmatig zorg verleent (dus niet als mantelzorger of vrijwilliger). Dit omvat zowel zorgverleners die als solistisch werkend zorgaanbieder zijn te beschouwen, als personen die in dienstverband of op een andere juridische basis persoonlijk in opdracht van een zorgaanbieder werken. Het begrip beperkt zich niet tot zogenoemde Big-geregistreerde beroepsbeoefenaren.

Zorgverzekeraar en Wlz-uitvoerder

In dit wetsvoorstel wordt geregeld dat de Wet langdurige zorg wordt uitgevoerd door een rechtspersoon die geen zorgverzekeraar is, en die behoort tot een groep van rechtspersonen, waarvan ook een zorgverzekeraar deel

uitmaakt. Deze rechtspersoon wordt de Wlz-uitvoerder genoemd. De Wlz-uitvoerder moet rechtspersoonlijkheid bezitten om rechtsbetrekkingen te kunnen aangaan met zorgaanbieders en verzekerden en ook overigens voor de bedrijfsvoering rechtshandelingen kunnen verrichten. In de omschrijving van de Wlz-uitvoerder is geen beperking aangebracht in de in aanmerking komende vormen van rechtspersoonlijkheid, al zal bijvoorbeeld de onderlinge waarborgmaatschappij, als verschijningsvorm van de vereniging, niet in aanmerking komen. De onderlinge waarborgmaatschappij moet namelijk ingevolge artikel 2:53 BW ten doel hebben verzekeringsovereenkomsten af te sluiten met haar leden, en daarvan is bij de verzekering van rechtswege bij de AWBZ geen sprake.

HOOFDSTUK 2

Artikelen 2.1.1 tot en met 2.1.3

In deze artikel is de kring van verzekerden omschreven. Daarbij is aangesloten bij de huidige regeling in de artikelen 5, 5b en 5c van de AWBZ. Wat betreft de kring van verzekerden is geen wijziging beoogd. Ook bij de vaststelling van de algemene maatregelen van bestuur krachtens artikel 2.1.1, vierde en vijfde lid, zal worden aangesloten bij de algemene maatregelen van bestuur die thans van kracht zijn op grond van artikel 5, vierde en vijfde lid van de AWBZ.

Artikel 2.2.1

Het huidige artikel 9 AWBZ regelt dat Zvw-verzekerden bij (en door) hun zorgverzekeraar worden ingeschreven voor de uitvoering van de AWBZ. Omdat uitvoering van de Wet langdurige zorg ingevolge dit wetsvoorstel dient plaats te vinden door een andere rechtspersoon dan de zorgverzekeraar, kon dit artikel niet ongewijzigd worden overgenomen in het wetsvoorstel, maar moet het worden aangepast. De strekking van het nieuwe artikel is, vergeleken met het huidige artikel 9 AWBZ, ongewijzigd gebleven.

In het voorgestelde artikel 2.2.1, eerste lid, wordt bepaald dat de zorgverzekeraar de Zvw-verzekerde ter inschrijving (voor de Wlz) aanmeldt bij een aparte rechtspersoon (de Wlz-uitvoerder) die behoort tot dezelfde groep als bedoeld in artikel 24b van Boek 2 BW. De Wlz-uitvoerder schrijft de verzekerde in. Een groep is in artikel 24b van Boek 2 van het Burgerlijk Wetboek omschreven als een "economische eenheid waarin rechtspersonen en vennootschappen organisatorisch zijn verbonden". Uit het huidige artikel 35 van de AWBZ vloeit al de verplichting voort om de uitvoering van de AWBZ gescheiden te administreren. Deze verplichting is, wat betreft de Wlz, ook in dit wetsvoorstel opgenomen (artikel 4.2.5).

Het is niet uitgesloten dat een zorgverzekeraar ervoor zou kiezen alleen de Zvw uit te voeren, zonder zich op concernniveau te verbinden aan een rechtspersoon die de Wlz uitvoert. Voor de situatie waarin de zorgverzekeraar niet behoort tot een groep met een Wlz-uitvoerder (1), voor militairen in werkelijke dienst, die geen zorgverzekering als bedoeld in de Zvw kunnen sluiten maar wel AWBZ-verzekerd zijn (2), voor in het buitenland woonachtige verzekerden (3) als ook voor de situatie waarin een verzekeringsplichtige zich

– in strijd met diens verzekeringsplicht – niet bij een zorgverzekeraar heeft ingeschreven (4), bepaalt het tweede lid dat de verzekerde zich zelf inschrijft bij een WLZ-uitvoerder. De WLZ-uitvoerder is verplicht hem in te schrijven. Het derde lid verbiedt Wlz-uitvoerders om een persoon als verzekerde in te schrijven, indien op een andere Wlz-uitvoerder een inschrijvingsplicht rust. Dit draagt ertoe bij dat verzekerden bij één loket terecht kunnen en dat Zvw- en Wlz-zorg waar nodig op elkaar worden afgestemd. Verzekerden moeten derhalve een keuze maken voor uitvoering van Zvw en AWBZ door aan elkaar gelieerde rechtspersonen. Dit wordt toegelicht in paragraaf 5.5 van de memorie van toelichting.

In het voorgestelde vierde lid is bepaald dat een gemoedsbezwaarde door de Svb ter inschrijving wordt aangemeld bij het door de Minister van VWS aangewezen zorgkantoor of, indien geen zorgkantoor is aangewezen, bij de Wlz-uitvoerders naar rato van hun aantal verzekerden. Hierbij wordt aangesloten bij de regeling in artikel 9d, tweede lid, van de Zvw waar het betreft de inschrijving van onverzekerden.

Artikel 2.2.2

Dit artikel komt overeen met artikel 9bis van de AWBZ, het bevat alleen technische aanpassingen.

HOOFDSTUK 3

Artikel 3.1.1

Dit artikel regelt wanneer aanspraak bestaat op zorg ingevolge deze wet. Daartoe geeft het artikel een zelfstandige "toegangsnorm" die gebaseerd is op de daadwerkelijke zorgbehoefte van de verzekerde. Met de zelfstandigheid van de norm wordt er op bedoeld dat toegang tot de Wlz niet afhangt van de vraag of de verzekerde er in slaagt andere aanspraken, zoals zorg uit de zorgverzekering of ondersteuning door de gemeente, te verwezenlijken, maar van de vraag of de verzekerde voldoet aan de voorwaarden die in dit artikel zijn geformuleerd.

Het verlenen van aanspraken op grond van deze wet op de enkele grond dat een verzekerde niet

door zijn zorgverzekeraar of door de gemeente wordt geholpen, zou die partijen een direct (ook financieel) belang geven bij het doorverwijzen naar de Wlz, en daarmee een te groot risico in zich bergen op afwenteling van kosten. Ook de verzekerde is gebaat bij een heldere normstelling om te voorkomen dat hij van het kastje naar de muur wordt gestuurd.

Om die reden is ervan afgezien te regelen dat de Zvw en de Wmo 2015 voorliggende voorzieningen zijn ten opzichte van deze wet. Het is veeleer andersom: de verzekerde die voldoet aan de entree-eis van de Wlz zal voor zorg die verzekerd is op grond van die wet geen beroep kunnen doen op de zorgverzekering of de Wmo 2015. Aldus sluit deze wijze van regeling op het niveau van de individuele aanspraken goed aan bij de nieuwe verantwoordelijkheidstoedeling op stelselniveau: de eigen verantwoordelijkheid van de verzekerde met hulp van de zorgverzekeraar, ondersteuning door de

gemeente voor wie er op eigen kracht niet meer uitkomt, en een verzekerd recht op zorg op grond van de Wlz voor de verzekerden die de zwaarste zorg nodig hebben.

Eerste en tweede lid

Het eerste en tweede lid bepalen wanneer de zorgbehoefte van de verzekerde zodanig is dat hij aanspraak heeft op langdurige zorg. De aanspraak bestaat voor zover hij daar naar aard, inhoud en omvang op is aangewezen. Er gelden de volgende cumulatieve eisen:

1. de zorgbehoefte vloeit voort uit een somatische of psychogeriatrische aandoening of beperking of een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap;
2. de verzekerde behoeft permanent toezicht of voortdurende zorg in de nabijheid;
3. de zorgbehoefte is blijvend, en
4. het CIZ heeft in een op aanvraag van de verzekerde genomen indicatiebesluit vastgesteld dat aan de eerste 3 eisen is voldaan.

Ad 1

De zogenaamde grondslagen voor het recht op zorg zijn bekend uit de AWBZ. De psychiatrische grondslag is niet opgenomen in de aanhef van artikel 3.1.1, eerste lid, en geeft dus niet langer aanspraak op zorg ten laste van deze wet. Dit houdt verband met de overheveling van de zorg die uit deze grondslag voortvloeit naar de Zvw, waarop is ingegaan in paragraaf 6.3 van de memorie van toelichting. Hieraan zij toegevoegd dat dit niet uitsluit dat ten laste van de Wlz zorg voor een psychische stoornis wordt verleend aan een verzekerde die aanspraak heeft op zorg op grond van deze wet in verband met een andere grondslag.

Ad 2: de behoefte aan permanent toezicht

Het onder 2 genoemde criterium geeft aan dat het gaat om een behoefte aan zorg die zo intensief is dat die in veel gevallen alleen in een instelling verantwoord kan worden verleend. De zorg kan echter onder omstandigheden ook elders worden verleend, zoals nader wordt toegelicht bij artikel 3.3.2. Indien de zorgbehoefte is gebaseerd op (ten minste) één van de genoemde grondslagen, verlangen de onderdelen a en b dat daarbij tevens sprake is van de in de onderdelen genoemde zorg. Onderdeel a bepaalt dat de verzekerde die aangewezen is op permanent toezicht ter voorkoming van escalatie of ernstig nadeel voor de verzekerde een aanspraak heeft op zorg op grond van de Wlz. In het tweede lid van artikel 3.1.1 wordt met begripsbepalingen inhoudt gegeven aan de cruciale begrippen "permanent toezicht" en "ernstig nadeel voor de verzekerde".

"permanent toezicht"

Onder "permanent toezicht" wordt verstaan dat onafgebroken toezicht en actieve observatie gedurende de gehele dag nodig is, dat tijdig ingrijpen mogelijk maakt. Doordat de verzekerde zorg nodig heeft op zowel te plannen data en tijdstippen als op ongeplande tijden, vaak ook in de nachtelijke uren,

volstaat toezicht op afstand of een meer passieve observatie niet. Bij de personen die een behoefte aan permanent toezicht hebben kan elk moment iets (ernstig) mis gaan ("ernstig nadeel voor de verzekerde", zie hieronder). Permanent toezicht heeft verschillende functies, afhankelijk van de soort problematiek. Het kan gaan om verzekerden met cognitieve beperkingen op het gebied van onder andere regievoering en regelvermogen. Hierdoor erkent en onderkent de verzekerde niet of niet altijd de noodzaak aan zorg op de relevante momenten. Hij is dus niet in staat om zelf hulp in te roepen en hulp af te wachten. Gedragsproblematiek speelt daarbij vaak een rol. De verzekerde kan echter ook fysieke problemen hebben waardoor onverwacht "gevaar" voor hem of de omgeving optreedt, zoals bijvoorbeeld het geval kan zijn bij intensieve chronische ademhalingsondersteuning. Het bieden van fysieke zorg kan nodig zijn om tijdig ingrijpen mogelijk te maken of om complicaties bij een ziekte te voorkomen. Ook indien zorg zeer frequent en ook op ongeregelde tijden moet worden geleverd en de verzekerde zelf niet tijdig hulp kan inroepen, kan permanent toezicht nodig zijn. Permanent toezicht houdt derhalve in dat de observatie niet alleen actief is, maar impliceert tevens dat de afstand tussen verzekerde en zorgverlener zeer beperkt is. Dat is niet alleen nodig om de zorgverlening verantwoord te laten zijn, maar ook uit het oogpunt van doelmatigheid. Hierdoor zal de verzekerde in een woonomgeving moeten verblijven die daar geschikt voor is. De afstand tussen de verzekerde en de zorgverlener speelt niet zelfstandig een rol. Ook de mogelijkheden om technische hulpmiddelen (domotica), zoals camera's, kunnen een actieve observatie en tijdige zorgverlening mogelijk maken.

"ernstig nadeel voor de verzekerde"

In de Wet zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten (hierna: Wet zorg en dwang) wordt het begrip "ernstig nadeel voor de verzekerde" gebruikt in plaats van het gevaarscriterium, zoals al gebruikt in de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen en de Beginselenwet verpleging ter beschikking gestelden. Het begrip "ernstig nadeel voor de verzekerde" is op de doelgroep van die Wet zorg en dwang afgestemd en geeft voor mensen met dementie of een verstandelijke beperking beter dan het begrip "gevaar" aan wanneer een inbreuk op de vrijheidsrechten gerechtvaardigd is. Bovendien werd het begrip "gevaar" vaak ingevuld als "levensgevaar", dat voor de groep psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten te beperkt is (zie ook Kamerstukken II 2008/09, 31 996, nr. 3). In de Wlz wordt aangesloten bij de terminologie van de Wet zorg en dwang, met name omdat de mensen met een indicatie op grond van deze wet een sterke overeenkomst kent met die van de Wet zorg en dwang. In de Wlz kan het echter ook gaan om mensen die geen cognitieve beperkingen hebben en ook goed zelf regie kunnen voeren. Daarin verschilt de "doelgroep" van de Wlz met de Wet zorg en dwang, maar dat maakt voor de beschreven gevallen van ernstig nadeel geen verschil. Die genoemde gevallen zijn, anders als in de Wet zorg en dwang, limitatief opgesomd. Het gaat bij "ernstig nadeel voor de verzekerde" om een situatie waarin de verzekerde zich maatschappelijk te gronde richt of dreigt te richten, zichzelf in ernstige mate verwaarloost of

dreigt te verwaarlozen, met hinderlijk gedrag agressie van anderen oproept, ernstig lichamelijk letsel oploopt of dreigt op te lopen dan wel zichzelf ernstig lichamelijk letsel toebrengt of dreigt toe te brengen, ernstig in zijn ontwikkeling wordt geschaad of dreigt te worden geschaad of dat zijn veiligheid ernstig wordt bedreigd, al dan niet doordat hij onder de invloed van een ander raakt, de algemene veiligheid van personen of goederen bedreigt. Het CIZ zal bij iedere indicatiestelling voor het betreffende individu kunnen onderbouwen waarom sprake is van een één of meer van deze situaties. Bij "ernstig nadeel voor de verzekerde" moet sprake zijn van een te verwachten risico dat de verzekerde het ernstig nadeel zal overkomen. Dit wil zeggen dat het om een reëel risico moet gaan, dat gebaseerd is op onderbouwde verwachtingen. De enkele mogelijkheid dat een bepaald gevaar bestaat of dat een bepaald gevaar relatief vaak voorkomt bij mensen met een bepaalde aandoening, is op zichzelf niet genoeg. Met het criterium van het ernstig nadeel is dan ook niet beoogd een voorzorgsbeginsel in het leven te roepen waarbij een "nul-risico" wordt nagestreefd. Dat zou ook een vertekend beeld geven van de risico's die in het leven bestaan en ook bijvoorbeeld ook bij verblijf in een instelling kan bestaan, zoals het bestaan van enig valgevaar. Bovendien moet het risico op ernstig nadeel voor de verzekerde altijd worden gezien in het licht van de mogelijkheden en beperkingen van een verzekerde. Er kunnen weliswaar risico's ontstaan door de verzekerde ook in zijn mogelijkheden te ondersteunen, maar de ondersteuning van die mogelijkheden dragen zelf ook bij aan het welzijn en welbevinden van de verzekerde. Enig risico moet dan worden afgewogen tegen de voordelen. De mogelijkheden van de verzekerde om te herstellen na een voorval kan daarbij ook meewegen.

Ad 2: de behoefte aan voortdurende zorg in de nabijheid

Onderdeel b van het tweede lid geeft aan dat de verzekerde is aangewezen op zorg indien hij een behoefte heeft aan 24 uur per dag zorg in de nabijheid, omdat de verzekerde zelf niet in staat is om op relevante momenten hulp in te roepen en hij, om ernstig nadeel voor de verzekerde te voorkomen, door fysieke problemen voortdurend begeleiding of overname nodig heeft bij zelfzorg, of door zware regieproblemen voortdurend begeleiding of overname van taken nodig heeft. Met "24 uur zorg in de nabijheid" wordt bedoeld dat zorg en toezicht weliswaar gedurende de gehele dag in de nabijheid nodig is, maar daarbij is geen permanente actieve observatie nodig. Het gaat dus om een vorm van beschikbaarheid van zorg die voor een groot deel bestaat uit meer passief toezicht. De zorg is echter wel nodig op zowel geplande als ongeplande zorgmomenten. De verzekerde heeft bovendien behoefte aan zorg die voortdurend in de nabijheid is, bijvoorbeeld omdat hij zelf vaak niet de noodzaak van zijn behoefte aan de inzet van zorg kan inschatten of omdat er vaak op ongeplande momenten zorg nodig is. In onderdeel b, onder 1°, gaat het om de verzekerde die deze behoefte hebben wegens een fysiek probleem. Hierdoor bestaat een reële verwachting dat het fysieke probleem ertoe kan leiden dat de verzekerde in de situatie zal komen dat hij niet tijdig zelf hulp in kan schakelen. Hierbij is geen sprake van regieproblemen in de zin van

cognitieve problemen, maar heeft de verzekerde wél een voortdurende behoefte aan begeleiding bij, of overname van, de "zelfzorg".

"zelfzorg"

Het begrip "zelfzorg" houdt in de uitvoering van algemene dagelijkse levensverrichtingen en de persoonlijke verzorging en hygiëne, met inbegrip van de basale taken met betrekking tot de zorg die eigenlijk door de verzekerde zelf moet worden geboden. Daarbij horen bij sommige verzekerden ook de verpleegkundige zorg die de verzekerde zelf moet kunnen bieden, zoals wondverzorging of het toedienen van medicatie. Het vermogen om die handelingen zelf te verrichten kan, indien relevant, immers medebepalend zijn bij de beantwoording van de vraag of de verzekerde 24 uur per dag in de nabijheid beschikbaar moet zijn. Strikt genomen is er bij volledige overname van de zelfzorg geen sprake meer van zelfzorg, omdat niet verwacht kan worden dat de verzekerde zichzelf de zorg kan bieden. Het begrip zelfzorg geeft echter richting aan de activiteiten die moeten worden meegenomen om een verlies aan zelfredzaamheid te beoordelen. De zelfredzaamheid op deze punten, in andere woorden het vermogen om deze handelingen zelf te verrichten, is bij de verzekerden die onder onderdeel b, onder 1°, vallen, zo beperkt dat die handelingen voortdurend begeleid of overgenomen moeten worden. Problemen met betrekking tot de mobiliteit, het bewegen en verplaatsen (in en rond huis) zijn feitelijk inbegrepen.

In onderdeel b, onder 2°, gaat het om de verzekerde die een behoefte aan 24 uur per dag zorg in de nabijheid heeft vanwege (vooral) cognitieve beperkingen, zoals gevorderde dementie, complexe niet-aangeboren hersenletsel of een ernstige verstandelijke handicap. Net als bij de toelichting op het begrip "permanent toezicht" is gedaan, moet ook hierbij worden opgemerkt dat deze beperkingen en aandoeningen niet op zichzelf beslissend zijn om aan te nemen dat er regieproblemen zijn die 24 uur zorg in de nabijheid noodzakelijk maken om ernstig nadeel voor de verzekerde te voorkomen. Het gaat om een weging van de omstandigheden van het individuele geval, waarbij de mate van ernst van een bepaalde beperking of aandoening mede bepalend kan zijn, maar altijd in relatie tot de andere omstandigheden. Om duidelijk te maken op welke terreinen van de zelfredzaamheid deze regieproblemen problemen veroorzaken, is een omschrijving van het begrip "regieproblemen" opgenomen in het tweede lid.

"regieproblemen"

Met regieproblemen wordt in onderdeel b, onder 2°, bedoeld dat de verzekerde beperkingen heeft in het vermogen om een adequaat oordeel te vormen over dagelijks voorkomende situaties. Het gaat in dit onderdeel echter niet om dagelijks voorkomende situaties (ADL), maar om de zelfredzaamheid op het gebied van bepaalde gebieden: de sociale redzaamheid, probleemgedrag, psychisch functioneren of geheugen en oriëntatie. Regieproblemen kunnen zich immers voordoen op alle terreinen van de zelfredzaamheid, zoals die onder andere onderscheiden worden door de wetenschappelijk gevalideerde

International Classification of Functioning (ICF). De ICF onderscheidt de volgende gebieden: het leren en toepassen van kennis, algemene taken en eisen, communicatie, mobiliteit, zelfverzorging, huishouden, tussenmenselijke interacties en relaties, belangrijke levensgebieden (opleiding, beroep en werk, economisch leven, waaronder ook vrijwilligerswerk), en maatschappelijk, sociaal en burgerlijk leven. Voor de beoordeling of een verzekerde aanspraak heeft op grond van onderdeel b, onder 2°, zijn echter niet al deze gebieden relevant. Begeleiding bij de belangrijke levensgebieden, gericht op maatschappelijk, sociaal en burgerlijk leven zijn vooral typisch voor hulp die vanuit de Wmo kan worden geboden. Het is daarom niet zinvol om de behoefte op zorg op grond van de Wlz op die gebieden te baseren. Voor de regieproblemen in de zin van onderdeel b, onder 2°, gaat het om de gebieden die ook genoemd worden in artikel 6 van het te vervallen Besluit zorgaanspraken AWBZ, namelijk "sociale redzaamheid", "probleemgedrag", "psychisch functioneren" en "geheugen en oriëntatie". Het is, in aanvulling op onderdeel b, onder 1°, juist het probleem bij de regievoering op deze gebieden dat zal maken dat een verzekerde 24 uur per dag zorg in de nabijheid nodig heeft en waardoor hij zelf niet in staat zal zijn om op relevante momenten hulp in te schakelen.

Bij de beide gronden van onderdeel b is sprake van een noodzaak dat de afstand tussen verzekerde en zorgverlener beperkt is. Actieve observatie is weliswaar niet permanent nodig, maar de hulp moet snel beschikbaar zijn.

Ad 3

De Wlz is bedoeld om te voorzien in de behoefte aan zorg van mensen die levenslang en levensbreed op, doorgaans intensieve, zorg zijn aangewezen. In het tweede lid is dit uitgewerkt met de formulering dat het moet gaan om een zorgbehoefte die niet alleen intensief is, maar ook blijvend, van niet voorbijgaande aard, is. Aldus wordt zorg die op genezing gericht is, zoals bijvoorbeeld revalidatiezorg, buiten het bereik van de Wlz gehouden. In veel gevallen zal dit criterium inhouden dat er sprake is van een langdurige zorgbehoefte, een die een jaar of langer zal bestaan. Dit zal echter niet altijd het geval zijn, zoals bij palliatief terminale zorg. In veel gevallen zal die zorg worden verleend aan het einde van het leven van een verzekerde die al aanspraak had op zorg als bedoeld in de Wlz. In dergelijke gevallen kan de bedoelde zorg uiteraard ten laste van de Wlz komen. Er zullen zich echter ook situaties voordoen waarin de betrokkene nog geen zorg ontving, dan wel door de zorgverzekeraar of de gemeente werd ondersteund. Ook in dergelijke gevallen kan palliatief terminale zorg ten laste van de Wlz komen.

Ad 4

Een voor het ontstaan van het recht op zorg constitutief element is dat het CIZ in een indicatiebesluit heeft vastgesteld dat de verzekerde is aangewezen op langdurige zorg. In de AWBZ speelt het indicatiebesluit dezelfde rol (vergelijk artikel 9b, eerste lid, AWBZ). In het nemen van het indicatiebesluit, bedoeld in het eerste lid, wordt alleen bepaald of de verzekerde voldoet aan de in de in

het eerste en tweede lid bedoelde criteria, en mitsdien aanspraak heeft op zorg. Welke zorg passend is, en in welke omvang die is aangewezen, wordt door het CIZ bepaald op grond van de artikelen 3.1.1, eerste lid, en 3.2.1, eerste lid.

Het CIZ zal bij de beoordeling, net als in de AWBZ, uitgaan van een behoefte aan bovengebruikelijke zorg. Dit betekent dat het CIZ rekening mag houden met de dagelijkse zorg die partners, ouders, inwonende kinderen of andere huisgenote geacht worden om elkaar onderling te bieden (gebruikelijke zorg). Van bovengebruikelijke zorg is pas sprake indien er (chronisch) een substantiële zorgbehoefte is die de gebruikelijke zorg te boven gaat. Het CIZ kan middels beleidsregels (die in de AWBZ op grond van de artikel 10 van het Zorgindicatiebesluit en in de WLZ op grond van artikel 21 van de Kaderwet door de Minister kunnen worden vastgesteld) invulling geven aan de wijze waarop de indicatiestelling plaatsvindt. De weging van gebruikelijke zorg zal via de beleidsregels kunnen worden meegenomen door het CIZ. Zoals ook door de Centrale Raad van Beroep bevestigd in de uitspraak van 14 augustus 2013 (ECLI:NL:CRVB:2013:1419), gaat het hier nadrukkelijk niet om een beperking van de aanspraak op zorg.

Derde lid

Op grond van het eerste lid is een indicatiebesluit bepalend voor de aanspraak op langdurige zorg. Onder omstandigheden is de zorg zo spoedeisend, dat een indicatiebesluit niet worden afgewacht. Voor die gevallen kan bij algemene maatregel van bestuur worden bepaald dat ook zonder indicatiebesluit aanspraak op zorg bestaat. De voorgestelde regeling komt overeen met het bepaald in artikel 9b, tweede lid, van de AWBZ. Op grond van dat artikel is thans in het Zorgindicatiebesluit bepaald dat de zorgverzekeraar, in situaties waarin onmiddellijke verlening van zorg als redelijkerwijs noodzakelijk is, kan besluiten dat een verzekerde zijn aanspraak op zorg gedurende ten hoogste twee weken tot gelding kan brengen, zonder dat hij beschikt over een indicatiebesluit.

Artikel 3.1.2

Eerste lid

In dit lid wordt bepaald welke zorg is begrepen in de aanspraak op langdurige zorg. Uiteraard geldt daarvoor steeds de voorwaarde dat die zorg voor de betreffende verzekerde ook noodzakelijk is. De verzekerde die bij voorbeeld geen persoonlijke verzorging nodig heeft, ontleent aan het artikel ook niet het recht daarop. Dat geldt ook voor de verzekerde die zich zelfstandig met de scooter naar de dagbesteding kan begeven; uiteraard heeft deze verzekerde geen aanspraak op vervoer. De verzekerde die een indicatie heeft voor zorg op grond van de Wlz, maar geen geneesmiddelen nodig heeft, ontvangt uiteraard geen farmaceutische zorg. Dit wordt in de aanhef van artikel 3.1.1, eerste lid, tot uitdrukking gebracht door de formulering dat de aanspraak bestaat "voor zover de verzekerde naar aard, inhoud en omvang op die zorg is aangewezen".

Bij de concretisering van de in artikel 3.1.2 genoemde vormen van zorg in het zorgplan, gaat het er met andere woorden niet om dat al die vormen daarin een plaats krijgen, maar dat daarin worden opgenomen de vormen van zorg waarop de betrokkene is aangewezen. Deze concretisering in het specifieke geval verschilt van de huidige systematiek in de AWBZ en het daarop gebaseerde Besluit zorgaanspraken, dat erop steunt dat in het indicatiebesluit steeds wordt aangegeven welke vorm van zorg in welke omvang is geïndiceerd. Het indicatiebesluit op grond van de Wlz bevat die gegevens niet; concretisering geschiedt in het zorgplan.

De aanspraak op zorg kan omvatten: verblijf in een instelling, persoonlijke verzorging, begeleiding verpleging, behandeling en vervoer.

Verblijf

De verzekerde die geïndiceerd is voor langdurige zorg heeft aanspraak op verblijf in een instelling. Het verblijf omvat niet alleen de woonruimte zelf, maar ook eten en drinken en het schoonhouden van de woonruimte. Bij verblijf in een instelling krijgt de verzekerde vaak zorg die in sterke mate samenhangt met de ruimte waarin de zorg wordt geleverd. De artikelen 8.1.6 en 8.1.7 bieden echter de mogelijkheid om de zorg ook af te nemen zonder daadwerkelijk verblijf in een instelling. In die gevallen omvat de aanspraak op verblijf derhalve niet de woonruimte. Zie ook de toelichting op de artikelen 8.1.6 en 8.1.7.

Persoonlijke verzorging, begeleiding verpleging, behandeling

Hieronder wordt hetzelfde verstaan als op dit moment onder het regime van de AWBZ. De opsomming in onderdeel is ontleend aan de artikelen 8 en 15 van het huidige Besluit zorgaanspraken (Bza). De medisch specifieke behandeling die onder de AWBZ in artikel 8 Bza is opgenomen, is geregeld in het eerste lid, onder c. In het algemene deel van deze toelichting is de medisch specifieke behandeling ook aangeduid als "Wlz-behandeling". In onderdeel d is de "artikel 15-behandeling" opgenomen. Daarbij gaat het om met het verblijf gepaard gaande behandeling, waaronder wordt begrepen geneeskundige zorg van algemeen medische aard, niet zijnde paramedische zorg, behandeling van een psychische stoornis indien de behandeling integraal onderdeel uitmaakt van de behandeling van een van de in artikel 3.1.1 genoemde aandoeningen of beperkingen, farmaceutische zorg, hulpmiddelen, noodzakelijk in verband met de in de instelling gegeven zorg, tandheelkundige zorg, en kleding, verband houdende met het karakter en de doelstelling van de instelling. Het individuele gebruik van een rolstoel is ten opzichte van artikel 15 Bza uit deze opsomming gehaald. In plaats daarvan is voor het individueel gebruik van mobiliteitshulpmiddelen een separaat onderdeel e opgenomen in artikel 3.1.2, eerste lid.

