

WIJ WILLEM ALEXANDER,
BIJ DE GRATIE GODS,
KONING DER NEDERLANDEN,
PRINS VAN ORANJE-NASSAU,
ENZ. ENZ. ENZ.

Ontwerp besluit

houdende regels inzake de langdurige zorg
(Besluit langdurige zorg)

Op de voordracht van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Van 6 oktober 2014, kenmerk ;

Gelet op voor wat betreft de Hoofdstukken 1 tot en met 7, 9 en 10: de artikelen 1.1.2, vijfde lid, 2.1.1, vierde en vijfde lid, 2.2.1, tweede lid, 3.1.1, tweede lid, 3.1.3, eerste en tweede lid, 3.2.1, vierde en vijfde lid, 3.2.3, vierde lid, 3.2.5, eerste en tweede lid, 3.2.6, eerste en tweede lid, 3.3.2, vijfde lid, 3.3.3, eerste en vierde lid, 3.3.5, tweede en vierde lid, 4.1.1, vierde en zesde lid, 4.2.1, derde lid, 4.2.4, tweede, derde en vierde lid, 5.1.4, 7.1.2, derde en vijfde lid, 8.1.1, tweede lid, 10.1.4, eerste lid, en 11.1.4, eerste lid van de Wet langdurige zorg; en

voor wat betreft Hoofdstuk 8: artikel 2, 56a en artikel 31a van de Wet marktordening gezondheidszorg, artikel 91 van de Wet financiering sociale verzekeringen, artikel 3 van de Kaderwet VWS-subsidies, artikel 1, 5, 9 en 17 van de Wet toelating zorginstellingen, artikel 1, tweede lid, van de Kwaliteitswet zorginstellingen, artikel 11 van de Zorgverzekeringswet, artikel 2, tweede lid, van de Wet gebruik burgerservicenummer in de zorg, artikel 6.16 en 6.25 van de Wet inkomstenbelasting 2001 en artikel 54 van de Wet structuur uitvoeringsorganisatie werk en inkomen ;

De Afdeling advisering van de Raad van State gehoord (advies van
);

Gezien het nader rapport van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
van);

Hebben goedgevonden en verstaan:

HOOFDSTUK 1. ALGEMENE BEPALINGEN

Artikel 1.1.1

In dit besluit en de daarop berustende bepalingen wordt verstaan onder:

ADL-assistentie: gedurende het gehele etmaal direct oproepbare assistentie bij algemene dagelijkse levensverrichtingen in en om de ADL-woning, bedoeld in artikel 1.1.1 van de wet, waaronder alarmopvolging bij een noodoproep;

belasting:

1°. indien over het peiljaar een aanslag of navorderingsaanslag inkomstenbelasting is of wordt vastgesteld: de over dat jaar verschuldigde inkomstenbelasting, bedoeld in artikel 2.7 van de Wet inkomstenbelasting 2001, vermeerderd met de over dat jaar verschuldigde premie voor de volksverzekeringen, bedoeld in artikel 9 van de Wet financiering sociale verzekeringen;

2°. in de overige gevallen: de in dat jaar ingehouden loonbelasting, bedoeld in artikel 20 van de Wet op de loonbelasting 1964, vermeerderd met de in dat jaar ingehouden premie voor de volksverzekeringen bedoeld in artikel 9 van de Wet financiering sociale verzekeringen;

budgetplan: een overzicht van de door de verzekerde of diens wettelijk vertegenwoordiger voorgenomen besteding van het te verlenen persoonsgebonden budget;

dag: een kalenderdag;

eigen bijdrage: de bijdrage in de kosten van de zorg als bedoeld in artikel 3.3.1, eerste lid;

gebruikelijke zorg: de normale, dagelijkse zorg die ouders geacht worden te bieden aan inwonende kinderen;

grondslag sparen en beleggen: de grondslag sparen en beleggen, bedoeld in artikel 5.2, eerste lid, van de Wet inkomstenbelasting 2001;

inkomen:

1°. indien over het peiljaar een aanslag of navorderingsaanslag inkomstenbelasting is of wordt vastgesteld: het inkomensgegeven, bedoeld in artikel 21, onderdeel e, onder 1°, van de Algemene wet inzake rijksbelastingen;

2°. in de overige gevallen: het inkomensgegeven, bedoeld in artikel 21, onderdeel e, onder 2°, van de Algemene wet inzake rijksbelastingen;

modulair pakket thuis: een modulair pakket thuis als bedoeld in artikel 3.3.2, eerste lid, onderdeel b, van de wet;

palliatief terminale zorg: zorg die betrekking heeft op de levensfase waarin de levensverwachting van verzekerde naar het oordeel van de behandelend arts korter is dan drie maanden;

peiljaar: het tweede kalenderjaar voorafgaande aan het jaar waarin de verzekerde zijn recht op zorg tot gelding brengt;

pensioengerechtigde leeftijd: de pensioengerechtigde leeftijd als bedoeld in artikel 7a, eerste lid, van de Algemene Ouderdomswet.

standaardpremie: het bedrag als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onderdeel g, van de Wet op de zorgtoeslag;

vermogen: vermogen als bedoeld in artikel 3.3.10;

volledig pakket thuis: een integraal en volledig pakket thuis als bedoeld in artikel 3.3.2, eerste lid, onderdeel a, van de wet;

wet: Wet langdurige zorg;

zak- en kleedgeld: het bedrag, vermeld in artikel 23, eerste lid, van de Participatiewet;

zorgprofiel: zorgprofiel als bedoeld in artikel 3.1.1, eerste lid;

zorgtoeslag: een tegemoetkoming als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onderdeel e, van de Wet op de zorgtoeslag;

zorgverzekering: een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, van de Zorgverzekeringswet.

HOOFDSTUK 2. DE VERZEKERDEN

Artikel 2.1.1

1. De aanmelding, bedoeld in artikel 2.2.1, tweede lid, van de wet, geschiedt door inlevering van een volledig ingevuld en door of namens de verzekerde ondertekend formulier.

2. Het Zorginstituut stelt een of meerdere op verschillende groepen verzekerden gerichte modellen vast van het aanmeldingsformulier bedoeld in het eerste lid.

Artikel 2.1.2

1. Terstond nadat de verzekerde is ingeschreven verstrekt de Wlz-uitvoerder hem een bewijs van inschrijving, dat de verzekerde, desverlangd, bij het tot gelding brengen van zijn recht op zorg, kan overleggen.

2. Het Zorginstituut kan een model vaststellen voor het bewijs van inschrijving, bedoeld in het eerste lid. Het Zorginstituut kan technische specificaties vaststellen waaraan een inschrijvingsbewijs moet voldoen als gebruik wordt gemaakt van een magneetstripkaart of een chipkaart.

Artikel 2.1.3

De inschrijving bij een Wlz-uitvoerder, bedoeld in artikel 2.2.1, eerste lid, van de wet, geldt zolang de zorgverzekering op grond van de Zorgverzekeringswet voortduurt.

Artikel 2.1.4

Indien het Zorginstituut met toepassing van artikel 35, derde lid, van de Zorgverzekeringswet zorgverzekeraars op de hoogte heeft gesteld van zijn constatering dat een verzekerde bij twee of meer zorgverzekeraars verzekerd is, is artikel 2.2.1, eerste lid, van de wet, slechts van toepassing op de oudste inschrijving bij een zorgverzekeraar.

Artikel 2.1.5

1. De inschrijving bij een Wlz-uitvoerder, bedoeld in artikel 2.2.1, tweede lid, van de wet, geldt gedurende één kalenderjaar. Indien een inschrijving later dan per 1 januari van een jaar tot stand is gekomen, geldt de inschrijving tot en met 31 december van het volgende kalenderjaar.

2. De inschrijving, bedoeld in het eerste lid, wordt na afloop van de daar bedoelde termijn, telkens met één kalenderjaar verlengd, tenzij de verzekerde vóór de dag waarop deze termijn is verstreken, schriftelijk aan de Wlz-uitvoerder heeft meegedeeld na afloop van die termijn de inschrijving niet te willen verlengen.

3. De Wlz-uitvoerder kan schriftelijk een termijn van ten hoogste twee maanden vaststellen die de verzekerde in acht moet nemen bij het doen van een mededeling als bedoeld in het tweede lid.

4. In afwijking van het tweede en derde lid, beëindigt een Wlz-uitvoerder de inschrijving van een verzekerde met ingang van de dag waarop artikel 2.2.1, eerste lid, van de wet ten aanzien van de verzekerde is toegepast of indien inschrijving bij die Wlz-uitvoerder bij of krachtens de wet niet of niet langer is toegestaan.

HOOFDSTUK 3. DE INHOUD VAN DE VERZEKERING

§ 1. Het verzekerde pakket en het recht op zorg

Artikel 3.1.1

1. De verzekerde die is aangewezen op zorg, heeft recht op samenhangende zorg behorende bij het best bij de verzekerde passende zorgprofiel. Bij ministeriële regeling worden zorgprofielen vastgesteld, waarin de aard, de inhoud en de globale omvang van doelen voor verzorging, verpleging, begeleiding of behandeling, worden getypeerd voor vergelijkbare zorgbehoeften of beperkingen.

2. De verzekerde heeft recht op meer zorg dan waarop hij op grond van het eerste lid recht heeft, voor zover meer zorg nodig is om te voorzien in zijn behoefte aan zorg.

3. De aard, inhoud en de omvang van de zorg wordt mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij het ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

4. Het recht op zorg kan nader worden geregeld bij ministeriële regeling. Aan het recht op zorg, met inbegrip van het recht op meerzorg als bedoeld in het tweede lid, kunnen bij ministeriële regeling voorwaarden worden verbonden en beperkingen worden gesteld. Deze beperkingen kunnen mede betrekking hebben op gebruikelijke zorg en algemeen gebruikelijke voorzieningen.

Artikel 3.1.2

1. Het individuele gebruik van mobiliteitshulpmiddelen, bedoeld in artikel 3.1.1, eerste lid, onderdeel e, van de wet, omvat het gebruik van hulpmiddelen voor het zich verplaatsen of laten verplaatsen:

- a. in en rondom de instelling of woning ten behoeve van behoud of verbeteren van de zelfredzaamheid;
- b. in de lokale omgeving ten behoeve van het aangaan of onderhouden van sociale contacten.

2. De verzekerde heeft recht op een mobiliteitshulpmiddel indien de Wlz-uitvoerder daartoe vooraf toestemming heeft verleend.

3. Bij ministeriële regeling kan worden bepaald in welke gevallen geen toestemming is vereist en kunnen aan de toestemming nadere eisen worden gesteld.

Artikel 3.1.3

1. De vergoeding voor de kosten van een woningaanpassing, bedoeld in artikel 3.1.3 van de wet, betreft kosten voor het verrichten van aard- en nagelvaste aanpassingen aan de woning die noodzakelijk zijn in verband met het opheffen van ergonomische belemmeringen bij het verlenen van zorg in en direct rond de woning, met uitzondering van de kosten van achterstallig onderhoud.

2. Als een kleinschalige wooninitiatief als bedoeld in artikel 3.1.3, eerste lid, onderdeel a, van de wet, wordt aangemerkt een woonsituatie waarbij:
- a. minimaal drie en maximaal zesentwintig bewoners een persoonsgebonden budget ontvangen, en
 - b. de bewoners verblijven op één woonadres als bedoeld in artikel 1 van de Wet gemeentelijke basisadministratie persoonsgegevens, of op verschillende woonadressen binnen een straal van honderd meter, waarin ten minste één gemeenschappelijke verblijfsruimte aanwezig is die geschikt is voor het ontplooiën van gezamenlijke activiteiten.
3. Bij ministeriële regeling kan het recht op woningaanpassingen nader worden geregeld en afhankelijk worden gesteld van daarbij te stellen voorwaarden.

Artikel 3.1.4

- De verzekerde heeft geen recht op zorg ingevolge de wet indien hij:
- a. krachtens zijn zorgverzekering recht heeft op verpleging en verzorging als bedoeld in artikel 2.10, eerste lid, en artikel 2.12, van het Besluit zorgverzekering, die noodzakelijk is in verband met palliatief terminale zorg, tenzij die zorg wordt verleend als voortzetting van zorg ingevolge de wet;
 - b. minderjarig is en krachtens zijn zorgverzekering recht heeft op de verzorging vanwege complexe somatische problematiek of vanwege een lichamelijke handicap als bedoeld in artikel 2.10, tweede lid, van het Besluit zorgverzekering;
 - c. minderjarig is en in verband met een verstandelijke beperking is aangewezen op zorg en ondersteuning in een veilige en vertrouwde leef- en woonomgeving, gericht op opvoeding en het waar mogelijk deelnemen aan het maatschappelijk leven zoals bedoeld in het zorgprofiel voor wonen met begeleiding en verzorging.

§ 2. Bepalingen over indicatiebesluiten

Artikel 3.2.1

- 1. De aanvraag om een indicatiebesluit kan zowel mondeling als schriftelijk worden gedaan.
- 2. Van een mondeling ingediende aanvraag maakt het CIZ een verslag waarin ten minste de in artikel 4:2 van de Algemene wet bestuursrecht bedoelde handtekening en informatie is opgenomen.

Artikel 3.2.2

- 1. De voorbereiding van een indicatiebesluit omvat in ieder geval een onderzoek van de verzekerde in persoon.
- 2. Bij de beoordeling van de mate waarin een verzekerde is aangewezen op zorg betreft het CIZ de gebruikelijke zorg en algemeen gebruikelijke voorzieningen.
- 3. Bij ministeriële regeling kunnen regels worden gesteld over de voorbereiding van een indicatiebesluit en het onderzoek. Deze regels kunnen vrijstellingen inhouden van het in het eerste lid bedoelde onderzoek.

Artikel 3.2.3

Indien de verzekerde is aangewezen op zorg vermeldt het indicatiebesluit:

- a. de resultaten van het voorbereidend onderzoek, bedoeld in artikel 3.2.2, eerste lid;
- b. de aandoening, beperking of handicap als gevolg waarvan hij op de zorg is aangewezen;
- c. het zorgprofiel waarop de verzekerde is aangewezen met inbegrip van de voorwaarden of beperkingen die voortvloeien uit artikel 3.1.1, vierde lid;
- d. indien van toepassing, een recht op meerzorg als bedoeld in artikel 3.1.1, tweede lid;
- e. de datum met ingang waarvan de verzekerde recht heeft op zorg; en
- f. de geldigheidsduur van het indicatiebesluit.

Artikel 3.2.4

1. Het CIZ neemt zo snel mogelijk, doch binnen zes weken na ontvangst van de aanvraag een beslissing op de aanvraag.
2. Indien een verzekerde wegens bijzondere omstandigheden reeds zorg ontvangt wordt een indicatiebesluit uiterlijk binnen twee weken genomen. Indien de verzekerde ingevolge het indicatiebesluit is aangewezen op in de wet geregelde zorg, werkt het indicatiebesluit terug tot en met de dag waarop de zorg is aangevangen.

Artikel 3.2.5

Een indicatiebesluit geldt voor onbepaalde tijd, tenzij het indicatiebesluit behoort tot een bij ministeriële regeling aangewezen categorie indicatiebesluiten waarvoor is vastgesteld dat deze geldt voor een bepaalde duur.

Artikel 3.2.6

Het CIZ registreert de resultaten van zijn onderzoeken en de inhoud van de genomen indicatiebesluiten volgens bij ministeriële regeling te stellen regels. Deze regels bevatten ten minste:

- a. de technische standaarden voor de wijze waarop de gegevens worden vastgelegd;
- b. de afzonderlijke gegevenselementen die vastgelegd worden en de ordening van deze elementen;
- c. de functionele beveiligingseisen voor het bewerken en vastleggen van gegevens.

§ 3.1 Eigen bijdrage algemeen

Artikel 3.3.1.1

1. De meerderjarige verzekerde draagt bij in de kosten van de zorg.
2. De eigen bijdrage is mede afhankelijk van het inkomen en het vermogen van de verzekerde en diens echtgenoot.

Artikel 3.3.1.2

1. Het vermogen van een persoon is zijn vermogensgrondslag, bedoeld in het tweede of derde lid, waarvan de volgende vermogensbestanddelen worden afgetrokken:

a. op aanvraag van de verzekerde, het bedrag ter grootte van door de verzekerde in het peiljaar of enig eerder jaar ontvangen eenmalige uitkeringen die krachtens artikel 47 van de Algemene wet inkomensafhankelijke regelingen zijn aangewezen;

b. voor de toepassing van artikel 3.3.2.3, eerste lid, onderdeel c, en artikel 3.3.2.4, eerste lid, een bedrag van € 10.000 voor de verzekerde die de pensioengerechtigde leeftijd nog niet heeft bereikt en van € 10.000 voor zijn echtgenoot die:

1°. de pensioengerechtigde leeftijd heeft bereikt; of

2°. de pensioengerechtigde leeftijd niet heeft bereikt en geen bijdrage als bedoeld in artikel 3.3.2.1, eerste lid, of artikel 3.3.2.2, eerste lid, verschuldigd is, met dien verstande dat het vermogen ten minste nihil bedraagt.

2. De vermogensgrondslag van een persoon is zijn grondslag sparen en beleggen, over het peiljaar, of indien over het peiljaar artikel 5.2, tweede lid, van de Wet inkomstenbelasting 2001 op de verzekerde van toepassing is, het aan hem toegerekende gedeelte van de toepasselijke gezamenlijke grondslag sparen en beleggen, bedoeld in dat lid.

3. In afwijking van het tweede lid is de vermogensgrondslag van een persoon bij toepassing jegens hem van artikel 3.3.2.3, tweede lid, artikel 3.3.2.4, tweede lid, of artikel 3.3.2.5, de te verwachten grondslag sparen en beleggen over het lopende jaar, of indien artikel 5.2, tweede lid, van de Wet inkomstenbelasting 2001 vermoedelijk op de verzekerde van toepassing zal zijn, het te verwachten aan hem toe te rekenen deel van de toepasselijke te verwachten gezamenlijke grondslag sparen en beleggen, bedoeld in artikel 5.2, tweede lid, van de Wet inkomstenbelasting 2001.

4. Het deel van het bedrag, bedoeld in het eerste lid onderdeel a, dat de vermogensgrondslag van de persoon overtreft, wordt voor zijn echtgenoot als vermindering toegepast.

Artikel 3.3.1.3

1. De verzekerde is de eigen bijdrage verschuldigd aan het CAK.

2. De verzekerde betaalt de eigen bijdrage binnen dertig dagen nadat het CAK het besluit bekend heeft gemaakt waarbij vastgesteld is of en in welke omvang de verzekerde een eigen bijdrage verschuldigd is, tenzij dat besluit een later tijdstip vermeldt.

3. Het CAK is bevoegd tot verrekening van vorderingen krachtens de wet van of op de verzekerde met vorderingen van of op de verzekerde krachtens de wet, de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, de Wet maatschappelijke ondersteuning of de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015.

4. Het CAK maakt voor de vaststelling van de eigen bijdrage gebruik van het inkomensgegeven, bedoeld in artikel 21, onderdeel e, van de Algemene wet inzake rijksbelastingen en van andere door de inspecteur, bedoeld in artikel 2, derde lid, onderdeel b, van de Algemene wet inzake rijksbelastingen, verstrekte gegevens.

Artikel 3.3.1.4

1. Bij de berekening van de eigen bijdrage wordt afwezigheid uit de instelling, anders dan in verband met beëindiging van de zorgverlening, buiten beschouwing gelaten.

2. Een wijziging in de burgerlijke staat van de verzekerde en het bereiken van een voor de toepassing van dit besluit van belang zijnde leeftijd door de verzekerde of zijn echtgenoot wordt in aanmerking genomen met ingang van de datum waarop de bijdrage wordt vastgesteld, met dien verstande dat bij de jaarlijkse herberekening, bedoeld in

artikel 3.3.1.8, een verzekerde als pensioengerechtigde wordt beschouwd indien hij uiterlijk op 31 januari van het kalenderjaar waarop de herziening betrekking heeft, de pensioengerechtigde leeftijd heeft bereikt.

3. Over een gedeelte van een maand is de eigen bijdrage gelijk aan het vastgestelde bedrag per maand, vermenigvuldigd met twaalf maal het aantal dagen waarover de bijdrage binnen die maand verschuldigd is en gedeeld door 365.

4. Van de voor gehuwde verzekerden gezamenlijk berekende eigen bijdrage is ieder van de echtgenoten een gedeelte verschuldigd naar rato van ieders aandeel in het inkomen.

5. De verzekerde meldt aan het CAK wijzigingen als bedoeld in het tweede lid.

Artikel 3.3.1.5

1. De eigen bijdrage wordt zo spoedig mogelijk vastgesteld, doch uiterlijk 24 maanden na het tijdstip waarop het CAK ervan in kennis is gesteld dat ten aanzien van de verzekerde zorg als bedoeld bij of krachtens de wet wordt verleend. De ingangsdatum van de periode waarover de eigen bijdrage is verschuldigd, wordt niet gesteld op een datum die is gelegen meer dan 36 maanden voor de dag waarop het besluit waarin de eigen bijdrage is vastgesteld, aan de verzekerde is verzonden.

2. Indien het CAK heeft verzuimd de eigen bijdrage vast te stellen binnen de in het eerste lid bedoelde termijn, kan de eigen bijdrage op een later tijdstip alsnog worden vastgesteld, met dien verstande dat de ingangsdatum van de periode waarover de eigen bijdrage door de verzekerde moet worden betaald, niet wordt gesteld op een datum die is gelegen meer dan 24 maanden voor de dag waarop het besluit waarin de eigen bijdrage is vastgesteld, aan de verzekerde is verzonden.

Artikel 3.3.1.6

1. De eigen bijdrage wordt herzien uiterlijk 24 maanden na het tijdstip waarop het CAK in kennis is gesteld van de omstandigheid die aanleiding geeft tot de wijziging. De ingangsdatum van de periode waarover de herziene eigen bijdrage is verschuldigd, wordt niet gesteld op een datum die is gelegen meer dan 36 maanden voor de dag waarop het besluit waarin de eigen bijdrage is vastgesteld, aan de verzekerde is verzonden.

2. De herziene eigen bijdrage wordt voor zover mogelijk verrekend met de eerder vastgestelde bijdrage.

3. Indien het CAK heeft verzuimd de eigen bijdrage te herzien binnen de in het eerste lid bedoelde termijn, kan de eigen bijdrage op een later tijdstip alsnog worden herzien, met dien verstande dat de ingangsdatum van de periode waarvoor de herziene eigen bijdrage door de verzekerde moet worden betaald niet wordt gesteld op een datum die is gelegen meer dan 24 maanden voor de dag waarop het besluit waarin de eigen bijdrage is herzien, aan de verzekerde is verzonden.

4. Voor zover de bevoegdheid tot herziening van de eigen bijdrage over een periode is vervallen op grond van het eerste lid, wordt de over die periode eerder vastgestelde eigen bijdrage van rechtswege definitief.

Artikel 3.3.1.7

1. Bij ministeriële regeling worden de bedragen, genoemd in de artikelen 3.3.2.1, tweede lid, 3.3.2.2, derde en vierde lid, 3.3.2.4, tweede en vierde lid, 3.3.3.1, eerste lid,

tweede lid, voor zover het betreft de in dat lid genoemde bedragen per bijdrageperiode, en 3.3.3.2 jaarlijks gewijzigd aan de hand van de prijsindex voor de gezinsconsumptie. De berekende bedragen worden naar beneden afgerond op een veelvoud van € 0,2. Bij de jaarlijkse toepassing van de eerste zin wordt de afronding buiten beschouwing gelaten.

2. Bij ministeriële regeling wordt het bedrag, genoemd in artikel 3.3.1.2, eerste lid, onderdeel b, jaarlijks gewijzigd aan de hand van het indexcijfer waarmee het bedrag, genoemd in artikel 5.5 van de Wet inkomstenbelasting 2001, jaarlijks wordt gewijzigd.

3. Bij ministeriële regeling worden de bedragen van het bijdrageplichtig inkomen, genoemd in artikel 3.3.3.1, tweede lid, jaarlijks gewijzigd aan de hand van de ontwikkeling van het minimumloon, bedoeld in artikel 8, eerste lid, onderdeel a, van de Wet minimumloon en minimumvakantietoeslag.

§ 3.2 Eigen bijdrage voor zorg met verblijf in een instelling, volledig pakket thuis en persoonsgebonden budget

Artikel 3.3.2.1

1. De eigen bijdrage bedraagt per maand een twaalfde gedeelte van het bijdrageplichtig inkomen, berekend volgens artikel 3.3.2.3, voor de ongehuwde verzekerde die in een instelling verblijft en voor de gehuwde verzekerden tezamen die beiden in een instelling verblijven.

2. De bijdrage, bedoeld in het eerste lid, bedraagt niet meer dan € 2.248,60 per maand.

Artikel 3.3.2.2

1. In afwijking van artikel 3.3.2.1 geldt een eigen bijdrage van 12,5% van het bijdrageplichtig inkomen, berekend volgens artikel 3.3.2.4 voor:

a. de ongehuwde verzekerde gedurende de eerste zes maanden van verblijf in een instelling, tenzij het verblijf aansluit op verblijf dat ten laste van de zorgverzekering kwam;

b. de gehuwde verzekerden tezamen die beiden in een instelling verblijven, zolang niet ten aanzien van elk van hen een periode van zes maanden is verstreken, tenzij het verblijf aansluit op verblijf dat ten laste van de zorgverzekering kwam;

c. de ongehuwde verzekerde die moet of gehuwde verzekerden tezamen die moeten voorzien in de kosten van onderhoud van eigen, aangehuwde of pleegkinderen, mits voor die kinderen op grond van de Algemene Kinderbijslagwet recht op een uitkering bestaat of aan die kinderen, voor zover ze de leeftijd van 27 jaar nog niet hebben bereikt, studiefinanciering is toegekend krachtens de Wet studiefinanciering 2000;

d. de ongehuwde verzekerde of de gehuwde verzekerden tezamen indien de Wlz-uitvoerder het waarschijnlijk acht dat het verblijf in de instelling voor de ongehuwde verzekerde, voor beide of voor een van de beide gehuwde verzekerden binnen een half jaar kan worden beëindigd en terugkeer naar de maatschappij mogelijk is en zal worden bewerkstelligd.

2. De eigen bijdrage bedraagt voorts per maand een twaalfde gedeelte van 12,5% van het bijdrageplichtig inkomen, berekend volgens artikel 3.3.2.4 voor:

a. de gehuwde verzekerde die in een instelling verblijft, een volledig pakket thuis of een persoonsgebonden budget ontvangt, en wiens echtgenoot geen zorg in natura of persoonsgebonden budget ontvangt;

- b. de gehuwde verzekerden tezamen van wie één in een instelling verblijft, een volledig pakket thuis of een persoonsgebonden budget ontvangt, en wiens de echtgenoot een volledig pakket thuis een modulair pakket thuis of een persoonsgebonden budget ontvangt;
 - c. de ongehuwde verzekerde die een volledig pakket thuis of een persoonsgebonden budget ontvangt;
 - d. de gehuwde verzekerden tezamen die beiden een volledig pakket thuis of beiden een persoonsgebonden budget ontvangen;
3. De eigen bijdrage, bedoeld in het eerste en tweede lid, bedraagt ten minste € 156 en niet meer dan € 819,40 per maand.
4. De eigen bijdrage wordt verminderd met € 136 per maand voor:
- a. de ongehuwde verzekerde die een persoonsgebonden budget ontvangt;
 - b. de gehuwde verzekerden tezamen die beiden een persoonsgebonden budget ontvangen of van wie de één een persoonsgebonden budget en de ander een modulair pakket thuis ontvangt;
 - c. de ongehuwde verzekerde en de gehuwde verzekerde die een persoonsgebonden budget ontvangt indien hij of zijn echtgenoot een maatwerkvoorziening dan wel een persoonsgebonden budget als bedoeld in de wet maatschappelijke ondersteuning 2015 ontvangt.
5. De onderdelen b en c van het eerste lid zijn niet van toepassing indien het verblijf aanvangt binnen zes maanden na beëindiging van een verblijf in een instelling waarvoor de ongehuwde verzekerde of de gehuwde verzekerden tezamen een eigen bijdrage als bedoeld in artikel 3.3.2.1 verschuldigd was of waren.
6. Voor de berekening van de periode van zes maanden, bedoeld in het vijfde lid, worden perioden van verblijf in instellingen samengeteld, tenzij tussen twee zodanige perioden meer dan zestig dagen zijn verlopen. De eerste volzin is niet van toepassing op verzekerden die maximaal twee weken per twee maanden in een instelling verblijven.
7. Op aanvraag van de verzekerde is de eigen bijdrage niet verschuldigd indien de verzekerde een uitkering als bedoeld in artikel 23, eerste lid, van de Participatiewet ontvangt of indien de verzekerde op grond van artikel 13, tweede lid, onderdeel a, van die wet geen uitkering ontvangt.

Artikel 3.3.2.3

1. Het bijdrageplichtig inkomen, bedoeld in artikel 3.3.2.1, eerste lid, wordt als volgt berekend:
- a. het inkomen over het peiljaar van de ongehuwde verzekerde onderscheidenlijk de gehuwde verzekerden tezamen wordt verminderd met de door die verzekerde onderscheidenlijk die verzekerden verschuldigde of ingehouden belasting;
 - b. op het met toepassing van onderdeel a berekende bedrag worden in mindering gebracht:
 - 1°. 15% van de netto-opbrengst in het voorafgaande kalenderjaar verrichte arbeid van een loon- of salarisdoorbetaling wegens ziekte of van een uitkering ingevolge de Ziektewet en indien dit onbekend of niet beschikbaar is 15% van de redelijkerwijs te verwachten netto-opbrengst van in het lopende kalenderjaar verrichte arbeid, van een loon- of salarisdoorbetaling wegens ziekte of van een uitkering ingevolge de Ziektewet;
 - 2°. het in het peiljaar geldende bedrag voor zak- en kleedgeld, alsmede premies voor een zorgverzekering gecorrigeerd voor de zorgtoeslag, een aftrekpost die verschillend kan zijn voor een verzekerde die de pensioengerechtigde leeftijd heeft bereikt en een

verzekerde die die leeftijd nog niet heeft bereikt of extra vrijlatingen, een en ander volgens bij ministeriële regeling te bepalen regels;

3°. op aanvraag van de verzekerde, de uitkering op grond van artikel 14 van de Wet uitkeringen vervolgingsslachtoffers 1940–1945 of de uitkering op grond van artikel 20 van de Wet uitkeringen burger-oorlogsslachtoffers 1940–1945;

c. het met toepassing van onderdeel b berekende bedrag wordt vermeerderd met 8% van het vermogen van de ongehuwde verzekerde, onderscheidenlijk 8% van de opgetelde vermogens van de gehuwde verzekerden.

2. Op aanvraag van de verzekerde stelt het CAK, in afwijking van het eerste lid, onderdelen a en c, het bijdrageplichtig inkomen voorlopig vast op basis van het redelijkerwijs gedurende het lopende kalenderjaar te verwachten inkomen, 8% van het te verwachten vermogen, en de over dat kalenderjaar te verwachten belasting indien toepassing van het eerste lid, onderdelen a en c, ertoe zou leiden dat na afdracht van de bijdrage maandelijks gemiddeld minder over zou blijven dan het van toepassing zijnde bedrag, vermeld in artikel 23, eerste lid, van de Participatiewet, zoals dat geldt in het lopende kalenderjaar, alsmede een bedrag in verband met de standaardpremie gecorrigeerd met de zorgtoeslag. Het aldus berekende bijdrageplichtig inkomen wordt, om de per maand verschuldigde bijdrage vast te stellen, gedeeld door twaalf.

3. De aanvraag, bedoeld in het tweede lid, wordt gedaan uiterlijk drie maanden na afloop van het kalenderjaar waarop de aanvraag betrekking heeft of uiterlijk drie maanden na de datum waarop de bijdrage, bedoeld in het eerste lid, wordt vastgesteld.

4. Indien het tweede lid is toegepast, vindt na afloop van het jaar en na ontvangst van definitieve inkomens- en vermogensgegevens de definitieve vaststelling plaats. Indien daaruit blijkt dat niet voldaan is aan het tweede lid, vindt definitieve vaststelling plaats met toepassing van het eerste lid.

5. Inkomen dat buiten Nederland wordt belast, dan wel is vrijgesteld van belasting op grond van bepalingen van internationaal recht, wordt mede in aanmerking genomen als ware dit aan de Nederlandse belastingwetgeving onderworpen. Op aanvraag van de verzekerde wordt daarop de in het buitenland verschuldigde belasting in mindering gebracht.

Artikel 3.3.2.4

1. Voor de berekening van de lagere eigen bijdrage, bedoeld in artikel 3.3.2.2, eerste en tweede lid, bestaat het bijdrageplichtige inkomen uit het inkomen over het peiljaar van de ongehuwde verzekerde, onderscheidenlijk van de gehuwde verzekerden tezamen, vermeerderd met 8% van het vermogen van de ongehuwde verzekerde, onderscheidenlijk 8% van de opgetelde vermogens van de gehuwde verzekerden.

2. Op aanvraag van de verzekerde stelt het CAK, in afwijking van het eerste lid, het bijdrageplichtig inkomen voorlopig vast op grond van het inkomen en het vermogen van het lopende jaar, indien redelijkerwijs te verwachten is dat het bijdrageplichtig inkomen in het lopende jaar ten minste € 2.500 lager zal zijn dan het bijdrageplichtig inkomen, bedoeld in het eerste lid, dan wel algemene bijstand op grond van de Participatiewet.

3. De aanvraag, bedoeld in het tweede lid, wordt gedaan uiterlijk drie maanden na afloop van het kalenderjaar waarop de aanvraag betrekking heeft of uiterlijk drie maanden na de datum waarop de bijdrage, bedoeld in het eerste lid, wordt vastgesteld.

4. Indien het tweede lid is toegepast, vindt na afloop van het jaar en na ontvangst van de definitieve inkomens- en vermogensgegevens definitieve vaststelling plaats. Indien daarbij blijkt dat het bijdrageplichtig inkomen in het lopende jaar minder dan €

2.500 lager is geweest dan het bijdrageplichtig inkomen, bedoeld in het eerste lid, vindt definitieve vaststelling plaats overeenkomstig het eerste lid.

Artikel 3.3.2.5

1. Voor de berekening van het bijdrageplichtig inkomen over het jaar waarin een verzekerde of zijn echtgenoot voor het eerst inkomen geniet wordt, in afwijking van artikel 3.3.2.3, eerste lid, onderdeel a, of artikel 3.3.2.4, eerste lid, uitgegaan van het inkomen dat de verzekerde of zijn echtgenoot over het desbetreffende kalenderjaar naar verwachting zal genieten alsmede van het te verwachten vermogen van dat kalenderjaar, verminderd met de naar verwachting over dat kalenderjaar verschuldigde of ingehouden belasting.

2. Voor de berekening van het bijdrageplichtig inkomen over het jaar volgende op het jaar waarin een verzekerde of zijn echtgenoot voor het eerst inkomen geniet wordt, in afwijking van artikel 3.3.2.3, eerste lid, onderdeel a, of artikel 3.3.2.4, eerste lid, uitgegaan van het inkomen dat de verzekerde of zijn echtgenoot over het dan lopende kalenderjaar naar verwachting zal genieten alsmede van het te verwachten vermogen van dat kalenderjaar, verminderd met de naar verwachting over dat kalenderjaar verschuldigde of ingehouden belasting.

3. Voor de berekening van het bijdrageplichtig inkomen over het tweede jaar volgend op het jaar waarin een verzekerde of zijn echtgenoot voor het eerst inkomen geniet, wordt uitgegaan van de in het tweede lid bedoelde bedragen.

Artikel 3.3.2.6

1. Indien artikel 3.3.2.3, tweede lid, of artikel 3.3.2.5, eerste of tweede lid, voor zover het betreft de afwijking van artikel 3.3.2.3, eerste lid, van toepassing is, worden, in afwijking van artikel 3.3.2.3, eerste lid, onderdeel b, subonderdeel 2, twaalf maal het in het lopende kalenderjaar geldende bedrag voor zak- en kleedgeld, de in het lopende kalenderjaar te betalen premies voor een zorgverzekering gecorrigeerd voor de zorgtoeslag en, indien van toepassing, de algemene korting voor wie de pensioensgerechtigde leeftijd nog niet heeft bereikt onderscheidenlijk de algemene korting voor wie de pensioengerechtigde leeftijd heeft bereikt, alsmede extra vrijlatingen als bedoeld in artikel 3.3.2.3, eerste lid, onderdeel b, subonderdeel 2, in mindering gebracht.

2. Indien artikel 3.3.2.5, eerste lid, voor zover het betreft de afwijking van artikel 3.3.2.3, eerste lid, van toepassing is en de werkzaamheden in de loop van het kalenderjaar aanvangen, worden de bedragen, bedoeld in artikel 3.3.2.3, eerste lid, onderdeel b, naar rato van het deel van het kalenderjaar waarover de inkomsten worden verworven, in mindering gebracht.

Artikel 3.3.2.7

1. Indien ten aanzien van de ongehuwde of gehuwde verzekerden geen gegevens inzake het inkomen of de grondslag sparen en beleggen beschikbaar zijn, wordt de eigen bijdrage vastgesteld op het minimumbedrag, genoemd in artikel 3.3.2.2, derde lid.

2. Indien na de vaststelling van de eigen bijdrage uit een alsnog beschikbaar gekomen gegevens inzake het inkomen of de grondslag sparen en beleggen, als bedoeld in artikel 1.1.1, of uit een wijziging van deze gegevens, blijkt dat de eigen bijdrage op

een te hoog of te laag bedrag is vastgesteld, herziet het CAK de eigen bijdrage met inachtneming van de beschikbaar gekomen gegevens dan wel van die wijziging.

Artikel 3.3.2.8

1. De hoogte van de eigen bijdrage wordt jaarlijks opnieuw berekend voor de periode van de eerste dag van januari tot en met de eenendertigste dag van de daaropvolgende maand december.

2. In afwijking van artikel 3.3.2.7, eerste lid, geldt, indien het inkomen bij de jaarlijkse herberekening nog moet worden vastgesteld, als eigen bijdrage, de eigen bijdrage die over de laatste maand in het vorige kalenderjaar verschuldigd was.

§ 3.3 Eigen bijdrage voor modulair pakket thuis

Artikel 3.3.3.1

1. De eigen bijdrage bedraagt per bijdrageperiode € 14 per uur of, indien de zorg wordt verleend in groepsverband, per dagdeel van maximaal vier uur, voor de verzekerde die een modulair pakket thuis krijgt geleverd. Indien er sprake is van zorgverlening, niet zijnde zorg in groepsverband, gedurende een deel van een uur, wordt de eigen bijdrage naar evenredigheid berekend.

2. De eigen bijdrage, bedoeld in het eerste lid, bedraagt:

a. voor de ongehuwde verzekerde die een modulair pakket thuis geleverd krijgt, niet meer dan € 19 per bijdrageperiode met dien verstande dat dit bedrag, indien zijn bijdrageplichtig inkomen, berekend volgens artikel 3.3.3.2:

1° meer bedraagt dan € 23.295 en hij de pensioengerechtigde leeftijd nog niet heeft bereikt, wordt verhoogd met een dertiende deel van 15% van het verschil tussen dat inkomen en € 23.295;

2° meer bedraagt dan € 16.456 en hij de pensioengerechtigde leeftijd heeft bereikt, wordt verhoogd met een dertiende deel van 15% van het verschil tussen dat inkomen en € 16.456;

b. voor de gehuwde verzekerde die een modulair pakket thuis geleverd krijgt of de gehuwde verzekerden tezamen die beiden een modulair pakket thuis geleverd krijgen, niet meer dan € 27,20 per bijdrageperiode, met dien verstande dat dit bedrag, indien het gezamenlijke bijdrageplichtig inkomen, berekend volgens artikel 3.3.3.2:

1° meer bedraagt dan € 29.174 en een van beiden of beiden de pensioengerechtigde leeftijd nog niet heeft bereikt nog niet hebben bereikt, wordt verhoogd met een dertiende deel van 15% van het verschil tussen dat gezamenlijke inkomen en € 29.174;

2° meer bedraagt dan € 22.957 en beiden de pensioengerechtigde leeftijd hebben bereikt, wordt verhoogd met een dertiende deel van 15% van het verschil tussen dat gezamenlijke inkomen en € 22.957.

3. Voor de toepassing van het eerste en tweede lid wordt overeenkomstig de weeknummers volgens de internationale standaard ISO 8601 uitgegaan van twaalf bijdrageperiodes van vier weken en een bijdrageperiode die vier of vijf weken bedraagt.

4. De eigen bijdrage, berekend op grond van het eerste en tweede lid, wordt verminderd met de bijdragen in de kosten van een maatwerkvoorziening dan wel een persoonsgebonden budget als bedoeld in de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 die verzekerde of zijn echtgenoot in dezelfde bijdrageperiode verschuldigd zijn.

5. De eigen bijdrage is niet verschuldigd:

- a. indien de verzekerde of de echtgenoot van de verzekerde een eigen bijdrage als bedoeld in de artikelen 3.3.2.1 of 3.3.2.2 verschuldigd is;
- b. door de verzekerde over de bijdrageperiode waarin hij twee of nachten aaneengesloten verblijft in een voorziening voor opvang als bedoeld in de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015;
- c. in die gevallen dat de zorgverzekeraar, op advies van een instelling voor algemeen maatschappelijk werk of de Raad voor de kinderscherming, van oordeel is dat het verschuldigd zijn van de bijdrage ertoe leidt dat de zorg niet wordt verstrekt en dit mishandeling, verwaarlozing of ernstige schade voor de opvoeding of ontwikkeling van een minderjarige verzekerde tot gevolg heeft.

Artikel 3.3.3.2

1. Het bijdrageplichtig inkomen, bedoeld in artikel 3.3.3.1, tweede lid, bedraagt het inkomen over het peiljaar van de ongehuwde verzekerde, onderscheidenlijk van de gehuwde verzekerden tezamen, vermeerderd met 8% van het vermogen van de ongehuwde verzekerde, onderscheidenlijk 8% van de opgetelde vermogens van de gehuwde verzekerden.
2. Op aanvraag van de verzekerde stelt het CAK, in afwijking van het eerste lid, het bijdrageplichtig inkomen voorlopig vast op basis van het redelijkerwijs gedurende het lopende kalenderjaar te verwachten inkomen en 8% van het te verwachten vermogen in het lopende jaar, indien het bijdrageplichtig inkomen in het lopende jaar ten minste € 2.500 lager zal zijn dan het bijdrageplichtig inkomen, bedoeld in het eerste lid.
3. De aanvraag, bedoeld in het tweede lid, wordt gedaan uiterlijk drie maanden na afloop van het kalenderjaar waarop de aanvraag betrekking heeft of uiterlijk drie maanden na de datum waarop de eigen bijdrage, bedoeld in het eerste lid, wordt vastgesteld.
4. Indien het tweede lid is toegepast, vindt na afloop van het jaar en na ontvangst van definitieve inkomens- en vermogensgegevens definitieve vaststelling plaats. Indien daarbij blijkt dat het bijdrageplichtig inkomen in het lopende jaar minder dan € 2.500 lager is geweest dan het bijdrageplichtig inkomen, bedoeld in het eerste lid, vindt definitieve vaststelling plaats overeenkomstig het eerste lid.
5. Inkomen dat in het buitenland wordt belast, dan wel is vrijgesteld van belasting op grond van bepalingen van internationaal recht, wordt mede in aanmerking genomen als ware dit aan de Nederlandse belastingwetgeving onderworpen. Op aanvraag van de verzekerde wordt daarop de in het buitenland verschuldigde belasting in mindering gebracht.

Artikel 3.3.3.3

1. Indien ten aanzien van de ongehuwde of gehuwde verzekerden geen gegevens inzake het inkomen of de grondslag sparen en beleggen beschikbaar zijn, wordt de eigen bijdrage vastgesteld op het bedrag per bijdrageperiode, genoemd in artikel 3.3.3.2, tweede lid.
2. Indien na de vaststelling van de eigen bijdrage uit alsnog beschikbaar gekomen gegevens inzake het inkomen of de grondslag sparen en beleggen, of uit een wijziging van deze gegevens, blijkt dat de eigen bijdrage op een te hoog of te laag bedrag is vastgesteld, herzielt het CAK de bijdrage met inachtneming van de beschikbaar gekomen gegevens dan wel van die wijziging.

§ 4. Wachtijd

Artikel 3.4.1

Degene die, komend van buiten Nederland, in Nederland is gaan wonen en als gevolg daarvan verzekerd is geworden in de zin van de wet, heeft gedurende de eerste twaalf maanden na het tijdstip waarop hij zich in Nederland heeft gevestigd, geen recht op zorg indien hij op dat tijdstip, gelet op zijn behoefte, reeds op de desbetreffende zorg is aangewezen, dan wel indien de gezondheidstoestand van betrokkene kennelijk moest doen verwachten, dat hij, gelet op zijn behoefte, binnen een half jaar op de desbetreffende zorg zou zijn aangewezen.

Artikel 3.4.2

1. In afwijking van artikel 3.4.1 bedraagt voor de daar bedoelde verzekerde die in Nederland is gaan wonen binnen twaalf jaar nadat zijn verzekering ingevolge de wet of de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten laatstelijk is geëindigd of, indien het een minderjarige betreft, de verzekering ingevolge de wet dan wel de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten van zijn wettelijk vertegenwoordiger laatstelijk is geëindigd, de periode gedurende welke hij geen recht op de in artikel 3.4.1 bedoelde zorg heeft een aantal maanden overeenkomend met het aantal volle jaren liggende tussen het tijdstip van vestiging in Nederland en het einde van het laatste tijdvak van verzekering ingevolge de wet dan wel de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.

2. Indien de verzekerde, bedoeld in het eerste lid, in die periode van twaalf jaar ten laste van Nederland recht heeft gehad op verstrekkingen met toepassing van een Verordening van de Raad van de Europese gemeenschappen of van een verdrag inzake sociale zekerheid waarbij Nederland partij is, wordt het aantal volle jaren gedurende welke men dat recht ten laste van Nederland had, in mindering gebracht op de periode, bedoeld in het eerste lid.

Artikel 3.4.3

De artikelen 3.4.1 en 3.4.2 zijn niet van toepassing op:

- a. vreemdelingen die rechtmatig in Nederland verblijf hebben als bedoeld in artikel 8, onder c en d, van de Vreemdelingenwet 2000;
- b. personen die hier te lande terugkeren na werkzaam te zijn geweest in het kader van ontwikkelingssamenwerking, in een naar het oordeel van Onze Minister voor Ontwikkelingssamenwerking als ontwikkelingsgebied te beschouwen gebied, alsmede de vorenbedoelde personen vergezellende echtgenoten, eigen en aangehuwde kinderen en pleegkinderen;
- c. personen die tot de dag voorafgaand aan het tijdstip waarop zij verzekerd zijn geworden in de zin van de wet dan wel de Algemene wet Bijzondere Ziektekosten vergoeding ter zaken van de kosten van zorg ontvingen op grond van artikel 3.1.2 van de Invoerings- en aanpassingswet Zorgverzekeringswet en artikel 1.22 van het Aanpassingsbesluit Zorgverzekeringswet.

§ 5. Zorg in natura

Artikel 3.5.0

Alvorens te beslissen over het leveren van zorg in natura aan een verzekerde die recht heeft op meerzorg als bedoeld in artikel 3.1.1, tweede lid, vraagt de Wlz-uitvoerder advies aan een door Onze Minister aan te wijzen instantie.

Artikel 3.5.1

In een besluit tot het verlenen van een modulair pakket thuis, drukt de Wlz-uitvoerder het recht op zorg van de verzekerde uit in modules, die bij ministeriële regeling per zorgprofiel kunnen worden vastgesteld. Een module bevat de zorgvormen, bedoeld in artikel 3.1.1, eerste lid, van de wet, waarop het zorgprofiel recht geeft.

Artikel 3.5.2

Bij ministeriele regeling kunnen regels worden gesteld over de berekening van de maximale kosten, bedoeld in artikel 3.3.2, vierde lid, van de wet en over de bestanddelen van de kosten die daarbij buiten beschouwing dienen te blijven.

Artikel 3.5.3

Bij ministeriële regeling kunnen nadere regels worden gesteld met betrekking tot de aanvraag, de verlening of de weigering van een modulair pakket thuis.

§ 6. Persoonsgebonden budget

Artikel 3.6.1

Een persoonsgebonden budget wordt per kalenderjaar verstrekt.

Artikel 3.6.2

1. Het zorgkantoor verleent geen persoonsgebonden budget indien:
 - a. een verzekerde krachtens een indicatiebesluit is aangewezen op een bij ministeriële regeling genoemd zorgprofiel;
 - b. de verzekerde weigert om het budgetplan met het zorgkantoor te bespreken of, na daartoe door het zorgkantoor te zijn opgeroepen, niet verschijnt;
 - c. de verzekerde het door het zorgkantoor vastgestelde aanvraagformulier niet volledig en juist heeft ingevuld;
 - d. de verzekerde, gelet op de door hem verstrekte gegevens of bescheiden, voornemens is om het persoonsgebonden budget uitsluitend te besteden aan de inkoop van zorg bij door het zorgkantoor of de Wlz-uitvoerder gecontracteerde zorgaanbieders.
2. Alvorens te beslissen op een aanvraag om een persoonsgebonden budget aan een verzekerde die recht heeft op meerzorg als bedoeld in artikel 3.1.1, tweede lid, vraagt

het zorgkantoor advies aan door Onze Minister krachtens artikel 3.5.0 aangewezen instantie.

3. Bij ministeriële regeling kunnen regels worden gesteld met betrekking tot de verlening of weigering van een persoonsgebonden budget.

Artikel 3.6.3

1. Een persoonsgebonden budget bedraagt ten hoogste een bij ministeriële regeling te bepalen bedrag.

2. De bedragen, bedoeld in het eerste lid, worden als volgt berekend:

a. de maximale bij beleidsregel van de zorgautoriteit krachtens artikel 57, eerste lid, onderdelen b en c, van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgestelde beleidsregelwaarde behorende bij het zorgprofiel dat op de verzekerde van toepassing is, wordt verminderd met het bedrag voor het bestanddeel behandeling;

b. op het met toepassing van onderdeel a berekende bedrag worden in mindering gebracht:

1°. het bedrag voor het bestanddeel kapitaallasten,

2°. het bedrag voor het bestanddeel kosten voor verblijf.

3. Bij ministeriële regeling kan worden bepaald dat het in het eerste lid bedoelde bedrag wordt verhoogd met een bij die regeling te stellen bedrag, voor zover het een verzekerde betreft die in een kleinschalig wooninitiatief als bedoeld in artikel 3.1.3, tweede lid, woont.

Artikel 3.6.4

1. De verzekerde sluit een schriftelijke overeenkomst met de zorgaanbieder of mantelzorger met betrekking tot de zorg waarvoor hij betaling ontvangt uit het persoonsgebonden budget. Bij ministeriële regeling kan worden bepaald dat de overeenkomst overeenstemt met een daarvoor door de Sociale verzekeringsbank vast te stellen model.

2. De verzekerde laat de betalingen verrichten door de Sociale verzekeringsbank.

3. Bij ministeriële regeling worden regels gesteld over in de overeenkomst op te nemen bedingen of voorwaarden en over het model, bedoeld in het eerste lid. Deze regels kunnen mede betrekking hebben op de ontbinding van de overeenkomst indien het persoonsgebonden budget wordt ingetrokken of gewijzigd.

3. De overeenkomst, bedoeld in het eerste lid, behoeft de goedkeuring van het zorgkantoor en de Sociale verzekeringsbank. De goedkeuring kan slechts worden onthouden wegens strijd met het recht of het belang van de uitvoerbaarheid van het persoonsgebonden budget en van de taken, bedoeld in artikel 3.3.3, vijfde lid, van de wet.

Artikel 3.6.5

1. Bij ministeriële regeling worden maximale tarieven vastgesteld voor de verlening van zorg die vanuit het persoonsgebonden budget kunnen worden bekostigd.

2. De in het eerste lid bedoelde tarieven worden vastgesteld voor zorg die geleverd wordt door:

a. een zorgaanbieder, voor zover deze voldoet aan in ieder geval één van de in het derde lid gestelde eisen, of

b. een mantelzorger.

3. Van het tweede lid, onder a, is sprake indien de zorg is verleend door:
- 1°. een onderneming als bedoeld in artikel 5, onderdelen a, c, d of e, van de Handelsregisterwet 2007 waarvan de activiteiten blijkens de inschrijving in het handelsregister, bedoeld in artikel 2 van die wet, geheel of gedeeltelijk bestaan uit het verlenen van zorg;
 - 2°. een onderneming als bedoeld in artikel 5, onderdeel b, van de Handelsregisterwet 2007 waarvan de activiteiten blijkens de inschrijving in het handelsregister, bedoeld in artikel 2 van die wet, geheel of gedeeltelijk bestaan uit het verlenen van zorg en die toebehoort aan een zelfstandige zonder personeel waaraan een geldige beschikking als bedoeld in artikel 3.156 van de Wet inkomstenbelasting 2001 is afgegeven;
 - 3°. een persoon die is ingeschreven in het register, bedoeld in artikel 3 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg, voor het uitoefenen van een beroep voor het verlenen van zorg.
4. Het derde lid, onderdeel b, subonderdeel 2° en 3°, is niet van toepassing indien de zorgverlener een bloed- of aanverwante in de eerste of tweede graad is van de verzekerde.

Artikel 3.6.6

1. De Sociale verzekeringsbank verricht ten behoeve van de verzekerde uitsluitend betalingen uit het persoonsgebonden budget en voert het budgetbeheer:
- a. overeenkomstig de beschikking tot verlening van het persoonsgebonden budget, bedoeld in artikel 3.3.3, eerste lid, van de wet;
 - b. overeenkomstig de door de verzekerde met de zorgaanbieder of mantelzorger gesloten, geldige overeenkomst die is goedgekeurd door het zorgkantoor en de Sociale verzekeringsbank;
 - c. tot afdracht van eventuele loonheffing, premies voor de werknemersverzekeringen en werkgeverspremies op grond van de Zorgverzekeringswet;
 - d. ter verkrijging door de verzekerde van gelden voor het verrichten van betalingen vanuit een bij ministeriële regeling te bepalen verantwoordingsvrij bedrag.
2. Bij ministeriële regeling kunnen regels worden gesteld omtrent het staken van betaling door de Sociale verzekeringsbank. Deze regels zullen in ieder geval betrekking hebben op betalingen in strijd met wettelijke voorschriften, beschikkingen omtrent het persoonsgebonden budget en de overeenkomst als bedoeld in het eerste lid.

Artikel 3.6.7

Bij ministeriële regeling kunnen regels worden gesteld in het belang van een goede uitvoering van het persoonsgebonden budget. Deze regels kunnen mede betrekking hebben op:

- a. de hulp van een vertegenwoordiger en beperkingen aan de kring van vertegenwoordigers,
- c. de inhoud, intrekking en wijziging van beschikking tot verlening en van de beschikking tot vaststelling van het persoonsgebonden budget,
- d. verantwoording en de controle,
- e. het budgetplan,
- f. de uitvoering door de Sociale verzekeringsbank van het budgetbeheer, de werkgeverstaken daaronder begrepen.

Artikel 3.7.1

1. Aan een verzekerde wordt een vergoeding verstrekt voor kosten van zorg, indien die zorg buiten Nederland wordt verleend en anders dan op de in artikel 3.3.1, eerste of tweede lid, van de wet omschreven wijze is verkregen als gevolg van de navolgende omstandigheden:

a. voortzetting van reeds in Nederland aangevangen zorg: een verzekerde aan wie zorg wordt verleend, behoudt dit recht gedurende ten hoogste dertien weken per kalenderjaar buiten Nederland. In dat geval worden de in rekening gebrachte kosten vergoed tot ten hoogste de kosten die in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend zijn te achten;

b. voortzetten palliatief terminale zorg: in afwijking van het bepaalde in onderdeel a geldt een periode van ten hoogste één jaar wanneer het palliatief terminale zorg betreft;

c. onvoldoende binnenlands zorgaanbod: een verzekerde kan met voorafgaande toestemming van de zorgverzekeraar gedurende een periode van ten hoogste één jaar zorg buiten Nederland inroepen, indien, gezien de gezondheidstoestand van betrokkene en het te verwachten verloop daarvan, de noodzakelijke zorg binnen Nederland niet of niet tijdig genoeg kan worden verkregen. In dat geval worden de in rekening gebrachte kosten vergoed. Voor zover deze kosten die welke in de Nederlandse marktomstandigheden passend zijn te achten overschrijden, wordt het meerdere vergoed voor zover deze naar het oordeel van de zorgverzekeraar in redelijkheid in rekening zijn gebracht;

d. verblijf buiten Nederland wegens uitoefening van bedrijf of beroep of uitsluitend wegens studieredenen: een verzekerde die in verband met de uitoefening van bedrijf of beroep al dan niet in dienstbetrekking of uitsluitend wegens studieredenen buiten Nederland verblijft kan zolang deze omstandigheid voortduurt en de betrokkene ingevolge de Wet langdurige zorg verzekerd blijft, buiten Nederland zorg inroepen. In dat geval worden de in rekening gebrachte kosten vergoed, tot ten hoogste de kosten die in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend zijn te achten;

e. gezinsleden: onderdeel d is van overeenkomstige toepassing op een verzekerde die met de verzekerde, bedoeld in dat onderdeel, deel uitmaakt van een gezamenlijke huishouding als bedoeld in de wet;

f. spoedeisende zorg bij tijdelijk verblijf: een verzekerde die gedurende een tijdelijk verblijf buiten Nederland onvoorzien en onmiddellijk noodzakelijke zorg moet inroepen die gelet op de gezondheidstoestand van betrokkene en het te verwachten verloop daarvan, niet kan worden uitgesteld tot de verzekerde is teruggekeerd in Nederland, kan deze gedurende ten hoogste dertien weken voortzetten. Deze termijn kan door de zorgverzekeraar worden verlengd indien de verzekerde om medische redenen niet gerepatriëerd kan worden.

2. De in rekening gebrachte kosten worden vergoed tot ten hoogste de kosten die in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend zijn te achten.

3. Indien de verzekerde op grond van artikel 3.3.1.1, voor de verleende zorg een bijdrage in de kosten is verschuldigd, wordt deze bijdrage door de Wlz-uitvoerder vastgesteld zoveel mogelijk overeenkomstig dit besluit, en in mindering gebracht op de in het eerste en tweede lid bedoelde vergoeding.

4. Aan een verzekerde die zorg inroept op de in artikel 3.3.5, tweede lid, van de wet, omschreven wijze, worden de in rekening gebrachte kosten vergoed tot ten hoogste de

kosten die in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend zijn te achten. Het derde lid en artikel 3.7.3 zijn van overeenkomstige toepassing.

5. De verzekerde heeft gedurende het reizen of het tijdelijk verblijven buiten Nederland geen recht op zorg, of op een vergoeding van de kosten daarvan, indien de zorg aan de verzekerde wordt verleend door een instelling in de zin van de Wet toelating zorginstellingen.

Artikel 3.7.2

1. De verzekerde kan een aan hem verleend persoonsgebonden budget voor ten hoogste dertien weken per kalenderjaar tijdens verblijf buiten Nederland gebruiken voor betaling van zorg, indien die zorg is verkregen als voortzetting van reeds binnen Nederland aangevangen zorg.

2. In afwijking van het eerste lid kan de verzekerde voor ten hoogste een jaar tijdens verblijf buiten Nederland een persoonsgebonden budget gebruiken voor betaling van voortzetting van palliatief terminale zorg.

3. Indien de verzekerde langer dan zes weken aaneengesloten buiten Nederland verblijft en daar zorgverleners contracteert die niet vallen onder de Nederlandse fiscale en sociale zekerheidswetgeving, wordt het persoonsgebonden budget berekend overeenkomstig de volgende formule:

$$\frac{A \times C}{B} + \frac{D \times C \times E}{B}$$

waarbij wordt verstaan onder:

A: het aantal weken dat de verzekerde binnen Nederland verblijft;

B: het getal 52;

C: het persoonsgebonden budget waarvoor de verzekerde op grond van de vorige leden in aanmerking komt;

D: het aantal weken dat de verzekerde buiten Nederland verblijft;

E: het voor het desbetreffende land door het Zorginstituut vastgestelde aanvaardbaarheidspercentage.

Artikel 3.7.3

Het bepaalde in artikel 3.7.1, eerste lid, is van toepassing indien door een onafhankelijke arts is vastgesteld dat en in welke omvang de verzekerde op de desbetreffende zorg is aangewezen.

HOOFDSTUK 4. DE WLZ-UITVOERDERS

§ 1. De aan- en afmelding en de statuten

Artikel 4.1.1

1. Ten behoeve van de beoordeling, bedoeld in artikel 4.1.1, vierde lid, van de wet, gaat de zorgautoriteit ten minste na of de rechtspersoon die de Wlz wenst te gaan uitvoeren voldoet aan de volgende eisen:

- a. de rechtspersoon behoort tot een groep als bedoeld in artikel 24b van Boek 2 van het Burgerlijk Wetboek waarvan ten minste één zorgverzekeraar deel uitmaakt;
 - b. de statuten van de rechtspersoon voldoen aan het bij en krachtens artikel 4.1.2 van de wet gestelde;
 - c. de rechtspersoon heeft een duidelijke, evenwichtige en adequate organisatiestructuur;
 - e. de rechtspersoon heeft een duidelijke, evenwichtige en adequate verdeling van taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden;
 - f. de rechten en verplichtingen binnen de rechtspersoon zijn adequaat vastgelegd;
 - g. de rechtspersoon beschikt over adequate rapportagelijnen en over een adequaat systeem van informatievoorziening en communicatie;
 - h. de bedrijfsvoering van de rechtspersoon is op een inzichtelijke wijze vastgelegd en is afgestemd op de werkzaamheden die de rechtspersoon als Wlz-uitvoerder zal uitvoeren of laten uitvoeren;
 - i. gegeven de verwachte beheerskosten die de rechtspersoon als Wlz-uitvoerder zal maken, zal kunnen worden voorzien in een recht- en doelmatige uitvoering van de wet.
2. Ter beoordeling van de vragen, bedoeld in het eerste lid, onderdelen f en g, laat de zorgautoriteit zich door de rechtspersoon zijn statuten alsmede een programma van werkzaamheden overleggen.
3. Het programma van werkzaamheden omvat ten minste een raming van de kosten voor de inrichting van de administratie en een raming voor de eerste drie boekjaren van de andere kosten van beheer.
4. De zorgautoriteit is bevoegd nadere regels te stellen omtrent de inhoud van het programma van werkzaamheden.

Artikel 4.1.2

1. De zorgautoriteit stelt vast of de Wlz-uitvoerder er zorg voor heeft gedragen dat de geschiktheid en de betrouwbaarheid van personen als bedoeld in artikel 4.1.1, vijfde lid, van de wet buiten twijfel staat op basis van de voornemens, handelingen en antecedenten van deze personen.

2. De Wlz-uitvoerder neemt voor de beoordeling van de geschiktheid van een persoon als bedoeld in artikel 4.1.1, vijfde lid, van de wet in ieder geval in aanmerking de opleiding, werkervaring en competenties van deze persoon, alsmede zijn kennis van de financiële sector in het algemeen en van de maatschappelijke functies van de Wlz-uitvoerder en de risico's die daarbij gelopen worden in het bijzonder, aan de hand van ten minste:

- a. het curriculum vitae van deze persoon;
 - b. de relevante geldige diploma's van deze persoon.
3. De Wlz-uitvoerder neemt voor de beoordeling van de betrouwbaarheid van een persoon als bedoeld in artikel 4.1.1, vijfde lid, van de wet in ieder geval in aanmerking:

- a. strafrechtelijke antecedenten;
- b. financiële antecedenten;
- c. toezichtantecedenten;
- d. fiscaal bestuursrechtelijke antecedenten; en
- e. overige antecedenten als bedoeld in artikel 6 van het Besluit prudentieel toezicht Wft.

4. De Wlz-uitvoerder verkrijgt inzicht in de in het eerste lid bedoelde voornemens, handelingen en antecedenten op grond van:

- a. de door betrokkene verstrekte gegevens en inlichtingen;
- b. inlichtingen, verkregen van door betrokkene opgegeven referenties;
- c. een verklaring omtrent het gedrag als bedoeld in artikel 28 en verder van de Wet justitiële en strafvorderlijke gegevens;
- d. gegevens uit openbare bronnen;
- e. inlichtingen, verkregen van organisaties van huidige of voormalige beroepsgenoten van betrokkene;
- f. gegevens en inlichtingen, verkregen van Nederlandse of buitenlandse overheidsinstanties dan wel van Nederlandse of buitenlandse van overheidswege aangewezen instanties die belast zijn met het toezicht op financiële markten of op personen die op die markten werkzaam zijn; of
- g. inlichtingen, verkregen van curatoren of bewindvoerders met betrekking tot faillissementen, surseances, schuldsaneringen, bewindvoeringen of noodregelingen, waarbij de in het eerste lid bedoelde persoon betrokken is geweest.

5. Indien de gegevens of inlichtingen, verkregen overeenkomstig het vierde lid, de Wlz-uitvoerder aanleiding geven tot nader onderzoek, kan de Wlz-uitvoerder ook inlichtingen inwinnen en gegevens opvragen bij andere personen of instanties dan genoemd in dat lid. De Wlz-uitvoerder stelt de betrokkene in dat geval vooraf schriftelijk in kennis van:

- a. de reden van het nadere onderzoek;
- b. de personen of instanties bij wie nadere gegevens of inlichtingen zullen worden ingewonnen; en
- c. de aard van de nadere gegevens of inlichtingen.

6. De Wlz-uitvoerder neemt bij de vaststelling, bedoeld in het eerste lid, in aanmerking:

- a. het onderlinge verband tussen de aan een antecedent ten grondslag liggende gedraging of gedragingen en de overige omstandigheden van het geval;
- b. de belangen die de wet beoogt te beschermen; en
- c. de overige belangen van de Wlz-uitvoerder en de betrokkene.

7. De zorgautoriteit maakt bij de beoordeling, bedoeld in het eerste lid, onverminderd haar bevoegdheid tot eigen onderzoek, zoveel mogelijk gebruik van de resultaten van door anderen verrichte controles.

§ 2. Regels ten behoeve van de aanwijzing, bedoeld in artikel 4.2.4, tweede lid, Wlz

Artikel 4.2.1

1. De regio's, bedoeld in artikel 4.2.4, tweede lid, van de wet zijn:

- Groningen
- Friesland
- Drenthe
- Zwolle

- Twente
- Apeldoorn, Zutphen, en omstreken
- Arnhem
- Nijmegen
- Utrecht
- Flevoland
- 't Gooi
- Noord-Holland Noord
- Kennemerland
- Zaanstreek/Waterland
- Amsterdam
- Amstelland en de Meerlanden
- Zuid-Holland Noord
- Haaglanden
- Delft Westland Oostland
- Midden-Holland
- Rotterdam
- Nieuwe Waterweg Noord
- Zuid-Hollandse Eilanden
- Waardenland
- Zeeland
- West-Brabant
- Midden-Brabant
- Noordoost Brabant
- Zuidoost Brabant
- Noord- en Midden-Limburg
- Zuid-Limburg
- Midden IJssel

2. Bij ministeriële regeling wordt bepaald welke gemeenten tot welke regio behoren.

Artikel 4.2.2

1. De administratieve werkzaamheden die een op grond van artikel 4.2.4 van de wet aangewezen Wlz-uitvoerder verricht, betreffen:

- a. het verzorgen van de administratie ten aanzien van de zorg, verleend aan de verzekerden die wonen in de regio waarvoor de Wlz-uitvoerder is aangewezen;
- b. het bevorderen van het administratieve contact tussen de zorgaanbieders in die regio enerzijds en het CAK anderzijds.