Vervoer

In onderdeel f is de aanspraak op vervoer op overeenkomstige wijze als in artikel 10 van het Besluit zorgaanspraken neergelegd. Het gaat om het vervoer

van en naar een instelling waar de verzekerde begeleiding ontvangt, voor zover dit niet in de instelling van verblijf wordt verleend en het vervoer medisch noodzakelijk is.

Tweede lid

Het tweede lid komt overeen met het huidige artikel 6, tweede lid van de AWBZ, en zal ook onder de Wlz de grondslag vormen voor bij algemene maatregel van bestuur te stellen regels.

Artikel 3.1.3

Dit artikel komt in grote mate overeen met het huidige artikel 9, derde lid, van het Besluit zorgaanspraken AWBZ. Het eerste lid geeft de echtgenoot en de personen die daarmee zijn gelijkgesteld krachtens artikel 1.1.2, het recht om met de partner met een somatische of psychogeriatrische aandoening of beperking mee te verhuizen naar een instelling, ondanks het feit dat deze persoon zelf geen aanspraak heeft op langdurige zorg. Hierdoor wordt voorkomen dat gehuwden en partners gescheiden van elkaar moeten gaan leven om het enkele feit dat één van hen naar een instelling moet verhuizen om de benodigde zorg te krijgen. De aanspraak blijft voor de meeverhuizende persoon beperkt tot het verblijf en omvangt dus niet de daarmee samenhangende zorg.

In artikel 9 van het Besluit zorgaanspraken AWBZ wordt bepaald dat de echtgenoot zijn aanspraak op verblijf in die instelling behoudt in het geval de echtgenoot met een indicatiebesluit komt te overlijden of naar een andere instelling verhuisd. Deze aanspraak blijft ook ongewijzigd.

Artikel 3.2.1

Eerste lid

In dit lid wordt bepaald dat de aanspraak op zorg moet worden vastgesteld door het CIZ, dat daartoe op aanvraag van de verzekerde een indicatiebesluit neemt. In artikel 1.1.1 is het begrip indicatiebesluit omschreven als het besluit van het CIZ waarbij beoordeeld wordt of en in welke omvang de verzekerde in aanmerking komt voor zorg. In de brief over de hervorming van de langdurige zorg heeft het kabinet aangegeven dat het CIZ niet meer indiceert in zzp's, maar de zorgzwaarte bepaalt. De achtergrond hiervan was dat de zzp's, die fungeren als een taal voor de bekostiging van door zorgaanbieders verleende zorg, in de praktijk werden opgevat als een aanspraak, waarin nauwkeurig is omschreven op welke zorg in welke omvang aanspraak bestaat. Ook is in regelgeving (Regeling zorgaanspraken AWBZ en Zorgindicatiebesluit) de aanspraak gekoppeld aan de zzp's. Dit leidde onbedoeld tot claims van verzekerden die meenden dat hun minder zorg werd verleend dan waarop zij volgens het zzp "recht hadden". De regering acht dit ongewenst, en heeft om die reden het voornemen hierin verandering te brengen. Aan de andere kant is de behoefte aan (door de NZa vastgestelde) prestatiebeschrijvingen als bekostigingstaal onverminderd groot. In artikel 3.2.1 wordt daarom voorgesteld om het CIZ de aanspraak op zorg op aanvraag van de verzekerde

in een indicatiebesluit vast te stellen. De aanspraak op zorg zal ingevolge artikel 3.1.1, eerste lid, bestaan voor zover de verzekerde daar naar aard, inhoud en omvang op is aangewezen. Anders dan in de huidige AWBZ-praktijk zal de indicatie niet inhouden dat het bijbehorende zpp (als bekostigingstaal) een aanspraak geeft op een bepaald aantal uren zorg. De in de zzp's genoemde uren zijn gemiddelden die bedoeld zijn voor de bekostiging en niet de werkelijke behoefte van de verzekerde weergeven.

Tweede en derde lid

In het tweede lid van dit artikel is, net als in artikel 9b, eerste lid, van de AWBZ bepaald dat de verzekerde bij de aanvraag zijn burgerservicenummer moet vermelden. In het derde lid is bepaald dat het CIZ de identiteit van de aanvrager controleert. Aldus is gewaarborgd dat de gegevens die het CIZ beoordeelt, betrekking hebben op de te indiceren persoon.

Vierde lid

Artikel 4:2, tweede lid, Awb bepaalt dat de aanvrager de gegevens en bescheiden verschaft die voor de beslissing op de aanvraag nodig zijn en waarover hij redelijkerwijs de beschikking kan krijgen. De reden dat het voorgestelde derde lid in aanvulling daarop regels stelt over de informatievervalsing is om vast te leggen dat het meewerken aan een onderzoek door het CIZ wordt begrepen onder het verschaffen van informatie (vergelijk bijvoorbeeld ook artikel 27, tweede lid, van de Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen).

Vijfde en zesde lid

De in het vijfde lid opgenomen regeling wordt voorgesteld om de mogelijkheden om fraude effectief te bestrijden te vergroten. In aanvulling op het regime van de Awb – die de behandeling van de aanvraag opschort als onvoldoende gegevens worden verschaft – wordt voorgesteld dat een aanvraag buiten behandeling wordt gelaten indiene verzekerde. In afwijking van artikel 4:5 Awb bevat het vijfde lid een plicht voor het CIZ om te besluiten om de aanvraag buiten behandeling te laten. Het CIZ heeft, anders bij de gronde van artikel 4:5 AWB, geen ruimte om de aanvraag tóch in behandeling te nemen indien de verzekerde geen toestemming verleent voor het inwinnen van persoonsgegevens die voor de beoordeling van de aanvraag van belang zijn. Het vijfde lid bepaalt dat een gegeven toestemming als onherroepelijk geldt. Daardoor behoudt een eenmaal gegeven toestemming om bijvoorbeeld bij de handelend arts informatie in te winnen zijn geldigheid. In artikel 9.1.10 is bepaald dat in een dergelijk geval de arts verplicht is de noodzakelijke informatie te verschaffen, zonder dat hij dienaangaande nog een eigen afweging kan maken. Deze maatregel maakt zoals gezegd mogelijk om fraude beter de bestrijden dan onder de AWBZ het geval is, en maakt onderdeel uit van een reeks maatregelen die ingezet worden om fraude en oneigenlijk gebruik in de zorg tegen te gaan. Zie ook hoofdstuk 9 van het algemeen deel van deze toelichting.

Artikel 3.2.2

Dit artikel voorziet in de mogelijkheid om in bepaalde gevallen de indicatie voor zorg te herzien dan wel in te trekken. Het herzien en intrekken van het indicatiebesluit is een discretionaire bevoegdheid van de Wlz-uitvoerder/ het zorgkantoor. Hiermee wordt ruimte gegeven om de te nemen beslissingen af te stemmen de specifieke omstandigheden van het geval. Uit jurisprudentie van onder andere de Afdeling bestuursrechtspraak van de Raad van State volgt dat een bestuursorgaan ook zonder specifieke wettelijke grondslag ambtshalve de bevoegdheid toekomt een eerder genomen besluit in te trekken, als het bijvoorbeeld genomen is aan de hand van onjuiste of onvolledige gegevens. Evenwel is het wenselijk uitdrukkelijk in een grondslag te voorzien zodat het CIZ indicatiebesluiten ambtshalve kan wijzigen of intrekken in bepaalde gevallen.

De voornaamste grond voor het CIZ om dit artikel toe te passen, is de omstandigheid dat het CIZ een indicatiebesluit heeft gegeven op grond van onjuiste of onvolledige gegevens en, wanneer zijn beslissing op de juiste of volledige gegevens gebaseerd zou zijn, het CIZ tot een andere beslissing zou zijn gekomen (onderdeel a). Dit kan het geval zijn indien de verzekerde de op hem rustende inlichtingenplicht van artikel 2.3.1, vierde lid, niet of niet behoorlijk nakomt. Krachtens het vijfde lid van artikel 2.3.1 zal het CIZ het besluit alleen nemen als toestemming is verleend tot het inwinnen van relevante (medische) gegevens bij derden, zoals behandelde medici. Ook die informatie kan, al dan niet opzettelijk, onjuist zijn verleend. Op basis van de algemene beginselen van behoorlijk bestuur kan de herziening of intrekking slechts met terugwerkende kracht plaatsvinden indien de verzekerde redelijkerwijs kon begrijpen dat hij ten onrechte een onjuist indicatiebesluit heeft ontvangen. Daarnaast ligt het voor de hand dat het CIZ de verzekerde in de gelegenheid stelt de juiste gegevens aan te leveren of de onvolledige gegevens aan te vullen alvorens het indicatiebesluit wordt herzien of ingetrokken.

Ook wanneer de verzekerde niet langer is aangewezen op zorg op grond van de Wlz, kan het CIZ het indicatiebesluit intrekken (onderdeel b). Een dergelijke herziening zal naar verwachting niet of nauwelijks voorkomen, omdat de criteria voor de Wlz zo zijn geformuleerd dat in beginsel geen sprake kan zijn van zodanige verbetering van de gezondheidssituatie van de verzekerde, dat hij daardoor niet langer aan de voorwaarden voor Wlz-zorg zou voldoen. In het geval de verzekerde de aanspraak op grond van het indicatiebesluit niet tot gelding brengt, kan daaruit worden afgeleid dat de verzekerde de zorg niet nodig heeft. Een reden hiervoor kan zijn dat hij ook zonder Wlz-zorg, maar juist met Wmo-ondersteuning en hulp uit het sociale netwerk, voldoende kan voorzien in zijn zorg. Met onderdeel c heeft het CIZ de mogelijkheid om in dergelijke gevallen het indicatiebesluit te herzien of in te trekken. Uiteraard zal het CIZ moeten kijken naar de omstandigheden van het specifieke geval. Het kan hierbij gaan om de situatie dat de verzekerde de aanspraak op zorg niet binnen een jaar tot gelding brengt. Daarbij zal logischerwijs sprake zijn van het bewust niet tot gelding brengen van de aanspraak. Het geval kan zich

voordoen dat een verzekerde wel graag de zorg zou willen ontvangen, maar dat deze zorgverlening nog niet is gestart, bijvoorbeeld doordat de verzekerde zich eerst heeft georiënteerd op de beschikbare zorg en de aanbieder van keuze (instelling) nog geen plek heeft. Daarom geldt de termijn van een jaar ook voor verzekerden die zich binnen een jaar hebben gewend tot een zorgaanbieder die door zijn Wlz-uitvoerder is gecontracteerd of bij de Wlz-uitvoerder een persoonsgebonden budget als bedoeld in artikel 3.3.3 heeft aangevraagd. Indien het CIZ een afgegeven indicatiebesluit heeft ingetrokken of (ten nadele van de verzekerde) heeft gewijzigd, kan de verzekerde een nieuw indicatiebesluit aanvragen om Wlz-zorg te kunnen ontvangen.

In dit artikel zijn geen specifieke regels opgenomen met betrekking tot het herzien of intrekken van een persoonsgebonden budget. Daar zijn twee redenen voor. In de eerste plaats gaat artikel 3.2.2 over de herziening of intrekking van een indicatiebesluit en niet over de wijze waarop de aanspraak tot gelding wordt gebracht. Het besluit om een pgb toe te kennen staat hier los van. In de tweede plaats voorziet de Awb met de bepalingen in afdeling 4.2.6 van die wet immers in regels omtrent de intrekking en wijziging van de subsidieverlening en de subsidievaststelling.

Artikel 3.2.3

Het huidige artikel 6, vierde lid, van de AWBZ bepaalt dat bij of krachtens algemene maatregel van bestuur kan worden bepaald dat de aanspraak op zorg slechts tot gelding kan worden gebracht indien de verzekerde bijdraagt in de kosten daarvan, en dat de bijdrage kan verschillen naar gelang de groep waartoe de verzekerde behoort en de zorg die verstrekt wordt, en mede afhankelijk kan worden gesteld van het inkomen en het vermogen van de verzekerde en diens echtgenoot. In het voorgestelde artikel 3.2.3 is deze regeling overgenomen, met dien verstande dat een formulering wordt voorgesteld die buiten twijfel stelt dat de eigen bijdrage het totaal van de zorgkosten kan belopen. Dit biedt de mogelijkheid om, indien 's lands financiën dat vereisen, kostendekkende eigen bijdragen te vragen van verzekerden die over toereikende financiële middelen beschikken om dat te kunnen opbrengen. De regering is overigens op dit moment voornemens de in het Bijdragebesluit zorg opgenomen regels als uitgangspunt te hanteren bij de opstelling van de algemene maatregel van bestuur.

Aldus biedt de Wlz dekking tegen het risico dat een verzekerde is aangewezen op de kosten van langdurige zorg, in de mate waarin hij de kosten volgens bij algemene maatregel van bestuur te stellen regels niet zelf kan dragen. Deze vormgeving verzet zich niet tegen het karakter van de Wlz als volksverzekering waarin risico's collectief worden gedekt en waarvoor een inkomensafhankelijke premie wordt geheven van alle ingezetenen. Ook de verzekerde die op enig moment over de middelen beschikt om de kosten van de aanspraak op zorg zelf te betalen, kan in de situatie komen dat hij dat niet langer kan. Doordat wordt aangegeven dat de hoogte van de eigen bijdrage kan verschillen afhankelijk van de zorg die wordt verstrekt, kan de eigen bijdrage niet alleen verschillen naar aard en omvang van de zorg, maar ook naar leveringsvorm.

Hierdoor is het mogelijk om de eigen bijdrage voor zorg in natura te laten verschillen van de eigen bijdrage voor een VPT of voor een pgb. In de Wlz geldt voor wijzigingen van de regels met betrekking tot de eigen bijdragen een voorhangverplichting, voor zover de algemene maatregel van bestuur ziet op de in het eerste lid bedoelde vermogen.

Artikel 3.2.4

In het eerste lid van dit artikel wordt een grondslag geboden om bij of krachtens algemene maatregel van bestuur te bepalen dat zorg wordt voortgezet na het tijdstip waarop de verzekering is geëindigd of dat een aanspraak op een vergoeding bestaat voor zorg die wordt verleend na dat tijdstip. Dit kan gewenst zijn in het geval dat een verzekering eindigt door vertrek van de verzekerde naar het buitenland. In de algemene maatregel van bestuur kunnen beperkingen en voorwaarden worden gesteld aan de voortzetting van de zorg, zoals onder meer aan de wijze waarop een zodanige aanspraak tot gelding wordt gebracht.

Het tweede lid geeft een grondslag om bij of krachtens algemene maatregel van bestuur gevallen of omstandigheden aan te wijzen waarin de kosten van het verlenen van de desbetreffende zorg in redelijkheid niet of niet volledig ten laste van de in deze wet geregelde verzekering dienen te komen. Bepaald kan worden dat in die gevallen de zorg wordt geweigerd, de zorg op een later tijdstip ingaat, een hogere bijdrage van de verzekerde wordt gevorderd dan krachtens artikel 3.2.3, eerste lid, is vastgesteld, of een vergoeding van gemaakte kosten geheel of gedeeltelijk wordt geweigerd. In de huidige AWBZ was een gelijk artikellid de grondslag voor het Besluit wachttijd bijzondere ziektekosten. Het is de bedoeling dat onder meer de bepalingen van dat besluit onderdeel worden van een Besluit langdurige zorg.

Artikel 3.2.5

De Wet forensische zorg wijzigt met artikel 7.10 de AWBZ onder meer door een artikel 9c in te voegen. Met die wet hoort forensische zorg niet meer tot de AWBZ-aanspraken. Indien iemand in een penitentiaire inrichting, een TBS-instelling of een instelling voor gesloten jeugdzorg is opgenomen, blijft hij echter wel verzekerd voor de AWBZ en ook dus voor de Wlz. Dat komt doordat de Wlz, net als de AWBZ, een verzekering van rechtswege is. Betrokkene behoudt derhalve ook de aanspraak op zorg in de zin van de Wlz. Het ingevoegde artikel 9c AWBZ regelt echter dat verzekerde zijn aanspraken op AWBZ-zorg in dit geval niet tot gelding zal kunnen brengen. Met artikel 3.2.5 wordt de inhoud van artikel 9c van de AWBZ overgenomen, zodat een recht op zorg niet tot gelding kan worden gebracht gedurende de periode waarin de verzekerde in een penitentiaire inrichting, een TBS-instelling of een instelling voor gesloten jeugdzorg (gesloten accommodatie) verblijft.

Artikel 3.2.6

Dit artikel komt overeen met het huidige artikel 7, eerste en derde lid, van de AWBZ. Voor militairen in werkelijke dienst en militairen die buiten gewoon verlof met behoud van militaire inkomsten hebben, wordt derhalve geen

wijziging voorgesteld. Wel wordt voorgesteld de afzonderlijke regeling voor gezinsleden van militairen, die in artikel 7, tweede lid, in combinatie met artikel 19 van het Besluit zorgaanspraken AWBZ is neergelegd, niet meer in de Wlz te laten terugkeren. De reden hiervoor is dat de aanspraken van gezinsleden in militaire dienst inmiddels niet meer via de militair lopen.

Artikel 3.3.1

Dit artikel strekt er in hoofdzaak toe het volgende te regelen:

1. De verzekerde die recht heeft op zorg in natura ingevolge de Wlz en het verblijf afneemt, kan kiezen uit het door de Wlz-uitvoerder gecontracteerde zorgaanbieders.
2. Zorg in natura op grond van de Wlz wordt alleen verleend in Nederland of binnen de EU, EER en Zwitserland. Buiten dat gebied kan een Wlz-uitvoerder geen zorgaanbieders contracteren.
3. In uitzonderingsgevallen kan de verzekerde ten laste van de Wlz kosten van zorg geheel of gedeeltelijk vergoed krijgen die wordt betrokken van een niet gecontracteerde zorgaanbieder buiten Nederland, maar binnen de EU, EER en Zwitserland.
4. Bij algemene maatregel van bestuur wordt bepaald onder welke omstandigheden een toegekend pgb buiten Nederland kan doorlopen; hierbij wordt geen onderscheid gemaakt tussen Europa en de rest van de wereld.

Eerste lid

Dit artikel bepaalt (net als in artikel 10, eerste lid, van de AWBZ) dat de verzekerde voor het tot gelding brengen van zijn aanspraak kan kiezen uit de door de Wlz-uitvoerder gecontracteerde zorgaanbieders. De keuzevrijheid van de verzekerde die zijn aanspraak op zorg met verblijf tot gelding wil brengen, wordt begrensd door het aanbod van door de Wlz-uitvoerder gecontracteerde instellingen. De verzekerde heeft er geen aanspraak op dat de Wlz-uitvoerder een niet gecontracteerde instelling alsnog contracteert voor verblijf. Hiermee zou immers de onlangs afgeschafte verplichting voor uitvoerders om alle zorgaanbieders die dat wensen te contracteren, worden vervangen door een verplichting om alle aanbieders te contracteren ten aanzien waarvan de verzekerde de wens daartoe te kennen geeft. Het zonder meer voorop stellen van de wens van de verzekerde in dit opzicht, zou teveel afbreuk doen aan de doelstelling om Wlz-uitvoerders te prikkelen zorg van een zo goed mogelijke kwaliteit voor een zo laag mogelijke prijs in te kopen bij zorgaanbieders.

Tweede lid

Het huidige artikel 10 van de AWBZ is geënt op de situatie dat die wet ook aanspraken biedt op extramurale zorg. In het wetsvoorstel WLZ is echter niet langer sprake van in functies en klassen ingedeelde extramurale zorg. De Wlz biedt aanspraken aan verzekerden die geïndiceerd zijn voor zeer zware zorg. Aan veel mensen zal die zorg alleen adequaat intramuraal kunnen worden geboden in een instelling. Daarnaast geeft dit wetsvoorstel de ruimte om de benodigde zware zorg waar mogelijk en gewenst ook te verkrijgen zonder de aanspraak op verblijf tot gelding te brengen. Dat doet er echter niet aan af dat

de zorg op grond van de Wlz wezenlijk verschilt van de extramurale zorg die bekend is uit de AWBZ.

Om die reden zal de zorg op grond van de Wlz praktisch gesproken alleen in Nederland geleverd kunnen worden. Wlz-uitvoerders zullen er naar de verwachting van de regering niet toe overgaan om zorg in het buitenland te contracteren. In verband met het Europese recht is het echter niet mogelijk om het contracteren van zorg in EU-landen of landen die behoren tot de EER te verbieden. Weliswaar is de Richtlijn 2011/24/EU betreffende de toepassing van de rechten van patiënten bij grensoverschrijdende gezondheidszorg niet van toepassing op de langdurige zorg, maar het door het EU-Werkingsverdrag geborgde vrij verkeer van diensten verzet zich tegen het instellen van een dergelijk verbod. Wel laat het Europese recht toe het contracteren van EU-zorgaanbieders te binden aan de beperking dat de zorg binnen Nederland niet tijdig verkregen kan worden en dat voorafgaande toestemming is verleend. Voor wat betreft zorg buiten de EU en de EER ziet de regering echter geen reden om er in te voorzien dat ook buiten dat gebied zorg kan worden gecontracteerd. Het tweede lid voorziet hierin. Hiermee wordt de lijn voortgezet die ten grondslag lag aan de wet AWBZ-buitenland, waarin artikel 10 AWBZ met ingang van 1 januari 2013 werd gewijzigd.

Derde lid

Dit lid geeft een regeling voor gevallen waarin een verzekerde buiten Nederland, maar binnen het genoemde Europese gebied, in plaats van zorg de kosten van in het buitenland ontvangen zorg gerestitueerd kan krijgen. Voorwaarde daarvoor is dat de verzekerde de zorg die hij behoeft in Nederland niet kan krijgen, en dat de Wlz-uitvoerder tevoren toestemming heeft verleend. In de algemene maatregel van bestuur, te stellen op grond van dit lid, zal worden bepaald dat voor zover de zorg waarop de verzekerde op grond van deze wet aanspraak heeft spoedeisend is, binnen het grondgebied van het Europese deel van Nederland niet binnen een redelijke termijn kan worden verleend en de Wlz-uitvoerder voorafgaand aan het buiten Nederland ontvangen van de zorg daarvoor toestemming heeft verleend, recht heeft op gehele of gedeeltelijke restitutie van de kosten, voor zover die in de Nederlandse marktomstandigheden passend zijn te achten. Op dit moment zijn dergelijke regels gesteld in artikel 20 van het Besluit zorgaanpakken.

Vierde lid

Dit lid bepaalt dat een door de verzekerde verschuldigde eigen bijdrage in mindering wordt gebracht op de vergoeding die hij op grond van het derde lid ontvangt. In de AWBZ is dit geregeld in artikel 12, derde lid.

Vijfde lid

Het voorgestelde vijfde lid bepaalt in onderdeel a dat bij algemene maatregel van bestuur regels kunnen worden gesteld over de gevallen waarin en voorwaarden waaronder de verlening van een persoonsgebonden budget als bedoeld in artikel 3.3.3 buiten Nederland tijdelijk kan worden voortgezet.

Thans is deze grondslag te vinden in artikel 10, derde lid, onderdeel b, van de AWBZ.

Anders dan in laatstgenoemd artikel, beperkt het voorgestelde nieuwe onderdeel zich tot het pgb, omdat voor zorg in natura de eerste drie leden van artikel 3.1.5 al een regeling geven. Het voorgestelde nieuwe onderdeel brengt geen beperking aan tot tijdelijke voortzetting van het pgb binnen Europa. Opmerking hierbij verdient dat het pgb niet het karakter van een vrij besteedbare uitkering heeft, maar moet worden aangemerkt als een verstrekking in 883/2004. Een dergelijke verstrekking is niet exporteerbaar. Voorts is degene die zich in een andere land vestigt niet langer een ingezetene, en niet langer verzekerd.

Het ligt in de bedoeling bij de opstelling van de algemene maatregel van bestuur de regeling op dit punt in het Besluit zorgaanspraken als uitgangspunt te nemen. Daarin is ook het aspect van de tijdelijkheid uitgewerkt. Op de op te stellen algemene maatregel van bestuur is voor zover het dit onderdeel betreft een voorhangprocedure van toepassing, net als in artikel 10, derde lid, van de AWBZ.

In onderdeel b van het voorgestelde vijfde lid wordt de mogelijkheid gecreëerd om regels te stellen gesteld over indicatiestelling in het buitenland, net als in het huidige artikel 10, derde lid, onderdeel d, van de AWBZ.

De voorgestelde regeling verschilt daarmee op de volgende punten van artikel 10, derde lid, van de AWBZ:

1. Onderdeel a van dat lid is niet overgenomen in artikel 3.1.5. Dit onderdeel bepaalt dat bij algemene maatregel van bestuur kan worden bepaald wanneer een verzekerde zijn aanspraak op zorg tot gelding kan brengen bij een niet gecontracteerde aanbieder. Voor zover het gaat om verblijf kunnen verzekerden hun aanspraak slechts tot gelding brengen bij gecontracteerde aanbieders. Voor zover het gaat om de overige vormen van zorg die zijn genoemd in artikel 3.1.4, kunnen al regels worden gesteld op grond van artikel 3.3.2, vierde lid. Om die reden is dit onderdeel niet opgenomen in artikel 3.1.5, vijfde lid.
2. Onderdeel c van dat lid is evenmin overgenomen in artikel. De reden daarvoor is dat het derde lid van artikel 3.1.5 al de grondslag geeft voor bij algemene maatregel van bestuur te stellen regels.
3. In het vijfde lid is als onderdeel c opgenomen de mogelijkheid bij algemene maatregel van bestuur regels te stellen over de op grond van het derde lid op de vergoeding in mindering te brengen eigen bijdrage. De AWBZ biedt daarvoor thans de grondslag in artikel 12, vijfde lid.

Artikel 3.3.2

Eerste lid

Zoals in paragraaf 2.4 van het algemeen deel van deze toelichting is uiteengezet, kan zorg ingevolge de Wlz ook buiten een intramurale instelling worden ontvangen. Dit draagt bij aan de keuzemogelijkheden van de verzekerde. Dit uitgangspunt, dat is neergelegd in artikel 3.3.2, geldt echter

niet onverkort. Ook met zorg die op een andere plaats dan in een instelling wordt verleend, zijn aanzienlijke kosten gemoeid. De middelen daarvoor moeten besteed worden aan passende en adequate zorg. Het is met andere woorden naar het oordeel van de regering niet aanvaardbaar als zorg zonder verblijf wordt gefinancierd, indien om zorginhoudelijke redenen de kwaliteit van de zorg tekortschiet. De alternatieve "leveringsvormen" staan in de artikelen 3.3.2 en 3.3.3. Kenmerkend voor beide alternatieve leveringsvormen is weliswaar dat er geen sprake is van daadwerkelijk verblijf in een instelling. De leveringsvorm die nu in de AWBZ al bekend staat het "volledig pakket thuis" (VPT) is geregeld in artikel 3.3.2. Hoewel de verzekerde niet daadwerkelijk in een instelling verblijft, maar de zorg buiten de instelling "thuis" ontvangt, heeft hij op grond van het artikel 3.3.2 wel degelijk aanspraak op "verblijf" als bedoeld in artikel 3.1.2, eerste lid, onder a. Dat er geen sprake is van verblijf in een instelling doet hier niet aan af, de aanspraak op de zorg die onderdeel uitmaakt van verblijf krijgt de verzekerde dus buiten de instelling geleverd, dus met uitzondering van de woonruimte. Ook in het huidige Besluit zorgaanspraken AWBZ (artikel 14) wordt de term "verblijf" bij deze constructie niet verlaten.

Net als in de AWBZ is er bij een VPT geen aanspraak op het met verblijf gepaard gaande behandeling (voorheen "artikel 15-behandeling"). Nu mobiliteitsmiddelen niet langer onder die behandeling valt, maar apart als aanspraak is opgenomen, vallen deze middelen wél onder het VPT. Het eerste lid van artikel 3.3.2 regelt dat ten aanzien van een verzekerde die een aanvraag doet om zorg zonder daadwerkelijk verblijf in een instelling te verkrijgen, de Wlz-uitvoerder kan besluiten dat de verzekerde die aanspraak op zorg tot gelding kan brengen buiten de instelling (ten huize van de verzekerde). De verzekerde doet de aanvraag ingevolge artikel 3.3.2 bij de Wlz-uitvoerder, dan wel het zorgkantoor. Of de aanvraag kan worden gehonoreerd is afhankelijk van de vraag of wordt voldaan aan de vereisten die in die het tweede lid zijn gesteld. Om die reden bepaalt het eerste lid van artikel 3.3.2 dat de Wlz-uitvoerder *kan* besluiten de aanvraag in te willigen. Daarmee is echter niet bedoeld aan te geven dat het een Wlz-uitvoerder bij de toepassing van artikel 3.3.2 vrij staat andere afwegingen te betrekken dan de criteria die zijn genoemd in het tweede lid.

Tweede lid

Het voorgestelde tweede lid bepaalt dat er twee gronden zijn op grond waarvan de Wlz-uitvoerder kan besluiten dat de zorg niet zonder daadwerkelijk verblijf in een instelling kan worden geboden.

De eerste grond is dat de Wlz-uitvoerder op zorginhoudelijke overwegingen tot het oordeel komt dat de zorg niet op verantwoorde wijze kan worden verleend op de door de verzekerde beoogde wijze. Daarvan kan bijvoorbeeld sprake zijn als de zorg dermate complex of intensief is, dat die alleen verantwoord kan worden geboden in een setting waar gespecialiseerde zorgverleners doorlopend beschikbaar zijn of bijzondere en kostbare voorzieningen zoals een snoezelruimte of apparatuur aanwezig zijn (onderdeel a).

De tweede grond is dat de kosten van de zorg op de gekozen locatie hoger zijn dan wat die zorg zou hebben gekost indien die zou worden verleend aan een verzekerde die in een instelling verblijft. Om die vergelijking te kunnen maken wordt het zzp-tarief vergeleken met de kosten van de zorg op de beoogde locatie. Het budget wordt zal worden bepaald op basis van een "opgeschoond" zzp-tarief, waarbij kosten die niet zien op het zorgcomponent in mindering worden gebracht. Het tweede lid biedt daarom een grondslag op bij ministeriele regeling delen van het tarief (het zzp) in mindering te brengen, waaronder de kapitaallasten. De omstandigheid dat de verzekerde eventueel genoeg zou willen nemen met minder zorg dan passend is te achten, om zodoende binnen deze norm te blijven, vormt geen aanleiding om aan een eventuele zodanige wens tegemoet te komen. Het is niet aanvaardbaar om willens en wetens ten laste van de Wlz zorg te bekostigen die tekortschiet, ook niet als de verzekerde daar een voorkeur voor heeft.

Derde lid

In het derde lid wordt voorgesteld te bepalen dat aanpassingen om woonruimte geschikt (woningaanpassingen en outillagehulpmiddelen) te maken voor verblijf buiten een instelling, een aanspraak is voor minderjarige verzekerden die met een VPT (langer) thuis zouden kunnen wonen. Onder voorwaarden, die zullen worden gesteld bij of krachtens een algemene maatregel van bestuur op grond van het vierde lid, kunnen de woningaanpassingen en outillagehulpmiddelen dus worden bekostigd uit de Wlz. De Wlz-uitvoerder moet, in lijn met de voorwaarden gesteld in het tweede lid van dit artikel, een oordeel geven over de doelmatigheid en duurzaamheid van deze investeringen. Zie ook paragraaf 2.3.6 van het algemene deel van deze toelichting.

Vierde lid

In het vierde lid is bepaald dat bij of krachtens algemene maatregel van bestuur kunnen regels worden gesteld met betrekking tot dit artikel.

Artikel 3.3.3

Eerste lid

De verzekerde die de voorkeur geeft aan de inschakeling van zorgverleners die niet door Wlz-uitvoerders gecontracteerd zijn, kan die uitvoerder vragen om in plaats van zorg in natura een pgb te ontvangen. Dit kan bijvoorbeeld het geval zijn als de verzekerde wil dat personen uit de eigen sociale kring de zorg (deels) verlenen.

Anders dan bij het VPT is het bij een pgb niet mogelijk om het "verblijf" in de zin van artikel 3.1.4, eerste lid, onder a, tot gelding te brengen. Het eerste lid van artikel 3.3.3 noemt echter nadrukkelijk de mogelijkheid om het pgb te gebruiken voor huishoudelijke hulp dat een onderdeel vormt van die aanspraak op verblijf. Sinds 2009 is het op grond van de Regeling subsidies AWBZ ook al mogelijk om met een pgb huishoudelijk hulp in te kopen. Uiteraard zal de Wlz-uitvoerder, bij de bepaling van de hoogte van het benodigde budget, bezien in

welke mate de verzekerde is aangewezen op de huishoudelijke hulp. Indien de gezinssituatie van de verzekerde zo is dat de huishoudelijke hulp van rekening van familie of huisgenoten moet komen, maakt huishoudelijke hulp geen deel uit van de aanspraak op grond van artikel 3.1.1, eerste lid.

Met het persoonsgebonden budget kunnen de zorgvormen "persoonlijke verzorging", "begeleiding" en "verpleging" (artikel 3.1.2, eerste lid, onder b) en "vervoer" (onder f) worden ingekocht. Het persoonsgebonden budget komt daarmee in plaats van de zorg in natura voor die zorgvormen. Op grond van de AWBZ en de Regeling subsidies AWBZ is het voor verzekerden momenteel niet mogelijk om de aanspraak "behandeling" vanuit het persoonsgebonden budget zelf in te kopen. De inkoop van "behandeling" blijft ook in de Wlz niet mogelijk met een pgb, om de volgende redenen. De behoefte aan behandeling, zowel de specifieke behandeling als de algemene medische behandeling, is zeer slecht op voorhand in te schatten en kan enorm variëren van persoon tot persoon of bij een en dezelfde persoon in de tijd. De verstandelijk gehandicapte verzekerde kan bijvoorbeeld een belangrijke persoonlijke levensgebeurtenis ("life event") meemaken, of in een periode komen waarin veel gezondheidsproblemen tegelijk bestaan. Het is onwenselijk dat de verzekerde dan volstaat met minder dan de noodzakelijke behandeling omdat het budget niet toereikend is. Daar komt bij dat behandeling geen zorg is die in de regels door een ander dan een professional met bepaalde vaardigheden kan worden verleend. Omdat het niet mogelijk is om met een persoonsgebonden budget vormen van behandeling in te kopen, zal de verzekerde voor die zorg gebruik moeten maken van zorg in natura, alsook voor de mobiliteitshulpmiddelen. Het pgb wordt aan de verzekerde in de vorm van een trekkingsrecht verleend. De verzekerde krijgt niet langer een bedrag op zijn rekening overgemaakt waaruit hij de zorgverleners zelf betaalt, maar een "tegoed" aan zorg dat wordt beheerd door de Sociale verzekeringsbank en waaruit de zorgverleners op aangeven van de verzekerde worden betaald. De verzekerde sluit, net als in het huidige pgb, zelf overeenkomsten met de zorgverleners. Zie ook de toelichting op het achtste lid.

Tweede lid

Uit een aantal uitspraken van rechtbanken en de Centrale raad van Beroep (hierna: CRvB) is gebleken dat aan het zorgkantoor op grond van artikel 4:35, eerste lid, aanhef en onder b en c, van de Awb, niet de bevoegdheid toekwam om, ter voorkoming van oneigenlijk gebruik en fraude, een persoonsgebonden budget op voorhand te weigeren in de situatie dat de verzekerde niet in staat werd geacht om voldoende regie over de zorg en het budget te kunnen voeren (zie onder andere Rechtbank Rotterdam van 26 april 2012, LJN: BW4961). De Regeling subsidies AWBZ kende deze weigeringsgrond niet. Uit de toelichting bij artikel 4:35 van de Awb blijkt dat de aan een subsidie verbonden verplichtingen zekere capaciteiten en bekwaamheden bij de subsidieontvanger veronderstellen. In bepaalde gevallen kan het bovendien zo kan zijn dat aangenomen mag worden dat een verzekerde deze capaciteiten mist. Dit mag echter volgens de rechtspraak niet betekenen dat op voorhand wordt

aangenomen dat de verzekerde het gebrek aan regie niet zou kunnen compenseren door middel van hulp van derden. De CRvB heeft in hoger beroep in die zaak bovendien aangegeven dat de kring van derden die hulp kan verlenen niet beperkt mag worden tot wettelijk vertegenwoordigers, partners of inwonende kinderen. Van belang is of de betrokken derde de capaciteiten heeft om de hulp te bieden. (CRvB 10 juli 2013, ECLI:NL:CRVB:2013:784). Het tweede lid, onder b, bepaalt dat de Wlz-uitvoerder het persoonsgebonden budget alleen verleent indien de verzekerde naar het oordeel van de Wlz-uitvoerder in staat is op eigen kracht, of met behulp van een vertegenwoordiger, gemachtigde of zaakwaarnemer, de aan het budget verbonden taken en verplichtingen op verantwoorde wijze uit te voeren. Hiermee is voor de Wlz-uitvoerder duidelijker dat het oordeel met betrekking tot de eigen regie niet alleen gebaseerd kan zijn op de capaciteiten van de verzekerde zelf, indien deze over een zaakwaarnemer beschikt.

Voorts is in het tweede lid (onderdeel c) bepaald dat de verzekerde in staat dient te zijn de functie te vervullen van 'spin in het web' rond de zorg die aan hem verleend wordt. Bij zorg in natura rust de verantwoordelijkheid voor een goede coördinatie in sterkere mate op de Wlz-uitvoerder en de zorgverleners, bij het persoonsgebonden budget is dit aan de verzekerde zelf, al dan niet met hulp van de vertegenwoordiger, gemachtigde of zaakwaarnemer. Ten slotte wordt het persoonsgebonden budget slechts verleend indien de verzekerde kan motiveren dat hij de zorg niet in natura geleverd wenst te krijgen (tweede lid, onderdeel d). Hierdoor heeft het zorgkantoor de mogelijkheid om geen pgb te verlenen als de verzekerde onvoldoende blijkt heeft kunnen geven van zijn voorkeur voor een pgb boven de gecontracteerde zorg in natura, al dan niet via een VPT. Het gaat er om dat de verzekerde een goed geïnformeerd een beslissing kan nemen, zich heeft georiënteerd op de beschikbare zorg in natura, en daarna een weloverwogen beslissing neemt. Het zorgkantoor kan constateren dat er geen sprake is van een motivering. Het is echter niet zo dat de Wlz-uitvoerder zich een oordeel zal vormen over de voorkeur voor een pgb, de wens van de verzekerde staat voorop. De Wlz-uitvoerder moet er enkel op toezien dat de verzekerde een bewuste keuze maakt voor een pgb (bijvoorbeeld door een bewuste keuze gesprek) en de verzekerde niet afziet van zorg in natura zonder de consequenties te onderkennen of onvoldoende geïnformeerd te zijn.

Het persoonsgebonden budget houdt ook in de Wlz het karakter van een subsidie, zodat de subsidieparagraaf van de Awb van toepassing is. Dit houdt onder meer in dat ook, net als in de geldende Regeling subsidies AWBZ, de mogelijkheid bestaat om een subsidieplafond in te stellen. Dit voornemen is er niet, omdat met het onderbrengen van het persoonsgebonden budget en zorg in natura in hetzelfde budgettair kader juist wordt beoogd de prikkel bij de Wlz-uitvoerders te leggen om de pgb-kosten te beheersen, net als bij zorg in natura. Mochten evenwel toch onaanvaardbare overschrijdingen van het beschikbare budget ontstaan, dan is de instelling van een subsidieplafond als noodrem mogelijk. Het persoonsgebonden budget zou dan ook bij

overschrijding van dat plafond (voor nieuwe pgb-houders) kunnen worden geweigerd.

Derde lid

Artikel 3.3.3, derde lid, geeft aan de Wlz-uitvoerder de bevoegdheid om een persoonsgebonden budget te weigeren op vier gronden. De eerste, onder a genoemde, weigeringsgrond is aan de orde, indien de Wlz-uitvoerder van oordeel is dat onvoldoende aannemelijk is dat met het persoonsgebonden budget zal worden voorzien in toereikende zorg van goede kwaliteit. De tweede weigeringsgrond (onderdeel b) is van toepassing indien de verzekerde zich bij de eerdere verstrekking van een persoonsgebonden budget niet heeft gehouden aan de opgelegde taken verplichtingen én de Wlz-uitvoerder van oordeel is dat de verzekerde op eigen kracht of met hulp van een vertegenwoordiger, gemachtigde of zaakwaarnemer ook niet in staat zal zijn om te voldoen aan de aan het budget verbonden verplichtingen. Indien de verzekerde blijkens de basisregistratie personen niet beschikt over een woonadres of hem rehtens zijn vrijheid is ontnomen, wordt hem eveneens een persoonsgebonden budget geweigerd (onderdelen c en d). Het gaat bij deze gronden niet om een discretionaire bevoegdheid zoals bij de weigeringsgronden van artikel 4:35 van de Awb. In enkele uitspraken van rechtbanken met betrekking tot het persoonsgebonden budget is geoordeeld dat het inperken van de discretionaire bevoegdheid die de Awb aan het subsidieverlenende bestuursorgaan biedt, zoals de bevoegdheid om het persoonsgebonden budget in bepaalde gevallen te weigeren, lager vast te stellen of terug te vorderen (de artikelen 4:35, 4:46 en 4:57 Awb), niet in lagere regelgeving tot gebonden bevoegdheden gemaakt mogen worden. De bepalingen in de Regeling subsidies AWBZ die doelbewust een dergelijke inperking van de bevoegdheden beoogden, zijn in die uitspraken niet verbindend verklaard. Ook de Centrale Raad van Beroep heeft in uitspraken van 30 januari 2008 (LJN: BC4321), 14 februari 2008 (zaaknummer 06-2863 AWBZ) en 22 september 2012 (LJN: BK5767) geoordeeld dat de in de Awb geregelde discretionaire bevoegdheid om een subsidie lager vast te stellen en terug te vorderen, niet bij ministeriële regeling tot een verplichting gemaakt mogen worden. De bepalingen in de Regeling subsidies AWBZ die de verplichtingen voorschreven waren daarom niet verbindend volgens de CRvB. De Afdeling bestuursrechtspraak van de Raad van State (verder: ABRvS) heeft in vergelijkbare subsidiezaken daarentegen geoordeeld dat een door de Awb geboden discretionaire bevoegdheid weliswaar inhoudt dat daar een belangenafweging aan ten grondslag dient te liggen, maar dat die belangenafweging kan worden begrensd door de desbetreffende bijzondere subsidieregeling. In een dergelijke regeling kan immers zijn bepaald dat het bestuursorgaan in bepaalde gevallen een gebonden bevoegdheid heeft. In die gevallen is voor een (aanvullende) belangenafweging geen plaats meer. De regering stelt vast dat de met de regeling subsidies AWBZ beoogde invoering van een gebonden bevoegdheid van de uitvoerder niet het beoogde effect heeft gehad. Om die reden wordt er thans voor gekozen om de belangenafweging op het niveau van de wet zelve te beperken zodat er

gebonden bevoegdheden ontstaan bij de toepassing van artikel 3.3.3, derde lid.

De in het derde lid voorgestelde specifieke regeling komt echter niet in de plaats van de regeling in artikel 4:35 van de Awb. Weliswaar wordt met de voorgestelde regeling beoogd af te wijken van het regime van de Awb op het punt van de discretionariteit, maar de voorgestelde regeling beoogt overigens slechts aan te vullen op de weigeringsgronden van de Awb. Het gaat in artikel 3.3.3, tweede lid, dus niet om een limitatieve opsomming van situaties waarin de subsidie geweigerd mag worden. Indien een weigering van een persoonsgebonden budget niet gebaseerd kan worden op artikel 3.3.3, tweede lid, maar wel een van de weigeringsgronden van artikel 4:35 van de Awb van toepassing is, kan de Wlz-uitvoerder in voorkomend geval een persoonsgebonden budget weigeren met toepassing van dat artikel.

Vierde lid

In de brief over de hervorming van de langdurige zorg van 25 april 2013 heeft het kabinet aangegeven dat een van de voorwaarden waaronder een persoonsgebonden budget mogelijk moet blijven, is dat aan het persoonsgebonden budget lagere kosten zijn verbonden dan aan zorg in natura. In dit lid wordt bepaald dat het persoonsgebonden budget ten hoogste een deel van de zorgcomponent uit een zzp bedraagt, volgens bij algemene maatregel van bestuur te stellen regels.

Vijfde lid

Ook indien de minderjarige verzekerde met een persoonsgebonden budget de zorg in de eigen woning zal ontvangen, kunnen aanpassingen om woonruimte geschikt (woningaanpassingen en outillagehulpmiddelen) te maken voor verblijf buiten een instelling nodig zijn. Zie ook paragraaf 2.3.6 van het algemene deel van deze toelichting. Net als bij een VPT hebben minderjarige verzekerden een aanspraak op die aanpassingen en middelen indien de Wlz-uitvoerder de inzet daarvan duurzaam en doelmatig acht. Ook met betrekking tot deze aanspraak bij een persoonsgebonden budget kunnen voorwaarden worden gesteld bij of krachtens een algemene maatregel van bestuur. Artikel 3.3.3, zevende lid, onder d, biedt hiervoor nadrukkelijk een grondslag. Het ligt uiteraard in de rede dat de eisen die op grond van dat lid worden gesteld gelijk zijn aan de eisen die in het kader van het VPT worden gesteld (artikel 3.3.2, derde en vierde lid).

Zesde lid

Om redenen van uniformiteit en doelmatigheid en ter voorkoming van fraude is ervoor gekozen de betaling van de door de Wlz-uitvoerders verleende budgetten centraal te doen plaatsvinden door de Sociale Verzekeringsbank. In afwijking van artikel 4:89, eerste lid van de Awb, geschiedt de betaling van het pgb niet door bijschrijving op de rekening van de verzekerde, maar houdt de Wlz-uitvoerder het budget in rekening-courant bij de SVB aan. Dit brengt met zich dat Wlz-uitvoerders de SVB informatie zullen moeten verstrekken omtrent de verleende budgetten en dat de SVB aan de Wlz-uitvoerders rekenschap zal

moeten afleggen over de uitvoering. Het zesde lid regelt deze centrale uitvoering. De kosten die de SVB voor de uitvoering van de in het zesde lid geregelde taak maakt, zullen ingevolge de in artikel 12.17, onderdeel L, voorgestelde wijziging van artikel 90, tweede lid, van de Wet financiering sociale verzekeringen uit het Fonds langdurige zorg worden gefinancierd.

Zevende lid

Artikel 4:37 van de Awb biedt het bestuursorgaan dat de subsidie verleent de mogelijkheid om aan de subsidieontvanger verplichtingen op te leggen met betrekking in dat artikel genoemde onderwerpen. Artikel 4:38 bepaalt dat ook andere verplichtingen opgelegd kunnen worden die strekken tot verwezenlijking van het doel van de subsidie. In aanvulling op die bepalingen geeft het zevende lid van artikel 3.3.3 een grondslag om bij of krachtens algemene maatregel van bestuur regels te stellen over:

- a. de gevallen waarin en de voorwaarden waaronder de verzekerde aan wie een persoonsgebonden budget wordt verstrekt, de mogelijkheid heeft om zorg te betrekken van een mantelzorger of een natuurlijke persoon die niet beroeps- of bedrijfsmatig zorg verleent, of die persoon vanuit het persoonsgebonden budget te betalen;
- b) verplichtingen die aan de verzekerde worden opgelegd met betrekking tot taken van de verzekerde als werkgever of opdrachtgever die voortvloeien uit de besteding van het persoonsgebonden budget;
- c) de gevallen waarin, onverminderd het tweede en derde lid, verzekerden worden uitgesloten van de verlening van een persoonsgebonden budget;
- d) de aanspraak op woningaanpassingen of hulpmiddelen die bedoeld zijn om de door de verzekerde gekozen verblijfplaats geschikt te doen zijn voor de verlening van zorg met een persoonsgebonden budget;
- e) de wijze waarop de Sociale verzekeringsbank het trekkingsrecht en het budgetbeheer uitvoert.

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

Onderdeel a van het zevende lid maakt het mogelijk om voorwaarden te stellen aan de mogelijkheid om met een persoonsgebonden budget zorg te ontvangen van een mantelzorger of "niet-professionele" zorgverlener. Hierdoor is het bijvoorbeeld mogelijk om duidelijke kwaliteitseisen te stellen aan "niet-professionele" zorgverleners of om een verdere monetarisering van de mantelzorg tegen te gaan. Onderdeel b geeft een grondslag voor regels over de taken die een budgethouder krijgt in de hoedanigheid van werkgever of opdrachtgever. Met onderdeel c kunnen gevallen worden aangewezen waarin verzekerden geen persoonsgebonden budget kunnen ontvangen. Dit kan bijvoorbeeld het geval zijn bij bepaalde groepen verzekerden met een intensieve zorgvraag voor wie alleen zorg in natura bij specifieke instellingen beschikbaar is en voor wie geen kwalitatief verantwoorde zorg thuis kan worden geboden. Het betreft voornamelijk verzekerden die een behoefte hebben aan een integraal zorgpakket waarbij behandeling een relatief groot en ook onlosmakelijk onderdeel vormt van de overige zorg. In de huidige Regeling

subsidies AWBZ zijn bepaalde cliëntengroepen reeds uitgesloten van een persoonsgebonden budget. Het vijfde lid verklaart artikel 3.3.2, derde lid, van overeenkomstige toepassing op minderjarige pgb-houders. Hierdoor is het voor hen mogelijk dat aanpassingen worden gedaan aan de woonruimte om die ruimte geschikt te maken voor verblijf buiten een instelling. Onderdeel d bepaalt dat bij of krachtens een algemene maatregel van bestuur voorwaarden kunnen worden gesteld over deze aanspraak op woningaanpassingen en outillagehulpmiddelen. Zie ook paragraaf 2.3.6 van het algemene deel van deze toelichting. Met onderdeel b bestaat een grondslag om regels te stellen over de wijze waarop de SVB het trekkingsrecht uitvoert.

HOOFDSTUK 4

Artikel 4.1.1

Eerste, tweede, derde en vierde lid

De eerste drie leden van dit artikel zijn ontleend aan artikel 33 van de AWBZ. In de huidige AWBZ vindt de uitvoering van de wet plaats door een zorgverzekeraar die zich aanmeldt voor de uitvoering. De zich aanmeldende zorgverzekeraar is onderworpen aan toezicht op grond van de Wft. Dit wetsvoorstel wijzigt die situatie. De rechtspersoon die zich aanmeldt voor de uitvoering van de Wlz is immers geen zorgverzekeraar, maar een andere rechtspersoon. Daaruit vloeit voort dat de beoordeling dat die rechtspersoon op zijn taak is berekend (anders dan in de huidige situatie) nog niet heeft plaatsgevonden in het kader van de Wft. Deze beoordeling, die het karakter heeft van een toelatingsbeslissing, dient derhalve alsnog te geschieden. Het eerste lid schrijft voor dat een Wlz-uitvoerder deel moet uitmaken van een groep (als bedoeld in artikel 24b van Boek 2 van het Burgerlijk Wetboek) waarvan ook een of meer zorgverzekeraars deel uitmaken. Een zorgverzekeraar kan de Wlz niet binnen de eigen rechtspersoon uitvoeren. Op grond van de EU-schadeverzekeringsrichtlijnen en de Wft is het de zorgverzekeraar namelijk niet toegestaan om nevenactiviteiten uit te oefenen die te grote risico's met zich brengen voor de uitoefening van de hoofdactiviteit verzekeren. DNB houdt daarop toezicht. Om die reden wordt dwingend voorgeschreven dat deze activiteiten van elkaar moeten worden gescheiden.

Naar verwachting zal niet voor iedere zorgverzekeraar als bedoeld in de Zvw, een Wlz-uitvoerder zal worden opgericht. Ook onder de huidige AWBZ is het immers al zo, dat een aantal groepen waarin meerdere zorgverzekeraars deelnemen (bijvoorbeeld de CZ-groep) de daadwerkelijke uitvoering van de AWBZ voor al degenen die een zorgverzekering hebben bij de tot die groep behorende zorgverzekeraars (CZ, Delta Lloyd Groep en OHRA) laat lopen via één rechtspersoon.

Uit het huidige artikel 35 van de AWBZ vloeit al de verplichting voort om de uitvoering van de AWBZ gescheiden te administreren. Deze verplichting is, voor wat betreft de Wlz, ook in dit wetsvoorstel opgenomen (artikel 4.2.5). In het vierde lid wordt bepaald dat de rechtspersoon die zich aanmeldt, de Wlz

niet eerder kan uitvoeren dan nadat de NZa heeft vastgesteld dat de rechtspersoon in voldoende mate is voorbereid op de uitvoering van de wet. Voor die beoordeling door de NZa zullen bij algemene maatregel van bestuur regels worden gesteld.

Vijfde en zesde lid

Het voorgestelde vijfde en zesde lid van artikel 4.1.1 regelen dat beleidsbepalende personen (bestuurders en sleutelfunctionarissen) deskundig en betrouwbaar moeten zijn. De tekst van deze leden, en van het voorgestelde artikel 31a van de Wmg, is in belangrijke mate afgestemd op de artikelen 2:31, 3:8 en 3:9 van de Wft. DNB houdt toezicht op de naleving van de Wft door zorgverzekeraars. Omdat de Wft niet van toepassing is op Wlz-uitvoerders, is voorzien in vergelijkbare eisen. Ook onder het regime van de Ziekenfondswet (Zfw), die tot 1 januari 2006 van kracht was, werden eisen gesteld aan de deskundigheid en betrouwbaarheid van de beleidsbepalende personen.

Anders dan in het systeem van de Zfw, waar een ziekenfonds alleen werd toegelaten als de deskundigheid en betrouwbaarheid naar het oordeel van het CVZ waren gewaarborgd, en anders dan in het systeem van de Wft, waar het oordeel van DNB over de deskundigheid en betrouwbaarheid van belang is voor de afgifte van een vergunning, kende de AWBZ geen toelatingsbeslissing. Hierin komt thans wijziging.

De rechtspersoon die de Wlz wil uitvoeren is op grond van artikel 4.1.1 gehouden daarvan een melding te doen aan de NZa. Deze melding kan de Wlz-uitvoerder alleen doen als hij ervoor heeft zorg gedragen dat de te benoemen personen aan de geldende eisen voldoen. Deze verplichting blijft ook na de melding van toepassing bij nieuwe benoemingen.

De NZa houdt toezicht op de naleving van de wet door Wlz-uitvoerders. De naleving van artikel 4.1.1 maakt daarvan uiteraard onverkort deel uit. Artikel 78 Wmg maakt het mogelijk dat de NZa een aanwijzing geeft aan een Wlz-uitvoerder die niet voldoet aan het bepaalde bij of krachtens deze wet. Bij niet naleving van de aanwijzing beschikt de NZa over verdergaande mogelijkheden tot handhaving (artikelen 80 en 84 Wmg), waaronder het opleggen van een last onder dwangsom. Op grond van het voorgestelde artikel 31a van de Wmg zullen bij algemene maatregel van bestuur regels worden gesteld over de wijze waarop de betrouwbaarheid van de betrokken personen wordt vastgesteld. Het ligt in de bedoeling de in deze algemene maatregel van bestuur op te nemen regels te enten op het bepaalde in Hoofdstuk 2 van het Besluit prudentiële regels Wft. Aldus wordt bereikt dat in dit opzicht voor zorgverzekeraar en Wlz-uitvoerders dezelfde eisen gelden.

Artikel 4.1.2

Met dit artikel wordt aan de invloed van verzekerden op het beleid op dezelfde wijze invulling gegeven als in artikel 28 van de Zvw. Invloed van verzekerden op het beleid bij de uitvoering van de verzekering, is een belangrijk uitgangspunt van de sociale verzekering. Dit uitgangspunt is neergelegd in verscheidene door Nederland geratificeerde internationale verdragen die

normen stellen over de vorm en inhoud van de sociale verzekering. Het betreft de ILO-verdragen nrs. 102 (Verdrag betreffende minimumnormen van sociale zekerheid), 121 (Verdrag betreffende uitkeringen bij bedrijfsongevallen en beroepsziekten) en 130 (Verdrag betreffende de geneeskundige verzorging en uitkeringen bij ziekte) en de Europese Code inzake sociale zekerheid van de Raad van Europa.

Voor de huidige zorgverzekeraars is dit uitgangspunt verwoord in de Zvw door het voorschrift dat zorgverzekeraars in de statuten waarborgen bieden voor een redelijke mate van invloed van de verzekerden op het beleid. Dit wetsvoorstel voorziet erin dat ook in de AWBZ voor de realisering van dit uitgangspunt een bepaling wordt opgenomen.

Artikel 4.1.3

Dit artikel is de tegenhanger van artikel 4.1.1. waar artikel 4.1.1 regels stelt over de toelating van een Wlz-uitvoerder, heeft artikel 4.1.2 betrekking op de beëindiging van de uitvoering van de Wlz op verzoek van de uitvoerder.

Eerste en derde lid

In het eerste lid is geregeld dat de Wlz-uitvoerder de uitvoering van de wet niet rauwelijks kan staken, maar het voornemen tot beëindiging van de uitvoering aan de NZa moet melden. Dit geeft de mogelijkheid tot het treffen van de nodige maatregelen om in de zorg van de bij de Wlz-uitvoerder ingeschreven verzekerden te kunnen blijven voorzien. Op grond van het derde lid kan de Wlz-uitvoerder met inachtneming van bij algemene maatregel van bestuur te stellen regels worden verplicht de uitvoering te continueren zolang las voor een goede afwikkeling nodig is.

Tweede lid

In dit lid is geregeld dat de (procedurele) verplichtingen die op de aanmelding van toepassing zijn, eveneens van (overeenkomstige) toepassing zijn bij de afmelding.