2. Ten behoeve van het verrichten van de in het eerste lid bedoelde werkzaamheden beschikt de aangewezen Wlz-uitvoerder over een adequate cliëntvolgende bedrijfsadministratie, waarin een verband kan worden gelegd tussen de indicatiebesluiten van de Wlz-verzekerden, de in opdracht van Wlz-uitvoerders geleverde zorg en de betalingen van zorgaanbieders die deze zorg geleverd hebben.

§ 3. Uitbestedingsverbod

Artikel 4.3.1

Een Wlz-uitvoerder besteedt de uitvoering van artikel 4.2.1, eerste lid, onderdelen a, en b, onder 2° en 3°, van de wet, middellijk noch onmiddellijk uit aan een zorgaanbieder.

HOOFDSTUK 5. HET CIZ EN HET ZORGINSTITUUT

§ 1. Neventaken CIZ

Artikel 5.1.1

1. Het CIZ beoordeelt of een verzekerde op grond van artikel 6.1.2, tweede lid, in aanmerking komt voor ADL-assistentie.
2. Het CIZ beoordeelt of een verzekerde in aanmerking komt voor behandeling zonder verblijf als bedoeld in artikel 11.1.5, eerste lid, van de wet.

Artikel 5.1.2

Het verbod op mandaatverlening, bedoeld in artikel 7.1.2, vierde lid, van de wet, geldt niet voor indicatiebesluiten over meerzorg, bedoeld in artikel 3.1.1, tweede lid.

§ 2. Zorginstituut

Artikel 5.2.1

1. Het Zorginstituut voert ten behoeve van de gezamenlijke zorg voor de instandhouding van het elektronisch gegevensverkeer, bedoeld in artikel 9.1.6 van de wet, de volgende beheertaken uit:
 - a. de vaststelling van standaarden die in het elektronisch gegevensverkeer worden gebruikt; en
 - b. het beheer over de standaarden, bedoeld in onderdeel a.
2. Het Zorginstituut bevordert de samenwerking tussen de Wlz-uitvoerders, zorgaanbieders, het CAK en het CIZ op het terrein van het elektronisch gegevensverkeer.
3. Bij ministeriële regeling kunnen regels worden gesteld over de werkzaamheden van het Zorginstituut voor de instandhouding van het elektronische gegevensverkeer.

Artikel 5.2.2

Het Zorginstituut stelt aanvaardbaarheidspercentages als bedoeld in artikel 3.7.2, derde lid, vast.

HOOFDSTUK 6. OVERIGE BEPALINGEN

Artikel 6.1.2

1. Het Zorginstituut verstrekt aan organisaties subsidies voor het verlenen van ADL-assistentie voor zover die organisaties de ADL-assistentie verlenen aan verzekerden die woonachtig zijn in ADL-woningen.
2. De organisaties, bedoeld in het eerste lid, verlenen ADL-assistentie aan verzekerden volgens een door het CIZ genomen besluit als bedoeld in artikel 5.1.1, eerste lid.
3. In de ADL-woningen wordt zorg geleverd aan verzekerden:

- a. met een lichamelijke handicap of een somatische aandoening of beperking;
 - b. die zijn aangewezen op een rolstoeltoegankelijke woning;
 - c. die zijn aangewezen op ten minste vijf uur oproepbare ADL-assistentie per week;
- en
- d. die voldoende sociaal zelfredzaam zijn om zelfstandig te wonen en om zelfstandig zorg op te roepen en aanwijzingen te geven.
4. Bij ministeriële regeling kunnen regels worden gesteld met betrekking tot de subsidieverlening voor ADL-assistentie, met inbegrip van de uitvoering daarvan, van wat onder ADL-woningen kan worden verstaan en de controle.

HOOFDSTUK 7. ZORGPLANBESPREKING

Artikel 7.1.1

Bij de bespreking, bedoeld in artikel 8.1.1, eerste lid, van de wet, tussen de zorgaanbieder en de verzekerde die zijn zorg geleverd wil krijgen in natura, over de wijze waarop de verzekerde zijn leven wenst in te richten en de ondersteuning die de verzekerde daarbij van de zorgaanbieder zal ontvangen wordt in ieder geval aandacht besteed aan:

- a. zeggenschap van de verzekerde over de inrichting van zijn leven, waaronder de betrokkenheid van mantelzorgers en vrijwilligers;
- 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; en
- i. ontwikkeling en ontplooiing van de verzekerde.

HOOFDSTUK 8. AANPASSING VAN ANDERE ALGEMENE MAATREGELEN VAN BESTUUR

§ 1. Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Artikel 8.1.1

De bijlage behorende bij de artikelen 2 en 4 van het **Besluit beschikbaarheidsbijdrage WMG** wordt als volgt gewijzigd:

A

In onderdeel A wordt het tweede lid, onderdeel d, vervangen door:

- d. zorg als omschreven bij of krachtens de Wet langdurige zorg.

B

In onderdeel B wordt in de aanhef van het eerste lid "Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ)" vervangen door: de Wet langdurige zorg (Wlz).

Artikel 8.1.2

Artikel 3 van het **Besluit uitbreiding en beperking werkingssfeer WMG** wordt als volgt gewijzigd:

A

Het eerste lid, onderdeel b, onder 2, komt te luiden:

2°. het Zorginstituut op grond van artikel 10.1.3, 10.1.4 of 11.1.5 van de Wet langdurige zorg;.

B

De onderdelen f en g komen te luiden:

f. vervoer als bedoeld in artikel 3.1.1, onderdeel f, van de Wet langdurige zorg;

g. woningaanpassingen als bedoeld in artikel 3.1.3 van de Wet langdurige zorg;.

C

Na onderdeel l wordt een onderdeel ingevoegd, luidende:

m. zorg die ten laste van een persoonsgebonden budget als bedoeld in artikel 3.3.3 van de Wet langdurige zorg wordt gefinancierd.

Artikel 8.1.3

Het **Uitvoeringsbesluit WTZi** wordt als volgt gewijzigd:

A

Artikel 1.1, onderdeel b, komt te luiden:

b. Wlz-verblijf: het verblijf, bedoeld in artikel 3.1.1, eerste lid, onderdeel a, van de Wet langdurige zorg;.

B

De onderdelen b en c van artikel 2.1, zesde lid, worden vervangen door:

b. instellingen die zorg verlenen in combinatie met Wlz-verblijf.

C

In artikel 3.1, onderdeel c, wordt "AWBZ-verblijf" vervangen door: Wlz-verblijf.

D

Artikel 4.2 vervalt.

Artikel 8.1.4

Het **Besluit van 11 december 1996, houdende uitvoering van artikel 1, tweede lid, van de Kwaliteitswet zorginstellingen en wijziging van enige besluiten op grond van de Ziekenfondswet en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten** wordt als volgt gewijzigd:

A

In artikel 1, onderdeel a, wordt "artikel 44 van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten vervangen door: artikel 11.1.4 en artikel 10.1.5, eerste lid, van de Wet langdurige zorg.

B

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

Artikel 8.1.5

In artikel 2.13, eerste lid, onderdeel b, van het **Besluit zorgverzekering** wordt "de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten" vervangen door: de Wet langdurige zorg.

Artikel 8.1.6

Artikel 2, eerste lid, van het **Besluit gebruik burgerservicenummer in de zorg** komt te luiden:

1. De Wlz-uitvoerders, aangewezen krachtens artikel 4.2.3, tweede lid, van de Wet langdurige zorg, worden aangewezen als zorgverzekeraar in de zin van de wet voor zover zij het in artikel 4.2.2 van het Besluit langdurige zorg aangegeven deel van de administratie verrichten voor de in de Wet langdurige zorg aangewezen zorg.

Artikel 8.1.7

Onder vernummering van het tweede lid van artikel 1.22 van het **Aanpassingsbesluit Zorgverzekeringwet** tot derde lid, wordt een tweede lid ingevoegd, luidende:

2. Het eerste lid geldt na de termijn, bedoeld in artikel 8.3 van de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 niet voor zorg, bedoeld in artikel 8.1 van die wet en geldt na de termijn, bedoeld in artikel 10.1, derde of vierde lid, van de Jeugdwet niet voor zorg, bedoeld in artikel 10.1, tweede lid, van die wet.

§ 2. Financiën

Artikel 8.2.2

In artikel 20, eerste lid, van het **Uitvoeringsbesluit inkomstenbelasting 2001** wordt "de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten" vervangen door: de Wet langdurige zorg.

Artikel 8.3.1

Het **Besluit uitbreiding en beperking kring verzekerden volksverzekeringen 1999** wordt als volgt gewijzigd:

A

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

B

In artikel 8, tweede lid, wordt "Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten" vervangen door: Wet langdurige zorg.

C

Artikel 21 wordt als volgt gewijzigd:

1. Het opschrift komt te luiden:

Artikel 21. Geen verzekering op grond van de Wlz.

2. In het eerste, tweede, derde en vierde lid wordt "Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten" telkens vervangen door: Wet langdurige zorg.

D

Artikel 21a wordt als volgt gewijzigd:

1. Het opschrift komt te luiden:

Artikel 21a. Ontheffing verzekeringsplicht Wlz.

2. In het eerste en tweede lid wordt "Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten" telkens vervangen door: Wet langdurige zorg.

E

Artikel 21b Wordt als volgt gewijzigd

1. Het opschrift komt te luiden:

Artikel 21b. Ontheffing verzekeringsplicht Wlz, AOW, ANW en AKW.

2. In het eerste en zesde lid wordt "Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten" telkens vervangen door: Wet langdurige zorg.

F

In de artikel 21c en 21d wordt "Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten" telkens vervangen door: Wet langdurige zorg.

G

Artikel 25 vervalt.

Artikel 8.3.2

Hoofdstuk 4 van het **Besluit Wfsv** komt te luiden:

Hoofdstuk 4. Beheerskosten en enige zorgkosten uit het Fonds langdurige zorg

Artikel 4.1. Begripsbepalingen

In dit hoofdstuk wordt verstaan onder:

- a. Onze Minister: de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport;
- b. Flz: het Fonds langdurige zorg, genoemd in artikel 89 van de Wfsv;
- c. Wlz: de Wet langdurige zorg;
- d. kosten van zorg: kosten van verleende zorg en overige diensten als bedoeld in paragraaf 3.1 van de Wlz, met uitzondering van de kosten van forensische zorg als bedoeld in artikel 1.1.1, tweede lid, van de Wet forensische zorg;
- e. beheerskosten: de beheerskosten van de in de Wlz geregelde verzekering, waaronder begrepen de kosten van controle in het kader van die verzekering en waaronder niet begrepen de beheerskosten voor forensische zorg als bedoeld in artikel 1.1.1, tweede lid, van de Wet forensische zorg;
- f. Wlz-uitvoerder: een Wlz-uitvoerder als bedoeld in artikel 1.1.1 van de Wlz;
- g. onverantwoorde uitgaven: uitgaven waarvan de Nederlandse zorgautoriteit heeft vastgesteld dat ze niet noodzakelijk zijn voor de uitvoering van de verzekering ingevolge de Wlz;
- h. beheerskostenbudget: de ten laste van het Flz voor de Wlz-uitvoerders beschikbare middelen ter dekking van de voor de uitvoering van de Wlz te maken beheerskosten;
- i. CAK: het CAK, genoemd in artikel 6.1.1 van de Wlz;
- j. zorgaanbieder: een instelling als bedoeld in artikel 1.1.1. van de Wlz dan wel een solistisch werkende zorgverlener als bedoeld in dat artikel.

Artikel 4.2. Vergoeding kosten van zorg die niet door CAK worden uitbetaald

1. Het Zorginstituut vergoedt uit het Flz jaarlijks aan de Wlz-uitvoerders de kosten van de zorg die niet door het CAK aan de zorgaanbieders worden uitbetaald.
2. De vergoeding, bedoeld in het eerste lid, geschiedt naar de werkelijke kosten van de desbetreffende zorg.
3. Bij de vergoeding, bedoeld in het eerste lid, blijven onverantwoorde uitgaven buiten beschouwing, tenzij de zorgautoriteit anders besluit.

Artikel 4.3. Macrobudget beheerskosten Wlz

1. Onze Minister geeft het Zorginstituut jaarlijks een aanwijzing terzake van het voor alle Wlz-uitvoerders tezamen voor dat kalenderjaar ten laste van het Flz komende beheerskostenbudget.
2. Bij de aanwijzing, bedoeld in het eerste lid, maakt Onze Minister een onderscheid tussen de beheerskosten die op grond van artikel 4.2.4, tweede lid, Wlz aangewezen Wlz-uitvoerders ontvangen voor de in dat artikellid genoemde taken en

de beheerskosten die zij ontvangen voor hun overige bij of krachtens de Wlz geregelde taken.

Artikel 4.4. Beheerskostenbudget Wlz-uitvoerder

1. Het Zorginstituut verdeelt de middelen, bedoeld in artikel 4.3, jaarlijks over de Wlz-uitvoerders, leidende tot een beheerskostenbudget per Wlz-uitvoerder.
2. Bij de verdeling van het beheerskostenbudget maakt het Zorginstituut voor een Wlz-uitvoerder die taken als bedoeld in artikel 4.2.4, tweede lid, Wlz uitvoert, inzichtelijk welk deel bestemd is voor het uitvoeren van die taken en welk deel voor het uitvoeren van zijn overige taken.
3. De verdeling van het beheerskostenbudget geschiedt aan de hand van door het Zorginstituut vast te stellen beleidsregels.
4. De beleidsregels, bedoeld in het derde lid, behoeven de goedkeuring van Onze Minister.
5. In geval van onthouding van goedkeuring aan een beleidsregel stelt het Zorginstituut, met inachtneming van door Onze Minister te geven instructies, een nieuwe beleidsregel vast.
6. Indien Onze Minister aan de beleidsregel, bedoeld in het vijfde lid, eveneens goedkeuring onthoudt, stelt hij terzake zelf de beleidsregel vast.
7. Het Zorginstituut keert jaarlijks uit het Flz aan een Wlz-uitvoerder het voor die Wlz-uitvoerder op grond van het eerste lid vastgestelde beheerskostenbudget uit.
8. Na het kalenderjaar waarvoor het beheerskostenbudget is verleend, stelt het Zorginstituut het beheerskostenbudget vast.
9. Indien een Wlz-uitvoerder op een naar het oordeel van de zorgautoriteit onverantwoorde wijze op zijn beheerskosten bespaart, wordt de uitkering, bedoeld in het zevende lid, voor het desbetreffende kalenderjaar door het Zorginstituut verlaagd met het bedrag van die besparing.

Artikel 4.5. Beheerskosten bij uitbesteding van werkzaamheden

1. Indien een Wlz-uitvoerder zijn overige taken, bedoeld in artikel 4.4, tweede lid, geheel of gedeeltelijk uitbesteedt, betaalt hij degene waaraan hij deze taken uitbesteedt per verzekerde een bedrag aan beheerskosten dat is berekend op basis van door het Zorginstituut vast te stellen beleidsregels.
2. Artikel 4.4, vierde tot en met zesde lid, is van overeenkomstige toepassing.

Artikel 4.6. Reserve uitvoering Wlz

1. Een Wlz-uitvoerder houdt een reserve uitvoering Wlz aan.
2. Het saldo van baten en lasten over enig boekjaar van een Wlz-uitvoerder van de beheerskosten die hij in of in verband met die hoedanigheid maakt, wordt toegevoegd aan, onderscheidenlijk ten laste gebracht van de reserve, bedoeld in het eerste lid. Daarbij blijven onverantwoorde uitgaven buiten beschouwing, tenzij de zorgautoriteit anders besluit.
3. Het Zorginstituut bepaalt welk percentage rente de Wlz-uitvoerder over de reserve geacht wordt te maken.
4. De reserve uitvoering Wlz bedraagt ultimo enig jaar maximaal 20% van het beheerskostenbudget voor dat jaar.

5. Indien het Zorginstituut vaststelt dat de reserve het gestelde maximum te boven gaat, stort de Wlz-uitvoerder het door het Zorginstituut vastgestelde bedrag waarmee het maximum overschreden wordt binnen vier weken in het Flz.

6. Binnen vier weken nadat hij de uitvoering van de Wlz heeft beëindigd, stort de Wlz-uitvoerder een bedrag ter hoogte van de reserve, bedoeld in het eerste lid, in het Flz.

7. Binnen twee jaar na het eindigen of wijzigen van een aanwijzing als bedoeld in artikel 4.2.4, tweede lid, van de Wlz, bepaalt het Zorginstituut of de Wlz-uitvoerder een deel van zijn reserve in het Flz dient te storten en zo ja, hoe groot dat deel is. De Wlz-uitvoerder stort een op grond van de vorige zin bepaald deel binnen vier weken in het Flz.

Artikel 4.7. Toezicht op opgaven

De zorgautoriteit is bevoegd opgaven en gegevens van een Wlz-uitvoerder, die van invloed zijn op de omvang van de ten laste van het Flz beschikbare middelen en op de hoogte van de kosten van zorg op hun juistheid te beoordelen en te verbeteren.

Artikel 4.8. Betaalbaarstelling

1. Het Zorginstituut bepaalt de wijze van betaalbaarstelling van de uitkeringen op grond van dit hoofdstuk en bepaalt welk percentage rente door de Wlz-uitvoerder dan wel het Zorginstituut verschuldigd is over verschillen tussen uitgekeerde bedragen en bedragen waarop de Wlz-uitvoerder na afloop van het kalenderjaar daadwerkelijk recht blijkt te hebben.

2. Het Zorginstituut is bevoegd een verschil als bedoeld in het tweede lid, te verrekenen met een over een later kalenderjaar te verlenen beheerskostenbudget.

Artikel 8.3.3

Het **Besluit SUWI** wordt als volgt gewijzigd:

A

Artikel 5.7, onderdeel b, komt te luiden:

b. aan het Zorginstituut, de zorgautoriteit, Wlz-uitvoerders als bedoeld in artikel 1.1.1 van de Wet langdurige zorg, het CAK, genoemd in artikel 6.1.1, eerste lid, van de Wet langdurige zorg de gegevens voor zover die noodzakelijk zijn voor de uitvoering van de Zorgverzekeringswet en de Wet langdurige zorg;.

B

Artikel 5.9, eerste lid, onderdeel e, vervalt.

Artikel 8.3.4

In artikel 3, eerste lid, onder a, onderdeel 1, van het **Besluit aanwijzing registraties gezamenlijke huishouding 1998** wordt "de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten" vervangen door: de Wet langdurige zorg.

Artikel 8.3.5

Artikel 4, vijfde lid, van het **Besluit uitvoering sociale werkvoorziening en begeleid werken**, vervalt, onder vernummering van het zesde tot vijfde lid.

Artikel 8.3.6

In artikel 2, vijfde lid, onderdeel a, van het **Schattingsbesluit arbeidsongeschiktheidswetten**, wordt "de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten" vervangen door: de Wet langdurige zorg.

§ 4. Veiligheid en Justitie

Artikel 8.4.2

Het **Reglement verpleging ter beschikking gestelden** wordt als volgt gewijzigd:

A

In artikel 72, onderdeel a, wordt "de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten" vervangen door: de Wet langdurige zorg.

B

In artikel 79, eerste lid, wordt "de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten" vervangen door: de Wet langdurige zorg.

Artikel 8.4.3

In artikel 47 van de **Penitentiaire maatregel** wordt "de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten" vervangen door: de Wet langdurige zorg.

Artikel 8.4.4

In artikel 17, eerste lid, van het **Vrijstellingsbesluit Wbp** wordt "instellingen, als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onderdeel e, van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten" vervangen door: instellingen, als bedoeld in artikel 1.1.1, van de Wet langdurige zorg.

§ 5. Wonen en Rijksdienst

Artikel 8.5.1

Het **Besluit op de huurtoeslag** wordt als volgt gewijzigd:

A

Artikel 2, onderdeel a, komt te luiden:

a. de verzorgingsbehoefte blijkt uit een indicatiebesluit van het CIZ, genoemd in artikel 7.1.1 van de Wet langdurige zorg;

B

Artikel 3, tweede lid, onderdeel c, wordt "de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten" vervangen door: de Wet langdurige zorg.

Artikel 8.5.2

Het **Besluit beheer sociale-huursector** wordt als volgt gewijzigd:

In Bijlage III, paragraaf 4.6, onder 25, derde alinea, wordt "Inkomenstoetsing door de toegelaten instelling kan achterwege blijven als er sprake is van ten minste een lid van het huishouden waarvoor geldt dat er sprake is van persoonlijke verzorging als bedoeld in artikel 4 van het Besluit zorgaanspraken AWBZ, verpleging als bedoeld in artikel 5 van dat besluit of individuele begeleiding als bedoeld in artikel 6 van dat besluit, welk indicatiebesluit een geldigheidsduur heeft van ten minste een jaar en in welk indicatiebesluit ten minste 10 uur zorg per week wordt. In dat geval is het betreffende indicatiebesluit voldoende om de juistheid van de toewijzing te onderbouwen." vervangen door:

"Inkomenstoetsing door de toegelaten instelling kan achterwege blijven als er sprake is van ten minste een lid van het huishouden waarvoor geldt dat er sprake is van persoonlijke verzorging, begeleiding of verpleging als bedoeld in artikel 3.1.1 van de Wet langdurige zorg, welk indicatiebesluit een geldigheidsduur heeft van ten minste een jaar en in welk indicatiebesluit ten minste 10 uur zorg per week wordt. In dat geval is het betreffende indicatiebesluit voldoende om de juistheid van de toewijzing te onderbouwen."

§ 6. Defensie

Artikel 8.6.1

In artikel 21 van het **Besluit aanvullende arbeidsongeschiktheids- en invaliditeitsvoorzieningen militairen** wordt "de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten" vervangen door: de Wet langdurige zorg.

Artikel 8.6.2

In artikel 21 van het **Besluit bijzondere militaire pensioenen** wordt "de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten" vervangen door: de Wet langdurige zorg.

§ 7. Infrastructuur en Milieu

Artikel 8.7.1

In artikel 49, tweede lid, van het **Besluit administratieve bepalingen inzake het wegverkeer** wordt "artikel 6 van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten" vervangen door: artikel 3.1.1 van de Wet langdurige zorg.

§ 8. Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties

Artikel 8.8.1

In de Bijlage als bedoeld in artikel 2 van het **Besluit Bibob** wordt onder het kopje "Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport", de tekst "Uitvoeringsorganen AWBZ (Cluster)" vervangen door Uitvoeringsorganen Wlz (Cluster).

§ 9. Economische Zaken

Artikel 8.9.1

Artikel 2, tweede lid, onderdeel a, van het **Besluit tijdelijke verruiming toepassingsbereik concentratietoezicht op ondernemingen die zorg verlenen** komt te luiden:

- a. zorg als bedoeld in artikel 3.1.1 van de Wet langdurige zorg.

HOOFDSTUK 9. INNOVATIE

[GERESERVEERD]

HOOFDSTUK 10. SLOTBEPALINGEN

§ 1. Intrekken algemene maatregelen van bestuur

Artikel 10.1.1 (intrekking Administratiebesluit Bijzondere Ziektekostenverzekering)

Het Administratiebesluit Bijzondere Ziektekostenverzekering wordt ingetrokken.

Artikel 10.1.2 (intrekking Besluit wachttijd bijzondere ziektekostenverzekering)

Het Besluit wachttijd bijzondere ziektekostenverzekering wordt ingetrokken.

Artikel 10.1.3 (intrekking Besluit zorgaanspraken AWBZ)

Het Besluit zorgaanspraken AWBZ wordt ingetrokken.

Artikel 10.1.4 (intrekking Besluit zorgplanbespreking AWBZ-zorg)

Het Besluit zorgplanbespreking AWBZ-zorg wordt ingetrokken.

Artikel 10.1.5 (intrekking Bijdragebesluit zorg)

Het Bijdragebesluit zorg wordt ingetrokken.

Artikel 10.1.6 (intrekking Inschrijvingsbesluit bijzondere ziektekostenverzekering 1992)

Het Inschrijvingsbesluit bijzondere ziektekostenverzekering 1992 wordt ingetrokken.

Artikel 10.1.7 (intrekking Zorgindicatiebesluit)

Het Zorgindicatiebesluit wordt ingetrokken.

§ 2. Overgangsrecht

Artikel 10.2.1

Een indicatiebesluit dat krachtens de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten is vastgesteld vóór de inwerkingtreding van artikel 3.2.3 van dit besluit, wordt geacht gedurende de geldigheidsduur van dat indicatiebesluit te voldoen aan artikel 3.2.3, onderdeel d, indien het een verzekerde betreft die naar het oordeel van de Wlz-uitvoerder of het zorgkantoor een recht op meerzorg als bedoeld in artikel 3.1.1, tweede lid, heeft.

§ 3. Inwerkingtreding

Artikel 10.3.1 (inwerkingtreding)

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

Lasten en bevelen dat dit besluit met de daarbij behorende nota van toelichting in het Staatsblad zal worden geplaatst.

De Staatssecretaris van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,

Nota van toelichting

ALGEMEEN DEEL

§ 1. Inleiding

1.1 Algemeen

Het Besluit langdurige zorg (hierna: Blz) is de uitwerking bij algemene maatregel van bestuur van bepalingen van de Wet langdurige zorg. De Wet langdurige zorg en dit Besluit langdurige zorg zijn samen met de Regeling langdurige zorg het resultaat van de hervorming van de langdurige zorg waarvan de contouren zijn geschetst in de brief van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport aan de Tweede Kamer van 25 april 2013 (*Kamerstukken II* 2012/13, 30 597, nr. 296).

De Wet langdurige zorg maakt het mogelijk of schrijft voor dat bepaalde onderwerpen worden uitgewerkt bij (of krachtens) algemene maatregel van bestuur, bij ministeriële regeling of bij regeling van de zorgautoriteit. Voor deze uitwerking bij algemene maatregel van bestuur is een zo veel mogelijk geïntegreerde regelgeving het uitgangspunt. Dat komt de samenhang en overzichtelijkheid van de uitvoeringsregelgeving ten goede.

1.2 Hoofdpijnen van het besluit

De wet langdurige zorg is gebaseerd op de visie dat de samenleving mensen meer mogelijkheden biedt om verantwoordelijkheid te nemen voor hun eigen leven. Meer gelijke deelname en meer eigen regie staan daarbij voorop. Voor kwetsbare mensen die vanwege hun beperkingen niet meer in een thuisomgeving kunnen wonen, en die een beschermende en veilige omgeving nodig hebben, is zorg beschikbaar via de Wet langdurige zorg. Net als de Wlz is het onderhavige besluit gericht op deze visie.

Bij het opstellen van dit Besluit langdurige zorg is prioriteit gegeven aan die gevallen waarin de wet nadere regeling voorschrijft. Daarnaast is voor de gevallen waarin nadere regeling kan plaatsvinden het uitgangspunt gekozen om het accent vooral te leggen op "codificeren", in plaats van "modificeren" van bestaande regelgeving. Hierbij geldt uiteraard dat gestreefd wordt naar zo min mogelijk regels met een zo laag mogelijke regeldruk. De totstandkoming van dit besluit is niet gebruikt voor de ontwikkeling van nieuw beleid, als dat voor het functioneren van de Wet langdurige zorg niet nodig was. Bij de invoering van dit besluit zijn de oude algemene maatregelen van bestuur die waren gebaseerd op de met de Wet langdurige zorg ingetrokken Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten ingetrokken.

Op hoofdpijnen bevat het Blz een nadere uitwerking van de inschrijving van verzekerden bij een Wlz-uitvoerder. Daarnaast stelt het Blz nadere regels ten aanzien van de inhoud van de verzekering met als hoofdonderwerpen het verzekerd pakket en het recht op zorg, bepalingen over het indicatiebesluit, eigen bijdrage in de kosten, wachttijd, leveringen van Wlz zorg buiten Nederland en het persoonsgeboden budget. Ook bevat het Blz nadere regels voor de Wlz-uitvoerders. Het betreft de beoordeling van Wlz-uitvoerders en hun bestuurders, de regio's, regels ten aanzien van de administratie en het uitbestedingsverbod. In het hoofdstuk het CIZ en het Zorginstituut wordt ingegaan op neventaken van en mandaatverlening door het CIZ, en de werkzaamheden van het Zorginstituut op het gebied van het elektronisch gegevensverkeer. Na uitwerking van de subsidie voor ADL-assistentie, gaan de laatste drie hoofdstukken in op

invoeringsbepalingen en overgangsrecht, aanpassingen van andere amvb's en de slotbepalingen.

1.3 Indeling van het besluit

Het Blz volgt zo veel mogelijk de hoofdstuk- en paragrafenindeling van de Wet langdurige zorg, behalve voor zover dat zou leiden tot het overslaan van nummering of tot disproportioneel ruime paragrafen. In dat laatste geval zijn paragraafnummers ingevoegd. De wet werkt door in het besluit. Zo is het begrippenapparaat van artikel 1.1.1 van de wet ook van toepassing op de bepalingen van het besluit. De begripsbepaling van artikel 1.1.1 van het besluit bevat dan ook uitsluitend die begrippen die verduidelijking vragen waarvoor nog geen beschrijving is gegeven in de wet.

In het algemeen deel van deze toelichting worden vooral de verschillende onderwerpen toegelicht die in vergelijking met de huidige regelgeving nieuw of gewijzigd zijn.

H. 2 De verzekerden

Dit hoofdstuk betreft een technische uitwerking van de regels voor de inschrijving van verzekerden bij Wlz-uitvoerders. Dit is zonder inhoudelijke wijziging overgenomen uit de lagere regelgeving bij de AWBZ.

H. 3 De inhoud van de verzekering

Het verzekerde pakket

Het verzekerde pakket is – in tegenstelling tot de AWBZ – al grotendeels in de wet zelf omschreven. In het Blz zijn conform het Besluit zorgaanspraken AWBZ de voorwaarden voor het recht op tandheelkundige zorg nader uitgewerkt. Nieuw zijn de uitwerking van recht op mobiliteitshulpmiddelen en woningaanpassingen. Tot 2015 kunnen mensen daarvoor immers nog een beroep doen op de Wmo en vormt het geen aanspraak voor in de AWBZ.

Ook wordt hier meerzorg geregeld, alsook de afbakening van de Wlz met de Zvw bij palliatief terminale zorg, intensieve kindzorg en hulpmiddelen uit de Zvw.

Indicatiebesluiten

Hier wordt geregeld wat de werkwijze is bij het aanvragen van een indicatiebesluit, welke aspecten het CIZ betreft in zijn onderzoek voor het beoordelen van een aanvraag, de inhoud van het indicatiebesluit, de beslistermijn, de geldigheidsduur en de registratie en archivering. De artikelen zijn voor een deel ontleend aan het Zorgindicatiebesluit. In tegenstelling tot de AWBZ, is een indicatiebesluit is in principe voor onbepaalde tijd geldig. Alleen voor LVG-ers geldt een maximale geldigheidsduur van drie jaar. Zij worden immers toegelaten tot de Wlz, ondanks dat ze niet aan het criterium "blijvend" voldoen, waardoor kortlopende indicaties nodig zijn.

Meerzorg

De regeling meerzorg is een uitwerking van artikel 3.2.3, eerste lid, tweede zinsnede, van de wet, wat bij amendement is geïntroduceerd. De procedure is geregeld op verschillende plaatsen van dit besluit. Kern van de regeling is dat recht op meerzorg onderdeel is van het recht op zorg. De meerzorgprocedure kan daarom ook door het CIZ in gang kan worden gezet. Niet is uitgesloten dat de meerzorgprocedure eerst na vaststelling van het indicatiebesluit door het CIZ wordt opgestart, omdat het onderwerp veelal eerst dan begint te spelen. Dit besluit regelt de mogelijkheid dat het recht op meerzorg in het indicatiebesluit wordt vermeld. De meerzorgprocedure houdt in dat advies wordt gevraagd

door de Wlz-uitvoerder (in geval van zorg in natura) of het zorgkantoor (in geval van een pgb) aan het Centrum voor Expertise en Consultatie, wat daartoe door de minister zal worden aangewezen. Op basis van dat advies beslist het zorgkantoor c.q. de Wlz-uitvoerder over de concrete meerzorg bij de beslissing over de leveringsvorm (zorg in natura, vpt, mpt of pgb). Voor zover nodig is dat deze beslissing geldt als indicatiebesluit, om het recht op meerzorg voldoende te laten aansluiten bij de behoefte, kan die beslissing door de Wlz-uitvoerder of het zorgkantoor in mandaat van het CIZ worden genomen. Om te vermijden dat verzekerden met bestaande indicatiebesluiten of meerzorgontvangers alsnog indicatiebesluiten moeten krijgen van het CIZ (of in mandaat van zorgkantoor of Wlz-uitvoerder) is voorzien in een overgangsregeling in artikel 10.1.3 van dit besluit.

Eigen bijdrage

Deze paragrafen betreffen vooral een vertaling zonder inhoudelijke wijziging van het Bijdragebesluit zorg (Bbz) naar het Blz. Hierin worden onder andere de wijze van inning door het CAK en de berekening van de hoogte van de eigen bijdrage vastgelegd. De Wlz kent thans naast zorg met verblijf in een instelling (zmv) of een volledig pakket thuis (vpt), ook een aanspraak op een persoonsgebonden budget (pgb); voor deze drie leveringsvormen bevat het Blz bijdrageregels die overeenkomen met die welke voorheen op grond van het Bbz waren gesteld voor verblijfszorg. Een inhoudelijke wijziging betreft verder dat het pgb voortaan bruto wordt uitgekeerd. Hierdoor zal de berekening van de eigen bijdrage bij een pgb voortaan op dezelfde wijze plaatsvinden als voor het vpt (de lage eigen bijdrage). Op die lagere eigen bijdrage wordt vervolgens een bedrag van € 136 per maand in mindering gebracht voor verzekerden met een pgb. De extramurale eigen bijdrage is vervallen, omdat alle extramurale zorg is ondergebracht in andere domeinen. In de Wlz is bij nota van wijziging evenwel de mogelijkheid van een modulair pakket thuis (mpt) opgenomen. Op de voet van de voorheen bestaande eigen bijdragen voor extramurale zorg zijn in het besluit regels opgenomen over de eigen bijdrage die voor het mpt gelden.