Artikel 4.2.1

Eerste lid

Het eerste lid draagt de uitvoering van de Wlz op aan de Wlz-uitvoerders, voor zover deze uitvoering niet bij of krachtens de wet (dit kan de Wlz zijn, maar in theorie ook een andere wet) aan anderen wordt opgedragen. Voorbeelden van taken die de Wlz aan anderen opdraagt, zijn het vaststellen van de vraag of iemand verzekerd is (opgedragen aan de SVb), het nemen van de indicatiebeschikking (opgedragen aan het CIZ) en het vaststellen en innen van eigen bijdragen (opgedragen aan het CAK). Krachtens het tweede lid, waarop hieronder zal worden ingegaan, kunnen ook de administratie en/of de controle van de op grond van de Wlz aan verzekerden te verlenen of verleende zorg aan een Wlz-uitvoerder worden opgedragen. Die Wlz-uitvoerder, die in de praktijk 'het zorgkantoor' heet, zal de administratie als zelfstandige bevoegdheid voor alle verzekerden die wonen in de regio waarvoor hij met de desbetreffende taken is belast, uitvoeren.

Dat er in de Wlz nogal wat werkzaamheden aan anderen dan de Wlz-uitvoerder worden opgedragen, laat onverlet dat er nog heel wat taken bij de Wlz-uitvoerders berusten. Het gaat hierbij in ieder geval om het voldoen aan hun zorgplicht: het ervoor zorgen dat de bij hen ingeschreven verzekerden (binnen de CIZ-indicatie) hun aanspraken tot gelding kunnen brengen. Daartoe dienen zij er onder meer voor te zorgen dat er zorginkoopcontracten met zorgaanbieders worden gesloten en dat verzekerden die dat wensen, naar geschikte zorg worden bemiddeld en bij de zorgplanbespreking cliëntondersteuning kunnen verkrijgen. Voorts verstrekken zij het pgb. Ook dienen zij bezwaren met betrekking tot het tot gelding brengen van de aanspraken te behandelen en op te treden in beroepszaken.

Tweede lid

Dit lid maakt het mogelijk om bij amvb te bepalen dat de administratie en/of controle per regio en per vorm van zorg wordt opgedragen aan één door de Minister aan te wijzen Wlz-uitvoerder, die in de praktijk 'het zorgkantoor' zal worden genoemd. Van deze mogelijkheid zal zeker in de eerste fase waarover in hoofdstuk 5.5. van het algemeen deel van deze toelichting wordt gesproken, voor alle vormen van Wlz-zorg gebruik worden gemaakt. Op termijn zou echter, bijvoorbeeld in aanloop naar een eventuele overheveling van de zorg voor ouderen naar de Zvw, besloten kunnen worden voor gehandicaptenzorg wel zorgkantoren aan te wijzen en voor ouderenzorg niet. De verantwoordelijkheid voor de administratie en controle van de zorg voor ouderen komt dan gezien de formulering van het eerste lid automatisch bij de Wlz-uitvoerders terecht, ieder voor hun eigen verzekerden.

Derde lid

Te verwachten is, dat de Wlz-uitvoerders zeker in de eerste fase waarover in hoofdstuk 5.5 van het algemeen van deze toelichting wordt gesproken, hun in het eerste lid bedoelde taken per regio zullen laten verrichten door de Wlz-uitvoerder waaraan de Minister na de totstandkoming van een amvb als bedoeld in het tweede lid de administratie en/of controle in die regio heeft opgedragen (en die daarmee zorgkantoor wordt). Voor de Wlz-uitvoerders die in zo'n regio niet als zorgkantoor zijn aangewezen, zal dit geschieden op basis van uitbesteding (overeenkomst van opdracht) aan het zorgkantoor. Het derde lid maakt het mogelijk om bij amvb regels aan dergelijke uitbesteding te stellen. Gedacht kan bijvoorbeeld worden aan een regel die het de Wlz-uitvoerders gebiedt om de zorgbemiddeling slechts aan het zorgkantoor uit te besteden onder de voorwaarde dat dat de bemiddeling niet op zijn beurt aan een zorgaanbieder uitbestedt. Indien, wat in ieder geval in de eerste fase te verwachten is, de desbetreffende Wlz-uitvoerders ook de zorginkoop aan het zorgkantoor uitbesteden (dat wil zeggen: het zorgkantoor een volmacht geven om namens hen zorginkoopcontracten te sluiten met zorgaanbieders) is in wezen ook sprake van "dooruitbesteding". Immers, de Wlz voorziet in een naturaverzekering, wat betekent dat een verzekerde met een CIZ-indicatie *jegens de Wlz-uitvoerder waarbij hij ingeschreven is*, recht heeft op de

geïndiceerde zorg. Deze heeft de plicht om ervoor te zorgen dat zijn verzekerde deze zorg tijdig krijgt. Ter voldoening aan deze zorgplicht zal de Wlz-uitvoerder zorg echter, uitzonderingen daargelaten (zie voor deze uitzonderingen het bij het parlement ingediende wetsvoorstel met Kamerstuk 33 362), niet zelf verlenen maar deze zorg namens hem laten verlenen door gecontracteerde zorgaanbieders. Het verlenen van zorg wordt dus door middel van de zorginkoopcontracten uitbesteed aan de zorgaanbieders. Indien de Wlz-uitvoerder het sluiten van de zorginkoopcontracten met zorgaanbieders aan een zorgkantoor uitbesteedt, verleent de zorgaanbieder dus uiteindelijk de zorg op basis van 'dooruitbesteding'. Om die reden is in het derde lid tevens aangegeven dat de Wlz-uitvoerder bij uitbesteding van zijn in het eerste lid bedoelde taken ook de bij en krachtens artikel 4.2.2 aan de zorginkoop en de zorginkoopcontracten gestelde regels in acht neemt.

Op grond van artikel 6.1.2, onderdeel d, betaalt het CAK zorgaanbieders namens de Wlz-uitvoerders. Zij dienen het CAK derhalve betalingsopdrachten te geven. Ook deze taak zullen de Wlz-uitvoerders die voor een regio niet als zorgkantoor zijn aangewezen, naar verwachting aan het zorgkantoor aan het CAK ("dooruitbesteding"), terwijl de Wlz-uitvoerder die voor de regio het zorgkantoor is, de betalingsopdrachten wel direct aan het CAK zal geven. Wat betreft de betalingsopdrachten geldt wel het volgende. Wlz-uitvoerders (en dus ook de zorgkantoren) zijn rechtspersonen die een bij of krachtens de wet geregelde taak uitoefenen en daartoe geheel of gedeeltelijk worden bekostigd uit de opbrengst van bij of krachtens de wet ingestelde heffingen, als bedoeld in artikel 91, eerste lid, onderdeel d van de Comptabiliteitswet 2001. Artikel 45, eerste lid, van de Comptabiliteitswet 2001 maakt het mogelijk dat bij of krachtens algemene maatregel van bestuur Wlz-uitvoerders worden aangewezen die ten behoeve van een doelmatig en risico-arm kasbeheer hun liquide middelen rentedragend aanhouden in 's Rijks schatkist ('schatkistbankieren'). De algemene maatregel van bestuur die op grond van dit artikel is vastgesteld, is het Aanwijzingsbesluit rechtspersonen met een beperkte kasbeheerfunctie. Op grond van artikel 4, eerste lid, van dit besluit kunnen Wlz-uitvoerders worden aangewezen die schatkistbankieren. Van deze bevoegdheid zal in de toekomst gebruik worden gemaakt door het treffen van een besluit van de Minister van Financiën in overleg met de staatsecretaris van VWS.

Vierde lid

Op grond van de Wmg zal de NZa een Wlz-uitvoerder die de taken, bedoeld in het eerste lid, heeft uitbesteed aan een zorgkantoor dat deze niet goed uitvoert, een aanwijzing kunnen geven. Deze zal inhouden dat die Wlz-uitvoerder er binnen de in de aanwijzing gestelde termijn voor zal moeten zorgen dat het zorgkantoor de uitbestede taken alsnog recht- en doelmatig gaat verrichten. Daarnaast kan de NZa de Wlz-uitvoerder die in de desbetreffende regio het zorgkantoor is en die derhalve zijn taken, bedoeld in het eerste lid, voor zijn eigen verzekerden in die regio onder eigen

verantwoordelijkheid verricht, via een aanwijzing rechtstreeks op de slechte uitvoering kunnen aanspreken.

Indien het zorgkantoor binnen de termijn die de NZa in de aanwijzingen op zal nemen niet alsnog voldoende is gaan functioneren, meldt de NZa dit ingevolge het in artikel 12.2, onderdeel R, voorgestelde vierde lid van artikel 79 Wmg aan de Minister. Zij zal dan kunnen besluiten dat de Wlz-uitvoerders hun taken als bedoeld in het eerste lid niet meer aan het desbetreffende zorgkantoor mogen uitbesteden. Uiteraard zal dan gelijktijdig de aanwijzing van het desbetreffende zorgkantoor voor de administratie en/of controle, bedoeld in het tweede lid, worden beëindigd. Daarvoor zal hij dan naar verwachting een andere Wlz-uitvoerder aanwijzen. Dat laatste zal er op zijn beurt weer toe leiden, dat ook de Wlz-uitvoerder met het disfunctionerende zorgkantoor zijn taken als bedoeld in het eerste lid uit zal gaan besteden aan de nieuwe aangewezen Wlz-uitvoerder.

Artikel 4.2.2

Eerste lid

In het tweede lid is, gelijk aan artikel 15, eerste lid, van de AWBZ, geregeld dat de Wlz-uitvoerder overeenkomsten moet sluiten met zorgaanbieders.

Het is de taak van Wlz-uitvoerders om binnen de door de overheid vastgestelde financiële kaders te voorzien in de zorgvraag van hun verzekerden door hen zorg te bieden van goede kwaliteit voor een daarbij aansluitende prijs. Daarbij past niet dat op Wlz-uitvoerders de verplichting zou blijven rusten om te contracteren met alle zorgaanbieders die de wens daartoe te kennen geven. Omgekeerd is het dan ook niet langer aangewezen om zorgaanbieders te verplichten met alle Wlz-uitvoerders die daarom verzoeken een contract af te sluiten. Om die reden zijn de artikelen 16b en artikel 16c van de AWBZ, waarin de zogenaamde contracteerplicht en de omgekeerde contracteerplicht waren geregeld, niet overgenomen in dit wetsvoorstel. Uiteraard laat dit de verplichting van de Wlz-uitvoerder om op grond van artikel 15 zorg te contracteren, onverlet; de keuze welke zorgaanbieders worden gecontracteerd is echter vrij.

Tweede en derde lid

Deze leden komen overeen met wat in artikel 16 en artikel 15, tweede lid, AWBZ is geregeld.

Vierde en vijfde lid

Het vierde lid bepaalt dat de verzekerde aanspraak behoudt op ononderbroken voortzetting van de gecontracteerde zorg, indien de betreffende zorgaanbieder niet opnieuw wordt gecontracteerd. Deze bepaling is met name van grote betekenis voor verzekerden die intramuraal in een instelling verblijven. In principe gelden in geval van voortzetting van zorg bij een niet meer gecontracteerde zorgaanbieder de voorwaarden van de zorginkoopovereenkomst toen deze er nog wel was. Het is echter mogelijk dat

de aard, omvang of de prijs van de zorg zodanig verandert, dat het handhaven van de oorspronkelijke voorwaarden van de overeenkomst niet langer in het belang van de verzekerde zou zijn en dat toch enige bijstelling noodzakelijk is. Het vijfde lid geeft de mogelijkheid om voor dit soort gevallen regels te treffen.

Zesde lid

Zoals in paragraaf 5.5 van het algemene deel van deze toelichting is aangegeven, wordt overwogen om bij amvb te bepalen dat bij de zorginkoop de Zorginkoopgids van ZN wordt gehanteerd en dat door het Kwaliteitsinstituut op te stellen kwaliteitscriteria worden aangehouden. Dit artikellid geeft de mogelijkheid om een dergelijke amvb op te stellen (onderdeel a).

Wat betreft onderdeel b het volgende. De Wlz-uitvoerders dient zijn verzekerden die daar gezien een indicatiestelling van het CIZ recht op heben, te voorzien van zorg van goede kwaliteit. Kwaliteitsaspecten kunnen onder meer zijn dat de zorg binnen de ruimte die de indicatiebeschikking laat, wordt afgestemd op de behoeften, mogelijkheden en beperkingen van de verzekerde en op de wijze waarop bij de zorgverlening mantelzorgers en andere vrijwilligers betrokken kunnen worden. Het ligt daarbij voor de hand dat de Wlz-uitvoerders inzicht verwerven en behouden in de mate van tevredenheid van verzekerden over de aan hen op grond van deze wet verleende zorg. Tevens kan het van belang zijn dat wordt gestimuleerd dat een gedifferentieerd aanbod van door zorgaanbieders te verlenen zorg tot stand komt. Ook daar kunnen regels over worden gesteld. Pas als de uitvoerder dat weet, is hij in staat om met de zorgaanbieders goede afspraken te maken die aan de behoefte van de verzekerden tegemoet komen, en daarin te kunnen differentiëren. Om hierin voortgang te kunnen boeken wordt overwogen op hoofdlijnen richtinggevende regels te stellen.

Zevende lid

Dit lid komt overeen met artikel 16a van de AWBZ.

Artikel 4.2.3

Dit artikel geeft de grondslag om bij algemene maatregel van bestuur regels te kunnen stellen over ondersteuning van verzekerden en zorgbemiddeling.

De regering acht het van belang dat Wlz-uitvoerders en zorgkantoren meer als een adequaat en herkenbaar aanspreekpunt gaan fungeren voor hun verzekerden.

ondersteuning

Gelet op de groep kwetsbare mensen voor wie deze wet bedoeld is, kan – en zal – zich de situatie voordoen dat de verzekerde gelet op zijn beperkingen geen goed beeld heeft van zijn mogelijkheden en beperkingen, en evenmin goed de reikwijdte kan overzien van de zorg waarop hij is aangewezen. Het is evenzeer denkbaar dat de verzekerde daarover niet goed kan communiceren.

Zowel bij de indicatiestelling voor aanspraken op grond van deze wet, of bij de opstelling van het zorgplan of de bijstelling ervan op grond van de opgedane ervaringen, kan de verzekerde onder omstandigheden behoefte hebben aan ondersteuning die eraan bijdraagt dat hij daadwerkelijk passende zorg verkrijgt, die zo goed mogelijk op de concrete zorgbehoefte is afgestemd.

In veel gevallen laat de verzekerde zich bijstaan, of zich vertegenwoordigen, door een partner, ouder, broer of zus of een andere persoon die hem helpt zijn belangen te behartigen. In gevallen waarin dergelijke mogelijkheden niet beschikbaar zijn, en de betrokkene niet in staat is zijn belangen zelf adequaat waar te nemen, kan de rechter op vordering van de officier van justitie een mentor benoemen die hem kan bijstaan. De vertegenwoordiger of zaakwaarnemer kan daarbij ook de belangen van de verzekerde met betrekking tot zorg behartigen.

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

Bij de vraag welke partij die ondersteuning het beste zou kunnen geven, wordt onderscheid gemaakt tussen de indicatiestelling en de verlening van zorg waarop ingevolge de wet aanspraak bestaat.

Indien een cliënt nog niet geïndiceerd is voor zorg op grond van deze wet, staat nog niet vast dat de Wlz-uitvoerder zorg zal leveren. Op zichzelf kan bijstand aan de cliënt bij de indicatiestelling, aangezien dat onderzoek noodzakelijkerwijs vooraf moet gaan aan het aanspraak maken op zorg, worden beschouwd als ondersteuning bij het tot gelding maken van de aanspraak op zorg.

In veel gevallen zal het gaan om mensen die bij de gemeente, die de Wmo uitvoert, bekend zijn. Op grond van artikel 2.2.2 van de Wmo is de gemeente er verantwoordelijk voor dat bijstand beschikbaar is in de vorm van informatie en advies. Indien er ten aanzien van een Wmo-cliënt indicaties zijn dat deze niet meer door de gemeente kan worden geholpen, maar is aangewezen op verblijf in een intramurale instelling, ligt het voor de hand dat eventuele ondersteuning rond de indicatie voor intramuraal verblijf wordt geleverd door de gemeente.

Indien het gaat om mensen die al geïndiceerd zijn voor intramurale zorg, en behoefte hebben aan ondersteuning rond de opstelling van het zorgplan, is de Wlz-uitvoerder de gerede partij.

De regering is vooralsnog niet voornemens hierover bij algemene maatregel van bestuur regels te stellen, omdat er voldoende instrumenten zijn om zonder aanvullende regelgeving in de behoefte van betrokkenen te voorzien.

zorgbemiddeling

Zoals in paragraaf 5.5 van het algemeen deel van deze toelichting is aangegeven, wordt overwogen om te bepalen dat zorgbemiddeling niet mag worden uitbesteed aan zorgaanbieders. Voor die Wlz-uitvoerders, die in een

bepaalde regio niet het aangewezen zorgkantoor zijn, zal dit moeten worden geregeld in de amvb, bedoeld in artikel 4.2.1, derde lid. Voor de Wlz-uitvoerder die in een regio het zorgkantoor is, kan dit op grond van voorliggend artikellid (ook bij amvb) worden geregeld.

Artikel 4.2.4

Dit artikel komt overeen met artikel 34 van de AWBZ. In paragraaf 7.1 van de memorie van toelichting wordt aandacht besteed aan de mogelijkheden om de doelmatigheid van de uitvoering te verbeteren.

Artikel 4.2.5

Eerste lid

Het eerste lid van het voorgestelde artikel bepaalt dat de Wlz-uitvoerder ter zake van de uitvoering van deze wet een administratie voert die gescheiden is van de overige activiteiten die plaatsvinden in de groep als bedoeld in artikel 24b van Boek 2 van het Burgerlijk Wetboek, waartoe de Wlz-uitvoerder behoort. De reden van deze wijziging ten opzichte van het huidige artikel 35 AWBZ is, dat laatstgenoemd artikel ervan uitgaat dat de zorgverzekeraar zowel zorgverzekeringen aanbiedt als de AWBZ uitvoert. Omdat de uitvoering van Zvw en Wlz als gevolg van het onderhavige wetsvoorstel in verschillende rechtspersonen dient plaats te vinden, is dit niet langer aan de orde.

Tweede lid

Wlz-uitvoerders hebben op grond van artikel 4.2.1, eerste lid, de taak de Wlz uit te voeren (voor zover deze uitvoering niet aan andere rechtspersonen is opgedragen). Zoals in het voorgaande is aangegeven, zullen zeker naar verwachting gedurende een eerste fase, de Wlz-uitvoerders die in een regio geen zorgkantoorfunctie hebben, het werk in die regio uitbesteden aan de als zorgkantoor aangewezen Wlz-uitvoerder. Het tweede lid brengt met zich dat de Wlz-uitvoerders naast hun eigen Wlz-taken en de Wlz-taken die zij als zorgkantoor in opdracht van andere Wlz-uitvoerders verrichten, geen andere werkzaamheden mogen verrichten, tenzij deze taken hen bij of krachtens een andere wet worden opgedragen. Bij dat laatste kan op dit moment met name worden gedacht aan een verplichting om gegevens te verstrekken die noodzakelijk zijn voor de uitvoering van zo'n andere wet. Het tweede lid leidt ertoe dat een Wlz-uitvoerder geen zorgverzekeringen als bedoeld in de Zvw of aanvullende verzekeringen zal kunnen aanbieden en uitvoeren.

Artikelen 4.3.1 en 4.3.2

Deze artikelen komen overeen met de huidige artikelen 36 en 37 van de AWBZ. Op grond van artikel 3.2.3, eerste lid, onderdeel a, is de aangewezen Wlz-uitvoerder de rechtspersoon die tot naleving is verplicht.

Artikel 4.3.3

Aangezien de activiteiten van de Wlz-uitvoerder niet kunnen worden aangemerkt als verzekeren in de zin van de Europese schadeverzekeringsrichtlijnen, en de Wlz-uitvoerder geen schadeverzekeraar

is, is de Wft niet van toepassing. Daarom luidt het voorgestelde artikel anders dan artikel 39 van de AWBZ. Het voorgestelde eerste lid van artikel 4.3.3 komt overeen met de tekst van artikel 49 van de AWBZ, zoals dat voor de inwerkingtreding van de Invoerings- en aanpassingswet Zorgverzekeringswet op 1 januari 2006 luidde.

Het toezicht is erop gericht te voorkomen, dat een Wlz-uitvoerder niet aan zijn verplichtingen kan voldoen. Desalniettemin kan een faillissement van een Wlz-uitvoerder nooit helemaal worden uitgesloten. Het sociale karakter van de Wlz komt onder meer hierin naar voren, dat artikel 4.3.3 bepaalt dat in dit soort gevallen het Zorginstituut de vorderingen die de verzekerden op de Wlz-uitvoerder heeft, volledig voldoet. Dit geldt ook voor de vorderingen die zorgaanbieders op de Wlz-uitvoerder hebben. De reden hiervoor is, dat de Wlz-uitvoerders hun verzekerden zorg laten leveren door door die Wlz-uitvoerders gecontracteerde zorgaanbieders en dat die zorgaanbieders hun rekeningen direct aan de Wlz-uitvoerder zenden. In dat licht bezien is het logisch, dat als de Wlz-uitvoerder niet meer bij machte is te betalen, de vorderingen van de zorgaanbieders alsnog door het Zorginstituut worden voldaan.

HOOFDSTUK 5

Artikelen 5.1.1, 5.1.2 en 5.1.3

Deze artikelen over de taken van het Zorginstituut komen overeen met de artikelen 41, 42, 43 en 47 van de AWBZ. Een wijziging wordt niet beoogd.

Artikelen 5.2.1, 5.2.2 en 5.3.3

Deze artikelen over de planning, financiering en verslaglegging van en door het Zorginstituut komen overeen met de artikelen 45 en 46 van de AWBZ, met dien verstande dat daarin de wijzigingen zijn verwerkt die de Veegwet VWS 2012 in deze artikelen aanbrengt. Tot die wijzigingen behoort een nieuw artikel 44a AWBZ. Dat artikel is opgenomen als artikel 5.1.1.

HOOFDSTUK 6

Dit hoofdstuk komt overeen met Hoofdstuk VII van de AWBZ, dat met ingang van 1 januari 2013 in werking is getreden.

In artikel 6.1.2 is in combinatie met de artikelen 13.2.1 tot en met 13.2.3 rekening gehouden met het vervallen van de tegemoetkomingen en uitkeringen, bedoeld in artikel 49, onderdelen d en e, van de AWBZ. In artikel 6.1.2 is ten opzichte van de AWBZ ook een taak toegevoegd, namelijk de vaststelling en inning van de ouderbijdrage op grond van de Jeugdwet. In artikel 6.2.6 worden op het CAK dezelfde verplichtingen tot het opstellen van een financieel verslag en een uitvoeringsverslag gelegd, die ook op Wlz-uitvoerders van toepassing zijn. Ook deze wijziging vloeit voort uit de wijziging van artikel 37 van de AWBZ in de Veegwet VWS 2012.

HOOFDSTUK 7

Artikel 7.1.1

Het CIZ bezit rechtspersoonlijkheid en kan dus aan het civielrechtelijke rechtsverkeer deelnemen. Hierdoor kan het CIZ onder meer ook zelfstandig personeel aannemen en bezittingen en schulden hebben. Op grond van het zevende lid zal het CIZ, in afwijking van artikel 15 van de Kaderwet zbo's, personeel aannemen op grond van arbeidsovereenkomsten naar burgerlijk recht. Artikel 7.1.1, eerste lid, stelt het CIZ in, zodat het CIZ een publiekrechtelijk zbo is. Het tweede lid geeft een bevoegdheid aan de Minister van VWS om de vestigingsplaats te bepalen. Dit maakt het mogelijk om de vestigingsplaats van het CIZ eventueel ook zonder wetswijziging te wijzigingen. Momenteel is het CIZ gevestigd in Driebergen. Momenteel bestaat geen aanleiding om de vestigingsplaats van het CIZ te wijzigen. Hoofdstuk 2 van de Kaderwet zbo's geeft enkele bepalingen omtrent de vormgeving van publiekrechtelijke zbo's zoals het CIZ. Het onderhavige wetsvoorstel bevat hierdoor zelf geen bepalingen over onder meer benoeming en ontslag van leden of over hun nevenfuncties. De Minister van VWS heeft reeds op grond van artikel 12 van de Kaderwet de bevoegdheid en taak om leden van het CIZ te benoemen en eventueel te schorsen en te ontslaan. De Minister is hierdoor in staat om de kwaliteit van het bestuur van het CIZ te beïnvloeden. Artikel 13 van de Kaderwet bepaalt bovendien dat een lid van een publiekrechtelijk zbo geen nevenfuncties mag vervullen die ongewenst zijn met het oog op een goede vervulling van zijn functie of de handhaving van zijn onafhankelijkheid of van het vertrouwen daarin. Hoewel het vervullen van andere functies door CIZ-leden niet per definitie ongewenst is, moet vermeden worden dat een andere, tegelijkertijd beklede (neven)functie in de weg staat aan een goede functievervulling bij het CIZ. Het hebben of aanvaarden dergelijke functies moet daarom ook bij de Minister worden gemeld, zodat ook voldaan kan worden aan de verplichte openbaarheid van de nevenfuncties. De leden van het CIZ kunnen in ieder geval geen lidmaatschap hebben van het Zorginstituut, van de Nederlandse Zorgautoriteit, van het bestuur van een zorg- of Wlz-uitvoerder-, of van het bestuur van een gemeente. In het derde tot en met zesde lid worden, in aanvulling op de bepalingen van hoofdstuk 2 van de Kaderwet zbo's, enkele eisen gesteld aan de vormgeving van het CIZ. Dit betekent dat het CIZ, net als het CAK, uit ten hoogste drie leden kan bestaan, onder wie in ieder geval een voorzitter. De voorzitter van het CIZ zal het CIZ in en buiten rechte vertegenwoordigen. De bestuursleden van het CIZ worden benoemd op grond van de deskundigheid die nodig is voor de uitoefening van de taken van het CIZ alsmede op grond van maatschappelijke kennis en ervaring. Zij zullen derhalve in ieder geval voldoende deskundigheid moeten hebben van de (langdurige) zorg en de bestuurlijke omgeving waarin het CIZ zich bevindt. De leden van het CIZ worden, wederom in lijn met de leden van het CAK, benoemd voor ten hoogste vier jaar. Omdat het ongewenst is om een onbeperkte herbenoeming van de CIZ-leden mogelijk te maken, kan een eventuele herbenoeming ten hoogste twee maal en telkens voor ten hoogste vier jaar plaatsvinden.

Artikel 7.1.2

Zelfstandige bestuursorganen hebben als kenmerk dat zij niet onder volledige politieke verantwoordelijkheid werkzaam zijn. Om die reden hebben zij een gesloten huishouding, hetgeen inhoudt dat hun taken en bevoegdheden zijn beperkt tot die taken en bevoegdheden waarvoor het betreffende zbo is ingesteld. Het CIZ kan dus niet zelfstandig zijn taken en bevoegdheden uitbreiden, beperken of delegeren. In het geval een zbo een (neven)activiteit wenst uit te oefenen die niet onmiddellijk voortvloeit uit de wettelijke taak en daar ook niet onlosmakelijk mee is verbonden, is het uitgangspunt dat de betreffende activiteit ten minste de goedkeuring of instemming van de Minister behoeft. Artikel 8 van de Kaderwet biedt daar enige ruimte voor, omdat dat artikel het aanvaarden van een mandaat met de goedkeuring van de betrokken minister mogelijk maakt. De Minister kan de goedkeuring onthouden wegens strijd met het recht of op de grond dat de te mandateren bevoegdheid naar het oordeel van de Minister een goede taakuitoefening door het zelfstandig bestuursorgaan kan belemmeren. Artikel 32 van de Kaderwet geeft bovendien aan dat in voor bepaalde beslissingen de voorafgaande instemming van de betrokken minister nodig is, waaronder het door dat zelfstandig bestuursorgaan oprichten van dan wel deelnemen in een rechtspersoon. Hiermee kan worden voorkomen dat het CIZ activiteiten gaat ontplooiën die niet behoren tot de terreinen waarop het CIZ taken heeft.

Artikel 7.1.2, eerste lid, bepaalt dat het CIZ de taak heeft om op onafhankelijke wijze de indicatiebesluiten te nemen als bedoeld in artikel 3.2.1, eerste lid. Het CIZ doet dit op aanvraag door of namens de verzekerde, zonder daar kosten voor in rekening te brengen.

Naast de taken die het CIZ heeft bij de uitvoering van deze wet, is het CIZ ook belast met taken in het kader van de Wet zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten (31 996, hierna: Wet zorg en dwang). De Wet zorg en dwang biedt een uniforme regeling voor het verlenen van zorg aan mensen met een psychogeriatrische aandoening, zoals dementie, of een verstandelijke beperking, ook als zij daar niet mee instemmen. De Wet zorg en dwang voorziet in een uitgebreide procedure die moet worden gevolgd voordat dwang of onvrijwillige zorg kan worden toegepast. De Wet zorg en dwang geeft nadrukkelijk taken en bevoegdheden aan een onafhankelijk orgaan dat een goed beeld heeft van de zorgbehoefte van een cliënt. Omdat het CIZ deze zorgbehoefte ook bij de AWBZ-indicatie afgeeft, is in de Wet zorg en dwang aangesloten bij het CIZ als AWBZ-indicatiesteller. De vraag of een cliënt in een ernstig nadelige situatie kan komen als gevolg van zijn psychogeriatrische aandoening of verstandelijke beperking, kan immers het beste door het CIZ worden beantwoord (Kamerstukken II 2008/09, 31 996, nr. 3). Met het onderhavige wetsvoorstel blijven de taken en bevoegdheden in het kader van de Wet zorg en dwang ook bij het CIZ. In het kader van die wet gaat het om twee verschillende beslissingen. In de eerste plaats kan het CIZ een besluit tot opname en verblijf zonder rechterlijke machtiging geven als bedoeld in artikel 16, eerste lid, van de Wet zorg en dwang. Het gaat hierbij om de situatie waarin een persoon niet wilens en wetens kan instemmen met opname, maar zich daar ook niet tegen verzet. In de tweede plaats speelt het CIZ een in de

procedure die gevolgd moet worden als een cliënt zich wél verzet tegen opname. In deze gevallen kan die verzekerde uitsluitend via de rechter of – in een crisissituatie – via een inbewaringstelling door de burgemeester worden opgenomen. Het CIZ heeft hier de bevoegdheid om de rechter om een machtiging tot opname en verblijf te verzoeken (artikel 19, eerste lid, van de Wet zorg en dwang).

Het derde lid van artikel 7.1.2 bepaalt, in aanvulling op de rechtstreeks op grond van het eerste lid aan het CIZ toebedeeld taken, dat bij of krachtens algemene maatregel van bestuur aan het CIZ werkzaamheden kunnen worden opgedragen die verband houden met de taken die bij wet zijn opgedragen. Ingevolge artikel 10:3 van de Algemene wet bestuursrecht kan een bestuursorgaan mandaat verlenen, tenzij bij wettelijk voorschrift anders is bepaald of de aard van de bevoegdheid zich tegen de mandaatverlening verzet. Bij de pogingen om de indicatiestelling in de AWBZ te vereenvoudigen, is hebben zorgaanbieders, mede via mandaat, mogelijkheid gekregen om voor verzekerden aanvragen in te dienen en soms snel tot zorgverlening over te kunnen gaan. Zoals aangegeven in paragraaf 2.2.2. zullen de in Wlz geen herindicaties onder taakmandaat bestaan. Daarom wordt in het vierde lid van artikel 7.1.2 bepaald dat geen mandaat kan worden verleend aan iemand die niet werkzaam is onder verantwoordelijkheid van de mandaatgever met betrekking tot het nemen van het indicatiebesluit. Het vijfde lid voorziet echter in een grondslag om bij algemene maatregel van bestuur toch categorieën van besluiten aan te wijzen waarvoor het verbod op mandaatverlening niet geldt. Hoewel er momenteel geen voornemens zijn om in bepaalde gevallen mandaat van de indicatiestelling mogelijk te maken, biedt de Wlz hiermee voldoende flexibiliteit om mogelijk in de toekomst anders te besluiten.

Artikel 7.1.3

Dit artikel biedt een grondslag om bij of krachtens algemene maatregel van bestuur regels te stellen over de werkwijze van het CIZ, almede over de inrichting en de geldigheidsduur van het indicatiebesluit. Deze grondslag blijft noodzakelijk om de werkwijze rond de indicatiestelling te normeren, zoals tot op heden is gedaan in het Zorgindicatiebesluit (Zib). Doordat deze regels bij of krachtens algemene maatregel van bestuur kunnen worden gesteld, wordt enerzijds voldaan aan de eisen van kenbaarheid van de meer specifieke eisen die aan het indicatieproces worden gesteld, maar is het anderzijds mogelijk om een bepaalde flexibiliteit te faciliteren met betrekking tot deze vereisten. De regels die zullen worden gesteld zullen in ieder geval zien op de procedure van aanvraag van een indicatiebesluit, het onderzoek dat daaraan ten grondslag ligt, alsmede de inhoud en vormgeving van het indicatiebesluit. Het artikel geeft nadrukkelijk aan dat ook regels gesteld worden over de geldigheidsduur van het indicatiebesluit, waarmee de wenselijkheid tot uiting wordt gebracht om indicatiebesluiten te kunnen herzien.

Op grond van artikel 21 van de Kaderwet komt aan de Minister van VWS de bevoegdheid toe om beleidsregels te stellen over de wijze waarop het zbo CIZ zijn activiteiten uitvoert. Deze beleidsregels zullen een nadere uitwerking

geven van de wijze waarop de indicatiestelling plaatsvindt. Met ingang van 1 januari 2007 wordt door de Minister reeds gebruik gemaakt van deze bevoegdheid met de op grond van artikel 11 van het Zib gestelde Beleidsregels indicatiestelling. In die beleidsregels staan onder meer de specifieke wegingskaders die van belang zijn voor de indicatiestelling.

Artikel 7.2.1

Hoofdstuk 3 van de Kaderwet voorziet in enkele algemene bepalingen over de informatievoorziening en de sturing en toezicht. Meer specifiek worden algemene bepalingen gegeven over het werkprogramma, de begroting, het jaarverslag, de jaarrekening en het budget van zbo's. Die bepalingen zijn rechtstreeks van toepassing op het CIZ als publiekrechtelijk zbo. In aanvulling daarop staan in paragraaf 7.2 enkele artikelen die specifiek betrekking hebben op het van het CIZ. Daarbij is zoveel mogelijk aangesloten bij de bepalingen over het CAK omdat ook CAK een publiekrechtelijk zbo is dat op grond van dit wetsvoorstel wordt ingesteld.

Dit houdt onder meer in dat het CIZ jaarlijks vóór 1 november een werkprogramma en een begroting aan de Minister van VWS stuurt. Over het werkprogramma zijn in de Kaderwet geen bepalingen opgenomen. Artikelen 6.2.1, tweede tot en met vijfde lid, dat betrekking heeft op het werkprogramma en de begroting van het CAK, wordt met artikel 7.2.1, tweede lid, van overeenkomstige toepassing verklaard op het CIZ. Het werkprogramma van het CIZ behoeft derhalve de goedkeuring van de Minister en bevat een omschrijving van de activiteiten die het CIZ wil gaan verrichten. Zoals reeds is vermeld in paragraaf 5.6 is het werkprogramma voor de Minister van belang vanuit de politieke en budgettaire verantwoordelijkheid van de Minister voor het goed functioneren van het zbo, in dit geval het CIZ. Het werkprogramma bevat een omschrijving van alle werkzaamheden die het CIZ in het volgende kalenderjaar wil verrichten, zodat de Minister daar een volledig beeld van heeft. Het gaat dus niet alleen om een omschrijving van de taken die rechtstreeks uit artikel 7.1.2 voortvloeien, maar ook van de taken die via mandaat bij het CIZ zijn belegd.

Net als het CAK moet ook het CIZ op grond van artikel 26 van de Kaderwet jaarlijks aan de Minister een begroting moet toezenden. De artikelen 27 en 28 van de Kaderwet geven aan wat de inhoud en vormgeving van de begroting moet zijn. Artikel 6.2.1, vierde lid, is uiteraard alleen van overeenkomstige toepassing voor zover het de beheerskosten van het CIZ betreft. Het CIZ heeft immers geen taak op grond van de Wtcg. De beheerskosten die betrekking hebben op eventuele activiteiten die in mandaat worden uitgevoerd, maken logischerwijs wél onderdeel uit van de bedoelde beheerskosten.

Artikel 7.2.2

Het CIZ maakt kosten voor de uitvoering van zijn wettelijke taken. Vanuit 's Rijks kas ontvangt het CIZ daarom een bedrag voor de beheerskosten die onder andere gemaakt worden voor de huisvesting, het personeel en ICT. Net als bij de beheerskosten van het CAK controleert de Minister de beheerskosten, omdat ook deze kosten afkomstig zijn uit de begroting.

Artikel 7.2.2 bepaalt dat de Minister het budget voor beheerskosten vaststelt vóór 1 december van het jaar, voorafgaand aan het jaar waarop het budget betrekking heeft. Het werkprogramma en de begroting van het CIZ worden derhalve eerder aan de Minister gestuurd (artikel 7.2.1, eerste lid). Artikel 6.2.2 is van overeenkomstige toepassing op het budget voor de door het CIZ te maken beheerskosten. Dit houdt in dat het budget voor beheerskosten wordt gedekt uit 's Rijks kas (artikel 6.2.2, tweede lid) en dat het CIZ over ten hoogste een derde gedeelte van het in het budget opgenomen bedrag voor beheerskosten dat laatstelijk voor hem voor een geheel jaar is vastgesteld, in het geval het budget niet is vastgesteld voor 1 januari van het kalenderjaar waarop de begroting betrekking heeft (artikel 6.2.2, derde lid). Het CIZ mag bovendien met betrekking tot de beheerskosten geen verplichtingen aangaan of uitgaven doen die leiden tot overschrijding van het in het budget opgenomen bedrag voor de beheerskosten (artikel 6.2.2, vierde lid). Aan de Minister komt, doordat artikel 6.2.2, vijfde lid van overeenkomstige toepassing wordt verklaard, de bevoegdheid het in het budget opgenomen bedrag voor de beheerskosten te wijzigen.

Artikel 7.2.3

De artikelen 6.2.5 en 6.2.6 stellen regels met betrekking tot het werkprogramma, de begroting, het budget, het jaarverslag, de jaarrekening en de te vormen egaliseringsreserve van het CAK. Deze artikelen hoeven niet te worden herhaald voor wat betreft het CIZ, maar worden van overeenkomstige toepassing verklaard op het CIZ. In het eerste lid van artikel 7.2.3 wordt artikel 6.2.5 van overeenkomstige toepassing verklaard op het werkprogramma, de begroting, het budget, het jaarverslag, de jaarrekening en de te vormen egaliseringsreserve van het CIZ. Het tweede lid bepaalt dat de artikelen 4.2.1, eerste tot en met vierde lid, en 6.2.6, eerste lid, van overeenkomstige toepassing zijn op het financieel verslag van het CIZ. Hierbij wordt echter een uitzondering gemaakt voor de tweede volzin van artikel 4.2.1, eerste lid, omdat in het financieel verslag geen sprake zal zijn van een onderscheid tussen de beheerskosten en de kosten van verstrekking van zorg en vergoedingen. Het derde lid van artikel 7.2.3 verklaart de artikelen 4.2.2 en 6.2.6, tweede lid, van overeenkomstige toepassing op het uitvoeringsverslag van het CIZ. De bevindingen van de accountant over de uitvoering bedoeld in artikel 4.2.2, derde lid, onder b, hebben in relatie tot het CIZ uiteraard betrekking op de verplichtingen die op het CIZ berusten.

HOOFDSTUK 8

Artikel 8.1.1 en 8.1.3

De artikelen 8.1.1. en 8.1.3 bepalen welke rechten de verzekerde heeft om hem zo veel mogelijk zeggenschap te geven over zijn leven als hij is aangewezen op langdurige zorg. Artikel 8.1.1 waarborgt de zeggenschap van de verzekerde door de zorgaanbieder te verplichten om afspraken te maken over de zorgverlening. Ook de wijze waarop dit moet worden geëvalueerd en geactualiseerd moet worden besproken (artikel 8.1.1, eerste lid). De dialoog

tussen de verzekerde en de zorgverlener wordt versterkt doordat de verzekerde recht heeft op een bespreking om afspraken te maken over:

- a. de doelen die met betrekking tot de zorgverlening voor een bepaalde periode worden gesteld, en de wijze waarop de zorgaanbieder en de verzekerde de gestelde doelen trachten te bereiken;
- b. de zorgverlener of zorgverleners die voor de verschillende onderdelen van de zorgverlening verantwoordelijk zijn, de wijze waarop afstemming tussen zorgverleners plaatsvindt, en wie de verzekerde op die afstemming kan aanspreken;
- c. de wijze waarop de verzekerde zijn leven wenst in te richten en de ondersteuning die de verzekerde daarbij van de zorgaanbieder zal ontvangen;
- d. de frequentie waarmee en de omstandigheden waaronder een en ander met de verzekerde zal worden geëvalueerd en geactualiseerd.

Met deze formulering wordt bedoeld op bespreking en vastlegging van een aantal onderwerpen die betrekking hebben op de regie over het eigen leven. Dat geldt voor verzekerden die verblijfszorg ontvangen. Hiervan is zowel sprake in de situatie dat daadwerkelijk in een instelling wordt verbleven, als in de situatie dat die zorg als volledig pakket thuis wordt geleverd. Zorgvuldige bespreking van deze zaken is van wezenlijk belang om de verzekerde in staat te stellen maximaal zeggenschap uit te oefenen over het eigen leven. De onderwerpen expliciteren een aantal min of meer al bestaande, uit het zelfbeschikkingsrecht voortvloeiende aspecten. Een en ander sluit ook aan bij de eis van goede zorg. Daaronder wordt immers verstaan zorg die in ieder geval doeltreffend, doelmatig en cliëntgericht wordt verleend en die is afgestemd op de reële behoefte van de verzekerde. De bespreking van het zorgplan met de verzekerde, welke in beginsel voorafgaand aan de zorgverlening, maar in elk geval zo snel mogelijk na het begin van de zorgverlening moet plaatsvinden, is een belangrijk instrument voor de verzekerde om zijn wensen en voorkeuren te laten vastleggen en afspraken te maken over de ondersteuning die de zorgaanbieder hem daarbij zal bieden. Daarbij gaat het van oudsher om bespreking van de doeleinden die met de zorgverlening worden nagestreefd. Dat is een verplichting die de zorgaanbieder ook moet nakomen om goede zorg te kunnen leveren. De verzekerde heeft er recht op dat hij (tenzij sprake is van een specifieke wettelijke grondslag voor het geven van "onvrijwillige" zorg) geen zorg ontvangt waarmee hij niet heeft ingestemd. Daarom moet de zorgaanbieder om goede zorg te kunnen leveren zonder meer met de verzekerde overleggen over de zorginhoudelijke aspecten. Met dit wetsvoorstel wordt dat een afdwingbaar recht voor de verzekerde en worden daaraan andere onderwerpen toegevoegd.

In het tweede lid zijn de toegevoegde gespreksonderwerpen, die betrekking hebben op het inrichten van het eigen leven, en die cruciaal zijn voor de kwaliteit van bestaan als verplicht gespreksonderwerp vastgelegd. Daarbij is inspiratie gezocht bij de eerder genoemde kwaliteitskaders. In het Kwaliteitskader voor de gehandicaptenzorg worden acht domeinen onderscheiden: lichamelijk welbevinden, psychisch welbevinden,

interpersoonlijke relaties, deelname aan de samenleving, persoonlijke ontwikkeling, materieel welzijn, zelfbepaling en belangenbehartiging. Daarnaast zijn er vier randvoorwaarden: zorgafspraken en ondersteuningsplan, cliëntveiligheid, kwaliteit van medewerkers en organisatie en samenhang in zorg en ondersteuning. In het Kwaliteitskader voor de ouderenzorg worden vier aspecten van kwaliteit van leven onderscheiden: lichamelijk welbevinden en gezondheid, mentaal welbevinden, woon- en leefsituatie en participatie. Daarnaast is er aandacht voor de kwaliteit van de zorgverleners, de kwaliteit van de zorgorganisatie en de zorginhoudelijke kwaliteit en veiligheid. Volledigheid van te bespreken onderwerpen is niet nagestreefd, de besprekingen in het kader van het zorgplan mogen niet vervormen tot het langslopen van een afvinklijst. De bewoners van instellingen zijn, doordat zij zijn aangewezen op hun verblijf in die instelling, in combinatie met hun eigen beperkingen, in hoge mate van de zorgaanbieder afhankelijk wat betreft de mogelijkheden om hun leven zoveel mogelijk naar eigen inzicht in te richten, ongeacht of het gaat om verblijf in bijvoorbeeld een traditionele verpleeghuisafdeling, verblijf in een kleinschalige woonvorm, of levering van de zorg met een volledig pakket thuis.

De in het tweede lid genoemde onderwerpen worden hieronder nader toegelicht.

Zeggenschap van de verzekerde over de inrichting van zijn leven

De verzekerde moet – binnen de grenzen van redelijkheid en billijkheid – zelf kunnen bepalen hoe zijn dagindeling en leefomgeving eruit zien. Wat en wie hij belangrijk vindt in het leven en wat dat betekent voor het leven van elke dag. Er is niet gekozen voor de term “regie voeren”, omdat niet alle verzekerden zelf de regie kunnen voeren. De regie kan ook gevoerd worden door een familielid of een verzorgende die vraagt hoe laat de verzekerde wil opstaan, wat hij die dag van de week wil doen en met wie of hij bij de voor- of achternaam wil worden aangesproken. Die vraagt wat de verzekerde zelf kan en waar hij hulp bij nodig heeft. Een zeer belangrijk aspect van het onderwerp zeggenschap is de rol is mantelzorgers hebben in de inrichting van het leven van de verzekerde. Het gaat erom dat de verzekerde of, als het niet anders kan, zijn vertegenwoordiger, de keuzes maakt. Om te benadrukken dat niet voorbij kan worden gegaan aan de betrokkenheid van mantelzorgers, is in artikel 8.1.1, tweede lid, onder a, dit onderwerp met name genoemd. Zeggenschap over de inrichting van het leven is echter een overkoepelend begrip dat de overige onderwerpen deels omvat, maar ook een bredere betekenis heeft. Naast de overige genoemde onderwerpen kan het onderwerp zeggenschap een belangrijke kapstokfunctie vervullen voor aspecten van de inrichting van het leven die in de overige onderwerpen mogelijk niet zijn vervat.

De mogelijkheid om dagelijks te douchen, tijdige hulp bij toiletgang en het tijdig verwisselen van incontinentiemateriaal

Als de verzekerde dat wil, moet hij dagelijks kunnen douchen, ook als hij daarbij vanwege zijn beperking hulp nodig heeft. De wens van de verzekerde staat hierbij centraal. Dagelijks douchen is voor de verzekerde vanzelfsprekend geen plicht. Het gaat erom dat er afspraken over gemaakt worden. Als de verzekerde dat liever heeft, kan hij ook hulp krijgen bij het op een andere manier wassen. Als de verzekerde naar het toilet moet, moet hij niet op een toiletronde hoeven te wachten, maar moet hij snel geholpen worden als hij het niet alleen kan. Ook moet incontinentiemateriaal tijdig verwisseld worden. Met "tijdig" wordt bedoeld, tijdig voor de individuele verzekerde in zijn specifieke situatie.

Voldoende en gezonde voeding en drinken

Het uitgangspunt is dat de verzekerde genoeg te eten en te drinken krijgt. Als hij niet zelf kan eten en drinken, moet de hulp zodanig zijn dat hij de gelegenheid en tijd krijgt om voldoende voeding en vocht binnen te krijgen. Eten dat smakelijk is, zullen verzekerden met meer smaak en dus beter op eten. Het eten moet gezond zijn volgens de gangbare normen en het ligt in de rede dat de maaltijden voldoende gespreid zijn over de dag. Het spreekt vanzelf dat uitdroging en ondervoeding worden voorkomen en op de houdbaarheidsdatum van eten en drinken wordt gelet.

Een schone en verzorgde leefruimte

De instelling is het thuis van de verzekerden. De verzekerden moeten zich er dan ook daadwerkelijk thuis voelen. Een verzorgde leefruimte, zowel de eigen kamer, als de gemeenschappelijke ruimten, is daarbij een belangrijk aspect. De kamer, het sanitair en de gemeenschappelijke leefruimte moeten schoon zijn en er verzorgd uitzien. Er moet ruimte zijn voor bezoek; de verzekerde moet zich thuisvoelen met de medewerkers en met medebewoners.

Respectvolle bejegening, passend bij de eigenheid van de verzekerde, en veilige en aangename sfeer

Een verzorgde leefruimte en een aangename en veilige sfeer zijn onderdeel van het domein woon- en leefsituatie in de termen van de kwaliteitskaders. De zorgverleners hebben aandacht voor hoe het met de verzekerde gaat, geven antwoord op zijn vragen en zijn beleefd. Er moet een sfeer zijn waarin verzekerden het durven te zeggen als iets niet naar hun zin gaat. Mensen hebben respect en aandacht voor elkaar in al hun verscheidenheid, ook als het gaat om verschillen in kleur, levensovertuiging of seksuele geaardheid. Respectvolle en passende bejegening en het hierna volgende beleven van godsdienst of levensovertuiging behoren tot het domein van het mentaal welbevinden. Met de formulering "passend bij de eigenheid van de verzekerde" wordt bedoeld op de noodzaak dat ook rekening gehouden wordt met diens seksuele geaardheid.

Beleven van godsdienst of levensovertuiging

Verzekerden moeten de mogelijkheid hebben hun godsdienst of levensovertuiging te beleven. Op grond artikel 6 van de Wkkgz is het voor

zorgaanbieders die verblijfszorg leveren verplicht om geestelijke verzorging aan te bieden. Het kunnen beleven van godsdienst of levensovertuiging is ruimer. Het geeft bewoners van instellingen de mogelijkheid om te bidden voor het eten, een hoofddoekje of keppeltje te dragen of feesten te vieren. Bij de zorg en bijvoorbeeld de voeding zal zoveel mogelijk met de godsdienst of de levensovertuiging rekening moeten worden gehouden.

Een zinvolle daginvulling en beweging

Wie liever helpt bij het koffie schenken dan bingo speelt, moet in principe die gelegenheid krijgen. Er zijn voldoende activiteiten en verzekerden en familieleden worden daarover geïnformeerd. Mensen die dat willen, krijgen hulp bij een actieve deelname aan de samenleving. Mensen worden gestimuleerd om te (blijven) bewegen. Wie nog kan lopen, hoeft niet in een rolstoel naar de activiteiten te worden gebracht. De zeggenschap over de dagindeling, de daginvulling en aandacht voor ontwikkeling (hierna) maken deel uit van het domein participatie (ouderenzorg) dan wel zelfbepaling, deelname aan de samenleving en persoonlijke ontwikkeling (gehandicaptenzorg).

De mogelijkheid om dagelijks in de buitenlucht te verkeren

De verzekerde die daar behoefte aan heeft, moet regelmatig naar buiten kunnen, bijvoorbeeld om een wandelingetje te maken, een kopje koffie drinken in het dorp of even een luchtje scheppen op de binnenplaats. Het is mogelijk om een zinvolle daginvulling, beweging en buitenlucht op die manier met elkaar te combineren. Het is niet de bedoeling is dat een verzekerde slechts één keer per maand of één keer per week buiten kan zijn, terwijl diegene vaker in de buitenlucht zou willen zijn. De verzekerde die veilig alleen naar buiten kan gaan, kan dat doen zo vaak als hij wil. Uiteraard moet in goed overleg tussen verzekerde en zorgaanbieder bezien worden hoe het beste aan de wens van de verzekerde tegemoet gekomen kan worden indien hij vanwege zijn beperking hulp nodig heeft bij het naar buiten gaan: kan een zorgverlener met hem gaan wandelen of kan een mantelzorger of vrijwilliger dat doen? Of kan de verzekerde met een groep verzekerden en begeleiders naar het park of kan de verzekerde in de binnentuin een poosje alleen buiten zijn? De conditie van de verzekerde en weersomstandigheden nopen uiteraard tot een flexibele omgang met de afspraken op dit punt.

Ontwikkeling en ontplooiing

Aandacht voor ontwikkeling en ontplooiing is vooral van belang in de gehandicaptenzorg. Dit onderwerp is nauw verwant aan dat van een zinvolle daginvulling. Mensen die zich willen en kunnen ontwikkelen, moeten daar de gelegenheid voor krijgen in hun werkzaamheden en activiteiten van alledag.

De uitkomsten van de besprekingen tussen de verzekerde (of diens vertegenwoordiger) en de zorgaanbieder moeten binnen zes weken worden vastgelegd in het zorgplan. De zorgaanbieder moet, zodra het zorgzorgplan is vastgesteld, terstond een afschrift van het zorgplan aan de verzekerde of aan

diens vertegenwoordiger verstrekken. Aan dit vereiste wordt voldaan indien de zorgaanbieder het origineel van het zorgplan bij de verzekerde thuis bewaart. Bovendien moet de zorgaanbieder op verzoek van de verzekerde of diens vertegenwoordiger een afschrift verstrekken van het zorgplan. Deze verplichtingen zijn neergelegd in artikel 8.1.3, eerste en zesde lid, en zorgen er voor dat de verzekerde altijd de beschikking heeft over de tekst van het zorgplan. Hierdoor is de verzekerde ook in staat om familie of vrienden in de gelegenheid te stellen om het afschrift in te zien of om daarover te beschikken.

Het zal voorkomen dat de zorgaanbieder de verzekerde niet in staat acht om zelf tot een redelijke waardering van zijn belangen in verband met de zorgverlening te komen. Als de zorgaanbieder vindt dat daar sprake van is, legt hij in het zorgplan vast op welke punten en in welke mate de verzekerde niet zelf een verantwoorde afweging kan maken. De zorgaanbieder zal daarbij tevens aangeven welke persoon betrokken wordt bij het zorgplan, zodat de belangen van de verzekerde voldoende worden behartigd. Artikel 8.1.3 geeft aan wie in welke gevallen de vertegenwoordiger van de verzekerde betrokken is. In het geval dat rekening gehouden moet worden met een schriftelijke wilsverklaring van een inmiddels wilsbekwame verzekerde als bedoeld in artikel 8.1.2, vijfde lid, moet dit ook in het zorgplan worden vastgelegd. Het kan ook voorkomen dat de verzekerde of diens vertegenwoordiger geen toestemming geeft voor de zorgverlening. Het derde lid van artikel 8.1.3 bepaalt dat de zorgaanbieder deze wilsuiting ook weergeeft in het zorgplan. Omgekeerd is denkbaar dat de zorgaanbieder niet in staat is met alle wensen van de verzekerde rekening te houden. Dat zal hij dan in de bespreking aan de verzekerde moeten laten weten om te bezien welke alternatieven er zijn. Ook dit zal in het zorgplan moeten worden vastgelegd (artikel 8.1.3, vierde lid). Het vijfde lid van artikel 8.1.3 bepaalt bovendien dat, ook als de verzekerde niet bereid is met de zorgaanbieder te overleggen, de zorgaanbieder toch in een zorgplan moet vastleggen welke inhoudelijke doelen hij met de zorgverlening in een bepaalde periode wil bereiken en op welke wijze hij zoveel mogelijk rekening houdt met wat de wensen van de verzekerde zouden kunnen zijn. Ook in dat geval maken de beschreven doelen deel uit van het zorgplan. Aan de wensen van de verzekerde die in een instelling verblijft moet zoveel mogelijk tegemoet worden gekomen. De zorgaanbieder moet de weloverwogen wensen van de verzekerde respecteren, tenzij dat in redelijkheid niet van de zorgaanbieder verlangt kan worden. De wensen van de verzekerden vinden dus wel een grens in wat redelijk is gezien de mogelijkheden van de verzekerde, de eisen van goed zorgverlenerschap en van de rechten van andere verzekerden of een goede en ordentelijke gang van zaken binnen de instelling (artikel 8.1.1, derde lid). Het vierde lid van artikel 8.1.1 maakt bovendien duidelijk dat de zeggenschap van de verzekerde over zijn eigen leven niet in kan houden dat de verzekerde aanspraak kan maken op meer zorg dan waarop hij redelijkerwijs is toegewezen. De daadwerkelijke behoefte aan zorg en welzijnsaspecten van de aanspraak blijft leidend.

Op grond van het vijfde lid van artikel 8.1.1 zal de zorgaanbieder overeenkomstig de in het zorgplan neergelegde afspraken daarover, in nieuwe besprekingen regelmatig de afspraken in het zorgplan moeten evalueren en bijwerken. Het zesde lid van artikel 8.1.1 geeft de verzekerde of degene die hem daarbij vertegenwoordigt (dit zijn gezien de definitie van 'vertegenwoordiger' in artikel 1.1.1 de personen, bedoeld in artikel 8.1.2, eerste lid) bij de initiële bespreking alsmede bij de evaluatie- en actualisatiebesprekingen van het zorgplan desgevraagd recht op cliëntondersteuning. Het is de Wlz-uitvoerder die hiervoor moet zorgen.

Artikel 8.1.2

Dit artikel geeft aan dat de verplichtingen van de aanbieder die voortvloeien uit de artikelen 8.1.1 en 8.1.3 in verschillende gevallen moeten worden nagekomen jegens andere personen dan de verzekerde. Artikel 8.1.2 stelt regels over de betrokkenheid van de wettelijke vertegenwoordigers bij het tot gelding brengen van rechten jegens de zorgaanbieder door of voor bepaalde groepen van jeugdigen en wilsonbekwamen. In deze bepaling zijn, in iets andere bewoordingen, de eerste vijf leden van artikel 7:465 BW overgenomen, die aangeven in welke gevallen de zorgaanbieder de verplichtingen jegens een ander moet nakomen in plaats van de verzekerde, of naast hem bij de uitvoering van deze artikelen wordt betrokken. De regering heeft aangekondigd dat het voornemens is de rechten betreffende informatie, toestemming, dossier en bescherming van de persoonlijke levenssfeer nog deze kabinetsperiode haar beslag te laten krijgen in een afzonderlijke wijziging van de Wet op de geneeskundige behandelovereenkomst (WGBO). Dat wetsvoorstel zou er toe kunnen leiden dat artikel 8.1.2 aanpassing behoeft of overbodig zal worden (Kamerstukken II 2012/13, 30 402, nr. 12).