Wachttijd

Deze paragraaf regelt wanneer mensen die uit het buitenland komen recht krijgen op Wlz-zorg. Het betreft een vertaling van het Besluit Wachttijd AWBZ naar het Blz zonder inhoudelijke wijziging.

Zorg in natura

In de paragraaf over zorg in natura is het onderwerp van het modulair pakket thuis geregeld, met grondslagen voor het stellen van regels over de modules en over de maximumkosten daarvan.

Persoonsgebonden budget (pgb)

Voor de nadere regels met betrekking tot het pgb wordt deels gebruik gemaakt van de bepalingen uit de huidige subsidieregeling pgb, maar in het Blz zijn ook nieuwe elementen toegevoegd. Daarbij is telkens afgewogen of een bepaling in het Blz moet worden opgenomen of in een ministeriële regeling, omdat een regeling meer flexibiliteit geeft om de komende jaren te wijzigen mocht daar noodzaak toe zijn. Daar staat tegenover dat vaststaande kaders er voor zorgen dat de regeling koersvast is.

Het Blz gaat nader in op de volgende onderdelen:

- De zorgprofielen waarbij geen pgb kan worden verleend omdat behandeling en beschermd wonen onlosmakelijk met deze zorg zijn verbonden. Dit is staand beleid en was reeds onder de AWBZ geregeld in de Regeling subsidies AWBZ.
- Nadere bepalingen wat in het budgetplan moet komen te staan worden doorgedelegeerd aan een ministeriële regeling
- De maximale hoogte van het pgb waarbij wordt aangegeven welke posten in mindering komen of worden toegevoegd aan het overeenkomstige ZZP-tarief. Dat is nieuw ten opzichte van de huidige AWBZ. In de memorie van toelichting van de Wlz is al aangegeven dat het pgb-tarief maximaal het tarief voor zorg in natura is dat hoort bij het zorginhoudelijk profiel waarin de cliënt door het CIZ is geïndiceerd, gecorrigeerd voor onder meer de vergoeding voor kapitaallasten van de instelling, hoteldiensten/kosten voor verblijf (met uitzondering van een vergoeding voor huishoudelijke hulp) en voor behandeling. De maximale pgb-hoogtes zullen in de Regeling langdurige zorg worden opgenomen.
- De eisen die worden gesteld aan/wat er opgenomen moet worden in de zorgovereenkomst tussen verzekerde en zorgverlener
- Het feit dat maximale tarieven kunnen worden vastgesteld voor professionele en niet-professionele zorg, en daarbij de definitie waaraan hulpverlener moet voldoen om voor professionele tarieven in aanmerking te komen. In 2013 zijn afzonderlijke tarieven gaan gelden, waarbij een maximum van 20 euro is ingevoerd voor nieuwe budgethouders die zorg inkopen bij niet-professionele hulpverleners. Praktijkervaring moet uitwijzen of door de gehanteerde omschrijving van niet-professionele hulpverleners geen uitsluiting van bepaalde professionals plaatsvindt. Deze ervaringen kunnen leiden tot aanpassing van dit betreffende artikel.
- De taken van de SVB bij het trekkingsrecht, inclusief het kunnen gebruiken van gronden voor het staken van betaling in gevallen van misbruik.
- Nadere bepalingen over een aantal onderwerpen die samenhangen met het subsidie karakter van het pgb, waaronder de inhoud van het budgetplan, worden gedelegeerd naar de Regeling langdurige zorg.
- De regels voor pgb buiten Nederland zijn in dit besluit opgenomen conform de Regeling subsidies AWBZ.

Ten aanzien van het pgb geldt dat een traject met betrokken partijen wordt ingezet om het pgb verder door te ontwikkelen. Dat betekent dat minder bepalingen over het pgb in het Blz zijn opgenomen om dit verbetertraject ruimte te geven. Bepalingen in het Blz kunnen naar aanleiding van het verbetertraject worden aangepast. Daarbij zal specifiek aandacht worden besteed aan de mogelijkheden om de rol van de SVB bij het trekkingsrecht te versterken, onder andere door de SVB de bevoegdheid te geven om bij (vermoedens) van fraude of bij oneigenlijk gebruik de betalingen vanuit het pgb te stoppen.

Levering buiten Nederland

Deze paragraaf regelt hoe de zorg wordt vergoed indien de zorg buiten Nederland wordt verleend. Het betreft hoofdzakelijk een vertaling van het Besluit zorgaanspraken AWBZ en de Regeling subsidies AWBZ zonder inhoudelijke wijzigingen.

H. 4 De Wlz-uitvoerders

Hier wordt onder andere geregeld hoe de NZa moet toetsen of een potentiële Wlz-uitvoerder voldoende is voorbereid op de uitvoering van de Wlz, en hoe de Wlz-uitvoerder en de NZa de betrouwbaarheid en geschiktheid van de leden van het dagelijks bestuur moeten toetsen. Dit is nieuw ten opzichte van de AWBZ, maar sluit aan bij de taak die De Nederlandse Bank op grond van de Wet financieel toezicht verricht bij zorgverzekeraars.

In het Blz zijn de zorgkantoorregio's aangewezen. In het ingangsjaar van de Wlz wordt met dezelfde regio's gewerkt als het jaar ervoor. Daarnaast wordt nader bepaald wat onder de administratietaken van het zorgkantoor valt. Ook wordt geregeld dat zorgkantoren een adequate cliëntvolgende administratie moeten bijhouden. Controletaken worden vooralsnog niet aan de zorgkantoren opgedragen; de verantwoordelijkheid voor de controle van de geleverde zorg wordt derhalve aan de Wlz-uitvoerders opgedragen. De verwachting is dat zij dat werk vervolgens dan wel weer aan de regio's zullen uitbesteden.

Ten slotte wordt, om belangenverstrengeling bij zorgaanbieders te voorkomen, bepaald dat de Wlz-uitvoerders en zorgkantoren de bemiddeling naar een zorgaanbieder niet mogen uitbesteden aan een zorgaanbieder.

H. 5 Het CIZ en het Zorginstituut Nederland

Met de nadere regels in dit hoofdstuk wordt geregeld dat het CIZ, naast het indiceren voor de Wlz, ook zal indiceren voor ADL-assistentie en extramurale behandeling. Dit moet expliciet worden geregeld, omdat mensen die gebruik maken van deze twee voormalige AWBZ-aanspraken, geen recht hebben op het integrale pakket aan zorg in de Wlz. Wel zijn beide vormen van zorg overigens geregeld in de wet (in respectievelijk de subsidieparagraaf en het overgangsrecht).

Voor het Zorginstituut Nederland wordt hier vastgelegd welke taken het moet verrichten als beheerder van het elektronisch gegevensverkeer. Dit zijn werkzaamheden die het Zorginstituut ook al voor de AWBZ verricht.

H. 6 Overige bepalingen

Hier wordt geregeld dat het Zorginstituut subsidies verstrekt aan instellingen die ADL-assistentie verlenen en wordt vastgelegd aan welke voorwaarden die instellingen moeten voldoen. Dit is voor een deel ontleend aan het Besluit zorgaanspraken AWBZ.

H. 7 Zorgplanbespreking

In dit hoofdstuk is geregeld welke onderwerpen in een zorgplanbespreking aan de orde moeten komen. De inhoud daarvan was aanvankelijk in het wetsvoorstel geregeld, maar is bij amendement gedelegeerd naar het niveau van algemene maatregel van bestuur.

H. 8 Wijziging van andere besluiten

Met de Wet langdurige zorg en de wijzigingen van andere wetgeving in verband met die wet, is het noodzakelijk om enkele andere besluiten aan te passen. Met hoofdstuk 8 van dit besluit worden de andere amvb's gewijzigd.

In de wijziging van het Besluit Wfsv worden regels gesteld over de beheerskosten van Wlz-uitvoerders en zorgkantoren. Onder de AWBZ is alleen sprake van reserves bij de zorgkantoren, de reserves bij de Wlz-uitvoerders zijn nieuw. In tegenstelling tot de AWBZ worden de beheerskosten namelijk grotendeels uitgekeerd aan de Wlz-uitvoerders die verantwoordelijk zijn en niet (alleen) aan de zorgkantoren aan wie zij het werk uitbesteden. Zo sluiten de financiële stromen beter aan bij de verantwoordelijkheidsverdeling.

Ook worden hier verwijzingen in andere amvb's naar de AWBZ en naar AWBZ-aspecten die in de Wlz niet terugkeren gewijzigd.

H. 9 Innovatie

De langdurige zorg is continu in beweging. De veranderende behoeften van cliënten, de toegenomen technologische mogelijkheden en het ontstaan van nieuwe samenwerkingsverbanden zorgen er voor dat zorgaanbieders steeds op zoek zijn naar hoe zij de beste zorg tegen zo laag mogelijke kosten kunnen leveren. Met het oog op de houdbaarheid van de langdurige zorg op de langere termijn is dit ook van belang. De Wlz biedt voldoende ruimte aan zorgaanbieders om te innoveren en te komen tot een vernieuwend zorgaanbod. Op voorhand is het echter moeilijk te voorspellen hoe de zorg zich de komende jaren gaat ontwikkelen en of de huidige kaders van de Wlz ook in de toekomst voldoende ruimte bieden om vernieuwend zorgaanbod te stimuleren. Hiertoe is het van belang dat er mogelijkheden worden geboden om te kunnen experimenteren en waar nodig, onder bepaalde voorwaarden, af te kunnen wijken van het bepaalde bij of krachtens de Wlz. Dit hoofdstuk is gereserveerd voor deze regeling.

H. 10 Slotbepalingen

Hier worden het intrekken van 'algemene maatregelen van bestuur die bij invoering van de Wet langdurige zorg en dit besluit komen te vervallen. Verder is het overgangsrecht geregeld in hoofdstuk 10, evenals de inwerkingtreding op een bij koninklijk besluit te bepalen tijdstip, wat is voorzien op 1 januari 2015.

§ 2. De voorbereiding van dit besluit

Een ambtelijk concept van dit besluit is ter consultatie voorgelegd aan het Zorginstituut, het CIZ, het CAK, de zorgautoriteit, de Sociale verzekeringsbank, Zorgverzekeraars Nederland, Actal, het College bescherming persoonsgegevens en Per Saldo. Van de meeste van deze partijen zijn reacties ontvangen. Van deze bijdragen is dankbaar gebruik gemaakt. Tevens is met relevante partijen een fraudetoets gedaan, als gevolg waarvan in het besluit op ondergeschikte onderdelen enkele verbeteringen zijn doorgevoerd.

Bij de voorbereiding van dit besluit is aandacht besteed aan de gevolgen voor de regeldruk. Het Blz betreft de nadere invulling van de voorwaarden en vereisten zoals deze zijn beschreven bij het onderzoeksrapport *Regeldruk Hervorming Langdurige Zorg. Onderzoek naar de regeldruk in het nieuwe stelsel van langdurige zorg* dat als bijlage bij de brief van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 11 april 2014 (*Kamerstukken II 2013/14, 30597 nr. 431*) aan de Tweede Kamer der Staten-Generaal is gezonden. Dit onderzoek laat zien dat de hervorming van de langdurige zorg leidt tot een reductie van administratieve lasten en nalevingskosten voor burgers en bedrijven van respectievelijk € 9,8 miljoen en € 5,7 miljoen. Het Blz heeft geen andere gevolgen voor regeldruk.

Het ontwerp van dit besluit is op 28 mei 2014 formeel aan de Tweede en Eerste Kamer der Staten-Generaal voorgelegd met het oog op artikel 3.2.5 van de wet, op grond waarvan een voorhangtermijn geldt van vier weken voor regels over het bepalen van het vermogensafhankelijke deel van de eigen bijdrage. Hoewel deze regels nu in het onderhavige besluit worden gesteld, ondergaan deze regels ten opzichte van de bestaande situatie geen wijziging.

ARTIKELSGEWIJS

Artikel 1.1.1

De begrippen die in de Wlz zijn gedefinieerd, gelden ook voor het Blz. In dit artikel zijn uitsluitend aanvullende begrippen gedefinieerd. Deze begrippen zijn grotendeels bestaande begrippen die zijn overgenomen uit regelingen onder de AWBZ. Waar nodig, worden ze toegelicht bij de artikelen waarin ze voorkomen.

Artikel 2.1.1. tot en met artikel 2.1.5

Deze artikelen komen overeen met de overeenkomstige bepalingen in het Besluit van 19 december 1991, houdende vaststelling van regelen met betrekking tot de inschrijving van verzekerden ingevolge de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, alsmede met betrekking tot de duur van overeenkomsten omtrent de wijze waarop verzekerden hun aanspraken ingevolge die wet tot gelding brengen.

Artikel 2.1.1

Inschrijving is een administratieve voorwaarde om verstrekkingen te kunnen invoeren. Op grond van artikel 2.2.1 van de wet geldt als uitgangspunt dat een verzekerde die is ingeschreven bij een zorgverzekeraar voor de uitvoering van de Zorgverzekeringswet, voor de uitvoering van de AWBZ door die zorgverzekeraar wordt aangemeld bij een Wlz-uitvoerder die tot dezelfde groep behoort als die waarvan de zorgverzekeraar deel uitmaakt.

De verzekerde die niet met toepassing van artikel 2.2.1, eerste lid, van de wet voor de uitvoering van de wet bij een Wlz-uitvoerder is ingeschreven, moet zich voor de toepassing van deze wet met inachtneming van bij dit besluit te stellen regels ter inschrijving aanmelden 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. Hij moet dan wel – zo nodig via de SVB - verifiëren of betrokkene daadwerkelijk Wlz-verzekerd is.

In artikel 2.1.1. wordt geregeld dat een verzekerde die overeenkomstig artikel 2.2.1, tweede lid van de wet wenst te worden ingeschreven, zich bij de Wlz-uitvoerder aanmeldt met inlevering van een volledig ingevuld aanmeldingsformulier, dat door hem, of in voorkomend geval namens hem, is ondertekend. Het formulier wordt tezamen met de overige volgens de wet vereiste documenten in de administratie van de Wlz-uitvoerder opgenomen. Bij de inschrijving wordt de identiteit van betrokkene vastgesteld en wordt diens burgerservicenummer in de administratie opgenomen. Het Zorginstituut kan model-inschrijvingsformulieren vaststellen, die voor verschillende groepen van verzekerden verschillend kunnen zijn.

Artikel 2.1.2

De verzekerde die zich aldus bij de Wlz-uitvoerder heeft ingeschreven ontvangt van deze Wlz-uitvoerder een bewijs van inschrijving, dat hij desgewenst bij het invoeren van Wlz-aanspraken kan overleggen aan de zorgaanbieder. Ten behoeve van de herkenbaarheid voor de administratie van de zorgaanbieder, kan het Zorginstituut een model vaststellen voor het bewijs van inschrijving. Wanneer inschrijvingsbewijzen voorzien moeten zijn van een magneetstrip of chip kan het Zorginstituut de technische specificaties vaststellen waaraan een inschrijvingsbewijs moet voldoen.

Artikel 2.1.3

De inschrijving van een verzekerde bij een Wlz-uitvoerder bedoeld in artikel 2.2.1, eerste lid van de wet geldt zolang de zorgverzekering op grond van de zorgverzekeringswet met de betrokken zorgverzekeraar voortduurt. Bij een nieuwe overeenkomst met een andere zorgverzekeraar kan in voorkomend geval ook een andere wetsbepaling van toepassing worden en daarmee een ander 'inschrijvingsregime'.

Artikel 2.1.4

Het is onder de Zvw in theorie niet onmogelijk dat een verzekerde twee of meer zorgverzekeringen tegelijk heeft. Daarom moet een voorziening worden getroffen om dubbele inschrijving in een dergelijk geval te voorkomen. Bepaald is dat alleen de oudste inschrijving, uiteraard voor zolang die voortbestaat, geldt als inschrijving voor de Wlz.

Artikel 2.1.5

De inschrijving op grond van artikel 2.2.1, tweede lid, geldt steeds voor een (kalender)jaar en wordt steeds voor een jaar wordt verlengd, tenzij de verzekerde tijdig heeft laten weten dat niet te wensen. De zorgverzekeraar kan schriftelijk vaststellen welke termijn daarbij voor opzegging in acht moet worden genomen. Deze bedraagt maximaal twee maanden. Verder is bepaald dat deze inschrijving eindigt als de verzekerde alsnog wordt ingeschreven op grond van artikel 2.2.1, eerste lid, van de wet of als inschrijving op grond van de Wlz niet langer mogelijk is; daarbij kan worden gedacht aan verlies van de status van verzekerde of zaken in de sfeer van de zorgverzekeraar, zoals beperking van zijn werkgebied e.d.

Artikel 3.1.1

Eerste lid

Het CIZ stelt vast of een verzekerde gelet op diens persoonlijke omstandigheden, diens mogelijkheden en beperkingen, de geconstateerde aandoeningen is aangewezen op permanent toezicht en 24 uur zorg in de nabijheid. Als dat het geval is, kan aan die geconstateerde behoefte op tal van manieren tegemoet worden gekomen. De ene verzekerde zal binnen het totaalpakket aan zorg, gelet op diens aandoening en de op hem van toepassing zijnde grondslag, meer behoefte hebben aan persoonlijke verzorging en is de begeleidingsbehoefte geringer, bij een ander zal dat juist omgekeerd zijn en bij weer een ander is de verhouding ongeveer gelijk. Zo zijn er tal van combinaties mogelijk die samen worden gevat in zorgprofielen. Een zorgprofiel is een algemene typering van naar aard, inhoud en omvang vergelijkbare zorgbehoeften, waarbij de verzorgings-, verplegings-, begeleidings- of behandeldoelen naar aard, inhoud en omvang globaal overeenkomen. De zorgprofielen worden bij ministeriële regeling vastgesteld.

Het recht op zorg van de verzekerde wordt vastgesteld in het indicatiebesluit. Hiermee staat niet alleen vast dat de verzekerde recht heeft op zorg, maar wordt ook aangegeven op welke zorg de verzekerde recht heeft. In het indicatiebesluit wordt daarom aangegeven wat het best bij hem passende zorgprofiel is. De samenhangende zorg die voortvloeit uit het zorgprofiel is het recht op zorg van de verzekerde. Omdat de zorgverlener altijd de zorg op de specifieke situatie en behoeften van de verzekerde zal aanpassen, bieden de

zorgprofielen aan de professional de ruimte om maatwerk te bieden. Via de bespreking van het zorgplan kunnen daar tussen de zorgaanbieder en de verzekerde ook afspraken worden gemaakt (zie hoofdstuk 8 van de Wlz).

Tweede lid

Hoewel in de zorgprofielen doorgaans goed aansluiten bij de zorgbehoefte van de verzekerde, kunnen zich gevallen voordoen waarin ook de hoogste zorgprofielen (een weergave van de zwaarste behoeften) in dat specifieke geval onvoldoende passend zijn. Onder de huidige AWBZ, meer specifiek in de Regeling zorgaanspraken AWBZ, is daarom voorzien in een regeling voor meerzorg. Indien de verzekerde een extreme zorgbehoefte heeft waardoor zijn zorgbehoefte onvoldoende passend is binnen de hoogste zorgprofielen zal, in lijn met de AWBZ, een behoefte aan meer zorg of gespecialiseerde zorg bestaan. De Wlz-uitvoerder zal beoordelen en vaststellen of sprake is van een dergelijke extreme zorgbehoefte. Daartoe krijgt de Wlz-uitvoerder de taak van de indicatiestelling van de meerzorg door het CIZ gemandateerd. Het Centrum voor Consultatie en Expertise (CCE) zal, bij gedragsproblemen, over de aanvragen van de Wlz-uitvoerder een advies uitbrengen op basis van de aangeleverde rapportage, een bezoek aan de cliënt en een gesprek met de betrokken professionals. Zie tevens de toelichting over meerzorg in het algemeen deel van deze toelichting.

Derde lid

Het criterium 'stand van de wetenschap en praktijk' geldt ook voor AWBZ-zorg. Bij de beoordeling of de zorg onder de AWBZ valt, toets het Wlz-uitvoerder aan dit criterium. Bij de pakketbeoordeling door het Zorginstituut wordt dit criterium eveneens gehanteerd. Het ligt dus in de rede dit criterium ook op de Wlz-zorg van toepassing te laten zijn.

Vierde lid

Het recht op zorg kan bij ministeriële regeling nader worden geregeld en afhankelijk worden gesteld van daarbij te stellen voorwaarden. Zo kunnen onder andere regels geregeld worden gesteld over de voorwaarden waaronder tandheelkundige zorg kan worden verleend. Een van die voorwaarden kan zijn dat eerst toestemming nodig is van de Wlz-uitvoerder, zoals ook onder de AWBZ het geval is (artikel 9 van de Regeling zorgaanspraken AWBZ). Ook kan deze bevoegdheid gebruikt worden om het recht op meerzorg te beperken zoals geregeld was in de Regeling zorgaanspraken AWBZ. Dit lid biedt een grondslag om het recht op zorg bij ministeriële regeling te beperken met gebruikelijke zorg en algemeen gebruikelijke voorzieningen. Het volgt uit de Wlz dat een verzekerde slecht recht heeft op zorg voor zover hij daar redelijkerwijs op is aangewezen. Dat kan betekenen dat de gebruikelijke zorg (de zorg die ouders gewoonlijk aan kind moeten bieden) en algemeen gebruikelijke voorzieningen kunnen worden meegenomen in de bepaling van het recht op zorg. Kortweg houdt dit in dat een zorgbehoefte in een specifiek geval wat groter is dan het recht op zorg, omdat in een deel van de zorg wordt voorzien door de ouders. Ook in de AWBZ werd reeds rekening gehouden met gebruikelijke zorg.

Artikel 3.1.2

Eerste lid

Hieronder vallen individuele mobiliteitshulpmiddelen waarop voorheen een beroep gedaan kon worden op grond van de Wmo. Er zal nog nader worden gezien wat hieronder zal komen te vallen. Vervolgens zal bij ministeriële regeling nader worden geregeld, zoals wat er (wel of niet) onder valt. Dit zal geregeld worden op grond van artikel 3.1.1, vierde lid.

Tweede en derde lid

Er zal nog nader worden gezien of er wat over de aanvraagprocedure geregeld moet worden, of er nadere criteria moeten komen waaraan de Wlz-uitvoerder moet toetsen, wanneer hij toestemming mag geven en wanneer het vragen van voorafgaande toestemming niet nodig is.

Artikel 3.1.3

Eerste lid

Bij de woningaanpassing als bedoeld in het eerste lid moet gedacht worden aan zaken als verbreden van deuren, een douchezitje aan de muur, onderrijdbare of in hoogte verstelbare wastafels, wandsteunen, drempelhulpen, trapliften, enzovoort.

De Wlz-uitvoerder beoordeelt of de investering duurzaam en doelmatig is. De Wlz-uitvoerder kan daarbij tot het oordeel komen dat de woning niet meer adequaat aan te passen is of dat een eventuele aanpassing gezien de kosten niet meer verantwoord is. Als de cliënt of de ouders dan wel verzorgers van de cliënt het wenselijk achten dat de cliënt thuis wordt verzorgd dan zullen zij moeten verhuizen naar een geschikte woning. Het is mogelijk om bij ministeriële regeling nadere regels te treffen. Deze kan ook betrekking hebben op de hoogte van de vergoedingen.

Tweede lid

Artikel 3.1.3 van de wet schrijft voor dat een kleinschalige wooninitiatief in een algemene maatregel van bestuur omschreven wordt. Daartoe strekt het tweede lid. De definitie van kleinschalige wooninitiatieven is ontleend aan de definitie zoals opgenomen in de Regeling subsidies AWBZ. Dat brengt met zich mee, dat ook bewoners met een persoonsgebonden budget op basis van de Jeugdwet moeten worden meegeteld in het bepalen of sprake is van een kleinschalig woninginitiatief.

Derde lid

Het recht op woningaanpassingen kan bij ministeriële regeling nader worden geregeld en afhankelijk worden gesteld van daarbij te stellen voorwaarden. Daarbij kan het gaan om een beperking van het recht op woningaanpassingen, maar ook om de hoogte van de vergoeding of het stellen van een maximum aan de vergoeding.

Artikel 3.1.4

In het Besluit zorgverzekering is geregeld dat de Zvw niet omvat van zorg of diensten die voor de verzekerden kunnen worden bekostigd op grond van een wettelijk voorschrift. Om

dit sluitend te maken zijn het eerste en het tweede lid noodzakelijk. Het gaat daarbij om situaties waarbij cliënten wat betreft de zorgbehoefte voldoen aan de toegangscriteria van de Wlz, maar de Wlz toch niet altijd van toepassing is. In dit artikel wordt de afbakening van het Blz met andere domeinen geregeld. Het eerste lid, onderdeel a, bepaalt dat de verzekerde geen recht op zorg ingevolge de Wlz als hij behoefte heeft aan palliatief terminale zorg en niet reeds zorg ontving vanuit de Wlz. In het geval een verzekerde palliatief terminale zorg nodig heeft en nog geen zorg vanuit de Wlz ontvangt, is hij aangewezen op zorg vanuit de Zvw (artikel 2.10, eerste lid, van het Besluit zorgverzekering).

De Zvw is eveneens voorliggend op de intensieve kindzorg voor kinderen met een somatische aandoening. Deze zorg valt in alle situaties onder de Zvw (artikel 2.10, tweede lid, van het Besluit zorgverzekering). Kinderen waarbij zich op zeer jonge leeftijd naast de complexe somatische problematiek of lichamelijk handicap ook een verstandelijke handicap manifesteert, behoren tot hun vijfde levensjaar tot de doelgroep voor de zorg voor kinderen met een somatische aandoening. Tot hun vijfde levensjaar ligt het accent veelal op de medische zorg en valt deze zorg daarom onder de intensieve Zvw-zorg voor kinderen met een somatische aandoening. Gaandeweg verschuift het aangrijpingspunt van de medische zorg naar de gehandicaptenzorg en kan duidelijk worden dat deze kinderen vanwege hun ernstige verstandelijke handicap levenslang en levensbreed zorg nodig hebben. Als deze kinderen voldoen aan de toelatingscriteria van de Wlz, dan vallen zij onder de Wlz en krijgen zij de zorg op grond van de Wlz.

Artikel 3.2.1

Eerste en tweede lid

Een verzekerde of degene die voor de verzekerde een indicatiebesluit aanvraagt, kan op verschillende manieren het verzoek tot indicatiestelling aan het CIZ richten. Die aanvraag kan schriftelijk of mondeling worden ingediend bij het CIZ. Het CIZ kan daarvoor gebruik laten maken van een aanvraagformulier dat bovendien ook elektronisch ter beschikking kan worden gesteld. In ieder geval moet de verzekerde of degene die namens de verzekerde de aanvraag doet het burgerservicenummer van de verzekerde vermelden. Bovendien voegt de verzekerde alle informatie toe waarvan hij meent dat die behulpzaam is ter bepaling van zijn recht op zorg.

Een aanvraag kan worden ingediend door de verzekerde zelf, door diens wettelijk vertegenwoordiger of door een derde namens de verzekerde. Dat laatste zal voorkomen, indien de verzekerde niet in staat is zelf de aanvraag in te dienen. Ondertekent de verzekerde niet zelf, maar doet een derde dat, dan zal de reden daarvoor moeten worden vermeld. Bovendien moet blijken dat de derde bevoegd is aanvragen in te dienen voor de verzekerde. Dat kunnen ook zorgaanbieders zijn. Voor het aanmelden stelt het CIZ een elektronische aanmeldfunctionaliteit beschikbaar.

Bij of kort na het indienen van de aanvraag om een indicatiebesluit zal het CIZ na moeten gaan of de verzekerde – ten behoeve van het onderzoek dat volgt op de aanvraag – toestemming geeft tot het raadplegen van behandelende beroepsbeoefenaren en van bij hen berustende gegevens. Het is van groot belang dat de verzekerde tijdens het onderzoek door het CIZ zo min mogelijk dubbel bevraagd wordt. Niettemin staat het belang om eenduidig vast te stellen of recht bestaat op langdurige zorg als bedoeld in de

Wet langdurige zorg voorop. Daarom zal in het aanvraagformulier worden uitgelegd waarom het belangrijk is om toestemming te geven om reeds aanwezige gegevens te mogen inzien. Geeft verzekerde zodanige toestemming niet, dan zal het CIZ op grond van artikel 9.1.2, tweede lid, van de Wlz deze beroepsbeoefenaren niet goed kunnen raadplegen. De bij hen berustende medische gegevens mogen in dat geval niet zonder toestemming en met doorbreking van het medisch beroepsgeheim aan het CIZ worden verstrekt. Van deze mogelijkheid zal het CIZ dus alleen gebruik kunnen maken indien de verzekerde toestemming verleent.

Artikel 3.2.2

Eerste lid

Voordat door het CIZ een indicatiebesluit kan worden genomen, zal een onderzoek naar de relevante feiten en omstandigheden noodzakelijk zijn ter bepaling van de noodzaak van permanent toezicht of 24 uur zorg in de nabijheid zoals dat in artikel 3.2.1 eerste en tweede lid van de wet is bepaald. Dat onderzoek vindt in ieder geval in persoon plaats. Alle verzekerden die aanspraak menen te kunnen maken op Wlz-zorg worden door het CIZ gezien. Dat kan zijn bij de verzekerde thuis, in of bij een zorginstelling waar de verzekerde al dan niet reeds verblijft, op een andere, gezamenlijk over een te komen plaats of bij het CIZ. Aanvullend op het eigen onderzoek door het CIZ kan het aangewezen zijn in de oordeelsvorming de informatie te betrekken die bij anderen aanwezig is en die relevant is voor de beoordeling of een verzekerde recht heeft op Wlz-zorg.

Het "onderzoek in persoon" dient zodanig te zijn, dat het CIZ op verantwoorde wijze haar indicatie kan stellen. Dat sluit niet uit dat het onderzoek ook het karakter van een gesprek kan hebben wat over de telefoon plaatsvindt. Bijvoorbeeld wanneer op basis van de bij de aanvraag beschikbare informatie voldoende kan worden vastgesteld of de verzekerde op de te indiceren zorg is aangewezen. Waar niet met telefonisch contact kan worden volstaan, zal de verzekerde door het CIZ gezien moeten worden. Dat laatste is ook aan de orde zijn wanneer de aanvrager dat wenst. De verzekerde is er als aanvrager immers verantwoordelijk voor dat voldoende gegevens en bescheiden worden verstrekt, om een indicatiebesluit te kunnen nemen. Indien een verzekerde niet wil meewerken aan een onderzoek door het CIZ, zonder welke niet tot een indicatiebesluit kan worden gekomen, dan zal het CIZ op grond van artikel 4:5 Awb de aanvraag buiten behandeling kunnen laten. Dat geldt overigens ook wanneer de verzekerde uitsluitend via een vertegenwoordiger optreedt, en dus niet "in persoon" contact heeft met het CIZ.

Tweede lid

Het onderzoek van het CIZ zal zich op al die aspecten van de persoon van de verzekerde richten die van belang zijn ter bepaling van de noodzaak om blijvend zorg te ontvangen die gedurende 24 uur in de nabijheid moet zijn. Juist de mate waarin er afhankelijkheid is van bepaalde onderdelen van de aanspraak, alleen of in combinatie met elkaar, gedurende verschillende delen van het etmaal is bepalend welk zorgprofiel voor de verzekerde aangewezen is. Het onderzoek van het CIZ zal zo worden ingericht dat daarop een eenduidig antwoord is te formuleren. In ieder geval zal het CIZ in diens beoordeling de gebruikelijke zorg (de zorg die ouders gewoonlijk aan kind moeten bieden) en algemeen gebruikelijke voorzieningen meenemen.

Bij ministeriële regeling kunnen regels worden gesteld over het voorbereidend onderzoek. Bij ministeriële regeling kan ook worden bepaald in welke gevallen het verplichte onderzoek van de persoon dat is geregeld in het eerste lid niet van toepassing is.

Artikel 3.2.3

Het indicatiebesluit zal aangeven wat (a) de resultaten zijn van het voorbereidend onderzoek. Daarbij wordt ook vermeld (b) op grond van welke aandoening, beperking, of handicap de verzekerde op zorg is aangewezen. De resultaten van het onderzoek leiden tot een antwoord op de vraag of de verzekerde is aangewezen op zorg vanuit de Wlz. Als dat het geval is, geeft het CIZ in het indicatiebesluit tevens aan (c) welk zorgprofiel het meest passend is. De samenhangende zorg, behorende bij dat zorgprofiel en de bij hem aanwezige Wlz-grondslag en passend bij de zorgbehoefte van de verzekerde is de zorg waarop verzekerde is aangewezen. (d) Indien van toepassing en aan de orde, dan kan het CIZ een meerzorgprocedure inzetten. Het profiel biedt ruimte voor de dialoog tussen de verzekerde en de zorgaanbieder van voorkeur. In de zorgplanbespreking zal de match worden gemaakt tussen de geobjectiveerde zorgbehoefte en de persoonlijke zorgvraag van de cliënt, alsmede met diens wensen ten aanzien van de feitelijke zorglevering door een aanbieder. Het indicatiebesluit zal verder bepalen (e) vanaf welke datum de verzekerde recht heeft op zorg en (f) wat de geldigheidsduur is van het besluit.