Het eerste lid regelt dat bij de bespreking van het zorgplan van personen die niet volwassen zijn of die niet in staat zijn te achten tot een redelijke waardering van hun belang, ook andere personen moeten worden betrokken. In de onderdelen tot en met e zijn vijf verschillende situaties uitgewerkt. Zo is in onderdeel b vastgelegd dat, indien een verzekerde tussen de twaalf en zestien jaar is, niet alleen met hem moet worden gesproken, maar ook met zijn ouders of voogd. De zorgaanbieder moet in beginsel beide ouders bij de zorgplanbespreking betrekken. Indien één van de ouders niet aanwezig is, zal het afhangen van de omstandigheden van het geval welke inspanning de zorgaanbieder moet leveren om met de ontbrekende ouder in contact te treden. Bij ingrijpende vraagstukken zal deze inspanning groter moeten zijn dan bij niet ingrijpende zaken. Ingevolge artikel 8.1.2 moet de zorgaanbieder zijn verplichtingen jegens minderjarigen jonger dan twaalf jaar of jegens wilsonbekwame ouderen nakomen jegens de ouders, voogd, mentor, etc. Dat de verzekerde in voorkomend geval niet in staat wordt geacht tot een redelijke waardering van zijn belangen inzake een bepaalde kwestie, hoeft er echter niet aan in de weg te staan dat de verzekerde toch zoveel mogelijk bij de bespreking wordt betrokken. Het is zelfs wenselijk de verzekerde maximaal de gelegenheid te geven zich uit te spreken. Dat doet niet af aan de

verantwoordelijkheid van de zorgaanbieder en de vertegenwoordiger om tot een verantwoorde afweging te komen. Op dit punt gaat zal de Wlz de betrokkenheid van de verzekerde dan het huidige Besluit zorgplanbespreking AWBZ-zorg, dat het mogelijk maakt ook zonder de verzekerde met de vertegenwoordiger te spreken.

Artikel 8.1.2 is zodanig geformuleerd dat het zorgplan slechts met een vertegenwoordiger naast of in plaats van de verzekerde mag worden besproken, indien de verzekerde ter zake van de concreet aan de orde zijnde zaak niet in staat is te achten tot een redelijke waardering van zijn belangen. Dat kan derhalve per onderdeel van het zorgplan verschillend uitpakken. Net als bij artikel 7:456 van het Burgerlijk Wetboek wordt rekening gehouden met de mogelijkheid dat een patiënt ten aanzien van sommige zaken wel en ten aanzien van andere zaken niet de reikwijdte van een te nemen beslissing inzake een verrichting kan overzien. De zorgaanbieder is bij patiënten vanaf 16 jaar slechts gehouden zijn verplichtingen na te komen jegens een ander dan de patiënt zelf, als de patiënt ter zake van de verplichting waar het in concreto over gaat, niet in staat kan worden geacht tot een redelijke waardering van zijn belangen. In een dergelijk geval is er dus op grond van artikel 8.1.2, eerste lid, onder c en e, van dit wetsvoorstel is, voor 16- tot 18-jarigen, geen vertegenwoordigingsrol weggelegd voor de ouders of voogd en evenmin, voor meerderjarige patiënten, voor de curator of mentor dan wel een van de andere aangewezen vertegenwoordigers. De toelichting bij artikel 1653u BW (het huidige artikel 7:465 BW), dat materieel gelijk is aan artikel 8.1.2, zegt daarover expliciet dat het feit dat een patiënt onder curatele staat, nog niet hoeft te betekenen dat hij elk inzicht in zijn eigen situatie mist en vervolgt met "Indien de betrokkene in een concreet geval, bij voorbeeld ten aanzien van de vraag of een bepaalde verrichting dient plaats te vinden, wel tot een redelijke waardering van zijn belangen in staat kan worden geacht, zal hij zelf kunnen optreden".

Het tweede lid maakt een uitzondering op het betrekken van de vertegenwoordiger van de verzekerde voor het geval dat niet verenigbaar zou zijn met de zorg van een goed zorgverlener.

Het derde lid houdt in dat de vertegenwoordiger zich als een goed vertegenwoordiger moet opstellen. Hij zal daarom zoveel mogelijk hebben te handelen naar de veronderstelde wensen, voorkeuren, mogelijkheden en beperkingen van de verzekerde.

De zorgaanbieder moet goede zorg verlenen. Dit kan onder omstandigheden zelfs betekenen dat de zorgaanbieder de mening van de minderjarige verzekerde zwaarder laat wegen dan die van diens vertegenwoordiger. In het vierde lid is daarom vastgelegd dat de zorgaanbieder het standpunt van een verzekerde, ouder dan elf jaar, indien dat anders is dan het standpunt van zijn vertegenwoordiger en de verzekerde daaraan weloverwogen vasthoudt, moet respecteren. Dat betekent dat hij in elk geval geen afspraken maakt die niet met dat standpunt zijn te verenigen.

Het vijfde lid van artikel 8.1.2 bepaalt dat indien een wilsonbekwame verzekerde van zestien jaar of ouder eerder, toen van wilsonbekwaamheid nog geen sprake was, schriftelijk heeft vastgelegd wat zijn wensen onder de gegeven omstandigheden zouden zijn, de vrijheid van de zorgaanbieder om van die wensen af te wijken kleiner is. Hij mag slechts om gegronde redenen daarvan afwijken.

Artikel 8.1.4

In artikel 8.1.4 is tot uitdrukking gebracht dat verzekerden en personen die ingevolge artikel 8.1.2 naast of in plaats van de verzekerde kunnen optreden, het recht hebben zich tot de IGZ te wenden in gevallen waarin naar hun oordeel sprake is van een inbreuk op de rechten van de verzekerde, zoals die uit artikel 8.1.1 voortvloeien. Ook als de zorgaanbieder zich niet houdt aan hetgeen in het zorgplan is afgesproken, en dit de fysieke of psychische gezondheid van de verzekerde schaadt of kan schaden, kan de verzekerde zich tot de IGZ wenden. Hiermee is tot uitdrukking gebracht dat de overheid nadrukkelijk een verantwoordelijkheid en taak heeft waar het gaat om het onderzoeken en zo nodig optreden tegen dergelijke ernstige inbreuken op de rechten van de categorie zorgafhankelijke verzekerden. In artikel 8.2.1 is uitgewerkt op welke wijze de IGZ met dergelijke meldingen moet omgaan. Als er naar het oordeel van de IGZ sprake is van een ernstige inbreuk op de rechten van de verzekerde, kan en moet de IGZ zo nodig maatregelen nemen. De formulering van artikel 8.1.4 impliceert dat het verlenen van AWBZ-zorg met verblijf zonder dat de in artikel 8.1.1 voorgeschreven onderwerpen met de verzekerde zijn besproken en daarover afspraken zijn gemaakt, kan worden gezien als een ernstige schending van zijn rechten.

Artikel 8.2.1

Het toezicht op de naleving van hoofdstuk 8 van deze wet wordt op grond van artikel 8.2.1 gelegd bij het Staatstoezicht op de volksgezondheid (hierna: IGZ). De handavingsinstrumenten van de IG zijn in grote mate gelijk aan de maatregelen die de IGZ op grond van hoofdstuk 4 van de Wkkgz kan nemen. Voor zover de IGZ als vervolg op de behandeling van een melding (zie artikel 8.2.2, vierde lid) passende maatregelen wenst te nemen, staan haar dan ook, behoudens de bestuurlijke boete, dezelfde instrumenten als de Wkkgz kent ten dienste (artikel 8.2.3). De IGZ is er voor het algemene belang van goede zorg. De IGZ mag daarom incidenten buiten behandeling laten. In het vierde lid is verwoord dat de IGZ niet verplicht is handhavend op te treden als geen sprake is van een situatie die voor de veiligheid van verzekerden of de zorg een ernstige bedreiging kan betekenen, of wanneer niet anderszins het belang van goede zorg vereist dat wordt opgetreden (vgl. artikel 24, vijfde lid, Wkkgz).

Artikel 8.2.2

Met artikel 8.2.2 wordt bepaald waaruit de taak van de IGZ bestaat als het gaat om de meldingen van artikel 8.1.4 (inbreuk op de in artikel 8.1.1 verankerde rechten van de verzekerde of op de in het zorgplan neergelegde afspraken). Geregeld is dat de IGZ moet zorgen voor een behoorlijke

behandeling van meldingen over inbreuken op de rechten van de verzekerde deze zorgvuldig te onderzoeken. Dat onderzoek is er in eerste instantie op gericht vast te stellen of er inderdaad sprake is van een ernstige inbreuk op rechten van de verzekerde. Dergelijke meldingen van een verzekerde of zijn vertegenwoordiger moeten dus steeds door de IGZ onderzocht worden. In het tweede lid is bepaald dat bij of krachtens algemene maatregel van bestuur regels worden gesteld over de wijze waarop meldingen moeten worden gedaan en over de gegevens die bij een melding worden gevoegd (onder a). Ook voor meldingen van verzekerden over ernstige inbreuken op hun rechten is het zinvol te regelen wat daarbij moet worden aangeleverd, omdat anders geen goed onderzoek mogelijk is. Het ligt in de rede dat de melder in elk geval zijn naam en adres en de naam en het adres van de zorgaanbieder moet vermelden. Doet hij dat niet, dan zal in elk geval ook niet met hem kunnen worden gecommuniceerd over de uitkomsten van de behandeling van zijn melding. Indien nodig, kunnen op basis van het tweede lid, onder a, ook andere noodzakelijk bij een melding te verstrekken gegevens worden aangewezen. Verder zullen regels worden gesteld omtrent de behandeling van een melding (onder b). Een belangrijk aspect daarbij is dat de termijnen zullen worden geregeld waarbinnen aan de indiener van de melding, alsmede aan betrokken anderen, schriftelijk moet worden medegedeeld of de melding nader wordt onderzocht dan wel niet nader wordt onderzocht dan wel wat de uitkomst van het onderzoek is. Het is van belang dat tevoren duidelijk is hoe het onderzoek wordt afgesloten en op welke wijze daarover informatie wordt verstrekt aan de indiener van de melding en andere betrokkenen. Daarover zullen eveneens regels worden gesteld (onder c). Dat voorkomt dat klachten ontstaan over de wijze waarop deze afhandeling plaatsvindt. Dat geregeld zal worden op welke wijze terugkoppeling plaatsvindt naar de indiener van de melding en andere betrokkenen, laat onverlet dat het eindrapport van de IGZ omtrent een melding openbaar is op grond van de Wet openbaarheid van bestuur. Het nader onderzoek van een melding door de IGZ wordt afgesloten met een openbare rapportage, die het mogelijk maakt het functioneren van de IGZ in dit kader te beoordelen.

Om te waarborgen dat in elk geval met betrekking tot de tot het beroepsgeheim van de zorgverlener behorende gegevens over een verzekerde, die in het kader van een melding in het bezit van de IGZ zijn gekomen, ook voor de IGZ een geheimhoudingsplicht geldt, is in het derde lid een expliciete bepaling dienaangaande opgenomen. Daarmee is uitputtend geregeld dat de informatie die aan zorgverleners onder beroepsgeheim wordt verstrekt, ook altijd onder de geheimhoudingsplicht van de IGZ valt. De regeling van de geheimhoudingsplicht beschermt de privacy van de verzekerde en geeft de zorgverleners de zekerheid dat de gemelde gegevens die vallen onder het beroepsgeheim, niet onder ogen van derden komen en slechts gebruikt zullen kunnen worden voor de beoordeling en het onderzoek van de melding door de IGZ.

Het vierde lid bepaalt nadrukkelijk dat de IGZ ook gebruik moet maken van haar handhavingsmogelijkheden indien zij tot de conclusie komt dat sprake

was van een in het eerste lid bedoelde situatie, dat wil zeggen: van een inbreuk op de in artikel 8.1.1 geregelde rechten van de verzekerde of een ernstige schending van de afspraken in het zorgplan die schade voor de gezondheid van de verzekerde tot gevolg heeft of kan hebben of van mishandeling. Het arsenaal van de IGZ bestaat uit het geven van een bevel, het (doen) geven van een aanwijzing door de Minister, het aanbrengen van een tuchtrechtelijke klacht en het doen van aangifte bij het Openbaar Ministerie.

Artikel 8.2.3 en 8.2.4

Indien de bepalingen van deze wet niet worden nageleefd, moet daartegen kunnen worden opgetreden. Daarom is analoog aan de Wkkgz bepaald dat de Minister een aanwijzing of de IGZ een bevel kan geven, indien de artikelen 8.1.1, 8.1.2 of 8.1.3 niet worden nageleefd. In artikel 8.2.4, tweede lid, is geregeld dat de Minister bestuursdwang kan toepassen als een aanwijzing niet wordt opgevolgd. Artikel 8.2.4, eerste lid, maakt het mogelijk dat de Minister met bestuursdwang optreedt tegen een zorgaanbieder of een zorgverlener die de IGZ niet de vereiste inzage in stukken geeft.

HOOFDSTUK 9

Dit hoofdstuk heeft betrekking op gegevensverwerking. Voor het overgrote deel komt dit hoofdstuk overeen met het huidige hoofdstuk VIII van de AWBZ. Op grond van dat hoofdstuk zijn diverse uitvoeringsregelingen vastgesteld; het ligt in het voornemen dat ook krachtens de nieuwe wet te doen. De huidige AWBZ-bepalingen hebben zich in de loop van de jaren 'bewezen', zodat daarbij thans wordt aangesloten.

Artikel 9.1.1

Dit artikel is gebaseerd op artikel 10a van de AWBZ. Zorg kan zowel worden verleend door instellingen als door al dan niet solistisch werkende zorgverleners, die beide in de definitie van zorgaanbieder in artikel 1.1.1 zijn begrepen. Voor alle situaties geldt de identificatieplicht. De zorgaanbieder heeft het identiteitsdocument bovendien met het oog op het gebruik van het bsn bij de betaling voor de verleende zorg. Om die reden is ook de definitie van het begrip zorgaanbieder in artikel 1 van de Wet gebruik burgerservicenummer in de zorg aangepast (artikel 12.1, onderdeel A).

Artikelen 9.1.2 tot en met 9.1.9

Deze artikelen komen overeen met de artikelen 52 tot en met 57b van de AWBZ. Waar zich verschillen voordoen worden die hierna toegelicht.

Artikel 9.1.3

Tweede lid

Aan dit lid is, ten opzicht van artikel 53 van de AWBZ, toegevoegd dat de onherroepelijke toestemming, bedoeld in artikel 3.2.1, vijfde en zesde lid, in de

plaats treedt van de uitdrukkelijke toestemming zoals in de eerste volzin wordt vereist.

Artikel 9.1.5

Eerste lid

In het voorgestelde eerste lid, is de strekking gevolgd van het advies dat het CBP uitbracht bij de voorbereiding van het (niet ingediende) wetsvoorstel UAZ om expliciet in de wet op te nemen dat tussen Wlz-uitvoerder en zorgverzekeraar gegevens van verzekerden kunnen worden uitgewisseld als dat noodzakelijk is voor de afstemming van de Zvw-zorg op zorg ingevolge deze wet. Op zichzelf kan dit verwerkingsdoel reeds worden begrepen onder de bestaande formulering, maar gelet op het uitdrukkelijke advies van het Cbp is dit gevolgd. De pendant van dit artikel is het eveneens gewijzigde artikel 89 van de Zvw.

Tweede lid

Op grond van het eerste lid van dit artikel is gegevensuitwisseling geregeld voor zover die ten dienste staat aan de uitvoering van de zorgverzekeringen of van de Wlz. Het tweede lid voegt daar een verwerkingsdoel aan toe: de uitvoering en afstemming van de zorgverzekering, de Wlz, de Wmo 2015 en de Jeugdwet. Gemeenten dienen ervan op de hoogte te zijn indien een verzekerde is geïndiceerd op grond van deze wet, omdat dit gevolgen heeft voor het recht op ondersteuning ingevolge de Wmo. De verstrekking van gegevens is in dergelijke gevallen niet afhankelijk van voorafgaande toestemming van de verzekerde.

Achtste lid

In vergelijking met artikel 55 van de AWBZ is artikel 9.1.5, achtste lid, uitgebreid met een onderdeel b. Hierdoor kunnen bij ministeriële regeling regels worden gesteld over de wijze en het tijdstip van aanlevering door ketenpartijen aan het CAK, conform het huidige artikel 5, negende lid van de Wtcg.

Artikel 9.1.9

Dit artikel is geënt op het bestaande artikel 57b van de AWBZ. De onderdelen van dat artikel die de toepasselijkheid van de Wft veronderstelden, zijn in gewijzigde vorm overgenomen in artikel 9.1.9. De Wft is immers niet van toepassing op deze wet. Het betreft het eerste, derde, vierde en vijfde lid. Wat betreft het vierde lid, onderdeel c, en het zesde lid wordt nog het volgende opgemerkt. Ingevolge artikel 91, eerste lid, onderdeel d, van de Comptabiliteitswet 2001 (Cw 2001) heeft de Algemene Rekenkamer de in dat artikel geregelde bevoegdheden jegens - onder meer - de Wlz-uitvoerders. Onderdeel c van het vierde lid van artikel 9.1.9 zorgt ervoor dat degenen aan wie de Rekenkamer bij het uitoefenen van die bevoegdheden informatie vraagt, die informatie niet op grond van de in het eerste lid geregelde geheimhoudingsplicht mag weigeren. Het zesde lid zorgt er vervolgens voor dat de Algemene Rekenkamer dergelijke vertrouwelijk informatie niet in zijn

mededelingen als bedoeld in artikel 91, twaalfde tot en met vijftiende lid, Cw 2001, mag opnemen. Dat laat uiteraard onverlet dat de Rekenkamer bij het doen van zo'n mededeling wel rekening mag houden met de vertrouwelijke informatie. Anders gezegd: komt de Rekenkamer bijvoorbeeld op basis van een onderzoek als bedoeld in artikel 91, vierde lid, Cw 2001, bij een Wlz-uitvoerder waarin zij de beschikking krijgt over vertrouwelijke informatie van die uitvoerder tot de conclusie dat een bepaald onderdeel van de Wlz niet wordt uitgevoerd, dan kan de Rekenkamer wel in een mededeling opnemen dat dat deel niet wordt uitgevoerd, maar mag zij niet de vertrouwelijke informatie citeren of weergeven die haar tot deze conclusie hebben doen komen.

Artikel 9.1.10

In artikel 3.1.2 wordt bepaald dat de verzekerde die aanspraak maakt, of heeft gemaakt, op prestaties ingevolge de Wlz, die prestaties alleen maar kan krijgen, als hij medewerking verleent aan het beschikbaar komen van de persoonsgegevens, waaronder die betreffende de gezondheid, die noodzakelijk zijn voor de beoordeling van de aanspraak. Voorts is in dat artikel geregeld dat de verzekerde in dit verband toestemming verleent tot het opvragen van informatie bij derden, zoals artsen, en dat die toestemming niet kan worden herroepen. De bedoeling daarvan is dat in voorkomend geval medische persoonsgegevens bij de beoordeling van de aanspraak kunnen worden betrokken en dat daarbij ook de gegevens kunnen worden betrokken, die bij derden berusten.

De huidige regeling in artikel 457, eerste lid, van Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek (BW) brengt met zich mee, dat de derde bij wie die gegevens berusten vervolgens nog kan besluiten de betreffende gegevens niet te verstrekken, ondanks de gegeven toestemming. Dit kan er in de praktijk toe leiden dat gegevens toch niet beschikbaar komen, ook in gevallen waarin de zorgverlener zelf voorwerp van onderzoek is. Het laten voortduren van die situatie is met het oog op een juiste allocatie van de schaarse financiële middelen ongewenst. Misbruik en fraude dienen zoveel mogelijk voorkomen te worden.

Om die reden bepaalt het voorgestelde artikel 9.1.10 dat in een dergelijk geval de zorgverlener geen eigen, zelfstandige afwegingsruimte toekomt, om bij een gegeven toestemming toch inlichtingen te verstrekken. De derde volzin van artikel 457, eerste lid, van Boek 7 van het BW bepaalt reeds dat gegevens kunnen worden verstrekt zonder toestemming, of zonder toets op de persoonlijke levenssfeer van een ander, indien het bij of krachtens de wet bepaalde daartoe verplicht. Het thans voorgestelde artikel 9.1.10 is een dergelijke wettelijke verplichting. Hierdoor wordt gewaarborgd dat gegevens die noodzakelijk zijn voor de beoordeling van de aanspraak op prestaties ingevolge de Wlz altijd beschikbaar kunnen zijn, en de beoordeling van die aanspraak niet afhankelijk is van de vraag welke gegevens de verzekerde of de zorgverlener wel of niet wenst te verstrekken.

Zoals bij artikel 3.1.2 is toegelicht, staat het de verzekerde vrij geen toestemming te verlenen, zij het dat in dat geval de aanvraag buiten behandeling kan worden gelaten. Is de aanspraak eenmaal gehonoreerd, dan

gaat het niet aan dat – indien bijvoorbeeld nieuwe of andere gegevens betreffende de verzekerde beschikbaar komen – de verzekerde of diens zorgverlener een onderzoek naar de rechtmatigheid van reeds genoten prestaties zou kunnen frustreren met een beroep op een wettelijke weigeringsgrond voor de verstrekking.

De regering acht deze inbreuk op de persoonlijke levenssfeer van de verzekerde gerechtvaardigd. Bij deze afweging betreft de regering de volgende aspecten:

- de verstrekking beperkt zich tot gegevens die noodzakelijk zijn voor de beoordeling van een wettelijke aanspraak die (mede) afhankelijk is van de gezondheidstoestand van de verzekerde;
- alleen verzekerden die voldoen aan de wettelijke voorwaarden behoren in aanmerking te komen voor prestaties op grond van de wet; zowel de schaarse financiële middelen als de noodzaak om het draagvlak voor deze volksverzekering te behouden vergen een adequate aanpak van misbruik en fraude;
- het belang van een juiste allocatie van de beschikbare middelen is zo groot, dat het proportioneel is aan de voorgestelde inbreuk op de persoonlijke levenssfeer;
- het hiervoor genoemde belang kan niet op een andere wijze, die het recht op de persoonlijke levenssfeer minder belast, worden gerealiseerd.

Artikel 9.2.1

PM

HOOFDSTUK 10

Artikel 10.1.1

Eerste lid

In dit artikel wordt de mogelijkheid geboden om bij algemene maatregel van bestuur bij wijze van experiment tijdelijk af te wijken van de Wlz, om daarmee een doeltreffender uitvoering te bereiken. De afwijkingsmogelijkheid heeft geen betrekking op de kring van verzekerden en de aanspraken. Deze elementen vormen de kern van de Wlz. Voor afwijking daarvan acht de regering regeling in een wet in formele zin aangewezen.

Tweede lid

In dit lid wordt de mogelijkheid van de wet af te wijken geregeld en begrensd. De voorgestelde regeling laat toe dat het experiment wordt beperkt tot een of meer regio's of een of meer specifieke zorgaanbieders of groepen van verzekerden. Inherent aan experimenteren is dat ervan geleerd wordt. Om die reden is het cruciaal dat de doelen van het experiment helder worden bepaald en dat wordt vastgesteld of het beoogde doel is behaald.

Derde, vierde, vijfde en zesde lid

In het voorgestelde derde lid wordt een voorhangprocedure voorgeschreven voor de algemene maatregel van bestuur die betrekking heeft het experiment. Hiermee is parlementaire betrokkenheid gewaarborgd. Op grond van het vierde lid wordt het experiment geëvalueerd en neemt de Minister een standpunt in over de voortzetting ervan. Gelet op het uitgangspunt dat afwijking van de wet in lagere regelgeving alleen tijdelijk aangewezen kan worden geacht, is bepaald dat voortzetting niet kan plaatsvinden in de vorm van een experiment. De algemene maatregel van bestuur die de wettelijke basis vormt voor het experiment vervalt binnen drie jaar na inwerkingtreding, tenzij binnen die termijn een wetsvoorstel is ingediend om het experiment om te zetten in een wettelijke regeling. Als dat wetsvoorstel wordt ingetrokken of verworpen, wordt de algemene maatregel van bestuur onverwijld ingetrokken.

Artikelen 10.2.1 tot en met 10.2.5

Deze artikelen komen overeen met de artikelen 65 tot en met 65d van de AWBZ. De wijzigingen zijn redactioneel van aard.

Artikelen 10.3.1 tot en met 10.3.3

Deze artikelen komen overeen met de artikelen 58, 59, 61 en 64 van de AWBZ. De wijzigingen zijn redactioneel van aard.

Artikel 10.4.1

In dit onderdeel worden de Wlz-uitvoerders uitgezonderd van de werkingssfeer van de Kaderwet zelfstandige bestuursorganen (Kaderwet zbo's). De Wlz-uitvoerder heeft, voor zo ver publiekrechtelijke taken worden uitgevoerd, de hoedanigheid van een (privaatrechtelijk) zelfstandig bestuursorgaan, net als de zorgkantoren die de huidige AWBZ uitvoeren. De Kaderwet zbo's is bij inwerkingtreding niet van toepassing geworden op de bestaande zorgkantoren. De NZa vervult als toezichthouder op grond van de Wmg een belangrijke rol bij het toezicht op zorgverzekeraars en Wlz-uitvoerders. Zonder nadere regeling zou op de Wlz-uitvoerder het bepaalde in Hoofdstuk 4, Afdeling 3, van de Kaderwet zbo's van toepassing zijn geworden. Artikel 37 van de Kaderwet bepaalt dat de artikelen 26 tot en met 35 van toepassing zijn indien een zelfstandig bestuursorgaan uitsluitend de opgedragen wettelijke taken en daaruit onmiddellijk voortvloeiende werkzaamheden uitvoert. De genoemde artikelen hebben betrekking op de verantwoordelijkheid van de Minister bij begroting, het beheer en verantwoording, en regelen aangelegenheden als het goedkeuren en vaststellen van de begroting van het zelfstandig bestuursorgaan, de opstelling van het jaarverslag enz. Deze onderwerpen vinden echter al sinds jaar en dag een gelijkwaardig equivalent in regels die zijn gesteld bij of krachtens de AWBZ, de Wmg, de Wet financiering sociale verzekeringen (Wfsv) en het daarop gebaseerde Besluit Wfsv. Die regels worden uitgevoerd door de NZa en het Zorginstituut. Deze sectorspecifieke regels zijn – op vergelijkbare wijze als in de huidige AWBZ – afgestemd op de positie die Wlz-uitvoerders ingevolge dit wetsvoorstel in het zorgstelsel zullen innemen, en met de uitvoering ervan is ruime ervaring opgedaan.

Tegen die achtergrond is het ongewenst om de uitvoeringspraktijk en de verantwoordelijkheidstoedeling in dit opzicht te wijzigen, door er het regime van de Kaderwet zbo's voor in de plaats te stellen. Het voorgestelde artikel impliceert dat de bestaande sectorspecifieke wetgeving van toepassing blijft, in plaats van het bepaalde in de artikelen 26 tot en met 35 van de Kaderwet zbo's. In materieel opzicht is de sectorspecifieke wetgeving gelijkwaardig aan het regime van de Kaderwet zbo's.

HOOFDSTUK 11

De artikelen 11.1 tot en met 11.6 komen overeen met de artikelen 68, 68a, 71, 73, 74 en 76 van de AWBZ. Deze artikelen zijn alleen technisch aangepast.

HOOFDSTUK 12

Veel van de in dit hoofdstuk voorgestelde wijzigingen strekken ertoe om in andere wetten verwijzingen naar de AWBZ, respectievelijk de zorgverzekeraar, te vervangen door een verwijzing naar de Wet langdurige zorg, respectievelijk de Wlz-uitvoerder.

Hierna zal bij de voorgestelde wijzigingen alleen een toelichting worden gegeven bij voorstellen die niet louter technisch van aard zijn, dan wel voor een goed begrip nadere toelichting vereisen.

Artikel 12.1 (Wet gebruik burgerservicenummer in de zorg)

Onderdeel A

In onderdeel A, is bij de definitie van Wlz-uitvoerder aangesloten bij het begrip, zoals omschreven in de Wet langdurige zorg.

Onderdeel c van artikel 1 is aangepast om te bewerkstelligen dat onder de zorgaanbieder in de Wet gebruik burgerservicenummer in de zorg zowel wordt verstaan de zorgaanbieder in de zin van de wet langdurige zorg (een instelling of een al dan niet professionele zorgverlener). Hierdoor wordt het mogelijk om ook bij de betaling van zorg die is verleend door niet professionals het bsn te gebruiken, op grond van artikel 3 van de Wet gebruik burgerservicenummer in de zorg. Aan deze mogelijkheid bestaat in de praktijk behoefte ten behoeve van het declaratieverkeer.

Onderdeel d van artikel 1 van de Wet gebruik burgerservicenummer in de zorg bevat verwijzingen naar het CIZ en het Bureau jeugdzorg. Het onderdeel wordt gewijzigd door een verwijzing naar het CIZ, genoemd in genoemd in artikel 7.1.1 van de Wet langdurige zorg. Hoewel hiermee wordt aangegeven dat het CIZ het enige indicatieorgaan in de zin van de Wet gebruik burgerservicenummer in de zorg is, wordt in de rest van de wet de meervoudsvorm "indicatieorganen" gehandhaafd. Het gaat daarbij onder andere om de bepalingen met betrekking tot het register van indicatieorganen. Dit heeft het voordeel, dat in het geval dat een indicatieorgaan zou worden toegevoegd aan onderdeel d, de wet op andere punten niet opnieuw hoeft te worden aangepast.

Artikel 12.2 (Wet marktordening gezondheidszorg)

De wijzigingen in dit artikel hebben een technisch karakter en brengen de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) op een tweetal punten in overeenstemming met de Wet langdurige zorg.

Ten eerste wordt in de Wmg het begrip AWBZ-verzekeraar steeds vervangen door Wlz-uitvoerder.

Ten tweede wordt het in de Wmg op tal van plaatsen gehanteerde begrip "rechtspersoon, bedoeld in artikel 40 van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten" geschrapt. De Wmg verwijst thans nog op diverse plaatsen naar rechtspersonen, bedoeld in artikel 40 van de AWBZ. Dat artikel vormt de grondslag voor het Administratiebesluit Bijzondere Ziektekostenverzekering, waarin de verbindingkantoren geregeld zijn. Door het vervallen van de AWBZ en het niet 'terugkeren' van dit artikel in het wetsvoorstel, behoeft de Wmg niet langer rekening te houden met uitvoering door verbindingkantoren en het toezicht daarop.

Onderdeel A, onder 2

Er zij op gewezen door de verwijzing in artikel 1, eerste lid, onderdeel e, van de Wmg naar het voorgestelde artikel 1.1.1 van de Wet langdurige zorg, onder de Wlz-uitvoerder tevens wordt begrepen de Wlz-uitvoerder die door de Minister ingevolge artikel 4.2.1, tweede lid, kan worden aangewezen.

Onderdeel B

In artikel 16, onderdeel d, worden verwijzingen naar de AWBZ-verzekeraars en de verbindings/zorgkantoren gewijzigd. De verwijzing naar de AWBZ-verzekeraars wordt vervangen door een verwijzing naar de Wlz-uitvoerders. De verwijzing naar de verbindings/zorgkantoren, bedoeld in artikel 40 van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, kan komen te vervallen.

Onderdeel G, onder 2

Onderdeel b van artikel 31 Wmg verwijst naar het accountantsverslag, bedoeld in artikel 36 van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten. Artikel 4.3.1 van de Wet langdurige zorg komt materieel overeen met artikel 36 van de AWBZ.

Onderdeel H

De NZa houdt toezicht op de naleving van de Wet langdurige zorg door Wlz-uitvoerders. De naleving van artikel 4.1.1 maakt daarvan uiteraard onverkort deel uit. Artikel 78 Wmg maakt het mogelijk dat de NZa een aanwijzing geeft aan een Wlz-uitvoerder die niet voldoet aan het bepaalde bij of krachtens de Wet langdurige zorg. Bij niet naleving van de aanwijzing beschikt de NZa over verdergaande handhavingsmogelijkheden (artikelen 80 en 84 Wmg), waaronder het opleggen van een last onder dwangsom. Op grond van het voorgestelde artikel 31a van de Wmg zullen bij algemene maatregel van bestuur regels worden gesteld over de wijze waarop de betrouwbaarheid van de betrokken personen wordt vastgesteld. Het ligt in de bedoeling de in deze algemene maatregel van bestuur op te nemen regels te enten op het bepaalde

in Hoofdstuk 2 van het Besluit prudentiële regels Wft. Aldus wordt bereikt dat in dit opzicht voor zorgverzekeraar en Wlz-uitvoerders dezelfde eisen gelden.

Onderdeel L

In de budgettaire beheersing van de AWBZ is een cruciale rol weggelegd voor de landelijke en regionale contracteerruimten. Voor de AWBZ stelt de Minister van VWS jaarlijks de contracteerruimte vast in een Aanwijzing contracteerruimte. De grondslag voor die aanwijzingen aan de NZa is gelegen in artikel 7 van de Wmg. De rolverdeling tussen de NZa en VWS met betrekking tot de vaststelling en verdeling van de contracteerruimte is heroverwogen en heeft tot de conclusie geleid dat het wenselijk is de Minister van VWS zelf de contracteerruimte vast te laten stellen. Dit bevordert de budgettaire beheersing en het inzicht in zorguitgavenkaders. Het eerste lid van het voorgestelde artikel 49a Wmg bepaalt daarom dat de Minister van VWS jaarlijks een contracteerruimte vaststelt voor de op grond van de Wlz verzekerde zorg in natura alsmede voor de verlening van persoonsgebonden budgetten.

Op grond van het tweede lid verdeelt de NZa de door de minister vastgestelde contracteerruimte over regio's of over Wlz-uitvoerders. In het geval van een verdeling over regio's betreft het een bedrag dat beschikbaar is voor het contracteren van de in een aangewezen gebied gevestigde zorgaanbieders en het verlenen van persoonsgebonden budgetten aan in dat gebied woonachtige verzekerden. Bij een verdeling over Wlz-uitvoerders zal het gaan om een bedrag dat de betrokken uitvoerder kan bestemmen voor het contracteren van zorgaanbieders in Nederland en voor het verlenen van persoonsgebonden budgetten aan bij hem ingeschreven verzekerden.

De zorgautoriteit gebruikt het deel van het toepasselijke beschikbare bedrag dat bestemd is voor het contracteren van zorgaanbieders voor de vaststelling van de productieafspraken tussen een zorgaanbieder en Wlz-uitvoerders. Die vastgestelde productieafspraken en de door de zorgaanbieder daadwerkelijk gerealiseerde productie vormen twee belangrijke grootheden voor de vaststelling door de zorgautoriteit van de aanvaardbare kosten van een zorgaanbieder voor dat kalenderjaar. De zorgautoriteit stelt na afloop van het kalenderjaar een sluittarief dan wel een vereffeningbedrag voor de zorgaanbieder vast om de opbrengsten van die aanbieder te doen aansluiten bij zijn aanvaardbare kosten. Een zorgaanbieder kan een voor hem vastgesteld sluittarief in aanvulling op de overeengekomen tarieven voor geleverde zorg declareren. De zorgaanbieder moet een jegens hem te declareren vereffeningbedrag op vordering van de betrokken Wlz-uitvoerder aan die uitvoerder betalen.

De zorgautoriteit beschikt over de bevoegdheden om een sluittarief en een vereffeningbedrag vast te stellen op grond van artikel 50, eerste lid, respectievelijk artikel 56b van de Wmg. De zorgautoriteit moet betrekking tot de uitoefening van die bevoegdheden ingevolge artikel 57, eerste lid, van de Wmg, beleidsregels vaststellen.

In eerste instantie zal de verdeling over de regio's plaatsvinden. Mocht er later sprake zijn van een situatie waarin, vooruitlopend op de eventuele overheveling van zorg naar de Zvw, de Wlz-uitvoerders de administratie en controle van de deze zorg ieder voor hun eigen verzekerden opgedragen krijgen, dan zal het bijbehorende budget op grond van het tweede lid over de Wlz-uitvoerders in plaats van over regio's kunnen worden verdeeld.

Onderdeel N

Onderdeel d van artikel 58, vierde lid, kan vervallen, omdat het onderdeel verwijst naar de contracteerplichten van de artikelen 16b, eerste lid, en 16c, eerste lid, van de AWBZ welke zijn komen te vervallen. Overigens was de contracteerplicht vanaf 1 januari 2012 reeds afgeschaft met een wijziging van artikel 21 van het Besluit zorgaanspraken AWBZ (Staatsblad 2011, nr. 665). Bij dat besluit is aangekondigd dat bij een volgende gelegenheid de AWBZ daarop zou worden aangepast. In de Wlz komen de contracteerplichten dan ook niet terug. De verwijzingen naar artikel 12, tweede en derde lid, in onderdeel d van artikel 58, vierde lid, zijn opgenomen in onderdeel c.

Onderdeel P, onder 1, en Q

De artikelen 76 en 82 van de Wmg hebben betrekking op de bevoegdheid van de zorgautoriteit om een aanwijzing te geven, onderscheidenlijk een last onder bestuursdwang dan wel een last onder dwangsom op te leggen. Het is wenselijk dat de in deze artikelen geregelde instrumenten tevens kunnen worden ingezet ter handhaving van regels die door de zorgautoriteit zijn gesteld met betrekking tot de controle door zorgverzekeraars en verantwoordingsdocumenten (artikel 31 Wmg). Om die reden is artikel 31 opgenomen in de artikelen 76 en 82.

Onderdeel R

Voor een toelichting op dit onderdeel wordt verwezen naar de toelichting op artikel 4.2.1, vierde lid. Overigens voorziet het wetsvoorstel tot wijzigingen van de Wmg en enkele andere wetten in verband met verbetering van toezicht, opsporing, naleving en handhaving (Kamerstukken II, P.M.), dat naar verwachting voor de Wlz in werking zal treden, in toevoeging van een derde lid aan artikel 79, zodat voorliggend wetsvoorstel een vierde lid aan dat artikel toevoegt.

Artikel 12.3 (Zorgverzekeringswet)

Onderdeel A

In artikel 1 van de Zvw is de in het wetsvoorstel langdurige zorg voorgestelde definitie van een Wlz-uitvoerder opgenomen op de plaats van het uitgewerkte onderdeel s.

In onderdeel w is de verwijzing naar het VAK aangepast. In de Wlz wordt het CAK genoemd in artikel 6.1.1, eerste lid.

Onderdelen D en E

Deze onderdelen B en C zijn toegelicht bij de artikelen 4.1.1 en 4.1.2.

Onderdeel I

De eerste in dit onderdeel voorgestelde wijziging van artikel 89, eerste lid, voorziet erin dat ook Wlz-uitvoerders verplicht zijn de zorgverzekeraars informatie te verschaffen indien dat noodzakelijk is voor de uitvoering van de zorgverzekering of van de Zvw.

Voor de tweede wijziging wordt verwezen naar de toelichting bij artikel 9.1.5, eerste lid.

Onderdeel J

Bij het opstellen van artikel 9.1.9, dat inhoudelijk gelijk is aan artikel 57b Zvw, is geconstateerd dat de verwijzing, in het zesde lid, naar artikel 91, elfde tot en met veertiende lid, van de Comptabiliteitswet 2001 inmiddels onjuist is, aangezien inmiddels bij wet van 21 juli 2007 (derde wijziging van de Comptabiliteitswet 2001; Stb. 2007, 294) in artikel 91 van die wet onder vernummering van de latere artikelleden een nieuw zesde lid is ingevoegd. In het nieuwe artikel 9.1.9 wordt nu verwezen naar artikel 91, twaalfde tot en met vijftiende lid, van de Comptabiliteitswet 2001. Voorliggende wijziging strekt ertoe een soortgelijke verwijzingsfout ook in de Zvw te herstellen.

Artikel 12.4 (Jeugdwet)

Onderdeel B

Het college kan een voorziening weigeren indien de cliënt aanspraak heeft op verblijf in een instelling op grond van de Wet langdurige zorg, dan wel er gegronde redenen zijn om aan te nemen dat de cliënt daarop aanspraak kan doen gelden en weigert mee te werken aan het verkrijgen van een besluit dienaangaande.

Artikel 12.7a(Wet maatschappelijke ondersteuning 2015)

Dit artikel bevat enkel technische wijzigingen die verband houden met verwijzingen naar de in te trekken Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten en het CAK.

Artikel 12.1, onderdeel A, subonderdeel 3, artikel 12.8a (Wet publieke gezondheid), artikel 12.8b (Geneesmiddelenwet), en artikel 13.6.1, tweede lid

Deze voorgestelde wijzigingen betreffen de in het Besluit zorgaanspraken AWBZ geregelde aanspraken op een neonatale hielprik (artikel 17 van dat besluit) en de vaccinaties uit het (Rijks)vaccinatieprogramma (artikel 18 van dat besluit). Beide aanspraken worden omgezet in een onder verantwoordelijkheid van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport uit te brengen aanbod ter zake. Dit wordt geregeld in een nieuw artikel 4a in de Wet publieke gezondheid. De AWBZ geldt niet voor de openbare lichamen Bonaire, Sint Eustatius en Saba. Ook artikel 4a zondert de eilanden uit van toepassing. Op grond van artikel 68d van de Wet publieke gezondheid hebben de bestuurscolleges al een plicht om een vergelijkbaar vaccinatieprogramma aan te bieden aan de bevolking.

In verband met bovengenoemde wijziging is het tevens noodzakelijk om artikel 90 van de Geneesmiddelenwet aan te passen en daarin te verwijzen naar het (Rijks)vaccinatieprogramma, bedoeld in artikel 4a van de Wet publieke gezondheid. Tevens is artikel 1 van de Wet gebruik burgerservicenummer in de zorg aangepast opdat de zorg, bedoeld in artikel 4a van de Wet publieke gezondheid, hierin tot uitdrukking komt, in plaats van de nu geldende verwijzing naar de AWBZ.

De voorgestelde regeling ter zake heeft een tijdelijk karakter (tot 1 januari 2018) ter overbrugging naar een voor te stellen permanente regeling. Hieraan wordt op dit moment gewerkt, maar het is nog niet precies duidelijk hoe deze er uit zal zien.

Artikel 12.11 (Wet op het financieel toezicht)

De Wlz-uitvoerder is geen schadeverzekeraar als bedoeld in de Europese Verzekeringsrichtlijn (paragraaf 5.5 van het algemeen deel van de toelichting). Om die reden is de Wft niet van toepassing op de Wlz-uitvoerder. Door de Wlz-uitvoerder toe te voegen aan de in artikel 1:6 van de Wft genoemde organisaties waarop de Wft niet van toepassing is, is dit expliciet bepaald. Ten aanzien van organisaties als de Sociale Verzekeringsbank, het UWV en de ziekenfondsen van weleer, is dit reeds in artikel 1.6 van de Wft bepaald.

Artikel 12.16 (Wet toezicht accountantsorganisaties)

In artikel 1, eerste lid, onderdeel p, van de Wet toezicht accountantsorganisaties wordt aangegeven wat in het kader van die wet onder het begrip "wettelijke controle" wordt verstaan. In de bijlage bij die bepaling wordt verwezen naar de controle van een financiële verantwoording die verplicht is gesteld op grond van de AWBZ. Met dit artikel wordt de verwijzing naar de bepalingen van de AWBZ aangepast zodat verwezen wordt naar de relevante bepalingen uit de Wet langdurige zorg. Het gaat om de artikelen 4.2.1, tweede lid, en 5.2.2, derde lid, van de Wet langdurige zorg, welke bepaling voor zover relevant materieel gelijk zijn aan de artikelen 36, tweede lid, en 45, derde lid, van de AWBZ.

Artikel 12.17 (Wet financiering sociale verzekeringen)

Onderdelen A, B, C, E, F, I, L, N en O

In artikel 2, onderdeel a, van de Wfsv worden de volksverzekeringen aangewezen. Met de wijziging in onderdeel B van dit artikel wordt de Wet langdurige zorg als volksverzekering aangewezen in plaats van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten. In onderdeel A wordt de naam van het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten met het oog hierop omgezet in het Fonds langdurige zorg. Met onderdeel C wordt aangegeven dat, voor de toepassing van hoofdstuk 1 en afdeling 2 van hoofdstuk 7 van de Wfsv, onder de verzekering langdurige zorg wordt verstaan de verzekering, bedoeld in hoofdstuk 3 van de Wet langdurige zorg. Ook in de artikelen 11, 12, 61, 90, 123 en 124 van de Wet financiering sociale verzekeringen wordt de term

“Algemene verzekering bijzondere zorg vervangen door de term verzekering langdurige zorg” (onderdelen E, F, I, L, N en O).

Onderdeel D

In de Wet langdurige zorg wordt geen mogelijkheid opgenomen om een nominale premie te innen, zoals dat nog mogelijk is op grond van artikel 17 van de AWBZ. Nu dat artikel vervalt en ook materieel niet terugkomt in de Wet langdurige zorg, kan artikel 5 van de Wet financiering sociale verzekeringen komen te vervallen (onderdeel D).

Onderdeel L

onder 2, onder c

In artikel 90 van de Wet financiering sociale verzekeringen wordt bepaald dat eigen bijdrage die verschuldigd is op grond van de Wet langdurige zorg (artikel 3.1.8) ten gunste komt van het Fonds langdurige zorg. Het gaat zowel om de eigen bijdrage bij zorg in natura als om de eigen bijdrage die verschuldigd is bij het verzilveren van de aanspraak door middel van een persoonsgebonden budget. De regering heeft het voornemen om de eigen bijdrage bij het pgb, net als bij zorg in natura, te laten vaststellen en innen door het CAK. Op dit moment wordt deze taak nog verricht door de zorgkantoren, die de vastgestelde eigen bijdrage in mindering brengen op het bruto pgb en vervolgens het netto pgb uitkeren. De vaststelling en inning door het CAK leidt ertoe dat de aangewezen Wlz-uitvoerder de eigen bijdrage niet in mindering brengt op het trekkingsrecht; het CAK int de eigen bijdrage die vervolgens in het fonds vloeit.

onder 2, onder f

Op grond van de Wet langdurige zorg zal het persoonsgebonden budget als subsidie blijven bestaan. In artikel 90, tweede lid, onderdeel f, kan de verwijzing naar het persoonsgebonden budget echter vervallen, omdat het persoonsgebonden budget onder artikel 90, tweede lid, onderdeel a, van de Wfsv valt. Ook de kosten van het persoonsgebonden budget worden immers gemaakt ten behoeve van de uitvoering van de Wet langdurige zorg en vallen onder de omschrijving van onderdeel a.

Onderdeel f wordt geschrapt, waardoor de uitgaven ten behoeve van subsidies verstrekt voor zwangerschapsafbrekingen in de zin van de Wet afbreking zwangerschap niet langer ten laste van het fonds kunnen komen. Voortaan komen deze kosten ten laste van de begroting. In verband hiermee is ook het vierde lid van artikel 90 geschrapt.

Onderdeel M

Artikel 90, derde lid, van de Wfsv bepaalt dat uit het Fonds langdurige zorg middelen kunnen worden gebruikt voor het vormen en in stand houden van een reserve. Aan artikel 91, eerste lid, wordt een volzin toegevoegd op grond waarvan bij algemene maatregel van bestuur kan worden bepaald dat Wlz-uitvoerders een reserve kunnen vormen, waarmee rekening wordt gehouden bij de vaststelling van de jaarlijkse uitkering. Hierdoor krijgen Wlz-uitvoerders

een prikkel om de wet doelmatig uit te voeren. Bij de bedoelde maatregel zullen regels worden gesteld over de bestemming van de reserve, de (maximale) omvang ervan, en de voorwaarden waaronder de reserve mag worden aangehouden. Uitgangspunt is dat de gevormde reserve moet worden ingezet voor de uitvoering van de Wet langdurige zorg.

**Artikel 12.18 (Wet structuur uitvoeringsorganisatie werk en inkomen)
Onderdeel B, onder 2, en C**

Artikel 34, vierde lid, wordt zo aangepast dat de Wlz-uitvoerder nadrukkelijk wordt genoemd. Hiermee kan ook de Wlz-uitvoerder de Sociale verzekeringsbank kan verzoeken om informatie over de verzekeringsstatus van de verzekerde te verstrekken voor zover deze informatie noodzakelijk is voor de uitvoering van de Wet langdurige zorg. Het gaat hier om een technische wijziging omdat onder de AWBZ de verzekeraar dezelfde positie heeft. Ook in artikel 54 wordt de Wlz-uitvoerder als zodanig ingevoegd (onderdeel C).

Artikel 12.25 (Ziektewet)

Artikel 29f, eerste lid, van de Ziektewet bevat een verwijzing naar het persoonsgebonden budget op grond van de AWBZ en de Wmo. De verwijzing naar het persoonsgebonden budget op grond van de AWBZ is gewijzigd.

**Artikel 12.35 (Algemene wet bestuursrecht)
Onderdelen A tot en met D**

In de artikelen 2 en 9 van bijlage 2 en artikel 2 van bijlage 3 bij de Awb wordt de Wet langdurige zorg in plaats van de AWBZ opgenomen in de opsomming. Materieel brengt dit geen wijziging in de thans bestaande situatie. De besluiten van de Minister van VWS op grond van hoofdstuk 8, paragraaf 2, worden echter uitgezonderd in de artikelen 2 en 9 van bijlage 2. Dit houdt verband met de concentratie van die zaken bij de rechtbank Rotterdam (zie hoofdstuk 13 van het algemeen deel van deze toelichting). In artikel 7 van bijlage 2 bij de Awb (Bevoegdheidsregeling bestuursrechtspraak) wordt geregeld dat tegen een besluit, genomen op grond van een in dat artikel genoemd voorschrift of anderszins in dat artikel omschreven, beroep kan worden ingesteld bij de rechtbank Rotterdam. Met onderdeel B wordt paragraaf 2 van hoofdstuk 8 van de Wet langdurige zorg in de alfabetische rangschikking opgenomen. De rechtbank Rotterdam wordt hiermee bevoegd kennis te nemen van beroepen tegen besluiten op grond van die paragraaf.

Artikel 12.38 (Ambtenarenwet)

Artikel 2 van de Ambtenarenwet geeft aan op wie titel III van die wet niet van toepassing is. Dat artikel is technisch gewijzigd zodat naar de juiste grondslag van het publiekrechtelijk zbo het CAK wordt verwezen. Bovendien worden de voorzitter en de leden van het CIZ aan het artikel toegevoegd, zodat titel III van de Ambtenarenwet ook op hen niet van toepassing is.

Het personeel van het CIZ blijft op grond van artikel 13.1.1, tweede lid, in dienst van het CIZ op arbeidsovereenkomst naar burgerlijk recht. Hiermee

verkeert het personeel in dit opzicht in dezelfde positie als het personeel van het CAK.

Artikel 12.40 (Wet normering bezoldiging topfunctionarissen publieke en semipublieke sector)

Dit betreft een technische wijziging. Artikel 33 van de AWBZ wordt vervangen door artikel 4.1.1 van de Wet langdurige zorg (aankomen als uitvoerder van die wetten).

HOOFDSTUK 13

Artikel 13.1.1

In artikel 13.1.1 wordt bepaald dat er een overgang van personeel van de Stichting CIZ naar de zbo CIZ plaatsvindt. Het personeel van het publiekrechtelijk zelfstandig bestuursorgaan CIZ vallen, in afwijking van artikel 15 van de Kaderwet niet als rijksambtenaren onder ARAR/BBRA. Het personeel van het CIZ zal hun privaatrechterlijke arbeidsovereenkomst behouden en geen ambtenarenstatus krijgen. Deze afwijking van het de Kaderwet is eerder ook al toegepast op het CAK, de UWV, en de SVB. De bepalingen van titel 10 van Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek betreffende de arbeidsovereenkomst zijn op de overeenkomst van toepassing. Het derde lid van artikel 13.1.1 bepaalt dat de overgang van de in het eerste lid bedoelde personeelsleden plaatsvindt met een rechtspositie die als geheel ten minste gelijkwaardig is aan die welke voor elk van hen gold bij de stichting Centrum indicatiestelling zorg.

Artikel 13.1.2

Dit artikel bepaalt dat er een rechtsovergang onder algemene titel om niet plaatsvindt van de vermogensbestanddelen van de stichting CIZ naar de zbo CIZ, zonder dat een besluit, akte of mededeling is vereist. Dit voorkomt dat er aparte overeenkomsten moeten worden gesloten tussen de stichting, het zbo CIZ en de Minister van VWS over de overname van vermogensbestanddelen. Omdat de overname onder algemene titel plaatsvindt zet de zbo CIZ de volledige rechtspositie van de stichting CIZ voort. Ook de verplichtingen van de stichting gaan mee over. Bij de overgang van vermogensbestanddelen van de stichting CIZ naar de zbo CIZ blijft heffing van overdrachtsbelasting achterwege, aldus het tweede lid.

Artikel 13.1.3

Archiefbescheiden met betrekking tot zaken die bij de instelling van het zbo CIZ nog niet zijn afgedaan door de stichting CIZ, worden overgedragen aan het zbo CIZ om die zaken af te doen. De overdracht van de archiefbescheiden maakt het voor het zbo CIZ bovendien mogelijk om historisch onderzoek te doen betreffende zaken die bij de instelling van het zbo CIZ al zijn afgedaan.

Artikel 13.1.4

In dit artikel wordt bepaald dat de, op het moment van instelling van het zbo CIZ lopende wettelijke procedures en rechtsgedingen, respectievelijk de onderzoeken door de Nationale ombudsman die lopen bij de stichting CIZ, worden afgehandeld door het zbo CIZ.

Artikel 13.1.5

Dit artikel bepaald dat de rechtspersoonlijkheid van het CIZ vier jaar na inwerkingtreding van deze wet vervalt. Zie ook hoofdstuk 5, paragraaf 6, van deze toelichting. Het zevende lid kan daarmee ook vervallen.

Artikelen 13.2.1 tot en met 13.2.3

Het voorstel van wet houdende afschaffing van de algemene tegemoetkoming voor chronisch zieken en gehandicapten, de compensatie voor het verplicht eigen risico, de fiscale aftrek van uitgaven voor specifieke zorgkosten en de tegemoetkoming specifieke zorgkosten en wijziging van de grondslag van de tegemoetkoming voor arbeidsongeschikten (Kamerstukken **PM**) voorziet, voor zover hier van belang, in aanpassing van de taken die het CAK heeft bij de uitvoering van de AWBZ (artikel III van genoemd wetsvoorstel) door wijziging van de AWBZ. Omdat de AWBZ bij de inwerkingtreding van de Wet langdurige zorg wordt ingetrokken, moet worden voorzien in een 'vertaling' van de beoogde wijzigingen in de AWBZ in de nieuwe wet. Indien, zoals beoogd, de Wet langdurige zorg in werking treedt op 1 januari 2015, hebben de wijzigingen van de AWBZ immers geen effect meer.

De wijzigingen behelzen het vervallen van de volgende taken van het CAK:

1. het vaststellen van het recht op tegemoetkomingen ingevolge artikel 11a van de Zorgverzekeringswet (GGZ-zorg) en het verstrekken ervan (artikel 49, onderdeel d AWBZ);
2. het vaststellen van het recht op uitkeringen ingevolge artikel 118a, eerste lid, van de Zorgverzekeringswet (compensatie eigen risico) en het verstrekken ervan (artikel 49, onderdeel e AWBZ) voor kalenderjaren die aanvangen na 31 december 2013;
3. het vaststellen van het recht op tegemoetkomingen ingevolge de Wtcg en het verstrekken van die tegemoetkomingen (artikel 49, onderdeel c AWBZ) die betrekking hebben op kalenderjaren die voorafgaan aan 2014;
4. het vaststellen en verstrekken van bedragen als bedoeld in artikel 90, tweede lid, onderdeel f, van de Wfsv (artikel 49, onderdeel b AWBZ).

Het genoemde wetsvoorstel regelt in artikel XVI het tijdstip van inwerkingtreding van deze wijzigingen. Het recht op de tegemoetkoming onder 1 wordt met ingang van 1 januari 2014 uit de Zvw geschrapt. Het recht op de uitkering onder 2 wordt met ingang van 1 januari 2015 uit de Zvw geschrapt. Om die reden zijn in artikel 6.1.2 van het wetsvoorstel langdurige zorg, dat de taken van het CAK regelt (en dus vergelijkbaar is met het huidige artikel 49 van de AWBZ) en niet in werking zal treden voor 1 januari 2015, de onder 1 en 2 genoemde taken niet langer opgenomen. Dat geldt ook voor de onder 4 bedoelde taak, aangezien onderdeel f van artikel 90, tweede lid, van de Wfsv op 1 januari 2015 komt te vervallen.

De onder 3 genoemde taak komt te vervallen omdat de Wtcg op 1 januari 2016 wordt ingetrokken. Omdat het CAK in het jaar 2015 nog werk zal hebben aan de uitvoering van de Wtcg, kan die taak niet eerder dan 1 januari 2016 geschrapt worden. Om die reden voorziet artikel 13.2.1 erin dat de Wet langdurige zorg met ingang van 1 januari 2016 wordt gewijzigd. Vanaf de intrekking van de Wtcg op 1 januari 2016 worden de taken van het CAK die aan de Wtcg gerelateerd zijn, geschrapt. Artikel 13.2.2 wordt voorgesteld voor het geval de Wet langdurige zorg op 1 januari 2016 of op een later tijdstip in werking zou treden, in welk geval artikel 13.2.1 geen toepassing kan vinden.

Artikel 13.2.3 geeft een aanvulling op de regeling in artikel 6.2.1 van het wetsvoorstel langdurige intramurale zorg. Het vierde lid van dat artikel regelt onder meer dat de jaarrekening van het CAK betrekking moet hebben op de Wtcg-tegemoetkomingen. Dit element van het vierde lid komt op grond van artikel 13.2.1 op 1 januari 2016 te vervallen. Niettemin is het wel noodzakelijk dat de in 2016 in te dienen jaarrekening (over de voorafgaande periode) over de uitvoering van de Wtcg een verantwoording bevat. Dit wordt in artikel 13.2.3 bepaald. Omdat dit artikel alleen betekenis heeft voor het jaar 2016 is ervan afgezien om de regeling als zesde lid aan artikel 6.2.1 toe te voegen.