Artikel 3.2.4

In afwijking van hetgeen in de Algemene wet bestuursrecht is geregeld neemt het CIZ uiterlijk binnen zes weken een besluit op een aanvraag. In die zes weken dient derhalve ook het in persoon beoordelen van de omstandigheden van de verzekerde plaats te vinden en het eventuele opvragen van (medische) gegevens van derden. Al met al is deze termijn voldoende gelet op de ervaringen die de afgelopen jaren zijn opgedaan met indicatiestelling door de stichting CIZ voor aanmerkelijk grotere aantallen aanvragen dan thans verwacht in het kader van de Wlz.

Het CIZ kan gebruik maken van de bevoegdheid om beleidsregels te stellen om beleid te ontwikkelen over de afdoening van aanvragen die met voorrang moeten worden behandeld. Het Blz schrijft daarbij wel voor dat in dergelijke bijzondere omstandigheden binnen twee weken moet worden beslist. Ook bepaalt dit artikel dat een indicatiebesluit, indien dat inhoudt dat de verzekerde op zorg van de Wlz is aangewezen, dan ook gedurende die twee weken terugwerkt tot het moment van de opname, zodat de kosten dan ook uit de Wlz worden betaald. Leidt het besluit van CIZ niet tot een Wlz-indicatie dan worden de kosten niet uit de Wlz betaald. De regeling in het Blz verschilt op deze punten van de spoedzorgregeling onder de AWBZ.

Artikel 3.2.5

Een indicatiebesluit heeft, onverminderd het bepaalde in artikel 3.2.3 van de Wlz in beginsel een onbepaalde geldigheidsduur. De gedachte is om de verzekerde niet meer dan hoogstnoodzakelijk te belasten met een nieuw onderzoek. Niettemin kan het voorkomen dat een aanvankelijk vastgelegd zorgprofiel niet langer passend is. In dat geval zal om een nieuw indicatiebesluit gevraagd moeten worden.

In geval het indicatiebesluit aangeeft dat verzekerde is aangewezen op een zorgprofiel dat overeenkomt met integrale behandelzorg met verblijf (grofweg vergelijkbaar met de ZZP's LVG 1 t/m 5 of het ZZP SGLVG), geldt het indicatiebesluit ten hoogste drie jaar. Bij deze groep cliënten is bestaat niet in alle gevallen een blijvende behoefte aan zorg die vanuit de Wlz moet worden geleverd. Juist door een afname van de gedragsproblematiek van de licht verstandelijk beperkte jongvolwassene, kan die persoon beter geholpen worden vanuit het gemeentelijk domein. Het ligt daarom in de rede om voor deze personen een tijdelijke indicatie af te geven met een maximale duur van drie jaar. Dat zal bij ielesteriële regeling worden geregeld. Daarin komen tevens uitzonderingen voor de geldigheidsduur van zorgprofielen die vergelijkbaar zijn met de ZZP's GGZ-B en revalidatie (ZZP9B).

Artikel 3.2.6

Om zich een beeld te kunnen vormen van de ontwikkelingen in de zorgvraag en van de manier waarop die zorgvraag door het CIZ wordt beantwoord, krijgt de Minister van VWS eens per jaar gegevens met betrekking tot de indicatiepraktijk en ontvangt hij de in protocollen door het CIZ vastgestelde beleidsregels. Voor het CIZ kan registratie van gegevens daarnaast een ondersteuning zijn bij het uitvoeren van de indicatiestelling. Vooralsnog is in dit besluit gekozen voor een informatieplicht van het CIZ met betrekking tot een beperkt aantal gegevens.

Paragraaf 3.1 Eigen bijdrage algemeen

In deze algemene paragraaf zijn enige bepalingen samengebracht die gelden voor de beide in het Blz geregelde soorten eigen bijdragen, dus zowel voor de eigen bijdragen die gelden voor zmv, vpt en pgb, als voor de eigen bijdragen die gelden voor mpt.

Artikel 3.3.1.1

In dit artikel wordt (net als in artikel 2, eerste lid, van het Bbz) geregeld dat op grond van artikel 3.2.5 van de wet, alleen verzekerden van 18 jaar of ouder bijdragen in de kosten van de zorg als bedoeld in artikel 3.1.1 van de wet. In de bepaling is op basis van de in dat artikel geboden mogelijkheid daartoe vastgelegd dat de eigen bijdrage afhankelijk is van inkomen en vermogen van de verzekerde en diens echtgenoot. In het Bbz was dit alleen meer impliciet geregeld doordat in artikel 6, eerste lid, het inkomen (onderdeel a) en het vermogen (onderdeel c) in aanmerking werden genomen; dat was ook in artikel 15, eerste lid, en de artikelen 16d en 16e het geval.

Artikel 3.3.1.2

Per 1 januari 2013 wordt vermogen meegerekend bij het bepalen van de hoogte van de eigen bijdrage voor zorg op basis van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten. Met dit artikel wordt aangesloten bij het voormalige artikel 1a van het Bbz; daarbij zijn de bepalingen van het vierde en zesde lid thans opgenomen in het eerste lid.

Voor het bepalen van het vermogen van de verzekerde wordt uitgegaan van het aan de verzekerde toegewezen vermogen over het peiljaar. In principe telt 8% van het vermogen mee voor het bijdrageplichtig inkomen. Op verzoek van de Tweede Kamer geldt er een uitzondering voor letselschade (eerste lid, onderdeel a) en een hogere vrijstelling voor verzekerden die de pensioengerechtigde leeftijd nog niet hebben bereikt (eerste lid, onderdeel b). Voor de uitzondering van letselschade is aangesloten op dezelfde

uitzondering als geldt voor de vermogenstoets zorgtoeslag en kindgebondenbudget, conform artikel 47 van de Algemene wet inkomensafhankelijke regelingen.

Artikel 3.3.1.3

Eerste en tweede lid

Het CAK is belast met de inning van de eigen bijdrage. Hiertoe stuurt het CAK een beschikking aan de verzekerde waarin de hoogte van de bijdrage staat. De verzekerde betaalt dit bedrag binnen 30 dagen nadat de beschikking bekend is gemaakt. Het CAK kan de verzekerde een langere betalingstermijn bieden. Dit zal dan vermeld worden op de beschikking.

Derde lid

In artikel 4:93 van de Awb is geregeld dat een bestuursorgaan een geldschuld alleen mag verrekenen met een vordering voor zover in de bevoegdheid daartoe bij wettelijk voorschrift is voorzien. Dit artikel voorziet daarin. Het CAK is bevoegd om vorderingen op grond van de Wlz op of van de verzekerde te verrekenen met vorderingen op of van de verzekerde op grond van de Wlz. De bevoegdheid geldt ook voor vordering uit hoofde van de AWBZ, de Wet maatschappelijke ondersteuning en Wet maatschappelijke ondersteuning 2015.

Vierde lid

Het CAK maakt bij het vaststellen van de eigen bijdrage gebruik van gegevens bedoeld in artikel 21, onderdeel e, van de Algemene wet inzake rijksbelastingen en van andere door de inspecteur, bedoeld in artikel 2, derde lid, onderdeel b, van de Algemene wet inzake rijksbelastingen, verstrekte gegevens (vgl. artikel 23 Bbz).

Artikel 3.3.1.4

Eerste lid

Voor het bepalen van de eigen bijdrage wordt afwezigheid uit een instelling, anders dan in verband met beëindiging van de zorgverlening, buiten beschouwing gelaten (dit was voorheen bepaald in artikel 2, tweede lid, van het Bbz). Dit betekent dat als de verzekerde tijdelijk niet in een instelling verblijft, dit geen invloed heeft op de bijdrage in de kosten van de zorg. In dit kader kan gedacht worden aan afwezigheid uit de instelling vanwege een tijdelijke opname in een ziekenhuis.

Tweede lid

Met het tweede lid wordt geregeld dat bij de jaarlijkse herziening als bedoeld in artikel 3.3.1.8, de leeftijd op 31 januari van het kalenderjaar waarover de eigen bijdrage wordt vastgesteld, relevant is om te bepalen of iemand de pensioengerechtigde leeftijd heeft bereikt of niet. Heeft betrokkene uiterlijk op 31 januari de pensioengerechtigde leeftijd bereikt dan wordt hij voor de eigen bijdrage in beginsel voor het hele jaar als pensioengerechtigde beschouwd (dit was voorheen geregeld in artikel 2, derde lid, van het Bbz).

Derde en vierde lid

Deze bepalingen waren in het Bbz opgenomen als derde en vierde lid van artikel 4.

Vijfde lid

Het vijfde lid (voorheen artikel 6, derde lid, Bbz) bepaalt dat verzekerden wijzigingen in hun burgerlijke status doorgeven aan het CAK. Dergelijke wijzigingen kunnen invloed hebben op de hoogte van de bijdrage die de verzekerde moet betalen.

Artikel 3.3.1.5

Deze bepaling is gelijk aan hetgeen voorheen bepaald was in artikel 3a Bbz.

Eerste lid

In het eerste lid van deze bepaling is geregeld dat het CAK de bijdrage moet vaststellen binnen 24 maanden na het tijdstip dat het CAK in kennis is gesteld dat de zorg is verleend. Als het CAK de bijdrage niet binnen de termijn van 24 maanden vaststelt, wil dat niet zeggen dat de verzekerde vervolgens nooit meer een eigen bijdrage verschuldigd is. Als er zekere tijd is verstreken tussen het begin van de zorgverlening en de inkennisstelling daarvan bij het CAK, mag de beschikking waarbij de eigen bijdrage wordt opgelegd, niet meer dan 36 maanden terugwerken.

Tweede lid

Het CAK kan ook na het verstrijken van de termijn, genoemd in het eerste lid, alsnog een eigen bijdrage opleggen. De ingangsdatum van de periode waarover de eigen bijdrage door de verzekerde moet worden betaald, begint dan maximaal 24 maanden voor de dag waarop de beschikking waarin de eigen bijdrage wordt vastgesteld, aan de verzekerde is verzonden.

Artikel 3.3.1.6

Artikel 3.3.1.6 regelt wat eerder was geregeld in artikel 11a Bbz.

Eerste lid

Met deze bepaling wordt de procedure beschreven indien er omstandigheden zijn om de eigen bijdrage te herzien. In het eerste lid van dit artikel is geregeld dat de eigen bijdrage wordt herzien uiterlijk 24 maanden na het tijdstip waarop het CAK in kennis is gesteld van de omstandigheid die aanleiding geeft tot de wijziging. Als de omstandigheid die aanleiding had moeten geven tot de herziening van de eigen bijdrage bijvoorbeeld 36 maanden eerder aan het CAK ter kennis is gebracht, kan de eigen bijdrage echter ten hoogste voor de 24 maanden die aan het herzieningsbesluit voorafgaan, worden herzien. De bijdrage over de 25e tot en met 36e maand komt niet meer voor herziening in aanmerking.

Tweede lid

In het tweede lid is geregeld dat de herziene bijdragen kunnen worden verrekend met eerder vastgestelde bijdragen.

Derde lid

Het derde lid strekt ertoe mogelijk te maken dat een verzuim van het CAK om de eigen bijdrage tijdig (dat wil zeggen: binnen 24 maanden nadat het CAK op de hoogte is gesteld) te herzien, hersteld kan worden. De ingangsdatum van de periode waarover de eigen bijdrage door de verzekerde moet worden betaald, begint dan maximaal 24 maanden voor de dag waarop de beschikking waarin de eigen bijdrage wordt vastgesteld, aan de verzekerde is verzonden.

Vierde lid

Het vierde lid legt, wellicht ten overvloede, vast dat een bijdrage waarvoor de herzieningsbevoegdheid is komen te vervallen, geldt als definitief vastgesteld.

Artikel 3.3.1.7

Dit artikel bevat de regeling die voorheen in artikel 19 Bbz was opgenomen.

Eerste lid

Dit artikel regelt dat de bedragen, genoemd in verschillende artikelen, bij ministeriële regeling jaarlijks worden geïndexeerd. Voor de maximumbedragen van de bijdrage voor zmv in artikel 3.3.2.1, eerste lid, en voor zmv, vpt en pgb in artikel 3.3.2.2, derde lid, voor het bedrag van de korting op de eigen bijdrage dat in bepaalde gevallen geldt voor mensen met een pgb (artikel 3.3.2.2, vierde lid) en voor de bedragen die gelden voor de eigen bijdrage voor mpt (artikel 3.3.3.1, tweede lid) vindt indexering plaats aan de hand van het prijsindexcijfer voor de gezinsconsumptie; dat geldt ook voor de bedragen, genoemd in de artikelen 3.3.2.4 en 3.3.3.2, die een rol spelen bij een aanvraag van zgn. peiljaarverlegging (zie aldaar). Na toepassing van de indexering vindt afronding van de bedragen naar beneden plaats op veelvoud van 0,20 eurocent. Die afronding blijft voor de volgende indexering buiten beschouwing.

Tweede lid

Het voor bepaalde groepen nog niet gepensioneerden bij het in aanmerking nemen van vermogen in mindering te brengen bedrag (artikel 3.3.1.2) wordt jaarlijks aangepast aan de hand van het indexcijfer dat wordt gebruikt voor de jaarlijkse indexering van het heffingvrije vermogen ingevolge de Wet inkomstenbelasting 2001.

Derde lid

De inkomensbedragen, geldend voor de maximering van de eigen bijdragen voor mpt van gehuwden en ongehuwden, boven en onder de pensioengerechtigde leeftijd, genoemd in artikel 3.3.3.1, tweede lid, worden jaarlijks geïndexeerd overeenkomstig de ontwikkeling van het minimumloon.

§ 3.2 Eigen bijdrage voor zorg met verblijf in een instelling, volledig pakket thuis en persoonsgebonden budget

Artikel 3.3.2.1

Deze bepaling komt overeen met het eerste en tweede lid van artikel 4 van het Bbz. De bepaling regelt dat een verzekerde een eigen bijdrage is verschuldigd ter hoogte van een twaalfde deel van het bijdrageplichtig inkomen, berekend volgens artikel 3.3.2.3, maar maximaal € 2248,60 per maand. De eigen bijdrage, samen, soms ook wel de hoge eigen bijdrage ofwel HEB genoemd, geldt voor de ongehuwde verzekerde en voor de gehuwde verzekerden die beiden zijn opgenomen in de instelling.

Er is geen wijziging beoogd op de wijze van berekening van de hoogte van de bijdrage voor verzekerden die zmv, vpt of pgb ontvangen. Ook is, behoudens indexering, geen wijziging beoogd op de maximale hoogte van de bijdrage. Dit bedrag, genoemd in het tweede lid, is reeds voor 2015 geïndexeerd conform artikel 3.3.1.7 van dit besluit.

Artikel 3.3.2.2

Artikel 3.3.2.2 bevat de regeling die voorheen was opgenomen in de artikelen 14 en 15 Bbz.

Eerste lid

Het eerste lid formuleert in welke gevallen voor de vaststelling van de hoogte van de eigen bijdrage wordt afgeweken van de hoofdregel van artikel 3.3.2.1. In die gevallen geldt een eigen bijdrage van 12,5% van het bijdrageplichtig inkomen; deze eigen bijdrage wordt ook wel de lage eigen bijdrage ofwel LEB genoemd. Het gaat daarbij om de gevallen die in artikel 14, eerste lid, onderdelen b tot en met g, van het Bbz reeds waren opgenomen. Het betreft dan onder meer verzekerden die in een instelling verblijven, maar ook nog een "thuissituatie" moeten onderhouden. Voor hen geldt dat de eigen bijdrage op een andere manier wordt vastgesteld, vanwege de kosten die zij nog hebben aan de thuissituatie. De situatie die voorheen was opgenomen in artikel 14, eerste lid, onderdeel a, ziet bij nader inzien niet op een afwijking van artikel 3.3.2.1; het gaat immers om een gehuwde verzekerde die in een instelling verblijft, maar wiens partner niet in een instelling verblijft; er is dus geen sprake van een afwijking van artikel 3.3.2.1; deze categorie verzekerden is nu opgenomen in het tweede lid.

Het eerste lid geeft een limitatieve opsomming van gevallen waarin de afwijking van artikel 3.3.2.1 van toepassing is. Het gaat dan om: minderjarig kind dat nog thuis woont (zie hiervoor eerste lid, onderdeel c) of indien de verzekerde of echtgenoot pas sinds kort in een instelling verblijft (zie hiervoor eerste lid, onderdeel a en b). In onderdeel b en c geldt de uitzondering zolang het verblijf in de instelling nog geen zes maanden heeft geduurd; daarop is een uitzondering gemaakt voor de gevallen waarin het verblijf in een instelling betreft dat plaatsvond op grond van de zorgverzekering.

Tweede lid

In het tweede lid zijn de andere gevallen geregeld, waarin niet de eigen bijdrage van artikel 3.3.2.1 van toepassing is, maar de afwijkende bijdrage die ook voor de gevallen van het eerste lid geldt.

Deze bepaling ziet op alle situaties waarin een verzekerde zmv ontvangt, maar niet artikel 3.3.2.1 of het eerste lid van artikel 3.3.2.2 van toepassing is. Ook regelt het lid dat dezelfde bijdrage geldt als de verzekerde kiest voor een vpt (voorheen artikel 14, onderdelen f en g, Bbz) of pgb. Kort gezegd, geldt de in dit artikel geregelde bijdrage voor:

- een gehuwde die zmv, vpt of pgb ontvangt, maar wiens echtgenoot geen zorg in natura of een pgb als bedoeld in de Wlz ontvangt (deze categorie komt overeen met die welke voorheen in artikel 14, eerste lid, onder a, van het Bbz viel);
- een echtpaar waarvan beide partners zorg in natura of een pgb ontvangen; de formulering geeft aan dat het gaat om een partner die zmv, vpt of pgb ontvangt, terwijl zijn echtgenoot vpt, pgb of mpt ontvangt; in al deze gevallen van combinatie van zorgvormen binnen een gezin geldt met het oog op de betaalbaarheid de bijdrage van dit artikel in plaats van de bijdrage van artikel 3.3.2.1; de situatie waarin beide partners zmv ontvangen, valt onder artikel 3.3.2.1 en 3.3.2.2, eerste lid;
- een ongehuwde die een vpt of een pgb ontvangt;
- een echtpaar waarvan beide partners een vpt of pgb ontvangen.

In het tweede lid is zoals uit het voorgaande blijkt, geregeld welke bijdrage men verschuldigd is wanneer zich bij een echtpaar samenloop voordoet van het gebruik van verschillende leveringsvormen van zorg op grond van de Wlz (bij een ongehuwde is samenloop van zorg met verblijf in een instelling met een vpt of een pgb niet mogelijk). Denkbaar is uiteraard ook dat een van de echtgenoten geen zorg op grond van de Wlz, maar een maatwerkvoorziening dan wel een persoonsgebonden budget ontvangt op grond van de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015. Voor deze samenloopgevallen wordt in dit besluit niets geregeld. In dit verband zij erop gewezen dat in het Uitvoeringsbesluit Wmo 2015 wordt geregeld dat de bijdragen voor maatwerkvoorzieningen en persoonsgebonden budgetten op grond van de Wmo 2015 niet verschuldigd zijn, indien betrokkene of zijn echtgenoot een eigen bijdrage voor zmv, vpt of pgb op grond van de Wlz is verschuldigd.

Derde lid

In het derde lid is geregeld dat de bijdrage een minimum en een maximum kent; deze bepaling stond voorheen in het eerste lid van artikel 14 Bbz.

Vierde lid

Voor cliënten die gebruik maken van een pgb, geldt dat hun eigen bijdrage verminderd wordt met € 136. De reden hiervoor is dat voor deze groep cliënten een andere eigen bijdrage dan thans gaat gelden. Voorheen vielen zij onder de extramurale eigen bijdrage (vgl. artikel 3.3.3.1) en was de eigen bijdrage +/- € 20 per maand (€ 19 per 4 weken). Voor cliënten met een pgb wordt, net als voor het vpt, voor de eigen bijdrage aangesloten op de lage eigen bijdrage. Dit zou een sterke stijging van de eigen bijdrage betekenen voor cliënten met een pgb. Om dat te voorkomen, is besloten om voor hen de eigen bijdrage lager vast te stellen. Zo blijft de eigen bijdrage voor de laagste inkomens gelijk. De vermindering met € 136 geldt zowel voor de ongehuwde verzekerde met een pgb als voor gehuwde verzekerden van wie een of beiden een pgb ontvangen; een uitzondering daarop geldt in geval een van beide partners zmv of vpt ontvangt. Voort geldt de aftrek ook voor een echtpaar van wie een partner een pgb ontvangt en de ander een maatwerkvoorziening of pgb op grond van de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015. Ook voor een ongehuwde bij wie zich deze combinatie voordoet, geldt de korting.

Vijfde en zesde lid

In deze leden zijn het oude tweede en derde lid van artikel 14 van het Bbz opgenomen. De bepalingen houden in dat de toepassing van de lage bijdrage gedurende de eerste zes maanden na opnemings niet van toepassing is – en dus de hoge bijdrage geldt – indien de opnemings volgt binnen zes maanden nadat eerder de hoge bijdrage verschuldigd was.

Zevende lid

Indien de verzekerde op grond van de Participatiewet slechts een uitkering krijgt ter hoogte van de zak- en kleedgeldgrens, wordt op aanvraag volledig afgezien van het opleggen van een bijdrage. Deze bepaling stond in artikel 14, vierde lid, van het Bbz.

Artikel 3.3.2.3

Eerste lid

In deze bepaling (voorheen artikel 6, eerste lid, Bbz) is de vaststelling van het bijdrageplichtig inkomen voor de hoge eigen bijdrage van artikel 3.3.2.1 geregeld. Er is geen wijziging beoogd ten opzichte van het systeem zoals beschreven in artikel 6 Bbz. Het systeem houdt in dat het inkomen en de verschuldigde of ingehouden belasting over het tweede kalenderjaar voorafgaande aan het kalenderjaar waarin de verzekerde zijn aanspraak tot gelding brengt, door de Belastingdienst aan het CAK worden verstrekt. Daarna worden, voor zover relevant, de posten vermeld in het eerste lid, onderdeel b, in mindering gebracht. Het betreft de volgende posten:

De post in onderdeel b, subonderdeel 1, betreft de ook onder het oude systeem bestaande arbeidsaftrek.

In onderdeel b, subonderdeel 2, staan posten die jaarlijks bij ministeriële regeling worden geregeld. Deze aftrekposten betreffen:

- zak- en kleedgeld; dit is een aan artikel 23 van de Participatiewet gerelateerd bedrag;
- premies voor een zorgverzekering die gecorrigeerd zijn voor de ontvangen zorgtoeslag;
- een aftrekpost, ter hoogte van een bedrag vastgesteld in de Regeling langdurige zorg, waarbij de hoogte afhankelijk is van het gegeven of de verzekerde de pensioengerechtigde leeftijd heeft bereikt.

In onderdeel b, subonderdeel 3, is geregeld dat de uitkering op grond van artikel 14 van de Wet uitkeringen vervolgingsslachtoffers 1940–1945 en de uitkering op grond van artikel 20 van de Wet uitkeringen burger-oorlogsslachtoffers 1940–1945 op aanvraag niet worden meegenomen bij het bepalen van het bijdrageplichtig inkomen.

In onderdeel c is bepaald dat een gedeelte van het vermogen meetelt voor het bijdrageplichtig inkomen. Deze vermeerdering vindt plaats nadat eerst de verschuldigde belastingen en aftrekposten op het inkomen in mindering zijn gebracht.

Tweede, derde en vierde lid

Deze bepalingen stonden voorheen in artikel 10 Bbz.

Tweede lid

Met het tweede lid wordt geregeld dat de verzekerde de mogelijkheid heeft om peiljaarverlegging aan te vragen indien hij maandelijks gemiddeld minder overhoudt dan de zak- en kleedgeldgrens. Het CAK maakt bij het bepalen van de eigen bijdrage dan niet gebruik van het inkomen en vermogen in het jaar t-2, maar gaat uit van het te verwachten inkomen en vermogen in het lopende kalenderjaar. Bij het bepalen of de verzekerde minder overhoudt dan de zak- en kleedgeldgrens, dient zowel naar het inkomen als naar het vermogen van de verzekerde te worden gekeken. Door de invoering van de vermogensinkomensbijtelling per 1 januari 2013 kan het zijn dat de eigen bijdrage hoger is dan het inkomen. In dat geval moet de verzekerde interen op zijn vermogen.

Derde lid

De bepaling over peiljaarverlegging gaat er vanuit dat bijdrageplichtigen een aanvraag in het lopende kalenderjaar doen omdat zij dan constateren dat zij minder ter vrije besteding overhouden dan het zak- en kleedgeld. Wordt de bijdrage opgelegd in een van de laatste maanden van het jaar of nog later, dan ligt het in de rede dat zo'n aanvraag net na afloop van het kalenderjaar wordt gedaan. In de praktijk werden dergelijke verzoeken echter veelvuldig maanden of jaren later gedaan met de hoop dat de bijdrage dan alsnog lager wordt. Dat is zeer belastend voor de uitvoering. Er mag vanuit gegaan worden dat, als een aanvraag pas na een lange tijd gedaan wordt, er geen financiële noodzaak bestaat van de uitzondering gebruik te maken. Daarom is geregeld dat een dergelijke aanvraag gedaan wordt in het lopende kalenderjaar of uiterlijk drie maanden na afloop van het kalenderjaar waarop de aanvraag betrekking heeft of uiterlijk drie maanden na de datum waarop de bijdrage is vastgesteld.

Vierde lid

Het vierde lid regelt dat, indien aan het eind van het jaar blijkt dat de verzekerde toch niet voldeed aan de eis, zoals gesteld in het eerste lid, dan met terugwerkende kracht definitieve vaststelling volgens de reguliere berekening, zoals beschreven in het eerste lid plaatsvindt.

Met het vijfde lid (voorheen artikel 6, tweede lid, Bbz) is geregeld dat op het buitenlandse inkomen dat meetelt voor het bijdrageplichtig inkomen bij de eigen bijdrage, de in het buitenland verschuldigde belasting in mindering wordt gebracht. Het CAK krijgt deze gegevens niet van de Belastingdienst en is dus niet op de hoogte van de in het buitenland verschuldigde belasting. Daarom is geregeld dat het in mindering brengen van de in het buitenland verschuldigde belasting geschiedt op aanvraag van de verzekerde. Belasting die in Nederland wordt betaald, valt onder het eerste lid.

Artikel 3.3.2.4

In dit artikel is de vaststelling van het bijdrageplichtig inkomen en de peiljaarverlegging voor de lage eigen bijdrage van artikel 3.3.2.2 geregeld. Er is geen wijziging beoogd ten opzichte van het systeem zoals beschreven in het voormalige artikel 15, eerste lid, Bbz.

Eerste lid

Net als in artikel 15, eerste lid, Bbz, is geregeld dat voor de berekening van de lage eigen bijdrage van artikel 3.3.2.2 enigszins aangepaste regels gelden met betrekking tot het bijdrageplichtig inkomen.

Tweede lid

Met het tweede, derde en vierde lid wordt, overeenkomstig artikel 3.3.2.3, ook voor verzekerden die een bijdrage op grond van artikel 3.3.2.2 verschuldigd zijn, de mogelijkheid geregeld om verlegging van het peiljaar aan te vragen. De peiljaarverlegging voor de eigen bijdrage voor mpt is niet gebaseerd op het niet overhouden van het zak- en kleedgeldbedrag. De verzekerde kan peiljaarverlegging aanvragen indien te verwachten is dat zijn bijdrageplichtig inkomen in het kalenderjaar minstens € 2.500 lager is dan tijdens het reguliere peiljaar (t-2). De afwijkende vaststelling (op aanvraag) geschiedt ook indien de verzekerde in het lopende kalenderjaar algemene bijstand ontvangt op grond van de Participatiewet.

Het gaat hier om een voorlopige vaststelling. De definitieve vaststelling van het bijdrageplichtig inkomen geschiedt aan de hand van het nadien beschikbare belastbare inkomen.

Derde lid

Dit lid is gelijk aan het derde lid van artikel 3.3.2.3; voor een toelichting wordt naar de toelichting op dat lid verwezen.

Vierde lid

Om misbruik en oneigenlijk gebruik van de geboden mogelijkheid van peiljaarverlegging tegen te gaan, is in het vierde lid een regeling getroffen op grond waarvan een naheffing kan plaatsvinden. Deze naheffing vindt plaats indien bij de definitieve vaststelling van het bijdrageplichtig inkomen door het CAK blijkt dat met het uiteindelijk door de belastingdienst vastgestelde belastbare inkomen niet voldaan wordt aan de voorwaarde dat het inkomen ten minste € 2500 lager is dan het belastbare inkomen in het peiljaar. Indien dat laatste het geval is, vindt alsnog toepassing van het eerste lid plaats. Op basis van het definitief vastgestelde bijdrageplichtig inkomen, wordt vervolgens het verschuldigde bedrag aan bijdragen gecorrigeerd en wordt bij de verzekerde het bedrag dat nog verschuldigd is, in rekening gebracht.

Artikel 3.3.2.5

Dit artikel (vgl. artikel 8 Bbz) regelt een uitzondering op het vaststellen van het bijdrageplichtig inkomen, conform de artikelen 3.3.2.3 en 3.3.2.4, voor het geval dat de verzekerde voor het eerst inkomen gaat genieten. In dat geval wordt niet het peiljaar (t-2) gehanteerd. Immers, in het peiljaar had de verzekerde nog geen inkomen. Nu de verzekerde in het lopende kalenderjaar wel inkomen geniet, dient de eigen bijdrage te zijn toegespitst op dat inkomen. Daarom wordt, in dit specifieke geval, gekeken naar het te verwachten inkomen en vermogen in het lopende kalenderjaar (eerste en tweede lid) dan wel het te verwachten inkomen en vermogen van het voorgaande kalenderjaar (derde

lid). Na het derde jaar kan voor de verzekerde het bijdrageplichtig inkomen worden vastgesteld op basis van artikel 3.3.2.3 of 3.3.2.4.

Artikel 3.3.2.6

Bij toepassing van de peiljaarverlegging (artikel 3.3.2.3, tweede lid) en in geval van berekening van een bijdrageplichtig inkomen voor een verzekerde die voor het eerst inkomen geniet (artikel 3.3.2.5, eerst en tweede lid) wordt afgeweken van de reguliere berekening van het bijdrageplichtig inkomen voor de HEB. Dit artikel regelt dat ook bij deze afwijkende berekening van het bijdrageplichtig inkomen, de in artikel 3.3.2.3, eerste lid, onderdeel b, genoemde posten in mindering worden gebracht. Het tweede lid regelt dat dit in geval van artikel 3.3.2.3, eerste lid, wordt gedaan naar rato van het deel van het kalenderjaar waarover de inkomsten worden verworven.

Artikel 3.3.2.7

Artikel 3.3.2.7 regelt wat eerder was geregeld in artikel 7 Bbz.

Voor de vaststelling van de eigen bijdrage ontvangt het CAK gegevens uit de basisregistratie inkomen. Zijn er in het geheel (nog) geen gegevens dan stelt het CAK de bijdrage vast op het minimumbedrag van artikel 3.3.2.2, eerste lid. Het CAK corrigeert de bijdrage zodra die gegevens er wel zijn. Overigens geldt bij de jaarlijkse herziening de in artikel 3.4.11, tweede lid, geregelde uitzondering.

Artikel 3.3.2.8

Artikel 3.3.2.8 regelt wat eerder was geregeld in artikel 11 Bbz.

Het eerste lid van dit artikel regelt dat de eigen bijdrage jaarlijks wordt herzien. Het tweede lid regelt dat het CAK, indien de verzekerde zorg ontvangt waarvoor hij een eigen bijdrage verschuldigd is en er nog geen nieuwe inkomens- of belastinggegevens bekend zijn voor de berekening van de eigen bijdrage voor het daarop volgende jaar, als voorlopige bijdrage de oude eigen bijdrage gewoon doorfactureert (dus over de jaargrens heen).

§ 3.3 Eigen bijdrage voor modulair pakket thuis

Artikel 3.3.3.1

In de artikelen 16a e.v. van het Bbz waren de eigen bijdragen voor extramurale zorg geregeld. Deze werden ook toegepast ten aanzien van verzekerden met een indicatie voor verblijfszorg die ervoor kozen thuis te blijven wonen (niet met toepassing van vpt) en hun indicatie te laten omzetten in functies en klassen. Deze bepalingen omtrent de eigen bijdragen voor extramurale zorg zijn in dit besluit de basis geweest voor het stellen van regels over de eigen bijdragen voor verzekerden die kiezen voor een modulair pakket thuis (wat overeenkomt met de situatie van omzetting in functies en klassen).

In artikel 3.3.3.1 zijn het oude artikel 16a en 16d Bbz samengevoegd. Daarbij is weggelaten dat de bijdrage verschuldigd is door verzekerden van 18 jaar en ouder, omdat dit reeds is bepaald in artikel 3.3.1.1. Ook zijn artikel 16b en artikel 16c Bbz weggelaten; de inhoud daarvan is opgenomen in de artikelen 3.3.1.3 en artikel 3.3.1.5. Het vijfde lid van artikel 16d Bbz is vervallen in verband met de intrekking van de Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten.

Eerste lid

Deze bepaling is gelijk aan de bestaande van artikel 16d, eerste lid, Bbz met dien verstande dat de beperking tot de daarin genoemde en inmiddels naar de Wmo 2015 overgebrachte zorgvormen is vervangen door de zorg die aan de verzekerde wordt geleverd als modulair pakket thuis. Voor mensen die gebruik maken van een modulair pakket thuis, is de bijdrage per bijdrageperiode een bepaald bedrag per uur of dagdeel zorg. Net als thans het geval is, wordt dat basisbedrag, afhankelijk van de leeftijd (wel of niet pensioengerechtigd) en de mate waarin het bijdrageplichtig inkomen bepaalde grenzen meer of minder te boven gaat, verhoogd.