Artikel 13.3.1

In artikel 1, onderdeel c van de AWBZ is bepaald dat die wet wordt uitgevoerd door een zorgverzekeraar als bedoeld in de Zvw, die zich overeenkomstig artikel 33 van de AWBZ heeft aangemeld voor de uitvoering van de AWBZ. Zorgverzekeraars dienen op grond van de Wft te beschikken over een vergunning voor de uitvoering van het schadeverzekeringsbedrijf. De zorgverzekeraar die de AWBZ wenst uit te voeren, is op grond van artikel 33 van de AWBZ verplicht zich daartoe bij de NZa aan te melden. Voor deze melding golden geen nadere eisen.

Met dit wetsvoorstel wordt de uitvoering niet langer opgedragen aan de zorgverzekeraar, maar aan de Wlz-uitvoerder. Dat is een van de zorgverzekeraar te onderscheiden rechtspersoon. De Wlz-uitvoerder die de Wlz wil uitvoeren heeft niet de hoedanigheid van zorgverzekeraar. Hij beschikt niet over een Wft-vergunning, en behoeft daarover ook niet te beschikken, omdat de Wft niet op de Wlz-uitvoerder van toepassing is.

In verband hiermee voorziet het wetsvoorstel in het vierde, vijfde en zesde lid van artikel 4.1.1 in regels waaraan bij de melding moet worden voldaan. Dat betekent dat bij de inwerkingtreding van dit wetsvoorstel de Wlz-uitvoerder moet voldoen aan eisen waaraan de zorgverzekeraars in hun hoedanigheid van uitvoerder van de AWBZ thans nog niet behoeven te voldoen.

Omdat met de voldoening aan deze eisen door de Wlz-uitvoerder en de toetsing door de NZa enige tijd gemoeid kan zijn, bepaalt dit artikel dat de NZa het een Wlz-uitvoerder die deel uitmaakt van een verzekeraarsconcern waarin voor de inwerkingtreding van deze wet de AWBZ werd uitgevoerd, op diens verzoek kan toestaan de Wlz gedurende maximaal een jaar uit te voeren zonder dat zij heeft vastgesteld dat de Wlz-uitvoerder voldoende is voorbereid

op de uitvoering van de Wlz of dat de personen die het beleid bij die uitvoerder bepalen deskundig en betrouwbaar zijn. Dit laat uiteraard onverlet dat de Wlz-uitvoerder voldoende voorbereid moet zijn en dat de beleidsbepalers betrouwbaar en deskundig dienen te zijn; slechts de vaststelling, door de NZa, dat dat zo is mag maximaal een jaar worden uitgesteld, zodat de Wlz-uitvoerder ook een aantal maanden extra heeft om bij de NZa informatie aan te leveren op grond waarvan zij deze vaststelling kan verrichten.

Artikel 13.3.2

Dit artikel regelt het overgangsrecht in verband met:

1. het toepasselijke recht (tweede lid);
2. de overgang van de uitvoering van de AWBZ van zorgverzekeraars naar uitvoering van de Wlz door Wlz-uitvoerders (derde lid);
3. de overgang van de administratie en/of controle, al dan niet beide, waarvan de uitvoering bij of krachtens artikel 40 van de AWBZ was opgedragen aan verbindingkantoren, naar de door de Minister ingevolge artikel 4.2.1 aangewezen Wlz-uitvoerders (dezorgkantoren);
4. de overgang van de uitvoering van de regels ten aanzien van het pgb, die krachtens artikel 44 AWBZ aan de zorgkantoren was opgedragen, naar de Wlz-uitvoerders (vijfde lid)
5. het afwikkelen van lopende aanvragen en het bepalen welke rechtspersonen verantwoordelijk worden voor onder de AWBZ genomen besluiten (zesde lid), voeren van lopende wettelijke procedures en rechtsgedingen (zevende lid), en lopende onderzoeken van de Nationale ombudsman (tiende lid), en archieven (elfde lid);
6. de overgang van de administratie en/of controle indien voor die taken op grond van artikel 4.2.1, tweede lid, een andere Wlz-uitvoerder wordt aangewezen dan eerder is aangewezen (achtste lid).
7. de overgang van de administratie en/of controle naar Wlz-uitvoerders bij het vervallen van de aanwijzing als bedoeld in artikel 4.2.1, tweede lid (negende lid).

Eerste lid

Het eerste lid definieert het begrip zorgverzekeraar voor de toepassing van dit overgangsartikel. Hierdoor behoeft dit begrip in de volgende leden niet steeds uitgeschreven te worden, en wordt de leesbaarheid van dit artikel vergroot. De zorgverzekeraar is de rechtspersoon die zich op grond van artikel 33, eerste lid, van de AWBZ had gemeld voor de uitvoering van die wet. In het onderhavige wetsvoorstel heeft het begrip zorgverzekeraar een andere betekenis. Omdat het overgangsrecht ziet op de zorgverzekeraar als uitvoerder van de AWBZ in de 'oude' situatie, heeft het begrip zorgverzekeraar in dit artikel dezelfde betekenis die het in de AWBZ heeft.

Tweede lid

In dit lid wordt geregeld dat de bij of krachtens de AWBZ gestelde regels die op zorgverzekeraars en zorgkantoren van toepassing waren voor het tijdstip

waarop de AWBZ wordt ingetrokken, ook na dat tijdstip van toepassing blijven op de afwikkeling van de taken die zij voor dat tijdstip verrichtten. De voorgestelde regeling strekt er aldus bijvoorbeeld toe dat de rechten en verplichtingen die uit het Administratiebesluit Bijzondere Ziektekostenverzekering voortvloeiden voor zorgkantoren, ook na het vervallen van dat besluit van toepassing blijven ter zake van de afwikkeling. Hetzelfde geldt voor de rechten en verplichtingen die uit anderen hoofde (bijvoorbeeld krachtens artikel 44 van de AWBZ) op de zorgkantoren rustten. Op welke partij die rechten en verplichtingen vervolgens overgaan, wordt geregeld in de volgende leden.

Derde lid

Dit wetsvoorstel draagt de uitvoering van de AWBZ op aan Wlz-uitvoerders, waar de huidige AWBZ de zorgverzekeraars met deze taak belast. Daarom wordt in dit lid geregeld dat de rechten en verplichtingen van de zorgverzekeraars van rechtswege overgaan op de Wlz-uitvoerders. Bij deze overgang gaat het alleen om de rechten en verplichtingen van de zorgverzekeraar als uitvoerder van de AWBZ. Dat volgt uit de definitie van zorgverzekeraar in het eerste lid. Een en ander laat overigens onverlet, dat de Wlz-uitvoerders die in een regio niet op grond van artikel 4.2.1, tweede lid zijn aangewezen als Wlz-uitvoerder die in die regio de administratie en/of controle verricht, ook de hier bedoelde werkzaamheden kunnen uitbesteden aan de aangewezen Wlz-uitvoerder (het zorgkantoor) in die regio.

Vierde lid

In dit lid wordt geregeld dat de rechten en verplichtingen van verbindingskantoren, voortvloeiende uit artikel 40 AWBZ (administratie en/of controle) overgaan op de Wlz-uitvoerders die krachtens artikel 4.2.1, tweede lid, voor de administratie en/of controle zullen worden aangewezen. Deze taak verricht het verbindingskantoor thans op grond van het Administratiebesluit. Het verbindingskantoor heeft op grond van artikel 8 van dat besluit de administratieve taak om het contact tussen zorgaanbieders en het CAK te bevorderen, en zorgverzekeraars te adviseren over de beoordeling van de aanspraken van verzekerden. Voorts wordt de gegevensuitwisseling geregeld. Op het verbindingskantoor zijn op grond van artikel 10 van het Administratiebesluit BZ ook de artikelen 36 (financieel verslag aan NZa), 37 (uitvoeringsverslag aan NZa), en 55/56 (informatieverplichtingen) van de AWBZ van toepassing. De verbindingskantoren zijn verantwoordelijk voor en zelfstandig aanspreekbaar op de naleving van deze verplichtingen. Taken die door zorgverzekeraars door middel van volmacht en mandaat aan de zorgkantoren zijn toebedeeld, vallen niet onder het vierde lid. De overgang van die taken is geregeld in het derde lid. Er is geen overgangsrecht noodzakelijk voor het geven van een bestemming aan de beheerskostenreserves waarover de zorgkantoren kunnen beschikken. Bij het inwerkingtreden van het wetsvoorstel vervalt artikel 40 AWBZ, en vervalt de wettelijke grondslag voor de aanwijzing van de zorgkantoren. Hierdoor eindigt ook de aanwijzing. Artikel 4.5, zevende lid, van het Besluit

Wfsv, bepaalt voor dit geval reeds dat de rechtspersoon de resterende beheerskostenreserve binnen vier weken in het AFBZ stort.

Vijfde en zesde lid

De verantwoordelijkheid voor de uitvoering van de artikelen over het pgb ligt op grond van de op artikel 44 AWBZ gebaseerde Regeling subsidies AWBZ bij de zorgkantoren. Bij de inwerkingtreding van voorliggend wetsvoorstel komt deze verantwoordelijkheid bij de Wlz-uitvoerders te liggen. Het vijfde lid regelt dat de rechten en plichten van de zorgkantoren ter zaken van de uitvoering van het pgb overgaan op de Wlz-uitvoerder waarbij de verzekerde met een pgb is ingeschreven, terwijl het zesde lid regelt dat verzekerden die een aanvraag voor een pgb of een vergoeding hebben gedaan bij het zorgkantoor, of een besluit van het zorgkantoor hebben ontvangen, voor de afwikkeling daarvan te maken hebben met de Wlz-uitvoerder waarbij zij ingeschreven zijn. Dit betekent bijvoorbeeld dat op een pgb-aanvraag die kort voor de wetswijziging nog is ingediend bij het zorgkantoor, moet worden beslist door de Wlz-uitvoerder waarbij de verzekerde is ingeschreven. Dat laat overigens onverlet dat die Wlz-uitvoerder de daadwerkelijke werkzaamheden ten aanzien van het besluiten op de aanvraag weer uit kan besteden aan het zorgkantoor dat werkzaam is in de regio waar de verzekerde woont. Het tiende lid voorziet daartoe in een overdracht van archiefbescheiden.

Zevende lid

In dit lid wordt geregeld welke partij in lopende wettelijke procedures en rechtsgedingen in de plaats treedt van de zorgverzekeraar of het zorgkantoor. Kort gezegd treedt de Wlz-uitvoerder in de plaats van de zorgverzekeraar in procedures waarin deze als uitvoerder van de AWBZ was betrokken, alsmede in procedures rond het pgb. Ook hier laat dit weer onverlet dat de Wlz-uitvoerders die in een regio niet als de Wlz-uitvoerder, bedoeld in artikel 4.2.1, tweede lid, is aangewezen, de werkzaamheden die met het voeren van de procedures en rechtsgedingen zijn gemoeid aan laatstbedoelde Wlz-uitvoerder kunnen uitbesteden.

Lopende wettelijke procedures en rechtsgedingen over de administratie- en controletaken die via artikel 40 AWBZ op grond van het Administratiebesluit Bijzondere Ziektekostenverzekering direct aan de zorgkantoren zijn opgedragen, worden overgenomen door de Wlz-uitvoerders die op grond van artikel 4.2.1, tweede lid, Wlz zullen worden aangewezen.

Achtste en negende lid

Deze leden bepalen op wie de lopende rechten en verplichtingen van een verbindingskantoor (dat wil zeggen de in het Administratiebesluit Bijzondere Ziektekosten geregelde rechten en verplichtingen) overgaan indien de desbetreffende rechtspersoon voor een bepaalde regio niet wordt aangewezen als Wlz-uitvoerder als bedoeld in artikel 4.2.1, tweede lid. Indien een andere Wlz-uitvoerder wordt aangewezen, gaan die rechten en verplichtingen over op die andere Wlz-uitvoerder (zevende lid) en indien geen andere Wlz-uitvoerder

wordt aangewezen gaan de rechten en verplichtingen, telkens slechts voor de bij hen ingeschreven verzekerden, over op alle Wlz-uitvoerders.

Tiende lid

Dit lid regelt dat in zaken waarin de Nationale ombudsman een gedraging van een zorgverzekeraar of een zorgkantoor (persoonsgebonden budget) als bestuursorgaan AWBZ onderzoekt, de Wlz-uitvoerder dan wel, voor administratie- of controletaken, de op grond van artikel 4.2.1 aangewezen Wlz-uitvoerder in de plaats treedt van de zorgverzekeraar of het zorgkantoor. De Wlz-uitvoerder is immers de opvolger van de zorgverzekeraar als uitvoerder van de AWBZ, en de opvolger van het zorgkantoor als uitvoerder van het persoonsgebonden budget, terwijl de op grond van artikel 4.2.1, tweede lid, aangewezen Wlz-uitvoerder de opvolger van het verbindingskantoor is voor administratie- en controletaken als bedoeld in het Administratiebesluit Bijzondere Ziektekosten.

Elfde lid

In dit lid is geregeld dat de Wlz-uitvoerder of de op grond van artikel 4.2.1, tweede lid, aangewzen Wlz-uitvoerder die in de plaats treedt van de zorgverzekeraar of het zorgkantoor, van die zorgverzekeraar of dat zorgkantoor de archiefbescheiden ontvangt, die noodzakelijk zijn voor de uitvoering van zijn taken. Deze bepaling is bijvoorbeeld van belang voor de overdracht door het zorgkantoor aan de op grond van artikel 4.2.1, tweede lid, aangewezen Wlz-uitvoerder van (persoons)gegevens die voor de administratie en controle van belang zijn. Deze regeling voldoet aan de eisen die vanuit bescherming van de privacy van de burger gesteld moeten worden. De overdracht is immers noodzakelijk en proportioneel. Hierbij verdient nog opmerking dat de verzekerden hier doorgaans weinig van zullen merken, omdat de hier geregelde overdrachten er alleen toe strekken de juiste rechtspersoon van de noodzakelijke gegevens te voorzien. In de praktijk verandert er niets.

Twaalfde lid

Dit lid biedt de mogelijkheid bij ministeriële regeling zo nodig regels te stellen die noodzakelijk zijn voor een goede uitvoering van het in dit artikel opgenomen overgangsrecht. Op dit moment bestaat geen voornemen tot het stellen dergelijke regels. Met het oog op onvoorziene omstandigheden is het echter wenselijk dat regels zo nodig wel gesteld kunnen worden.

§ 4. Overgangsrecht verzekerden

Artikel 13.4.1

Bij de voorbereiding van beleid en regelgeving is het van belang om na te gaan of overgangsrecht echt nodig is of dat kan worden volstaan met onmiddellijke werking. Onmiddellijke werking lijkt immers een neutrale aanpak, maar zij betekent in zekere mate werking met terugwerkende kracht in de zin dat bestaande rechtsposities worden veranderd. De spanning die optreedt tussen

de erkenning van bestaande posities en het realiseren van nieuwe posities maakt een belangafweging nodig tussen verschillende situaties en belangen. Dit is niet slechts een juridische vraag. Het gaat hier primair om beleidsvragen waarbij rechtsbeginselen als rechtszekerheid en rechtsgelijkheid een belangrijke rol spelen. Evengoed zijn echter de vragen van belang of overgangsrecht nuttig is in een concreet geval of het handhaafbaar en uitvoerbaar is voor de praktijk. In de artikelen 13.4.1 en 13.4.2 wordt het overgangsrecht met betrekking tot de aanspraken van verzekerden geregeld. Deze overgangsregels werken aanvullend op het gestelde overgangsrecht in de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015.

Samenhang met de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015

Verzekerde met een indicatie voor extramurale AWBZ-zorg (geen zorgzwaartepakket) gaan per 1 januari 2015 over naar Wmo, Jeugdwet of Zvw. Er is geen reden voor overgangsrecht (onmiddellijke werking). Artikel 7.1 van de Wmo 2015 bepaalt dat aanspraken op persoonlijke verzorg, begeleiding, kortdurend verblijf en vervoer ingevolge de AWBZ met ingang van 1 januari 2015 komen te vervallen. De artikelen 7.3 en 7.4 voorzien in een overgangsregeling waarmee wordt gewaarborgd dat betrokkenen niet onmiddellijk met de gevolgen van de wijzigingen worden geconfronteerd, zodat zij zich kunnen voorbereiden op de komende wijzigingen. De hoofdregel is dat personen die de in artikel 7.1, onder a, b, d en e, van de Wmo 2015 genoemde zorg (extramuraal) ontvangen, vanaf 1 januari 2015, gedurende de looptijd van hun indicatiebesluit – maar uiterlijk tot het einde van dat jaar – recht houden op die zorg, onder de condities die daarvoor onder de AWBZ van toepassing waren. Hetzelfde geldt op grond van artikel 7.4 voor verzekerden die wonen in een instelling voor beschermd wonen. Dit houdt in dat zij recht hebben op die zorg en op de levering van die zorg door de zorgaanbieder van wie zij die zorg dan ontvangen, zelfs indien deze niet door de gemeente is gecontracteerd (Kamerstukken II 2013/14, **PM**, nr. 3, p. **PM**). De Wmo 2015 voorziet dus in een “zachte landing” van de verzekerden met een extramurale indicatie in het gemeentelijk domein.

Bij de vormgeving van het overgangsrecht in de Wlz staan vervolgens twee vragen centraal:

1. Beschikt de verzekerde bij inwerkingtreding van deze wet reeds over een AWBZ-indicatie voor verblijf?
2. Hoe verzilvert de verzekerde de verblijfsindicatie?

Hierna wordt uiteengezet welk overgangsrecht in artikel 13.4.1 is getroffen aan de hand van die twee vragen.

Eerste en tweede lid

In het eerste en tweede lid van artikel 13.4.1 wordt geregeld dat bestaande verblijfsindicaties worden geëerbiedigd. De toegangscriteria van de Wlz hebben daardoor in beginsel alleen betrekking op nieuwe gevallen. Verzekerden die reeds een verblijfsindicatie op grond van de AWBZ hebben worden daardoor ontzien. Dit geeft hen rechtszekerheid. Het eerste lid regelt de eerbiedigende

werking voor verzekerden met een indicatie voor een "hoog" zorgzwaartepakket. Het gaat hier om verzekerden die (naar alle waarschijnlijkheid) met de nieuwe toegangscriteria van de Wlz ook zorg vanuit deze wet zouden kunnen krijgen. Het is gewenst om deze verzekerden zekerheid te bieden en automatisch toegang te geven tot zorg vanuit de Wlz. Hiermee is ook geregeld dat zij recht hebben op verblijf in een instelling, aangezien verblijf in beginsel onderdeel uitmaakt van de aanspraak op langdurige zorg.

Het tweede lid biedt een aparte regeling voor verzekerden die een verblijfsindicatie hebben voor een "laag" zorgzwaartepakket. Deze zorgzwaartepakketten zijn voor een belangrijk deel in de afgelopen jaren al "geëxtramuraliseerd" met de Regeling houdende wijziging van de Regeling zorgaanspraken AWBZ in verband met het beperken van de aanspraak op ZZZ's (Stcrt. 2012, nr. 26775). Verzekerden met een dergelijk zorgzwaartepakket kunnen doorgaans met behulp van een voorziening vanuit de Wmo thuis blijven wonen. In beginsel zouden verzekerden met een laag zorgzwaartepakket daarom niet onder de Wlz vallen. Een aanzienlijk aantal verzekerden in deze groep woont echter al in een instelling en verzilvert dus de aanspraak op verblijf. Voor deze groep voorziet het tweede lid in eerbiedigende werking van de verblijfsindicatie.

Overigens zal een herindicatie voor de verzekerden die onder het overgangsrecht van het eerste en tweede lid vallen, geen gevolgen hebben. Dit is geregeld in het vijfde lid van artikel 13.4.1.

Derde lid

In aanvulling op het tweede lid schrijft het derde lid overgangsrecht voor met betrekking tot de verzekerden met een "laag" zorgzwaartepakket. Zoals al aangegeven verblijft een aanzienlijk aantal verzekerden met een dergelijk zorgzwaartepakket in een instelling. Er zijn echter ook veel verzekerden met een "laag" zorgzwaartepakket die *niet* in een instelling verblijven, maar de aanspraak tot gelding brengen met een persoonsgebonden budget of door omzetting van het zorgzwaartepakket naar losse functies en klassen. Ongeveer 65.000 van de 360.000 personen met een verblijfsindicatie is niet opgenomen in de zorginstelling. Hiervan kiezen 21.000 mensen voor een persoonsgebonden budget. Ruim 30.000 mensen met een verblijfsindicatie hebben thuiszorg in natura. Het komt ook voor dat verblijfsgeïndiceerden voor sommige functies voor natura kiezen en voor andere het persoonsgebonden budget als leveringsvorm. Met de start van het indiceren in zzz's in juli 2007 is expliciet de keuze gemaakt om ook verblijf te indiceren in gevallen waarin de cliënt niet opgenomen wil worden. De verzekerde is aangewezen op beschermende woonomgeving, permanent toezicht of een therapeutisch leefklimaat, maar een noodzaak tot opname in een instelling is er vaak niet. Bij het overgrote deel van deze groep is het is een bewuste keuze geweest om "duurzaam thuis te blijven" of opname uit te stellen. In juridische zin hebben zij, gedurende de geldigheidsduur van hun indicatiebesluit, echter wel het recht op verblijf in een instelling.

Een verzekerde in deze groep verblijfsgeïndiceerden krijgt ingevolge het derde lid van artikel 13.4.1 de mogelijkheid om alsnog in een instelling te gaan verblijven, mits die persoon gedurende de geldigheidsduur van het indicatiebesluit, maar vóór 1 januari 2016, aan de Wlz-uitvoerder schriftelijk kenbaar aanspraak te doen op langdurige zorg (onderdeel a). Hierdoor wordt deze groep verzekerden een jaar extra de tijd gegund om toch in een instelling verblijven, terwijl zij eerder (vaak bewust) de keuze hebben gemaakt om de zorg extramuraal geleverd te krijgen. Onder de voorwaarden van de Wlz zouden zijn, aangenomen dat het indicatiebesluit een actuele weergave is van de zorgbehoefte van de verzekerde, geen aanspraak hebben op zorg op grond van de Wlz, maar zijn aangewezen op zorg en ondersteuning vanuit de Zvw en Wmo. Met het overgangsrecht van het derde lid wordt derhalve de aanspraak op verblijf gerespecteerd, voor zover de verzekerde daadwerkelijk binnen een jaar kiest voor verblijf in een instelling (onderdeel b). De verzekerde kan in dit geval dus niet kiezen uit de verschillende leveringsvormen zonder verblijf. Voor de verzekerden met een "laag" zorgzwaartepakket die thuis zorg wensen te ontvangen staan de mogelijkheden uit de Wmo, de Zvw en de Jeugdwet) open. De periode van een jaar zal ruim voldoende zijn voor de verzekerde om, eventueel met behulp van zijn sociale omgeving, een goed geïnformeerde keuze te maken. Het in de Regeling houdende wijziging van de Regeling zorgaanspraken AWBZ in verband met het beperken van de aanspraak op ZZP's (Stcrt. 2012, nr. 26775) bepaalde overgangsrecht zal in lijn met artikel 13.4.1 worden gewijzigd. In de toelichting bij die regeling was reeds aangekondigd dat, in het kader van uitvoering van de maatregelen van het Regeerakkoord 2012 (verdere extramuralisering), de wenselijkheid van dat overgangsrecht opnieuw zou worden gezien.

Vierde en vijfde lid

Ook met betrekking tot de leveringsvormen van de aanspraken moet in beginsel de hoofdregel van onmiddellijke werking gelden. In het eerste lid is deze hoofdregel ook van toepassing, zodat voor die verzekerden in beginsel alle leveringsvormen mogelijk zijn, mits wordt voldaan aan de betreffende eisen die aan die leveringsvorm worden gesteld. De zorg thuis moet dus, ook voor bestaande gevallen, wel voldoen aan het bepaalde in artikel 3.3.2. De Wlz-uitvoerder zal daarom alleen besluiten dat de aanspraak op zorg thuis kan worden verleend, indien dit verantwoord kan en de zorg niet duurder is dan zorg in natura. Zoals hierboven aangeven, wordt de keuze voor leveringsvormen in het tweede en derde lid beperkt, omdat het overgangsregime alleen beoogd mogelijk te maken dat die verzekerden vanuit de Wlz in een instelling kunnen verblijven.

Voor verzekerden die op het moment van inwerkingtreding van deze wet woonachtig zijn in een kleinschalig wooninitiatief of een ADL-woning geldt derhalve het volgende:

- Indien de pgb-houder een "hoog" zorgzwaartepakket heeft hij op grond van artikel 13.4.1, eerste lid, aanspraak op langdurige zorg. Het is vervolgens aan de Wlz-uitvoerder om te beoordelen of de zorg

verantwoord geleverd kan worden met een persoonsgebonden budget in het kleinschalig wooninitiatief (artikelen 3.3.3).

- Onverkorte toepassing van artikel 13.4.1, tweede lid, zou voor houders van een persoonsgebonden budget met een “laag” zzp met zich meebrengen dat zij alleen aanspraak hebben op langdurige zorg indien zij gaan verblijven in een instelling. Het vierde lid biedt echter een specifieke regeling voor een bepaalde groep pgb-houders die hun pgb gebruiken om in een kleinschalige wooninitiatief te gaan wonen. Een zelfde regeling geldt krachtens het vijfde lid voor bewoners van een ADL-woning.

De rechtvaardiging van deze uitzondering ligt in de gedachte dat cliënten niet uit de instelling hoeven te gaan vanwege de nieuwe wet. Het wonen in een kleinschalig wooninitiatief of ADL-woning is hiermee zodanig vergelijkbaar, dat ook verzekerden in die situatie moeten worden ontzien.

Zesde, zevende en achtste lid

In het zesde lid wordt geregeld verzekerden die op grond van artikel 13.4.1, eerste tot en met derde lid, een aanspraak hebben op langdurige zorg, zij deze aanspraak blijven houden nadat de geldigheidsduur van het indicatiebesluit is verlopen, mits zij in een instelling verblijven. Er zal dus geen herindicatie plaatsvinden op grond van de toegangscriteria van artikel 3.1.1. Het zevende en achtste lid verklaren het zesde lid ook van toepassing op verzekerden die in een kleinschalig wooninitiatief verblijven of woonachtig zijn in een ADL-woning. Zij krijgen geen herindicatie op grond van de criteria van artikel 3.1.1 zolang zij in een wooninitiatief respectievelijk een ADL-woning blijven wonen.

Artikel 13.4.2

Dit artikel biedt in het eerste lid een grondslag om bij ministeriele regeling regels te stellen over de voorzetting van het verlenen van garantiebedragen voor de hoogte van een persoonsgebonden budget. In artikel 2.6.6a van de Regeling subsidies AWBZ wordt geregeld wie een dergelijke ophoging van het persoonsgebonden budget krijgt. In de Regeling van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, van 12 december 2012, houdende wijziging van de Regeling subsidies AWBZ in verband met aanpassingen ten behoeve van het jaar 2013, is een eerste deel van een afbouwregime van de budgetgaranties geregeld. Dit afbouwregime maakte onderdeel uit van de afspraken in het Begrotingsakkoord 2013. In de toelichting bij die wijzigingsregeling is dat afbouw regime nader toegelicht. Doordat regels kunnen worden gesteld met betrekking tot de voorzetting van de budgetgaranties, kan de aangekondigde afbouw van de budgetgaranties worden gerespecteerd.

Het tweede lid biedt een grondslag om door het Zorginstituut subsidies aan verzekerde te verlenen zodat zij tijdelijk hun aanspraak op extramurale behandeling kunnen voortzetten. Dit artikel vervalt een jaar na inwerkingtreding, op 1 januari 2016. Zie ook hoofdstuk 16 van het algemene deel van deze toelichting.

Artikel 13.4.3

Verzekerden die in de periode november-december 2014 een indicatie aanvragen, worden beoordeeld op de criteria van de Wlz. Het "vooruitlopen" op de inwerkingtreding van de gehele wet dient om een soepele overgang van de AWBZ naar de Wlz te bewerkstelligen en te voorkomen dat de Wlz-uitvoerder een te groot aanbod van dergelijke indicatieonderzoeken moet verwerken.

§ 6. Slotbepalingen**Artikel 13.6.2**

Het is wenselijk te bepalen dat de Wet langdurige zorg periodiek wordt geëvalueerd. Daarom is in dit artikel een evaluatiebepaling opgenomen die bepaalt dat de wet binnen drie jaar na de inwerkingtreding van deze wet, en vervolgens telkens na vijf jaar, wordt geëvalueerd. Deze evaluaties gaan in op de doeltreffendheid en de effecten van deze wet in de praktijk. Hierdoor kan, onder meer, worden bekeken in welke mate de doelstellingen van de wet zijn verwezenlijkt, welke neveneffecten optreden, en of de wet goed en eenduidig uitgevoerd wordt of kan worden. De evaluaties zullen aan de beide Kamers der Staten-Generaal gezonden.

De Staatssecretaris van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,

M.J. van Rijn

De Minister voor Wonen en Rijksdienst,

S.A. Blok