Tweede lid

Het tweede lid is inhoudelijk gelijk aan het oude tweede lid van artikel 16d Bbz. Door de opnemering in artikel 1.1.1 van een definitie van pensioengerechtigde leeftijd kon in het tweede lid de vier keer voorkomende vermelding van de Algemene Ouderdomswet worden weggelaten, waardoor de tekst leesbaarder is geworden. De bepaling regelt dat het totaal van de (uur)bijdragen voor zorg per bijdrageperiode dat een verzekerde, of twee gehuwde verzekerden die beide zorg ontvangen tezamen, verschuldigd is, wordt gelimiteerd tot € 19 plus een bedrag dat gelijk is aan een dertiende deel van 15% van het inkomen (waarin verdisconteerd de zgn. vermogensinkomensbijtelling ter hoogte van 8% van het vermogen) dat boven de vrijgelaten ondergrens uitgaat. Voor verschillende groepen van verzekerden is, rekening houdende met hun draagkracht, de vrijgelaten ondergrens verschillend. Deze inkomens- en vermogensafhankelijke maximering van de bijdragen geldt zowel in het geval van een alleenstaande verzekerde of een gehuwde verzekerde met een partner die zelf geen zorg ontvangt, als in het geval beide verzekerden zorg ontvangen.

Derde lid

Het derde lid komt overeen met het derde lid van artikel 16d Bbz, maar de formulering is verbeterd. In de oude tekst werd de term 'kalenderjaar' gebruikt, waardoor ten onrechte de indruk kon worden gewekt dat de dertien perioden van vier onderscheidenlijk vijf weken samenvallen met het kalenderjaar. Dat is echter niet het geval. De bijdrageperioden – van in beginsel vier weken – volgen de weeknummers volgens de internationale standaard ISO 8601. Daarbij is de eerste week van een jaar de week die vier of meer dagen van dat bewuste jaar bevat. Omdat maandag als eerste dag van de week beschouwd wordt, komt het erop neer dat week 1 de week is, waarin de eerste donderdag van dat jaar zit, en de week waar 4 januari in valt. De weken met de nummers 1 tot en met 4 vormen zo de eerste bijdrageperiode enz. In veel jaren zijn er op deze manier dertien bijdrageperioden van vier weken; in sommige gevallen is er volgens deze regeling een dertiende bijdrageperiode die vijf weken beslaat. In dat geval betaalt de verzekerde dezelfde bijdrage over vijf weken als hij anders betaalt over vier weken.

Vierde lid

Het vierde lid regelt, net als het vierde lid in artikel 16d Bbz, dat de bijdrage voor mpt die de verzekerde dan wel de verzekerde en zijn echtgenoot tezamen op grond van het Blz moeten betalen, wordt verminderd met de bijdrage die de verzekerde of zijn echtgenoot over dezelfde bijdrageperiode verschuldigd is voor een maatwerkvoorziening of een persoonsgebonden budget op grond van de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015. Een bijdrage verschuldigd op grond van het Uitvoeringsbesluit Wmo 2015, waarin regels

worden gesteld omtrent de hoogte van de bijdragen voor maatschappelijke ondersteuning, gaat derhalve in die gevallen voor op de bijdrage voor mpt.

In dit verband zij erop gewezen dat in het Uitvoeringsbesluit Wmo 2015 wordt geregeld dat de bijdragen voor maatwerkvoorzieningen en persoonsgebonden budgetten op grond van de Wmo 2015 niet verschuldigd zijn, indien betrokkene of zijn echtgenoot een eigen bijdrage voor zmv, vpt of pgb op grond van de Wlz is verschuldigd. In het Uitvoeringsbesluit Wmo 2015 bestaat geen vrijstelling van de bijdrage voor samenloop van maatschappelijke ondersteuning met mpt op grond van de Wlz voor de partner van betrokkene; het vierde lid regelt daarvoor, zoals hiervoor aangegeven, dat de betaalde Wmo-bijdrage in mindering komt op de Wlz-bijdrage.

Vijfde lid

In dit lid (vgl. oude zesde lid) is, ter voorkoming van onwenselijke cumulatie van eigen bijdragen, in onderdeel a geregeld dat de in dit artikel geregelde bijdrage niet verschuldigd is als de verzekerde of zijn echtgenoot reeds een bijdrage voor verblijf volledig pakket thuis of pgb verschuldigd is. De onderdelen b en c zijn overgenomen uit de oude tekst (artikel 16d, zesde lid, onderdeel d resp. b). Onderdeel c is vervallen.

Artikel 3.3.3.2

Deze bepaling is inhoudelijk gelijk aan artikel 16e Bbz (die gold voor de extramurale bijdrage) en artikel 3.3.2.4 (welke geldt voor de lage eigen bijdrage). De bepaling regelt wat het bijdrageplichtig inkomen is en op welke wijze peiljaarverlegging daarbij kan plaatsvinden. Voor een toelichting daarop zij verwezen naar de toelichting op artikel 3.3.2.4.

Artikel 3.3.3.3

Dit artikel gelijk aan artikel 16f Bbz en vergelijkbaar met die van artikel 3.3.2.7.

Voor de vaststelling van de eigen bijdrage ontvangt het CAK gegevens uit de basisregistratie inkomen.

In het eerste lid is geregeld wat geldt indien de verzekerde zorg ontvangt waarvoor hij een eigen bijdrage verschuldigd is en er nog geen nieuwe inkomens- of belastinggegevens bekend zijn voor de berekening van de bijdrage voor het daarop volgende jaar. Het CAK factureert dan als voorlopige bijdrage het minimumbedrag. Indien nadien gegevens beschikbaar komen wordt de bijdrage op die gegevens gebaseerd en zo nodig herzien.

Artikel 3.4.1 tot en met artikel 3.4.3

De inhoud van de artikelen 3.4.1. tot en met 3.4.3 is gelijk aan de inhoud van het ingetrokken Besluit wachttijd AWBZ, voor zover de aanspraken zijn overgegaan van de AWBZ naar de Wlz. Omdat het besluit gaat over verzekering in het verleden wordt op enkele plaatsen nog de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten naast de Wet langdurige zorg genoemd.

Artikel 3.4.1

Dit artikel bepaalt dat een persoon die zich in Nederland vestigt en verzekerd wordt ingevolge de WLZ, gedurende de eerste twaalf maanden na vestiging geen aanspraak

heeft ten laste van de WLZ, op een of meer vormen van Wlz-zorg. Dit onderdeel is niet nieuw. Zij bestaat al sinds 1992.

Het primaire doel van deze wachttijdregeling was en is het voorkomen van oneigenlijk gebruik van dure Wlz-voorzieningen. De wachttijd mag alleen worden toegepast op een verzekerde die op het tijdstip van vestiging al is aangewezen op de zorg of indien te verwachten is, dat hij binnen zes maanden die zorg nodig zal hebben. De wachttijd wordt niet in alle situaties toegepast. Er geldt géén wachttijd wanneer de verzekerde in een latere instantie alsnog behoefte krijgt aan Wlz-zorg of aan andere Wlz-zorg dan die bij aanvang van de verzekering al nodig of te verwachten was. Het moet immers gaan om een bestaande behoefte of een binnen zes maanden opgekomen behoefte die redelijkerwijs al te verwachten was. Nadrukkelijk zij opgemerkt dat door de wachttijd niet de verlening van medische zorg is uitgesloten; bepaald is dat de betreffende medische zorg niet ten laste van de WLZ kan worden gebracht. Betrokkenen zullen dus eerst een financiële drempel moeten overbruggen wanneer zij, na verzekerd te zijn geworden, voor een al bestaande situatie aanspraak wensen te maken op zorg ingevolge de Wlz.

Opgemerkt wordt dat de wachttijd die onder de AWBZ betrekking had op alle vormen van AWBZ-zorg, met uitzondering van onderzoek naar stofwisselingsziekten en vaccinaties. Nu de wachttijd alleen nog van toepassing is op de Wlz-aanspraken, betekent dat een inperking van het toepassingsgebied van de wachttijdregeling.

Artikel 3.4.2

Verzekerden die aansluitend twaalf jaar en minder niet verzekerd zijn geweest krijgen een korting op de wachttijd. Het komt erop neer dat de wachttijd één maand bedraagt voor ieder vol kalenderjaar dat iemand niet verzekerd is geweest ingevolge de Wlz, met een maximum van twaalf maanden.

De wachttijd wordt eveneens evenredig verminderd voor elk jaar dat iemand voorafgaand aan de Wlz-verzekering of de AWBZ-verzekering onderworpen is geweest aan het wettelijk sociaal stelsel van een van de lidstaten van de Europese Unie, de Europese Economische Ruimte (EER: IJsland, Noorwegen en Liechtenstein), van Zwitserland of van een verdragsland, dan wel indien er op grond van de EU-socialezekerheidsverordening of een verdrag inzake sociale zekerheid ten laste van Nederland aanspraak heeft bestaan op zorg (verdragsrecht).

Opgemerkt wordt dat wordt verwezen naar de AWBZ-verzekering naast verwijzing en naar de Wlz, omdat het besluit gaat over verzekering in het verleden.

Artikel 3.4.3

In het besluit wordt, evenals dat het geval was in het ingetrokken Besluit wachttijd bijzondere ziektekostenverzekering, voorzien in een uitzondering voorzien voor bepaalde categorieën van vreemdelingen, voor ontwikkelingswerkers en voor personen die op grond van overgangsrecht dat ten tijde van de invoering van de Zvw is getroffen voor rechthebbenden op Nederlandse pensioenen wonend in het buitenland, ten laste van het Algemeen Fonds bijzondere Ziektekosten, recht hadden op een vergoeding in de kosten van zorg die zij op 31 december 2005 al consumeerden.

Een uitzondering op de wachttijd geldt voor de groep vreemdelingen aan wie een "verblijfsvergunning asiel" is verleend. Voor die vreemdeling staat immers vast dat aan hem bescherming tegen vervolging en/of andere bepaalde onverantwoorde risico's bij terugkeer naar het land van herkomst dient te worden geboden. Ook maakt de «uitgenodigde vluchteling» deel uit van deze groep. Het gaat hierbij om een vreemdeling die een verblijfsvergunning op grond van artikel 28 of 33 van de Vreemdelingenwet 2000 is verleend en die daarmee rechtmatig verblijf als bedoeld in artikel 8, onder c of d van de Vreemdelingenwet 2000 heeft. Voor andere groepen vreemdelingen geldt, zozeer als voor Nederlanders die zich in Nederland vestigen, de wachttijd onverkort.

Voor vreemdelingen die met een wachttijd worden geconfronteerd is de ingangsdatum van de verzekering ingevolge de WLZ, en daarmee het moment waarop de wachttijd in gaat, van belang. Daarbij wordt aangesloten bij het vaststellen van de verzekering van de volksverzekeringen door de Sociale Verzekeringsbank (SVB). Beoordeling van verzekering voor de volksverzekeringen vindt plaats aan de hand van feitelijke omstandigheden in het concrete geval, waarin enerzijds de juridische (rechtmatig verblijf), economische (voorzien in levensonderhoud) en sociale bindingen (onder ander familiebanden, woonruimte) met Nederland een rol spelen en anderzijds, de bindingen met het land van herkomst. Er is ten aanzien van vreemdelingen pas sprake van een juridische binding indien voldoende zekerheid van de zijde van de Staatssecretaris van Justitie is verschaft dat de desbetreffende vreemdeling in Nederland zal mogen blijven. Daarbij wordt geen rekening gehouden met het eventueel met terugwerkende kracht verlenen van een verblijfsvergunning. Een en ander betekent dat volstrekt helder is op welk moment de verzekering ingevolge de AWBZ voor vreemdelingen ingaat, namelijk de datum van afgifte van het verblijfsdocument. Vanaf dat moment gaat ook de wachttijd lopen.

Eenzelfde uitzondering geldt sedert 1999 voor uit ontwikkelingslanden terugkerende ontwikkelingswerkers, veelal missionarissen en door kerken uitgezonden missiewerkers. De kloosteroorden zouden bij toepassing van een wachttijd de kosten van zorg voor deze categorie van personen die vanuit idealisme in het buitenland hebben gewerkt, moeten opbrengen, terwijl daarvoor doorgaans de middelen ontbreken. De regering heeft dat destijds onwenselijk geacht en is ook thans nog van mening dat deze uitzondering voor deze categorie van personen moet worden gehandhaafd.

Ten slotte geldt een uitzondering voor personen met een overgangsaanspraak op AWBZ-zorg. Dat gaat om personen buiten Nederland wonend, die bij de invoering van de Zorgverzekeringswet niet langer verzekerd waren ingevolge de vrijwillige of de verplichte AWBZ-verzekering, maar die op grond van overgangsrecht bij de invoering van de Zorgverzekeringswet (Zvw) aanspraak hadden op een vergoeding van zorg ten laste van de AWBZ en voor wie bij een verdergaande hulpvraag deze aanspraak kon worden voortgezet. Als zij metterwoon terugkeren naar Nederland waardoor Wlz-verzekering ontstaat, gaat het niet aan hen met een wachttijd te confronteren.

Artikel 3.5.0

Dit artikel is een onderdeel van de meerzorgprocedure. Wanneer naar het oordeel van de Wlz-uitvoerder bij het leveren van zorg in natura meerzorg moet worden geleverd, wordt alvorens over die levering wordt beslist, advies gevraagd aan een door de minister aan te wijzen instantie. Een vergelijkbare bepaling is opgenomen in artikel 3.6.2 voor de leveringsvorm van persoonsgebonden budgetten.

Artikel 3.5.1

Op grond van de artikelen 3.3.1, eerste lid, en 3.3.2, eerste lid, onder b, van de Wlz, heeft de verzekerde de mogelijkheid om zijn recht op zorg tot gelding te brengen met een modulair pakket thuis. Een modulair pakket thuis houdt in dat het recht op zorg zoals volgt uit het voor de verzekerde toepasselijke zorgprofiel, wordt "vertaald" naar een module waarin de losse zorgvormen van artikel 3.3.1 van de wet zijn opgenomen. De verzekerde ziet hierdoor op welke losse zorgvormen hij recht heeft en in welke verhouding die staan. Hij kan er dan ook voor kiezen om alleen bepaalde zorgvormen in natura af te nemen en eventueel in combinatie met een persoonsgebonden budget de zorg thuis te ontvangen. Als de verzekerde dit wenst kan hij hiertoe een aanvraag indienen bij de Wlz-uitvoerder. De Wlz-uitvoerder zal de aanvraag voor een modulair pakket thuis vervolgens honoreren, tenzij dit niet verantwoord of doelmatig is of de totale kosten hoger zijn dan in het geval de zorg met een persoonsgebonden budget tot gelding zou worden gebracht (artikel 3.3.2, vierde lid, onder a en b, van de Wlz).

Met artikel 3.5.1 wordt bepaald dat het recht op zorg van de verzekerde tot uitdrukking wordt gebracht in modules. Die modules kunnen bij ministeriële regeling vastgesteld per zorgprofiel (tweede lid) en bevatten volgens het derde lid tenminste de zorgvormen waarop het zorgprofiel recht geeft, uiteraard voor zover de verzekerde daarop is aangewezen. Daarbij is flexibiliteit niet uitgesloten. Artikel 3.3.2, tweede lid, van de Wlz bepaalt bovendien dat bepaalde zorgvormen niet met een modulair pakket thuis verkregen kunnen worden. Het gaat hierbij om het verblijf in een instelling, met inbegrip van het verstrekken van eten en drinken, alsmede met het verblijf gepaard gaande behandeling.

Het artikel impliceert ook dat de globale omvang van de zorgvormen per module moet worden vastgesteld. Dit is echter niet voor iedere zorgvorm zinnig, zodat dit niet verplicht bij alle zorgvormen het geval hoeft te zijn. Ook in de huidige AWBZ wordt bij de "omkating" van een zzp naar functies en klassen al geen kwantitatieve duiding gegeven voor de zorgvormen "behandeling individueel" en "vervoer". Ook bij het recht op roerende woonvoorzieningen en mobiliteitshulpmiddelen zal geen globale omvang worden vermeld.

Artikel 3.5.2

Dit artikel biedt een grondslag om bij ministeriële regeling te bepalen op welke wijze de maximaal aanvaardbare kosten van een modulair pakket thuis, al dan niet in combinatie met een persoonsgebonden budget, worden berekend. Met het amendement van de leden Dik-Faber en Otwin van Dijk is artikel 3.3.2, achtste lid, van de Wlz zo gewijzigd, dat met onderdeel b de ruimte wordt geboden om te bepalen welke bestanddelen (kosten) niet in aanmerking worden genomen bij die berekening. Hiermee wordt het onder meer mogelijk om met de berekeningsnorm van artikel 3.3.2, vierde lid, van de Wlz ook de situatie toe te staan waarin dagbesteding via een modulair pakket thuis wordt verkregen en tevens voldoende (financiële) ruimte overblijft om de overige zorg met een persoonsgebonden budget in te kopen. Bij ministeriële regeling zal dit worden uitgewerkt.

Artikel 3.5.3

Bij ministeriële regeling kunnen met dit artikel nadere regels worden gesteld met betrekking tot de zowel de aanvraag, de verlening als de weigering van een modulair

pakket thuis. Voor zover de Wlz en dit besluit daarover niets regelen, wordt teruggevallen op de algemene bepalingen over deze onderwerpen in de Algemene wet bestuursrecht.

Artikel 3.6.1

Een persoonsgebonden budget wordt per kalenderjaar verstrekt.

Artikel 3.6.2

Juist de toegang tot het pgb goed regelen is het van groot belang om onbedoeld en oneigenlijk gebruik tegen te gaan. Zorgkantoren en diverse andere partijen hebben duidelijk gemaakt niet altijd over de instrumenten te beschikken om een pgb te kunnen weigeren indien dat echt noodzakelijk is. In dit artikel worden in aanvulling op de weigeringsgronden en toekenningsvoorwaarden die op niveau van de wet zijn geformuleerd, enkele verdere weigeringsgronden en toekenningsvoorwaarden geregeld. Bij ministeriële regeling kunnen deze worden aangevuld.

Het zorgkantoor verleent geen persoonsgebonden budget aan een verzekerde die krachtens een indicatiebesluit is aangewezen op een bij ministeriële regeling genoemd zorgprofiel. Vanuit overwegingen van verantwoorde zorg wordt de toegang tot een pgb beperkt voor enkele zorgprofielen. Vanaf 1 januari 2011 worden geen pgb's meer worden verstrekt aan nieuwe verzekerden met een intensieve zorgvraag waarvoor de zorg niet verantwoord thuis kan worden geboden. Het gaat hierbij om verzekerden met een verblijfsindicatie die behandeling in een veelal beschermde setting nodig hebben. In onderdeel a van dit artikel wordt de ruimte geboden om bij ministeriële regeling de zorgprofielen aan te wijzen.

Het zorgkantoor zal verder de verlening van een pgb weigeren indien de verzekerde weigert het budgetplan desgevraagd met het zorgkantoor te bespreken of, na voor zulk een gesprek te zijn opgeroepen, zonder geldige reden niet verschijnt (onderdeel b). Ook moet een door de Wlz-uitvoerder vastgesteld aanvraagformulier volledig en juist zijn ingevuld (onderdeel c). Net als in de Regeling subsidies AWBZ wordt bepaald dat het zorgkantoor geen pgb zal verstrekken indien de verzekerde aangeeft om het pgb uitsluitend te besteden aan de inkoop van zorg bij door het zorgkantoor gecontracteerde zorgaanbieders. In dergelijke gevallen heeft een pgb uiteraard geen meerwaarde ten opzichte van zorg in natura.

Artikel 3.6.3

Eerste en tweede lid

Uit de Wlz volgt dat een pgb niet duurder mag zijn dan zorg in natura. In dit artikel wordt deze hoofdlijn verder uitgewerkt door aan te geven op welke wijze de maximale budgetten zullen worden berekend. Bij ministeriële regeling worden de tarieven genoemd per zorgprofiel.

De maximale pgb-budgetten worden berekend door de maximale beleidsregelwaarden, behorende bij het zorgprofiel dat op de verzekerde van toepassing is, die door de NZa worden vastgesteld als uitgangspunt te nemen. Deze bedragen worden vervolgens verminderd met het bedrag voor het bestanddeel behandeling, omdat met een pgb geen behandeling kan worden ingekocht.

Op het daaruit volgende bedrag wordt in ieder geval het bedrag voor het bestanddeel kapitaallasten in mindering gebracht en het bestanddeel voor de kosten van verblijf. Houders van een pgb maken immers niet de kosten die instellingen maken.

Derde lid

Bij ministeriële regeling kan worden bepaald dat het in het eerste lid bedoelde bedrag wordt verhoogd voor verzekerden die niet in een instelling verblijven, of die in een kleinschalig wooninitiatief wonen. In de huidige Regeling subsidies AWBZ bestaan reeds ophogingen voor deze groepen in de vorm van een opslag voor huishoudelijke zorg en voor pgb-gefinancierde wooninitiatieven.

Artikel 3.6.4

Dit artikel geeft de voorwaarden waaraan een overeenkomst tussen de verzekerde en de zorgverleners moet voldoen, indien de verzekerde die zorgverlener vanuit het pgb wil betalen. In de overeenkomst dienen, met het oog op de controlemogelijkheden, ten minste de in de dit artikel genoemde afspraken te worden opgenomen.

Onder meer in het belang van het bestrijden van fraude, beschikt het zorgkantoorover bevoegdheden om een pgb-beschikking in te trekken of naar beneden bij te stellen. Dergelijke besluitvorming laat de verplichtingen voor de verzekerde uit de overeenkomst tussen de verzekerde en diens zorgaanbieder onverlet. Om de verzekerde te beschermen tegen situaties waarin een pgb door fraude of misbruik van de zorgaanbieder naar beneden wordt bijgesteld, is bepaald dat de voorwaarden die aan de overeenkomst worden gesteld, mede in dienen te houden dat een ontbindende voorwaarde zal gelden indien beschikking tot vaststelling van het pgb ten nadele van de verzekerde wordt gewijzigd op grond van aan de zorgaanbieder of mantelzorger toe te rekenen handelen of nalaten.

Bij ministeriële regeling zullen regels worden gesteld over eisen die aan de overeenkomsten worden gesteld. Deze regels zullen onder andere de volgende onderwerpen betreffen.

- a. de wijze waarop de zorgaanbieder of mantelzorger voorziet in de behoefte aan zorg van de verzekerde;
- b. declaraties voor verleende zorg worden niet betaald indien zij niet binnen zes weken na de maand waarin de zorg is verleend bij de verzekerde zijn ingediend,
- c. een declaratie van een zorgaanbieder of mantelzorger bevat een overzicht van de dagen waarop is gewerkt, het uurtarief, het aantal te betalen uren, het burgerservicenummer en de naam van de zorgaanbieder of mantelzorger, en wordt door de zorgaanbieder of mantelzorger ondertekend,
- d. een declaratie van een zorgaanbieder bevat het nummer waarmee die instantie staat ingeschreven bij de Kamer van Koophandel, een overzicht van de dagen waarop is gewerkt, het tarief, het aantal te betalen uren, dagdelen of etmalen, en de naam en het adres van de zorgaanbieder, en wordt namens de zorgaanbieder ondertekend;
- e. de voorwaarde dat de overeenkomst wordt ontbonden indien de Wlz-uitvoerder de beschikking tot verlening of vaststelling van het persoonsgebonden budget intrekt of wijzigt ten nadele van de verzekerde op een aan de zorgaanbieder of mantelzorger te wijten grond. Voor de goede orde, indien een persoonsgebonden budget moet worden

ingetrokken, betekent dat niet dat de verzekerde zijn recht op zorg verliest. Wel betekent het dat een pgb-houder de zorg waarop hij recht heeft in natura geleverd zal krijgen.

Artikel 3.6.5

In het pgb onder de AWBZ bestonden reeds lange tijd tarieven die maximaal door de budgethouder aan een hulpverlener mogen worden uitbetaald. In 2014 is voor nieuwe budgethouders daarin een onderscheid gemaakt in wat ze maximaal aan professionals en niet-professionals mogen uitbetalen, waarbij het professionele tarief gelijk is aan het genoemde bestaande maximum en het niet-professionele tarief op 20 euro is gesteld. Hiermee wordt voorkomen dat mantelzorgers en andere niet-professionals royaal uit het pgb kunnen worden betaald. De monetarisering van mantelzorg wordt zo enigszins tegengegaan. Het moet immers voor de kosten uitmaken of hulpverleners beroeps- en bedrijfsmatig handelen of dat het niet zo is. Het beperken van de definitie tot 1^{ste} of 2^{de} graads familie is echter te beperkt. Het pgb kent een veelheid aan hulpverleners die dat niet beroeps- of bedrijfsmatig doen.

In de ministeriele regeling worden de maximale professionele en niet-professionele tarieven vermeld. In 2015 zal het niet-professionele tarief in principe nog alleen gelden voor budgethouders die in 2014 onder de AWBZ een pgb hebben gekregen (daar was het toen al voor van kracht) of dat in 2015 onder de WLZ krijgen. Op termijn is het de bedoeling dat alle budgethouders zich moeten houden aan zowel de professionele als niet-professionele tarieven. De definitie voor mensen die in het kader van het pgb beroeps- of bedrijfsmatig werken is in dit besluit opgenomen gelijk aan de definitie zoals deze is geïntroduceerd in 2014 onder de AWBZ. In 2015 zal worden gekeken of de definitie hanteerbaar en uitvoerbaar is en indien nodig en juridisch te beschrijven categorieën worden toegevoegd. Mocht iemand van 1^{ste} of 2^{de} graads familie voldoen aan de criteria van de professional dan is met het vierde lid geregeld dat deze persoon toch slechts het niet-professionele tarief kan ontvangen.

Idealiter wordt in de toekomst gekeken of een reëel pgb/trekkingsrecht aan de voorkant kan worden vastgesteld op basis van het aandeel professionals en het aandeel niet-professionals dat een persoon van plan is in te gaan zetten.

Artikel 3.6.6

In dit artikel is geregeld onder welke voorwaarden welke betalingen de SVB doet namens de budgethouder in het kader van het trekkingsrecht. Een betaling kan uitsluitend worden gedaan indien die overeenkomstig is met de beschikking van zorgkantoor aan budgethouder en met een geldende overeenkomst tussen budgethouder en hulpverlener. Daarnaast stelt het de SVB in staat om het vrijbesteedbare bedrag aan de budgethouder uit te keren alsook afdrachten te doen voor loonheffingen

In het tweede lid is geregeld dat per ministeriele regeling nader wordt bepaald wanneer de SVB de mogelijkheid krijgt betalingen niet uit te voeren ook al voldoen de betalingen aan eerste lid. Dit kan bijvoorbeeld zijn omdat evident is dat er sprake is van fraude, dat betalingen in strijd zijn met het arbeidsrecht of in strijd zijn met de bepalingen van Wlz, Blz en Regeling langdurige zorg. Bezien wordt wat mogelijk is in het kader van verplichtingen die een budgethouder heeft met degene waarmee hij/zij een arbeidsovereenkomst of opdracht heeft overeengekomen. Op dit moment verwerkt de SVB geen betalingen die in strijd zijn met de Wet Minimumlonen, regeling subsidies AWBZ

(zoals de 40-uurs regel, eisen aan een declaratie, bemiddelingskosten, BTW en een maximumtarief).

Het budgetbeheer door de SVB onder de Wlz en de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 zal zoveel mogelijk op dezelfde wijze worden geregeld.

Artikel 3.6.7

Op diverse zaken moet per regeling aanvullende regels worden gesteld aan het pgb die te maken hebben met het vertrekken van een subsidie/trekkingsrecht of waarvan het handig is dat per subsidiejaar te kunnen wijzigingen cq het niet nodig is om dat op niveau van besluit (of wet) te verankeren.

Artikel 3.7.1

In artikel 3.3.1. van de wet zijn de leveringsvormen voor Wlz-zorg geregeld. Voor wat betreft Wlz-gefinancierde zorg die buiten Nederland kan worden gegeven dient een algemene maatregel van bestuur te worden getroffen. Op grond van het zesde lid van die bepaling dient deze maatregel alvorens te worden vastgesteld, bij het parlement te worden voorgehangen. Deze bepaling bestond ook al onder de AWBZ en is daarin op grond van een amendement opgenomen bij de behandeling van het wetsvoorstel AWBZ-zorg buitenland, die op 1 januari 2013 voor dat onderdeel in werking is getreden. De destijds getroffen amvb, die inhoudelijk overeenkomt met de regeling in het onderhavige besluit, is met inachtneming van die procedure tot stand gekomen.

Opmerkingen vooraf:

- Waar in dit onderdeel van deze toelichting wordt gesproken over "Nederland" wordt het Europese deel van Nederland bedoeld. Sinds 10 oktober 2010 horen ook de openbare lichamen Bonaire, St. Eustatius en Saba tot Nederland. De territoriale werking van de Wlz strekt zich niet uit tot het Caribische deel van Nederland.
- Voor wat betreft de voorwaarden waarin buiten Nederland niet-gecontracteerde zorg kan worden ingeroepen, is in de wet en in het Besluit rekening gehouden met de vrijverkeersbepalingen van het EG-verdrag, zoals nader geduid door het Europese Hof van Justitie. Het Hof oordeelde dat lidstaten in beginsel vrij zijn wat betreft de wijze waarop zij hun stelsel van sociale zekerheid inrichten, maar dat zij daarbij wel rekening moeten houden met de vrijverkeersbepalingen uit het EG-verdrag. Lidstaten mogen hun stelsels niet zodanig inrichten dat deze een directe of indirecte belemmering vormen voor het vrij verkeer van personen, goederen en diensten. Het Hof is van oordeel dat artikel 49 van het EG-verdrag (oud) zich in beginsel verzet tegen een nationale regeling die vergoeding van in een andere lidstaat gemaakte medische kosten afhankelijk stelt van voorafgaande toestemming als daardoor de sociaal verzekerde wordt afgeschrikt of belet om zich tot een dienst in een andere lidstaat te wenden, tenzij de hieruit voortvloeiende belemmering van het vrije verkeer van diensten kan worden gerechtvaardigd. De uitspraken van het Hof laten een onderscheid zien in intramurale zorg (mag in beginsel wel aan beperkingen worden gebonden) en extramurale zorg (mag niet aan een eis van voorafgaande toestemming zijn gebonden). Artikel 3.3.1, eerste en tweede lid, van de wet reflecteren deze jurisprudentie.
- Waar in dit besluit de aanspraak buiten Nederland is beperkt tot een jaar, houdt dat verband met het volgende.

De beperking van de vergoeding tot een jaar houdt verband met de omstandigheid dat de verzekering voortduurt zolang men "ingezetene" is van Nederland.

Hoofregel is dat verzekerd is ingevolge de Wlz, de persoon die rechtmatig in Nederland woont, of die in het buitenland woont maar in Nederland werkt en alhier is onderworpen aan de loonbelasting. Of iemand in Nederland woont wordt naar feiten en omstandigheden beoordeeld. Uit vaste jurisprudentie van de Centrale Raad van Beroep blijkt dat iemand - naar omstandigheden beoordeeld- in Nederland woont als hij het middelpunt van zijn of haar maatschappelijke leven in Nederland heeft. Beoordeling vindt plaats aan de hand van feitelijke omstandigheden in het concrete geval, waarin de juridische (rechtmatig verblijf), economische (voorzien in levensonderhoud) en sociale bindingen (o.a. familiebanden, woonruimte) met Nederland in hun samenhang bezien criteria zijn aan de hand waarvan het wonen binnen Nederland wordt vastgesteld.

Het Besluit uitbreiding en beperking kring verzekerden volksverzekeringen 1999 (BUB) voegt categorieën mensen toe, dan wel sluit categorieën mensen uit van de verzekering voor de volksverzekeringen, waartoe de WLZ behoort.

Het BUB regelt voor verschillende groepen uitzonderingen of uitbreidingen op het verzekerd zijn ingevolge de WLZ, zoals voor de persoon die wegens studieredenen niet meer in Nederland woont en jonger is dan dertig jaar of voor Nederlandse ambtenaren en hun gezinsleden die in het buitenland wonen en Wlz-verzekerd zijn.

De beperking tot een jaar is expliciet opgenomen om te voorkomen dat de schijn wordt gewekt dat de verzekering door de instemming van de verzekeraar met het buiten Nederland verlenen van zorg, wordt beschouwd als voortgezet, ondanks dat niet (langer) wordt voldaan aan de wooneis in de WLZ.

Wlz-verzekering op grond van wonen wordt naar de omstandigheden beoordeeld, en is in de regel beperkt tot een verblijf buiten Nederland van maximaal één jaar. Daarbij is in ogenschouw genomen dat de aard van het verblijf buiten Nederland in de genoemde omstandigheden in de regel van tijdelijke aard is.

Volgens vaste jurisprudentie wordt in de situaties dat niet meteen duidelijk is dat er sprake is van een definitief dan wel een tijdelijk verblijf buiten Nederland, betrokkene gedurende het eerste jaar na het feitelijk vertrek uit Nederland (nog) als ingezetene beschouwd. Na dat jaar wordt het ingezetenschap als beëindigd beschouwd -en houdt de verzekering ingevolge de WLZ op- tenzij betrokkene aantoont dat de feitelijke omstandigheden het (voorlopig) handhaven van het ingezetenschap rechtvaardigen.

Overigens kan aan de hand van feitelijke omstandigheden in het concrete geval, in hun onderlinge samenhang bezien, tot een afwijkende beoordeling worden gekomen. Als iemand uit Nederland vertrekt om zich definitief buiten Nederland te vestigen (wat bijvoorbeeld kan blijken uit het opzeggen van de huur of verkoop van het eigen huis) eindigt de verzekering op de datum van vertrek. Ook wanneer bij vertrek uit Nederland al vaststaat dat het ingezetenschap verloren zal gaan, wordt, ongeacht de vraag of betrokkene het voornemen heeft zich permanent in het buitenland te vestigen, het vertrek uit Nederland aanstonds als definitief aangemerkt. De verzekering eindigt dan op de dag na de datum van vertrek.

Ingevolge de wet is het volgende bepaald:

- Wlz-zorg kan slechts worden ingeroepen bij gecontracteerde zorgaanbieders binnen het grondgebied van Nederland, alsmede (gelet op de vrijverkeersbepalingen van de EU) van landen binnen de EU/EER;
- buiten het grondgebied van de EU/EER kan geen gecontracteerde zorg worden ingeroepen;
- niet-gecontracteerde Wlz-zorg buiten Nederland, maar binnen de EU/EER kan - op grond van jurisprudentie van het Hof; arrest Peerbooms-Smits – worden ingeroepen met toestemming van de Wlz-uitvoerder;
- niet-gecontracteerde zorg buiten Nederland, de EU, de EER en Zwitserland kan in een aantal bij amvb opgesomde gevallen worden vergoed.

Niet-gecontracteerde zorg die buiten het grondgebied van de EU/EER wordt ingeroepen wordt vergoed in de volgende gevallen:

- *voortzetting van een al bestaande aanspraak gedurende een tijdelijk verblijf buiten Nederland:*

Mensen aan wie al zorg ten laste van de Wlz wordt verleend mogen de zorg gedurende maximaal dertien weken in het buitenland voortzetten. Deze bepaling maakt het mogelijk dat iemand met een Wlz-indicatie met vakantie of op familiebezoek kan gaan en tijdens de vakantie de zorg ter plaatste kan voortzetten.

Teneinde te voorkomen dat de mogelijkheid om de kosten van dergelijke zorg ten laste te brengen van de Wlz verder wordt opgerekt dan de bedoeling is, is het verblijf in duur beperkt. De toepassing van een restitutieregeling bij langdurig tijdelijk verblijf in het buitenland tast immers feitelijk het uitgangspunt aan dat zorg moet worden ingeroepen bij toegelaten en gecontracteerde zorgaanbieders. Dit risico is weggenomen door het begrip "tijdelijk verblijf" af te bakenen op de voet van de regels die in de wetgeving voor socialezekerheidsuitkeringen zijn gesteld met betrekking tot de periode dat iemand met behoud van recht op uitkering op vakantie kan gaan. In uitkeringsregimes voor mensen die geen arbeidsplicht hebben is deze termijn in de regel gesteld op een periode van maximaal dertien weken per jaar. Bij de behandeling van de Wet AWBZ-zorg buitenland is overwogen om de genoemde termijn te beperken tot een kortere periode. In de Wet werk en inkomen is de termijn dat iemand op vakantie kan gaan met behoud van uitkering op vier weken gesteld. In ogenschouw genomen dat deze kortere termijn met name is voorgeschreven omdat iemand met een werkloosheidsuitkering zich beschikbaar dient te stellen voor de arbeidsmarkt, alsmede om het verblijf buiten Nederland voor overwinteraars mogelijk te maken, is destijds in overleg met de Tweede Kamer bij de overweging welke termijn te hanteren voor AWBZ-zorg in het buitenland, aangesloten bij de termijn van dertien weken. Dit blijft zo onder de WLZ. Het zal bij die zorg immers in de regel gaan om mensen voor wie niet langer geldt dat zij zich beschikbaar dienen te zijn voor de arbeidsmarkt.

- *voortzetting van een aanspraak in verband met palliatieve zorg:*

In afwijking van de achter het eerste gedachtestreepje vermelde periode van dertien weken, mogen mensen die een aanspraak hebben op palliatief terminale zorg deze zorg gedurende maximaal een jaar in het buitenland inroepen. Hiermee wordt de uitvoering van een motie die door de PvdA-fractie destijds bij de behandeling in de Tweede Kamer van de wet AWBZ-zorg buitenland is ingediend, voortgezet. Op deze manier is voorzien in de mogelijkheid dat mensen die een indicatie hebben voor palliatief terminale zorg deze zorg desgewenst in het land van herkomst kunnen voortzetten, om daar in alle rust

afscheid van hun familie te kunnen nemen. Voor deze categorie van personen is de periode gedurende welke men ten laste van de AWBZ- zorg in het buitenland mag invoeren, verruimd naar een jaar. Na dat jaar wordt het ingezetenschap van Nederland en daarmee de rechtsgrondslag voor verzekering ingevolge de Wlz, in beginsel als beëindigd beschouwd.

Voor zover ingevolge een internationale regeling ten laste van Nederland aanspraak bestaat op zorg, gaat het nationale verzekeringsrecht over in een verdragsrecht op zorg zoals is voorzien in de wetgeving van het woonland.

- *wachlijsten:*

Wanneer noodzakelijke Wlz-zorg, gezien de gezondheidstoestand van de betrokkene, niet of niet tijdig genoeg bij een gecontracteerde zorgaanbieder kan worden verkregen, kan met toestemming van de zorgverzekeraar bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder zorg worden ingeroepen. Aan een verzekerde aan wie niet tijdig zorg kan worden verleend, kan op grond van dit artikel toch de geïndiceerde zorg worden verleend en kunnen de kosten gedurende ten hoogste één jaar worden vergoed. Een vergoeding van de noodzakelijke vervoerskosten wordt gegeven in de situatie dat iemand noodzakelijke Wlz-zorg niet of niet tijdig genoeg bij een gecontracteerde zorgaanbieder kan krijgen. De bedoelde aanspraken, te weten ambulancevervoer en gewoon ziekenvervoer, zijn geregeld in artikel 10 van de Zvw en de artikelen 2.13 en 2.14 van het Besluit Zorgverzekering van de Zvw. Met toestemming van de verzekeraar kan de verzekerde dan naar het buitenland voor deze zorg. De regering vindt het dan redelijk dat in die gevallen ook vergoeding van de noodzakelijke vervoerskosten plaatsvindt. Vergoeding van kosten van vervoer is uitgesloten in de gevallen waarin betrokkene er zelf voor kiest om de zorg buiten Nederland in te roepen en bij verblijf in het buitenland wegens vakantie en bij spoedeisende zorg tijdens buitenlands verblijf. In het laatste geval is de overweging dat betrokkene in die situatie een reisverzekering had kunnen sluiten. Het toestaan van WLZ-zorg in het buitenland moet niet leiden tot lastenverzwaring voor het Fonds Langdurige Zorg. Op grond van de uitspraak van het Europese Hof van Justitie in de zaak Herrera (C-466/04) houdt een verkregen toestemming niet tevens het recht in op vergoeding van reis- en verblijfkosten voor betrokkene en een begeleider.

- *werken in het buitenland:*

In dit onderdeel d is een restitutiemogelijkheid geregeld voor gemaakte kosten voor Wlz-verzekerden die in verband met werkzaamheden in het buitenland verblijven. Meestal gaat het om verzekerden die in het buitenland werken voor een in Nederland gevestigde werkgever of die normaliter hun bedrijf in Nederland uitoefenen en die op grond van de bijzondere bepalingen van het Besluit uitbreiding en beperking kring verzekerden volksverzekeringen 1999, in Nederland Wlz-verzekerd blijven, ook wanneer zij buiten Nederland wonen of verblijven. De bepaling ziet ook op eveneens in het buitenland wonende of verblijvende verzekerde gezinsleden van de betrokken persoon die van diens huishouden deel uitmaken. Aan de duur van deze vergoedingsmogelijkheid is uit de aard van de omstandigheden geen maximum verbonden.

- *spoedhulp bij tijdelijk verblijf:*

In dit onderdeel is de vergoeding voor het verlenen van acute zorg bij tijdelijk verblijf in het buitenland geregeld.

Betrokkene heeft aanspraak op vergoeding van kosten van zorg wanneer hij naar het buitenland gaat, bijvoorbeeld vanwege vakantie of voor werk, en vervolgens door

onvoorziene omstandigheden behoefte krijgt aan Wlz-zorg. Op grond van deze bepaling bestaat recht op vergoeding gedurende een periode van ten hoogste dertien weken. Met deze periode van dertien weken is aangesloten bij het bepaalde in onderdeel a. Deze beperking is opgenomen omdat het de regering voorkomt dat de zorgverzekeraar zich in het kader van zijn zorgplicht op de hoogte zal dienen te stellen van de situatie waarin zijn verzekerde verkeert. Immers, de verzekerde heeft wegens onvoorziene omstandigheden Wlz-zorg nodig en zal zich daartoe tot zijn verzekeraar hebben gewend. De zorgverzekeraar kan dan actief betrokken worden bij de behandeling van zijn verzekerde en de meest gerede plaats van behandeling. De verzekeraar kan, indien het niet mogelijk is dat betrokkene binnen de genoemde termijn naar Nederland vervoerd wordt en alhier de benodigde zorg krijgt, de termijn verlengen.

Voor de kosten van zorg die op grond van één van de genoemde uitzonderingen wordt ingeroepen geldt een restitutieregeling. Dat is voorzien in het tweede lid van artikel 3.7.1. In beginsel worden de in rekening gebrachte kosten vergoed tot ten hoogste het bedrag dat in de Nederlandse marktomstandigheden passend is te achten. Indien de verzekerde voor in Nederland ingeroepen zorg een eigen bijdrage verschuldigd zou zijn, wordt deze op het te vergoeden bedrag in mindering gebracht. Voor de restitutieregeling Wlz is aangesloten bij de restitutie bepaling in artikel 2.2 van het Besluit Zorgverzekering op grond waarvan bij de vergoeding van zorg ingevolge artikel 11, eerste lid, onder b, van de Zvw, kosten die hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden passend zijn te achten, buiten beschouwing worden gelaten. Marktconforme tarieven kunnen in het kader van de AWBZ worden afgeleid van de (gemiddelde) kosten van (intramurale) zorg die door de Nederlandse Zorgautoriteit zijn vastgesteld. Dit is ook de huidige praktijk.

Het gaat hier om zorg buiten Nederland ten gevolge van een eigen keuze van de verzekerde. Deze maximering is toegestaan volgens het arrest "Vanbraeckel" van het Europese Hof van Justitie (C-368/98).

Een uitzondering op dat beginsel geldt volgens het Hof in die uitspraak voor de zorg in het buitenland die in verband met wachtlijsten wordt ingeroepen. Binnen de EU/EER is het niet toegestaan beperkende voorwaarden te stellen aan de vergoeding van de kosten van zorg, indien deze zorg wordt verleend na voorafgaande toestemming van de zorgverzekeraar. Een verzekerde heeft na voorafgaande toestemming van de zorgverzekeraar, recht op vergoeding van de gemaakte kosten, ook indien die hoger zijn dan volgens Nederlandse tariefstelling, doch niet langer dan het verblijf waarvoor toestemming is gegeven noodzakelijk is.

Dat betekent naar het oordeel van de regering niet dat dan maar alles vergoed moet worden wat in rekening gebracht wordt. In het geval de in rekening gebrachte kosten meer bedragen dan het Nederlandse marktconforme tarief, voor zover deze naar het oordeel van de zorgverzekeraar niet redelijk zijn, kunnen niet voor vergoeding in aanmerking worden genomen. De verzekeraar kan zijn oordeel baseren op bijvoorbeeld een vergelijking tussen in Nederland gangbare salarissen en die in het desbetreffende land. In het kader van de invoering van de wet AWBZ-buitenland is de zorgverzekeraars gevraagd de in het buitenland in rekening gebrachte tarieven te monitoren en de staatssecretaris van VWS te informeren indien er aanwijzingen zijn dat de in rekening gebrachte tarieven bijvoorbeeld gelet op het niveau van de salarissen in het desbetreffende land, niet reëel kunnen zijn. Indien in de toekomst blijkt dat deze niet goed te rijmen zijn met de plaatselijke situatie kan worden bezien of nadere regels aan de vergoeding moeten worden gesteld.

In het derde lid van artikel 3.7.1 wordt geregeld dat eigen bijdragen die verschuldigd zijn indien de zorg in Nederland zou zijn ingeroepen op de vergoedingsbedragen voor zorg in het buitenland in mindering worden gebracht. Het derde lid is anders dan zijn voorganger uit het besluit Zorgaanspraken AWBZ. Van de zijde van de zorgverzekeraars is aangegeven dat het vóór komt dat vanuit het buitenland geen of onvoldoende inkomensgegevens kunnen worden verstrekt. Dan moet de WIZ-uitvoerder de vrijheid hebben deze met toepassing van de regelgeving naar redelijkheid en billijkheid vast te stellen.

In het vierde lid is geregeld dat de verzekerde die zorg inroept op grond van artikel 3.3.5, tweede lid van de wet, een vergoeding krijgt tot maximaal de in Nederland gebruikelijke tarieven, met aftrek van verschuldigde eigen bijdragen. De indicatiestelling dient in plaats van het CIZ, te geschieden door een ter plaatse werkende onafhankelijke arts.

Het vijfde lid van artikel 3.7.1 regelt dat geen vergoeding ten laste van de WLZ wordt verleend als de zorg wordt verleend door een Nederlandse toegelaten instelling gedurende het reizen of tijdelijk verblijven buiten Nederland.

De aanspraak op zorg van de verzekerde buiten het Europese deel van Nederland is geregeld in artikel 3.3.5 van de wet, en paragraaf 3.7 van dit besluit. In gevallen waarin de toepassing van de wet of dit besluit er niet aan in de weg staat dat de verzekerde gedurende het reizen of het tijdelijk verblijven buiten het Europese deel van Nederland een recht heeft op zorg, geldt dat recht alleen indien de zorg wordt verleend door een andere dan een in Nederland toegelaten instelling.

Anders gezegd: de verzekerde heeft weliswaar een recht op zorg of op vergoeding van de kosten daarvan, als bedoeld in dit besluit, als hij buiten Nederland reist of verblijft, maar het is niet zo dat een instelling in de zin van de Wet toelating zorginstellingen die deze zorg normaliter aan de verzekerde verleent, dezelfde zorg ten laste van de WLZ ook in het buitenland kan verlenen.

Dat is niet alleen uit oogpunt van kostenbeheersing ongewenst, maar heeft ook ten doel om de handen die in Nederland beschikbaar zijn voor het verlenen van zorg in Nederland in te zetten en niet daarbuiten. De regering acht het van belang dat Nederlandse zorginstellingen zich richten op het verlenen van zorg in Nederland. Het is ongewenst dat die instellingen een prikkel kunnen ervaren om buiten Nederland zorg te verlenen, en bijvoorbeeld (zoals in het verleden wel is gebeurd) zorgverleners meesturen met de verzekerde die buiten Nederland vakantie geniet.

De bedoeling van de regelgever is altijd geweest en is nog steeds dat vergoeding op grond van deze bepaling onder geen enkele omstandigheid is toegestaan.

Artikel 3.7.2

De pgb regeling buitenland maakte tot de inwerkingtreding van de wet deel uit van een subsidieregeling AWBZ (artikel 2.6.9.a) het pgb is nu in de wet zelf geregeld, waarbij het onderdeel pgb "buitenland" is geplaatst in het onderdeel van het besluit dat betrekking heeft op zorgverlening buiten het Europese deel van Nederland. De overige onderdelen van het pgb zijn opgenomen in paragraaf 6 van hoofdstuk 3 van dit besluit.

De desbetreffende regeling van het pgb houdt rechtstreeks verband met de bepalingen in de twee voorgaande artikelen. Voor de situaties dat verzekerden met een pgb in het buitenland verblijven is de periode bij tijdelijk verblijf in het buitenland eveneens beperkt tot dertien weken.

Geregeld is dat een pgb-houder zijn zorg bij tijdelijk verblijf in het buitenland voortzetten. Deze mogelijkheid geldt alleen voor bestaande budgethouders. In andere situaties kan een verzekerde de mogelijkheden die in artikel 3.7.1 worden gecreëerd benutten om via een vergoedingsregeling zorg in het buitenland in te kopen bij niet gecontracteerde zorgaanbieders. In aansluiting op die bepaling is geregeld dat een verzekerde ten hoogste dertien weken in het buitenland zijn pgb in het buitenland kan besteden. Daarnaast is, net als voor zorg in natura, een uitzondering gemaakt voor palliatief terminale zorg. Verzekerden hebben de mogelijkheid met een indicatie voor palliatief terminale zorg in het land van herkomst afscheid te nemen van hun familie en mogen daarom langer dan drie maanden ten laste van de WLZ zorg invoeren. Zij krijgen een maximaal een jaar lang een pgb in het buitenland. Bij zorg in natura kan de verzekerde onder omstandigheden een vergoeding krijgen voor niet-gecontracteerde zorg die is verkregen in het buitenland. De in rekening gebrachte kosten worden vergoed tot ten hoogste de kosten die in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend zijn te achten. In afwijking hiervan zal het pgb-budget bij besteding langer dan zes weken aaneengesloten per jaar in het buitenland worden aangepast aan de hand van de reeds geldende door het Zorginstituut vastgestelde aanvaardbaarheidspercentages.

Artikel 3.7.3

In dit lid is geregeld dat alleen aanspraak op vergoeding wegens de genoemde omstandigheden bestaat indien een onafhankelijk arts heeft vastgesteld dat de zorg nodig is en in welke omvang de zorg nodig is. Onder onafhankelijk arts moet worden verstaan een arts die niet is verbonden aan een instelling of organisatie die de te indiceren zorg kan of zal verlenen. De bepaling strekt zich alleen uit tot de situaties dat de verzekerde in het buitenland verblijft en geen indicatie is verstrekt, namelijk in de situatie van spoedeisende zorg en als iemand wegens werk in het buitenland woont of verblijft. Bij de andere uitzonderingssituaties is de verzekerde in de regel in bezit van een indicatiebesluit van het CIZ.

Er is van afgezien om in deze situaties nadere voorwaarden te stellen. Dit zou een vrijwel ondoenlijke barrière vormen om in spoedeisende gevallen en bij langdurig verblijf in het buitenland vergoeding voor zorg te kunnen krijgen. In de regel zal het immers gaan om buitenlandse artsen. In de genoemde situaties moet een verzekeraar beoordelen of de verzekerde is aangewezen op de zorg. Een verzekeraar kan voor zijn beoordeling uitgaan van een verklaring van een onafhankelijk arts dat de desbetreffende zorg nodig is en, zo mogelijk, in welke omvang deze zorg nodig is. Bij twijfel kan de zorgverzekeraar nadere gegevens te vragen teneinde de zorgbehoefte te kunnen beoordelen.

Artikel 4.1.1

Op grond van artikel 4.1.1, vierde lid, Wlz bepaalt de zorgautoriteit met inachtneming van bij amvb te stellen regels of een rechtspersoon als Wlz-uitvoerder kan gaan werken. Voorliggend artikel bevat deze regels. De voorwaarden van het eerste lid, onderdelen a, en b, komen rechtstreeks uit de Wlz. De overige voorwaarden zijn afgeleid van artikel 17 van het Besluit prudentiële regels Wft en van de artikelen 12, eerste lid, onderdeel f en

artikel 14 van het Besluit Markttoegang financiële ondernemingen Wft. In deze besluiten is opgenomen hoe De Nederlandsche Bank als toezichthouder beoordeelt of een aspirant-verzekeraar kan worden toegelaten tot de markt van financiële ondernemingen. De zorgautoriteit zoekt aansluiting bij deze wijze van beoordeling. Aldus haken de eisen die aan de aspirant Wlz-uitvoerder worden gesteld, daar waar relevant aan bij de eisen die aan een aspirant-zorgverzekeraar worden gesteld. Dit is wenselijk, nu de Wlz-uitvoerder deel dient uit te maken van een concern waar ten minste één zorgverzekeraar in zit.

Artikel 4.1.2

De rechtspersoon die de Wlz wenst uit te voeren, dient zich te melden bij de NZa (art. 4.1.1, Wlz). Deze melding kan de Wlz-uitvoerder slechts doen, nadat hij ervoor zorg heeft gedragen dat de personen die belast zijn met het bepalen van het dagelijkse beleid betrouwbaar en geschikt zijn. De NZa neemt dit mee bij de beoordeling van de melding van de Wlz-uitvoerder. De Wlz-uitvoerder maakt bij het beoordelen van de geschiktheid en betrouwbaarheid gebruik van het kader als vermeld in voorliggend artikel. Daarbij is aansluiting gezocht op het bepaalde in hoofdstuk 2 van het Besluit prudentiële regels Wft, dat van toepassing is op verzekeraars. Hiermee wordt bereikt dat voor Wlz-uitvoerders en zorgverzekeraars zoveel mogelijk dezelfde eisen gelden op dit gebied. Verschillen tussen met name het vierde lid van artikel 4.1.2 en artikel 7, eerste lid, van het Besluit prudentiële regels Wft vloeien voort uit het feit dat de Wlz-uitvoerders niet steeds over dezelfde informatie kunnen beschikken als De Nederlandsche Bank (DNB). In plaats daarvan zijn enkele andere controles opgenomen, zoals bijvoorbeeld de controle op een verklaring omtrent het gedrag.

In het zevende lid van artikel 4.1.2 van het besluit is geregeld dat de NZa het oordeel van andere organisaties, zoals de DNB en de Autoriteit Financiële Markten (AFM), bij haar afweging betreft indien de aspirant bestuurder eerder al door deze organisaties is getoetst op de geschiktheid en betrouwbaarheid. De NZa en DNB dienen hier samenwerkingsafspraken over te maken (zie ook art. 17, eerste lid, Wmg).

Artikel 4.2.1

In artikel 4.2.4, tweede lid, Wlz staat dat Nederland in regio's wordt ingedeeld. Voor iedere regio zal een Wlz-uitvoerder worden aangewezen die in die regio verantwoordelijk is voor de administratie en/of controle van de zorg die aan alle verzekerden in die regio wordt verleend. Voorliggend artikel somt deze regio's op. Zoals in de memorie van toelichting op het wetsvoorstel Wlz is aangegeven, wordt hierbij voor het eerste jaar waarin de Wlz zal werken, niet afgeweken van de (32) regio's die er in 2014 voor de uitvoering van de AWBZ zijn (zie de bijlagen 1 en 2 bij het Besluit van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 22 oktober 2013, kenmerk 152108-110428-Z, houdende de aanwijzing van administratie-instellingen bijzondere ziektekosten, Stcrt. 2013, 30391). De gemeenten die tot de 32 onderscheiden regio's behoren, zullen in de Regeling langdurige zorg worden bepaald. Het voornemen is per regio dezelfde gemeenten aan te wijzen die in bijlage 2 bij eerdergenoemde aanwijzing genoemd zijn, behoudens voor zover gemeenten die volgens die bijlage in verschillende regio's liggen in de tussentijd zijn gefuseerd tot één nieuwe gemeente. In dat geval zal de nieuwe gemeente aan een regio worden toegedeeld.

Artikel 4.2.2

Op grond van artikel 4.2.4, tweede lid, Wlz, wijst de Minister van VWS per regio een Wlz-uitvoerder aan die in een bij amvb te bepalen mate wordt belast met de administratie en/of controle van de zorg die aan alle verzekerden die in zijn regio wonen, is verleend. In het eerste lid van voorliggend artikel wordt bepaald dat deze aangewezen Wlz-uitvoerders voor hun regio('s) worden belast met de administratie van alle zorg die aan de in hun regio('s) wonende verzekerden (of dit nu bij hen ingeschreven verzekerden zijn, of bij andere Wlz-uitvoerders ingeschreven verzekerden) is verleend. Daarnaast worden zij belast met het bevorderen van het administratieve contact tussen de zorgaanbieders in hun regio('s) en het CAK. De declaraties van de zorgaanbieders zullen in de praktijk via de aangewezen Wlz-uitvoerder ter betaling naar het CAK gaan.

Het tweede lid van artikel 4.2.2 bevat een voorwaarde voor aanwijzing van een Wlz-uitvoerder voor een (of meer) regio('s): dit gebeurt slechts indien de Wlz-uitvoerder beschikt over een adequate cliëntvolgende bedrijfsadministratie. In die bedrijfsadministratie moet ten minste een verband kunnen worden gelegd tussen de indicatiebesluiten van de Wlz-verzekerden, de zorg die door de Wlz-uitvoerders gecontracteerde zorgaanbieders hebben geleverd en de betalingen van zorgaanbieders.

Hoewel artikel 4.2.4, tweede lid, Wlz daartoe de mogelijkheid biedt, worden de aangewezen Wlz-uitvoerders voorts nog niet belast met de controle van de aan de verzekerden in hun regio('s) verleende zorg. Dat betekent dat alle Wlz-uitvoerders verantwoordelijk zijn voor de controle van de zorg die aan hun verzekerden is geleverd. Zij kunnen dit controlewerk vervolgens per regio uitbesteden aan de voor die regio aangewezen Wlz-uitvoerder (met dien verstande, uiteraard, dat zij het werk zelf dienen te verrichten in regio('s) waarvoor zij zelf zijn aangewezen). Anders dan indien de controletaak rechtstreeks aan de aangewezen Wlz-uitvoerders zou zijn opgedragen, blijven de Wlz-uitvoerders dan echter eindverantwoordelijk voor de controle van de zorg die aan al hun verzekerden is verricht. Overigens wees ook het onder de AWBZ geldende Administratiebesluit Bijzondere Ziektekosten de verbindingskantoren niet voor de controle aan.

Het Administratiebesluit Bijzondere Ziektekosten en het Besluit van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 22 oktober 2013, kenmerk 152108-110428-Z, houdende de aanwijzing van administratie-instellingen bijzondere ziektekosten (Stcrt. 2013, 30391) kenden nog een aantal andere taken die aan de (toenmalige) verbindingskantoren werden opgedragen. Deze keren hier niet terug, omdat het ging om andere dan administratieve taken, die binnen de met de Wlz beoogde verantwoordelijkheidsverdeling tot de verantwoordelijkheid van de Wlz-uitvoerders voor hun eigen verzekerden behoren. Zoals hiervoor ook ten aanzien van de controlewerkzaamheden is vermeld, kunnen de Wlz-uitvoerders het verrichten van dergelijke taken voor regio's waarin zij niet zelf de aangewezen Wlz-uitvoerder zijn aan die Wlz-uitvoerder uitbesteden, maar dat ontslaat hen niet van de eindverantwoordelijkheid voor de wijze waarop deze taken worden uitgevoerd.

Artikel 4.3.1

Een van de doelen van de Wlz is, om de Wlz-uitvoerders te prikkelen om hun in artikel 4.2.1, eerste lid, geregelde zorgplicht actiever uit te voeren. Daartoe is in dat lid hun zorgplicht uitgeschreven. De werkzaamheden die zijn omschreven in het eerste lid en in het tweede lid, onder 2^o en 3^o, van dat artikel, kunnen worden samengevat onder de

noemer 'cliëntondersteuning¹ en zorgbemiddeling'. Voorliggend artikel 4.3.1 zorgt ervoor dat de Wlz-uitvoerder de cliëntondersteuning en de zorgbemiddeling niet mag uitbesteden aan een zorgaanbieder. Niet direct (in dezen berust voorliggend artikel op artikel 4.2.1, tweede lid, Wlz) en ook niet middellijk, dat wil zeggen via het zorgkantoor (in dezen berust voorliggend artikel mede op artikel 4.2.4, derde lid, Wlz; zie ook pagina 170 van de memorie van toelichting op de Wlz, Kamerstukken II 2013/14, 33 891, nr. 3). Reden voor het verbod om cliëntondersteuning en zorgbemiddeling aan een zorgaanbieder uit te besteden is dat aldus belangenverstrengeling kan ontstaan tussen de zorgaanbieder in zijn rol van aanbieder van zorg en zijn rol van (gedelegeerde) ondersteuner en bemiddelaar: de neiging zou kunnen bestaan om cliënten vooral te bemiddelen naar de eigen zorg of de zorg van eventuele gelieerde zorgaanbieders.

Een en ander laat overigens onverlet dat een cliënt die na ontvangst van zijn zorgindicatiebesluit al weet naar welke zorgaanbieder hij toe wil, zich direct voor die zorg bij die zorgaanbieder kan vervoegen. Indien deze daartoe over de benodigde capaciteit beschikt, kan hij hem dan helpen. Het uitbestedingsverbod verbiedt het de zorgaanbieder voorts niet, om, als hij geen capaciteit heeft, de verzekerde te wijzen op andere leveringsvormen of de mogelijkheden bij andere zorgaanbieders. Het verbod richt zich immers op de Wlz-uitvoerders. Een verzekerde die informatie, ondersteuning en/of bemiddeling van zijn Wlz-uitvoerder wenst, mag echter niet door die uitvoerder of door het zorgkantoor worden doorgestuurd naar een zorgaanbieder.

Artikel 5.1.1

In aanvulling op de taken in de Wlz, beoordeelt het CIZ ook of een verzekerde op grond in aanmerking komt voor ADL-assistentie of is aangewezen op extramurale behandeling als bedoeld in artikel 11.1.5, eerste lid, van de Wlz.

Artikel 5.1.2

Het verbod op mandaatverlening, bedoeld in artikel 7.1.2, vierde lid, van de wet, geldt niet voor indicatiebesluiten over meerzorg. Deze indicatiestelling wordt reeds in de AWBZ gedaan door de zorgkantoren. Deze praktijk zal in de Wlz worden voortgezet.

Artikel 5.2.1 en 5.2.2

Het Zorginstituut Nederland is verantwoordelijk voor het beheer van de standaarden die in het elektronisch gegevensverkeer, als bedoeld in artikel 9.1.6. van de Wlz. Ten behoeve van deze beheertaak sluit het Zorginstituut Nederland een samenwerkingsconvenant af met ketenpartners als benoemd in art. 9.1.2. van de Wlz. In dit convenant worden de taken en bevoegdheden van de ketenpartijen benoemd en worden afspraken gemaakt over monitoring, arbitrage en communicatie.

Het Zorginstituut Nederland voert de regie en de coördinatie bij de implementatie van nieuwe releases. Dit betekent dat het Zorginstituut Nederland de in dit gegevensverkeer gebruikte standaarden onderhoudt en het beleid inzake de Langdurige Zorg vertaalt naar standaarden voor de elektronische gegevensuitwisseling. Deze vertaling bestaat uit het

¹ Hiernaast heeft de Wlz-uitvoerder op grond van artikel 8.1.1, zesde lid, Wlz, nog de taak om een verzekerde of zijn vertegenwoordiger desgevraagd bij te staan bij de zorgplanbespreking.

opstellen van bedrijfsregels (afspraken), processen en (technische) specificaties voor de informatie-uitwisseling.

Artikel 6.1.2

In de Wlz is een artikel opgenomen dat het mogelijk maakt om subsidies te verstrekken aan instellingen voor het verlenen van direct oproepbare ADL-assistentie. ADL staat voor *Assistentie bij algemene dagelijkse levensverrichtingen*. Dit subsidieartikel zorgt voor een adequate opvolging van de tijdelijke aanspraak ADL-assistentie (artikel 34 van het Besluit zorgaanspraken AWBZ). Tijdens het Tweede Kamerdebat in november 2013 heeft de staatssecretaris van VWS toegezegd in overleg te gaan met Fokus en de centrale cliëntenraad van Fokus om "linksom of rechtsom" te regelen dat het Fokusconcept ook in de toekomst mogelijk blijft. Uitkomst van dit overleg is dat dat wat specifiek is aan de zorgverlening door Fokus, namelijk de 24-uurs ADL-assistentie in en om de woning, wordt vormgegeven in een subsidie onder de Wlz. Hiervoor kiest het Kabinet omdat de doelgroep van Fokus niet (in zijn geheel) past binnen Wlz, Wmo of Zvw. Een subsidieregeling verhoudt zich het beste met het specifieke karakter van deze zorg. De subsidieregeling wordt verder uitgewerkt in een ministeriele regeling.

De subsidieregeling wordt uitgevoerd door het Zorginstituut. ADL-assistentie bevindt zich op het raakvlak tussen de Wlz enerzijds en de andere zorgdomeinen anderzijds. ADL-assistentie wordt namelijk wel gefinancierd uit het Fonds langdurige zorg (dit fonds wordt toegelicht in paragraaf 7.4), maar indien de verzekerde een recht heeft op ADL-assistentie, heeft hij geen recht op het integrale pakket aan Wlz-zorg als genoemd in artikel 3.1.1 van de Wlz. Indien iemand naast de 24-uurs ADL-assistentie andere hulp of zorg nodig heeft, is hij hiervoor dus aangewezen de Wmo 2015 en de Zvw. ADL-assistentie betreft gedurende het hele etmaal direct oproepbare assistentie bij algemene dagelijkse levensverrichtingen in en om de ADL-woning op verzoek en aanwijzing van de ADL-bewoner, zoals:

- hulp bij eten of drinken (serveren van voedsel op bed en op tafel en hulp bij eten/drinken);
- verplaatsen,
- persoonlijke hulp en toilet maken (mondverzorging, haarverzorging, scheren, nagels knippen, kleden, hulp bij baden en toiletbezoek), en
- verpleegtechnische en medische assistentie (zoals het geven van medicijnen, het aanleggen van verbanden en spalken, huidverzorging bij decubitus, aan- en uitdoen van een prothese, het aanleggen van een draagurinaal katheteriseren, toedienen van klysma, injecteren met prikpen en verpleegtechnische handelingen bij ademhalingsondersteuning, waaronder bronchiaal toilet).

Bij levensbedreigende situaties is ADL-assistentie binnen 3 tot 5 minuten met alarmopvolging beschikbaar. Daarnaast vallen onder ADL-assistentie ook andere hulp en diensten. Dat kunnen zeer wisselende zaken zijn, zoals het bijvullen van printerpapier, het smeren van een boterham, het vervangen van een batterij, het opruimen van een omgevallen glas melk of het openmaken van een fles wijn.

Indien er specialistische kennis en vaardigheden nodig zijn om verpleegkundige handelingen aan een ADL-clusterbewoner te bieden, maakt deze verpleging geen onderdeel uit van de ADL-assistentie. Deze verpleging valt dan onder artikel 2.10 van het besluit zorgverzekering.

Artikel 7.1.1

Dit artikel was aanvankelijk opgenomen als artikel 8.1.1, tweede lid, van het wetsvoorstel langdurige zorg. Door een amendement is het gedelegeerd naar algemene maatregel van bestuur.

In dit artikel 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 bestaande 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 in dit artikel 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 en vrijwilligers 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 en vrijwilligers, is in onderdeel 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 etniciteit, ras, levensovertuiging, culturele achtergrond 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. Ten slotte wordt nog het volgende opgemerkt. Hoewel het beleid erop is gericht iedere alleenstaande bewoner van een instelling een eigen kamer te geven, is er nog een relatief klein aantal tweepersoonsskamers. Mocht een cliënt die in een tweepersoonsskamer verblijft het niet met zijn kamergenoot kunnen vinden, dan kan uiteraard ook hiervoor in de zorplanbespreking een oplossing worden gezocht.

Aanpassing van andere algemene maatregelen van bestuur

§ 1. Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Artikel 8.1.1

De wijzigingen in de bijlage bij het Besluit beschikbaarheidsbijdrage WMG zijn van technische aard: 'AWBZ' wordt vervangen door: Wlz.

Artikel 8.1.2

Ten gevolge van de inwerkingtreding van de Wlz dient artikel 3 van het Besluit uitbreiding en beperking werkingssfeer WMG te worden gewijzigd.

eerste onderdeel

Artikel 3, eerste lid, onderdeel b, subonderdeel 2 van het Besluit uitbreiding en beperking werkingssfeer WMG heeft een andere inhoud gekregen. Met de inwerkingtreding van de Veegwet VWS 2013 is artikel 68 Zvw namelijk komen te vervallen (er bestonden op grond van dat artikel ook geen subsidies meer), terwijl de AWBZ met de Wlz wordt ingetrokken. De persoonsgebonden budgetten die op grond van artikel 44 van de AWBZ werden

verleend, worden onder de Wlz op grond van artikel 3.3.3. van die wet verleend. Deze worden nu in een nieuw onderdeel m genoemd. De subsidie aan abortusklinieken die op grond van artikel 44 werd verstrekt, worden na de inwerkingtreding van de Wlz op grond van artikel 3 van de Kaderwet VWS-subsidies verstrekt. Hun werkzaamheden blijven derhalve buiten de tarifiering en prestatiebeschrijving. De subsidies die op grond van artikel 44 AWBZ aan de zogenoemde 'MEE-organisaties' werden verstrekt, zijn met de inwerkingtreding van de Wmo 2015 komen te vervallen.

De Wlz kent enkele andere nieuwe subsidies en uitkeringen. Het gaat hierbij om de subsidies aan instellingen voor het verlenen van direct oproepbare assistentie bij algemene dagelijkse levensverrichtingen (art. 10.1.4 Wlz), om tijdelijke subsidies aan instellingen voor het verlenen van extramurale behandeling (art. 11.1.4, eerste lid, Wlz) en om uitkeringen aan zorgaanbieders die anoniem zorg hebben verleend aan bedreigde personen (art. 10.1.3 Wlz). De desbetreffende zorg dient echter niet van prestatiebeschrijvingen en tarieven te worden voorzien, zodat nu deze subsidies en uitkeringen in onderdeel b worden opgenomen.

tweede onderdeel

Vervoer als bedoeld in artikel 10 van het Bza is in de Wlz in de wet zelf opgenomen, en wel in artikel 3.1.1, onderdeel f, van die wet. Het nieuwe onderdeel f van artikel 3 van het Besluit uitbreiding en beperking werkingssfeer WMG is dan ook slechts een redactionele aanpassing.

Doventolkgzorg is met de inwerkingtreding van de Wmo 2015 naar die wet overgegaan. Aangezien de NZa geen prestatiebeschrijvingen of tarieven voor prestaties als bedoeld in de Wmo 2015 vaststelt, kon artikel 3, eerste lid, onderdeel g, komen te vervallen. Het vrijvallende onderdeel is gebruikt om er de woningaanpassingen, bedoeld in artikel 3.1.3, Wlz in op te nemen. Hoewel zorggerelateerd, gaat het hier in feite om verbouwingen aan woningen, die door aannemers zullen worden verricht. Het zou te ver gaan om ook deze verbouwingen door de NZa te laten beschrijven en tarifieren.

derde onderdeel

In het derde onderdeel is zorg die in het kader van het pgb Wlz wordt ingekocht, net zoals dat voor het pgb op grond van de AWBZ het geval was, buiten de prestatiebeschrijving en de tarifiering gebracht. Dit geldt ongeacht de vraag of de door de budgethouder ingekochte zorg door een professionele hulpverlener wordt verleend dan wel door een mantelzorger.

Artikel 8.1.3

Onderdeel A

Hoewel onder 'verblijf' in het Besluit zorgaanpak AWBZ niet alleen het wonen in een AWBZ-instelling viel, maar ook de zorg die de bewoner daarbij werd verleend, terwijl onder 'verblijf' in de Wlz slechts het wonen (met de bijbehorende voorzieningen zoals voedsel en drank en het schoonhouden van de woonruimte) wordt verstaan, kan in artikel 1.1 'AWBZ-verblijf' zonder problemen worden vervangen door 'Wlz-verblijf'.

Onderdeel B

Artikel 2.1, zesde lid, onderdelen b en c, beoogden artikel 18 van de Wet toelating zorginstellingen van toepassing te laten zijn op AWBZ-instellingen die verblijf leveren. Voorliggend onderdeel regelt hetzelfde ten aanzien van instellingen die Wlz-verblijf (met

de daarbij behorende zorg) verlenen. Inhoudelijk komt het geregelde geheel overeen met wat in de onderdelen b en c was geregeld. De formulering kon echter aanzienlijk vereenvoudigd worden en in één onderdeel worden neergelegd.

Onderdeel C

Artikel 3.1, onderdeel c, stond het instellingen die extramurale AWBZ-zorg leverden zonder daarnaast ook intramurale AWBZ-zorg te leveren, toe om winst te beogen. Hetzelfde wordt nu toegestaan aan instellingen die binnen de Wlz louter Wlz-zorg leveren voor mensen met een pgb of vpt. Aangezien de extramurale zorg is overgeheveld naar de Zvw, Wmo 2015 en Jeugdwet, kunnen deze instellingen binnen de Wlz vooral nog aan de slag bij de levering van zorg in het kader van het vpt of pgb Wlz of eventueel als leverancier van dagbesteding (een vorm van begeleiding) buiten de instelling waar betrokkene verblijft, maar wel in opdracht van die instelling. Een en ander laat overigens onverlet dat instellingen die binnen de Wlz slechts zorg in het kader van het vpt of pgb verlenen daarnaast nog op grond van de Wmo 2015 gefinancierde extramurale begeleiding of op grond van de zorgverzekering gedekte extramurale verpleging en verzorging kunnen verlenen. Het ook werken voor andere domeinen, staat aan de mogelijkheid om een winstoogmerk te hebben niet in de weg.

Onderdeel D

Aangezien de Wlz geen contracteerplicht tussen Wlz-uitvoerders en zorgaanbieders meer kent, is artikel 4.2 vervallen.

Artikel 8.1.4 (Uitvoeringsbesluit artikel 1, tweede lid, Kwaliteitswet zorginstellingen)

Het betreft een technische aanpassing.

Artikel 8.1.5 (Besluit zorgverzekering)

Het betreft een technische aanpassing.

Artikel 8.1.6 (Besluit gebruik burgerservicenummer in de zorg)

Het betreft een technische aanpassing.

Artikel 8.1.7 (Aanpassingsbesluit Zorgverzekeringwet)

Op 1 januari 2006 verviel ingevolge de inwerkingtreding van artikel 1.6, onderdeel A, van het Aanpassingsbesluit Zorgverzekeringswet de AWBZ-verzekering van mensen die in buitenland wonen en op wie het zorgstelsel van hun woonland van toepassing is. Een wijziging van het Europese recht noopte daartoe. Artikel 1.22 van het Aanpassingsbesluit Zorgverzekering regelde in dat verband enig overgangsrecht: mensen die op 1 januari 2006 al recht hadden op vergoeding van kosten van zorg ten laste van de AWBZ, behielden dat recht. Voor de uitwerking van dit overgangsrecht werd aansluiting gezocht bij de artikelen 3.1.3 tot en met 3.1.6 van de Invoerings- en aanpassingswet Zorgverzekeringswet, die gaan over het overgangsrecht voor mensen die op 1 januari 2006 hun vrijwillige AWBZ-verzekering verloren.

Met ingang van 1 januari 2015 worden bepaalde vormen van AWBZ-zorg naar de door de gemeenten uitgevoerde Wmo 2015 en de Jeugdwet overgeheveld. Daarbij geldt krachtens

artikel 8.3 van de Wmo 2015 en artikel 10.1, derde of vierde lid, van de Jeugdwet wel een overgangstermijn van (maximaal) een jaar. Daarna besluit de gemeente over het al dan niet voortzetten van de desbetreffende zorg. Nu in Nederland wonenden hun verzekerd recht op de desbetreffende zorg – ook als ze op 31 december 2014 die zorg daadwerkelijk genoten - kwijtraken, ligt het niet in de rede om buiten Nederland wonenden recht op vergoeding van de desbetreffende zorg te laten behouden. Om die reden is artikel 1.22 van het Aanpassingsbesluit Zorgverzekering zo gewijzigd, dat de vergoeding voor de vormen van AWBZ-zorg die naar de Wmo 2015 of de Jeugdwet overgaan, met eenzelfde overgangstermijn als in de Wmo 2015 en de Jeugdwet is geregeld, wordt beëindigd. Voor de formulering van het nieuwe tweede lid is aangesloten bij artikel 12.1.3, onderdeel c, van de Wlz, waarin overeenkomstige wijzigingen voor mensen die vroeger een vrijwillige AWBZ-verzekering hadden, worden aangebracht. (Een verwijzing naar artikel 10.1 van de Jeugdwet zal daar bij nota van wijziging nog in worden aangebracht.)

§ 2. Financiën

Artikel 8.2.2 (Uitvoeringsbesluit inkomstenbelasting 2001)

Het betreft een terminologische aanpassing.

§ 3. Sociale Zaken en Werkgelegenheid

Artikel 8.3.1 (Besluit uitbreiding en beperking kring verzekerden volksverzekeringen 1999)

Op onderdeel G na, zijn de wijzigingen in het Besluit uitbreiding en beperking kring verzekerden volksverzekeringen 1999 van redactionele aard ("Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten" wordt omgezet in "Wet langdurige zorg", enzovoorts). Hierna volgt slechts een toelichting op wijzigingen die niet voor zichzelf spreken. Overigens is er van uitgegaan dat het 'Besluit tot wijziging van het Besluit uitbreiding en beperking kring verzekerden volksverzekeringen 1999, het Besluit uitbreiding en beperking kring verzekerden werknemersverzekeringen 1990 en het Besluit uitbreiding en beperking kring ingezetenen Wet Wajong' in werking zal zijn getreden voordat het Blz in werking treedt. Artikel 8.3.1 wijzigt derhalve het Besluit uitbreiding en beperking kring verzekerden volksverzekeringen 1999 zoals dat besluit zal zijn komen te luiden na inwerkingtreding van voornoemd wijzigingsbesluit.

Met onderdeel G is artikel 25 van het Besluit uitbreiding en beperking kring verzekerden volksverzekeringen 1999 vervallen. Dit artikel regelde dat in het buitenland wonende mensen die ten gevolge van de inwerkingtreding van dat besluit op 1 januari 1999 dan wel ten gevolge van het vervallen van artikel 26 van dat besluit per 1 januari 2000, hun AWBZ-verzekeringsplicht verloren en voordien al recht hadden op verblijfszorg als bedoeld in de AWBZ, recht hadden op voortzetting van die zorg. Inmiddels zijn er geen mensen meer die van deze bepaling van overgangsrecht gebruik maken, zodat het artikel kon vervallen.

Artikel 8.3.2 (Besluit Wfsv)

De financiering van de Wlz is geregeld in de Wet financiering sociale verzekeringen (Wfsv) en het daarop gebaseerde Besluit Wfsv. Hoofdstuk 4 van het Besluit Wfsv regelt vooral de wijze waarop voorzien wordt in de beheerskosten van de Wlz-uitvoerders. Gezien het

grote aantal redactionele wijzigingen ('AWBZ' wordt 'Wlz', 'Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten (AFBZ)' wordt 'Fonds langdurige zorg (Flz)', en 'zorgverzekeraars' en 'verbindingkantoren' worden 'Wlz-uitvoerders') is besloten heel hoofdstuk 4 opnieuw vast te stellen. In het hiernavolgende worden slechts de wijzigingen toegelicht die verder gaan dan het louter redactionele.

Artikel 4.1. Begripsbepalingen

Onderdeel d

Naast de kosten van zorg, bedoeld in paragraaf 3.1 van de Wlz, kunnen nog andere vormen van zorg of daarmee verband houdende prestaties op grond van de Wlz worden vergoed. Gewezen zij op de uitkeringen, bedoeld in artikel 10.1.3, Wlz, op aan zorgaanbieders te verlenen subsidies voor assistentie bij de algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL) als bedoeld in artikel 10.1.4 van die wet en op aan die aanbieders tijdelijk te verlenen subsidies voor het verlenen van behandeling aan bepaalde verzekerden die niet verblijven in een instelling (art. 11.1.5, eerste lid, Wlz). Deze prestaties worden op grond van artikel 90, tweede lid, onderdeel a, Wfsv wel uit het Flz gefinancierd, maar de regels in hoofdstuk 4 van het Besluit Wfsv zien hier niet op. Dat komt omdat hoofdstuk 4 slechts ziet op (de beheerskosten ten aanzien van) zorg voor welks verstrekking de Wlz-uitvoerders verantwoordelijk zijn. Dat is bij de hiervoor opgesomde prestaties niet het geval.

Op grond van artikel 1.1, tweede lid, van de Wet forensische zorg is forensische zorg geestelijke gezondheidszorg of verslavingszorg als bedoeld in de Wlz of de Zorgverzekeringswet (Zvw), die wordt verleend aan iemand met een psychiatrische aandoening of beperking (verslaving daaronder begrepen) of met een verstandelijke handicap, als onderdeel van (onder andere) een straf of een maatregel. Dergelijke zorg wordt ten laste van de begroting van het Ministerie van Veiligheid en Justitie betaald. Daarom wordt forensische zorg hier via het begrip 'kosten van zorg' uitgezonderd van hetgeen uit het Flz wordt betaald.

De definities van 'zorgautoriteit' en 'Zorginstituut' zijn geschrapt omdat deze al in artikel 1 van de Wfsv worden gedefinieerd en de definities in dat artikel zowel voor de Wfsv zelf als voor de daarop gebaseerde regelgeving gelden. In plaats daarvan zijn, in verband met het nieuw geredigeerde artikel 4.2 de definities van het CAK en van 'zorgaanbieder' opgenomen.

Artikel 4.2 Vergoeding kosten van zorg die niet door CAK worden uitbetaald

De meeste kosten van de zorg die op grond van paragraaf 3.1 van de Wlz tot het verzekerde pakket behoort en door verzekerden genoten is, worden door het CAK – nadat de zorgkantoren de declaratie hebben goedgekeurd – aan de zorgaanbieders betaald. Aangezien de Wlz-uitvoerders deze zorg dus niet zelf betalen (al zijn ze er als contractspartners van de zorgaanbieders wel verantwoordelijk voor dat de zorgaanbieders betaald worden), hoeven ze ook niet door het Zorginstituut gecompenseerd te worden voor de voor deze zorg verrichte betalingen. In een beperkt aantal gevallen betalen de Wlz-uitvoerders de zorgaanbieders echter wel zelf. Het gaat onder andere om het vergoeden van zorg die is verleend door gecontracteerde zorgaanbieders in het buitenland. Voor dergelijke kosten moeten de Wlz-uitvoerders derhalve wél worden gecompenseerd. Artikel 4.2 voorziet hierin. Inhoudelijk wijkt het artikel niet wezenlijk af van het artikel zoals dat voor de inwerkingtreding van de Wlz luidde. Het oude artikel 4.2

was echter te ruim geformuleerd, nu het op alle kosten van de verzekerde zorg betrekking leek te hebben. Van de gelegenheid is gebruik gemaakt om het artikel beter te redigeren. Net zoals dat voor de inwerkingtreding van de Wlz gold, vindt de compensatie plaats op naar de werkelijk gemaakte kosten, met dien verstande dat, tenzij de zorgautoriteit anders besluit, onverantwoorde kosten niet vergoed worden.

Artikel 4.3 Macrobudget beheerskosten Wlz

Onder de AWBZ gaf de Minister van VWS jaarlijks een aanwijzing ter zake van de beheerskostenbudgetten van de zorgverzekeraars enerzijds en van de verbindingkantoren anderzijds. Op grond van artikel 40 van de AWBZ waren de verbindingkantoren zelf verantwoordelijk voor de administratie van zorg. Daarnaast verrichtten zij in opdracht van de zorgverzekeraars alle andere AWBZ-werkzaamheden, die de AWBZ aan die zorgverzekeraars opdroeg. Juridisch gezien zou het zijn aangewezen om het beheerskostenbudget voor het uitvoeren van die andere werkzaamheden toe te kennen aan de zorgverzekeraars, die dan vervolgens bij het uitbesteden van hun werk aan de verbindingkantoren ook de daarmee gepaard gaande bedragen voor beheerskosten aan die verbindingkantoren zouden kunnen overdragen. In de praktijk werden de verbindingkantoren echter ook voor de beheerskosten voor het werk dat ze op basis van uitbesteding door de zorgverzekeraars uitvoerden, direct gefinancierd. Dientengevolge ontvingen de zorgverzekeraars slechts een klein beheerskostenbudget voor de zeer beperkte werkzaamheden die ze zelf verrichtten (over het jaar 2014 ging het om een bedrag van € 4 mln. voor alle zorgverzekeraars tezamen) en ontvingen de verbindingkantoren een aanzienlijk hoger beheerskostenbudget, zowel voor de administratie en controle waarvoor zij zelf verantwoordelijk waren als voor de werkzaamheden die zij op uitbestedingsbasis en onder eindverantwoordelijkheid van de zorgverzekeraars verrichtten (over het jaar 2014 ging het voor alle verbindingkantoren tezamen om € 170 mln.).

Een van de doelen van de Wlz is om de Wlz-uitvoerders zich meer dan onder de AWBZ in te laten spannen voor goede, innovatieve zorg voor hun verzekerden en een doelmatige uitvoering. De wens om de Wlz-uitvoerders meer op hun verantwoordelijkheid aan te spreken verhoudt zich niet goed met een directe vergoeding, vanuit het Flz, van Wlz-uitvoerders voor zover zij op opdracht van andere Wlz-uitvoerders taken uitvoeren. Om die reden zullen vanaf de inwerkingtreding van de Wlz de Wlz-uitvoerders die op grond van artikel 4.2.3, tweede lid, de zelfstandige taak van administratie en/of controle van de zorg voor alle verzekerden in een regio hebben gekregen, slechts voor die administratie en/of controle rechtstreeks worden vergoed. De rest van het beheerskostenbudget voor de uitvoering van de Wlz (waarvan de belangrijkste taak betreft het uitvoeren van werkzaamheden ter nakoming van de zorgplicht) zal aan de Wlz-uitvoerders worden uitgekeerd. Zij kunnen dit geld dan gebruiken als wederprestatie voor de uitbesteding van hun werkzaamheden aan de Wlz-uitvoerders in de regio (die daarmee ook 'het zorgkantoor' zullen komen te heten).

Het voorgaande brengt met zich dat in bepaling van het macrobudget voor de beheerskosten, bedoeld in artikel 4.3, onderscheid wordt gemaakt tussen de beheerskosten die rechtstreeks aan de op grond van artikel 4.2.4, tweede lid, Wlz aangewezen Wlz-uitvoerders worden uitgekeerd voor de administratie en/of controle enerzijds en de overige beheerskosten die aan de Wlz-uitvoerders worden uitgekeerd anderzijds.

Artikel 4.4 Beheerskostenbudget Wlz-uitvoerder

Dit artikel regelt hoe het Zorginstituut het macrobudget beheerskosten over de Wlz-uitvoerders verdeelt. Om in de toelichting uit artikel 4.3 uiteengezette reden maakt het Zorginstituut voor Wlz-uitvoerders die tevens voor een of meer regio's als verantwoordelijke voor de administratie en/of controle zijn aangewezen, duidelijk wel deel van hun beheerskostenbudget bedoeld is voor de administratie en/of controle in die regio's en welk deel voor de rest van de uitvoering van de Wlz. Het beheerskostenbudget wordt opgenomen in een beschikking als bedoeld in de Algemene wet bestuursrecht.

Het derde tot en met achtste lid van artikel 4.4 Besluit Wfsv bevatten geen inhoudelijke wijziging ten opzichte van de situatie van voor de inwerkingtreding van voorliggende wijzigingen. Op grond van het zevende lid keert het Zorginstituut het vastgestelde beheerskostenbudget aan de Wlz-uitvoerder uit. Daarbij neemt het de eigen, op grond van artikel 4.7 vast te stellen regels in acht. De financiering van de beheerskosten geschiedt uit het Flz.

Artikel 4.5. Beheerskosten bij uitbesteding van werkzaamheden

Zoals in de memorie van toelichting op het wetsvoorstel Wlz is aangegeven, verwacht de regering dat de Wlz-uitvoerders de taken die zij niet als zorgkantoor uitvoeren, grotendeels aan de zorgkantoren uitbesteden. Als wederprestatie zullen zij een (waarschijnlijk: groot) deel van hun beheerskostenbudget aan de zorgkantoren verstrekken. Voorliggend artikel zorgt ervoor dat zij daarbij het ene zorgkantoor niet kunnen bevoordelen boven het andere. Per verzekerde waarvoor de Wlz-uitvoerder werk aan een zorgkantoor uitbesteedt, dient namelijk een zelfde bedrag te worden gehanteerd. Het Zorginstituut bepaalt in beleidsregels hoe deze bedragen worden berekend. Uiteraard houdt het met deze regels ook rekening bij de berekening van de hoogte van het beheerskostenbudget, bedoeld in artikel 4.4.

Artikel 4.6 Reserve uitvoering Wlz

Artikel 4.6 van het Besluit Wfsv zoals dat voor voorliggende wijziging luidde, verplichtte de verbindingkantoren om een 'reserve uitvoering AWBZ' aan te houden. In enig jaar gerealiseerde overschotten op het beheerskostenbudget dienden daaraan ten goede te komen, en tekorten dienden er uit te worden gecompenseerd. Artikel 4.7 bepaalde vervolgens dat indien de reserve ultimo het kalenderjaar boven de 20% van het beheerskostenbudget over dat kalenderjaar kwam, het meerdere aan het AFBZ diende te worden afgestort. De maximumreserve bedroeg dus 20% van het beheerskostenbudget.

Deze systematiek is in voorliggende wijziging in stand gebleven. Omdat, zoals in de toelichting op de artikelen 4.3 en 4.4 is aangegeven, het beheerskostenbudget Wlz anders dan het beheerskostenbudget AWBZ niet meer (op een zeer klein deel na) direct aan de op grond van artikel 4.2.4, tweede lid, Wlz aangewezen Wlz-uitvoerders zullen worden uitgekeerd, maar voor een aanzienlijk deel via de Wlz-uitvoerders bij een Wlz-uitvoerder die in een regio als zorgkantoor werkt zullen terechtkomen, moeten vanaf de datum waarop voorliggende wijziging in werking treedt alle Wlz-uitvoerders – dus ook de uitvoerders die voor geen enkele regio als zorgkantoor werken – een reserve aanhouden. Dat is in het eerste lid van artikel 4.6 geregeld. De regel dat de maximumreserve 20% van het beheerskostenbudget over het voorafgaande jaar bedraagt, blijft bestaan (vierde lid). Het gaat daarbij om het totale beheerskostenbudget. Derhalve gaat het voor Wlz-

uitvoerders die tevens in een of meer regio's zorgkantoor zijn om hun budget dat is samengesteld uit het geld dat zij krijgen voor het verrichten van de administratie en/of controle van de zorg voor alle verzekerden in deze regio('s) plus het budget dat zij voor hun overige werkzaamheden voor al hun verzekerden in Nederland krijgen. Het derde lid codificeert de op dit moment door het Zorginstituut en de zorgautoriteit opgelegde praktijk dat over de reserves een rentepercentage wordt berekend en draagt aan de Zorgautoriteit op dit rentepercentage te bepalen.

Een Wlz-uitvoerder kan besluiten de Wlz niet meer uit te voeren (zie ook artikel 4.1.3 Wlz). Indien dat gebeurt, dient hij een bedrag ter hoogte van zijn 'reserve uitvoering Wlz' binnen vier weken in het Flz te storten (zesde lid). Verliest een Wlz-uitvoerder zijn aanwijzing als bedoeld in artikel 4.2.4, tweede lid, Wlz voor een bepaalde regio, dan kan het aangewezen zijn dat hij dat deel van zijn reserve aan het Flz terugstort, dat verband houdt met die aanwijzing. Of dat zo is, hangt echter ook af van andere factoren. Indien hij bijvoorbeeld tegelijkertijd wordt aangewezen voor een andere regio, kan afstorting contraproductief zijn. Om die reden bepaalt het zevende lid dat in dit geval het Zorginstituut binnen twee jaar na het intrekken of wijzigen van een aanwijzing bepaalt of een deel van de reserve aan het Flz moet worden afgestort en zo ja, hoe hoog dat is. De termijn van twee jaar is gekozen omdat het Zorginstituut voor de beantwoording van de vraag of er naar aanleiding van een stopzetting of wijziging van een aanwijzing in jaar t iets moet worden afgestort en zo ja, hoeveel, de financiële verantwoording van de Wlz-uitvoerder nodig heeft, alsmede het rapport van de NZa over de uitvoering van de Wlz in het jaar waarin de aanwijzing stopte of gewijzigd werd. De Wlz-uitvoerder dient zijn financiële verantwoording voor 1 juli van $t + 1$ gereed te hebben (zie artikel 4.3.1 Wlz), en de NZa dient vervolgens op grond van artikel 28 van de Wmg voor 1 december van $t + 1$ zijn rapport naar het Zorginstituut (en naar Onze Minister) te zenden. Ervan uitgaande dat aanwijzingen doorgaans per 1 januari (van jaar t) gegeven zullen worden, zal het Zorginstituut derhalve een maand (namelijk december van het jaar $t + 1$) hebben om aan de Wlz-uitvoerder mee te delen, of hij iets aan het Flz dient af te storten. Is dat het geval, dan heeft de Wlz-uitvoerder daar ingevolge de tweede zin van het zevende lid vier weken voor.

Artikel 4.7 Toezicht op opgaven

Artikel 4.7 is inhoudelijk gelijk aan artikel 4.7 van het Besluit Wfsv zoals dat voor de inwerkingtreding van dit besluit luidde.

Artikel 4.8 Betaalbaarstelling

Het Zorginstituut bepaalt hoe het beheerskostenbudget en de in artikel 4.2 bedoelde kosten van zorg aan de Wlz-uitvoerders betaalt. Daarbij zullen, overeenkomstig de regels die het Zorginstituut op grond van artikel 91, derde lid, van de Wfsv zal stellen, maandelijkse voorschotten worden verstrekt. Blijkt achteraf dat het aan voorschotten verstrekte bedrag hoger is dan datgene waar de Wlz-uitvoerder over het kalenderjaar recht op heeft, dan zal is de Wlz-uitvoerder het meerdere aan het Zorginstituut verschuldigd. Het eerste lid bepaalt, dat het Zorginstituut daarover dan een door rente op basis van een hem te bepalen rentepercentage in rekening brengt. Is, aan de andere kant, een te laag bedrag aan voorschotten verstrekt, dan heeft de Wlz-uitvoerder jegens het Zorginstituut recht op het verschil, vermeerderd met de rente.

Het tweede lid bepaalt dat het Zorginstituut aan of door hem verschuldigde bedragen mag verrekenen met een beheerskostenbudget over een later jaar.

Ten slotte wordt opgemerkt dat artikel 4.9 van het Besluit Wfsv zoals dat voor de inwerkingtreding van het nieuwe hoofdstuk 4 van het Besluit Wfsv luidde, niet hoeft terug te keren. Dat artikel is namelijk inmiddels uitgewerkt. Ook artikel 4.10 is hier niet overgenomen. Naar verwachting zal het wetsvoorstel tot '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 I 2013/14, 33 726, A) in werking treden voordat voorliggende wijziging in werking treedt. In het kader van dat wetsvoorstel komt artikel 90, tweede lid, onderdeel g, van de Wfsv te vervallen. Daarmee heeft ook artikel 4.10 van het Besluit Wfsv zijn materiële betekenis verloren.

Artikel 8.3.3 (Besluit SUWI)

Artikel 5.7 van het Besluit SUWI regelt de gegevensverstrekking door de SVB en het UWV aan bestuursorganen. Onderdeel b betreft de verstrekking van gegevens die noodzakelijk zijn voor de uitvoering van de Zvw en de AWBZ. Dit gaat om het Zorginstituut, de zorgautoriteit, de zorgverzekeraars, het CAK en de Wlz-uitvoerders. Deze relatie wijzigt niet met de totstandkoming van de Wlz. In artikel 5.9, eerste lid, onderdeel e, is de gegevensverstrekking van het UWV aan CIZ geregeld. Met de andere inhoud van de Wlz is er geen relatie meer tussen indicatietaken van het UWV, o.a. voor de sociale werkvoorziening waarbij het gaat om arbeidsmogelijkheden en de CIZ indicatie. Daarom kan het toestaan van deze gegevensverstrekking in feite zonder toestemming van de betrokkene komen te vervallen.

Artikel 8.3.4 (Besluit aanwijzing registraties gezamenlijke huishouding 1998)

Terminologische aanpassing van AWBZ naar Wlz.

Artikel 8.3.5 (Besluit uitvoering sociale werkvoorziening en begeleid werken)

Dit onderdeel is niet langer in de Wlz geregeld en kan komen te vervallen.

Artikel 8.3.6 (Schattingsbesluit arbeidsongeschiktheidswetten)

Terminologische aanpassing van AWBZ naar Wlz.

§ 4. Veiligheid en Justitie

Artikel 8.4.2 (Reglement verpleging ter beschikking gestelden)

Terminologische aanpassing van AWBZ naar Wlz.

Artikel 8.4.3 (Penitentiare maatregel)

Terminologische aanpassing van AWBZ naar Wlz.

Artikel 8.4.4 (Vrijstellingsbesluit Wbp)

Terminologische aanpassing van AWBZ naar Wlz.

§ 5. Wonen en Rijksdienst

Artikel 8.5.1 (Besluit op de huurtoeslag)

Terminologische aanpassing van AWBZ naar Wlz.

Artikel 8.5.2 (Besluit beheer sociale-huursector)

De bijlage bij het Besluit beheer sociale-huursector is aangepast op het vervallen van het Besluit zorgaanspraken AWBZ.

§ 6. Defensie

Artikel 8.6.1 (Besluit aanvullende arbeidsongeschiktheids- en invaliditeitsvoorzieningen militairen)

Terminologische aanpassing van AWBZ naar Wlz.

Artikel 8.6.2 (Besluit bijzondere militaire pensioenen)

Terminologische aanpassing van AWBZ naar Wlz.

§ 7. Infrastructuur en Milieu

Artikel 8.7.1 (Babw)

Terminologische aanpassing van AWBZ naar Wlz.

§ 8. Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties

Artikel 8.8.1 (Besluit Bibob)

Terminologische aanpassing van AWBZ naar Wlz.

§ 9. Economische Zaken

Artikel 8.9.1 (Besluit tijdelijke verruiming toepassingsbereik concentratietoezicht op ondernemingen die zorg verlenen)

Terminologische aanpassing van AWBZ naar Wlz.

Artikel 9.1.1. e.v.

De langdurige zorg is continu in beweging. De veranderende behoeften van cliënten, de toegenomen technologische mogelijkheden en het ontstaan van nieuwe samenwerkingsverbanden zorgen er voor dat zorgaanbieders steeds op zoek zijn naar hoe zij de beste zorg tegen zo laag mogelijke kosten kunnen leveren. Met het oog op de houdbaarheid van de langdurige zorg op de langere termijn is dit ook van belang. De Wlz

biedt voldoende ruimte aan zorgaanbieders om te innoveren en te komen tot een vernieuwend zorgaanbod. Op voorhand is het echter moeilijk te voorspellen hoe de zorg zich de komende jaren gaat ontwikkelen en of de huidige kaders van de Wlz ook in de toekomst voldoende ruimte bieden om vernieuwend zorgaanbod te stimuleren. Hiertoe is het van belang dat er mogelijkheden worden geboden om te kunnen experimenteren en waar nodig, onder bepaalde voorwaarden, af te kunnen wijken van het bepaalde bij of krachtens de Wlz. Het experimenteerartikel in de Wlz zorgt er voor dat deze mogelijkheid wordt geboden. In dit besluit is voor de toepassing daarvan een hoofdstuk gereserveerd.

Artikel 10.1.1 e.v.

Dit betreft algemene maatregelen van bestuur die hoofdzakelijk berusten op de bij wet ingetrokken AWBZ, en waarvan de inhoud thans is geregeld in de wet of het onderhavige besluit.

Artikel 10.2.1

Dit artikel regelt overgangrecht voor de meerzorgregeling van dit besluit. Verwezen kan worden naar het algemeen deel van deze toelichting.

Artikel 10.3.1

De artikelen van dit besluit treden in werking op een bij koninklijk besluit te bepalen tijdstip, dat voor de verschillende artikelen of onderdelen daarvan verschillend kan worden vastgesteld. De inwerkingtreding van dit besluit zal daarmee gelijk kunnen zijn aan de inwerkingtreding van de Wet langdurige zorg.

De Staatssecretaris van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,

drs. M.J. van Rijn