

Vergaderjaar 2013–2014

33 891

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

Nr. 17 HERDRUK ¹

TWEEDE NOTA VAN WIJZIGING

Ontvangen 21 augustus 2014

Het voorstel van wet wordt als volgt gewijzigd:

A

Artikel 1.1.1 wordt als volgt gewijzigd:

1. Na de begripsbepaling van «indicatiebesluit» wordt de volgende begripsbepaling ingevoegd:
 - *inspecteur of ontvanger*: de functionaris, bedoeld in artikel 2, derde lid, onder b, van de Algemene wet inzake rijksbelastingen;
2. In de begripsbepaling van «persoonsgebonden budget» wordt «titel 4.2» vervangen door: titel 4.2.
3. In de begripsbepaling van «Wlz-uitvoerder» wordt «de met toepassing van artikel 4.2.3, tweede lid, door Onze Minister aangewezen uitvoerder daaronder begrepen» vervangen door: het zorgkantoor daaronder begrepen.
4. Na de begripsbepaling van «Zorginstituut» wordt de volgende begripsbepaling ingevoegd:
 - *zorgkantoor*: een ingevolge artikel 4.2.3, tweede lid, voor een bepaalde regio aangewezen Wlz-uitvoerder;

B

In artikel 1.2.2, derde lid, wordt «in Sint Maarten, Curaçao, de openbare lichamen Bonaire, Sint Eustatius, Saba, Aruba» vervangen door: op het grondgebied van Aruba, Sint Maarten, Curaçao of op het grondgebied van de openbare lichamen Bonaire, Sint Eustatius of Saba.

¹ Herdruk in verband met het ontbreken van de toelichting.

C

In artikel 2.1.1, derde lid, onderdeel b, vervalt de komma na «artikel 2».

D

In artikel 2.1.3. wordt «De Sociale Verzekeringsbank» vervangen door: De Sociale verzekeringsbank.

E

Artikel 2.2.1 wordt als volgt gewijzigd:

1. In het derde lid vervalt de komma na «eerste».

2. In het vierde lid wordt «bij de op grond van artikel 4.2.3, tweede lid, aangewezen Wlz-uitvoerder die werkzaam is in de gemeente waar hij woont» vervangen door «bij het zorgkantoor voor de regio waarin hij woont» en vervalt: , of, bij gebreke van een zodanige aanwijzing, bij een Wlz-uitvoerder naar evenredigheid van het aantal ingeschreven verzekerden bij elke Wlz-uitvoerder.

F

Artikel 3.1.1 wordt als volgt gewijzigd:

1. Het eerste lid, onderdeel a, komt te luiden:

a. verblijf in een instelling, met inbegrip van voorzieningen die niet ten laste van de verzekerde kunnen komen, waaronder in elk geval:

1°. het verstrekken van eten en drinken,

2°. het schoonhouden van de woonruimte van de verzekerde, en

3°. voor meerdere verzekerden te gebruiken of te hergebruiken roerende voorzieningen die noodzakelijk zijn voor de zorgverlening of in verband met het opheffen of verminderen van belemmeringen die de verzekerde als gevolg van een aandoening, beperking, stoornis of handicap ondervindt bij het normale gebruik van zijn woonruimte;.

2. Onder vervanging van de punt aan het slot van onderdeel f door een puntkomma wordt een onderdeel toegevoegd, luidende:

g. logeeropvang in een instelling, met inbegrip van de voorzieningen, bedoeld in onderdeel a, mits dit geschiedt ter ontlasting van een of meer mantelzorgers.

G

Artikel 3.1.3, eerste lid, komt te luiden:

1. De verzekerde die recht heeft op zorg, heeft recht op een vergoeding voor een woningaanpassing die bedoeld is om de door hem gekozen verblijfplaats geschikt te doen zijn voor de verlening van zorg, voor zover:

a. de verzekerde zijn recht tot gelding brengt zonder verblijf in een instelling en zonder woonachtig te zijn in een bij algemene maatregel van bestuur omschreven kleinschalig wooninitiatief, en

b. de Wlz-uitvoerder oordeelt dat die investering duurzaam en doelmatig is.

H

Artikel 3.2.1 wordt als volgt gewijzigd:

1. In het eerste lid wordt «voor zover hij naar aard, inhoud en omvang redelijkerwijs en uit een oogpunt van doelmatige zorgverlening» vervangen door: voor zover hij naar aard, inhoud en omvang en uit een oogpunt van doelmatige zorgverlening redelijkerwijs.

2. In het tweede lid, onderdeel b, wordt na «etmaal» een komma ingevoegd.

3. Het derde lid wordt vervangen door:

3. In afwijking van het eerste lid heeft een meerderjarige verzekerde recht op zorg voor zover hij vanwege een combinatie van een licht verstandelijke handicap en gedragsproblemen:

a. tijdelijk behoefte heeft aan permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid als bedoeld in het eerste lid, onder a of b, of

b. volgens zijn behandelaar is aangewezen op het afmaken van een onder de Jeugdwet aangevangen behandeling met verblijf.

4. In het vierde lid wordt «wordt bepaald dat» vervangen door «wordt bepaald in welke gevallen» en wordt «recht heeft op die zorg» vervangen door: recht heeft of kan doen gelden op die zorg.

I

Artikel 3.2.4 wordt als volgt gewijzigd:

1. De tweede volzin van het eerste lid komt te luiden:

De eigen bijdrage kan verschillen naar gelang de groep waartoe de verzekerde behoort, de zorg die verstrekt wordt en de wijze waarop het recht op zorg tot gelding wordt gebracht, en kan mede afhankelijk gesteld worden van het inkomen en vermogen van de verzekerde en diens echtgenoot.

2. Onder vernummering van het tweede en derde tot derde en vierde lid wordt na het eerste lid een lid ingevoegd, luidende:

2. Bij of krachtens algemene maatregel van bestuur kunnen regels worden gesteld over de wijze waarop het inkomen en vermogen, bedoeld in het eerste lid, worden bepaald.

3. In het vierde lid (nieuw) wordt «eerste en tweede lid» vervangen door «eerste tot en met derde lid» en vervalt de komma na «artikelen 3.1.2».

J

Artikel 3.2.7 wordt als volgt gewijzigd:

1. In het eerste lid wordt «de aanspraken krachtens deze wet» vervangen door: de rechten op grond van deze wet.

2. Het tweede lid komt als volgt te luiden:

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

K

Artikel 3.3.2 wordt vervangen door:

Artikel 3.3.2

1. De Wlz-uitvoerder kan, op aanvraag van de verzekerde, besluiten om zorg in natura te laten leveren zonder dat de verzekerde in een instelling verblijft, door middel van:

- a. een integraal en volledig pakket thuis, te verlenen door of onder verantwoordelijkheid van één zorginstelling, of
- b. een modulair pakket thuis, bestaande uit één of meer losse vormen van zorg als bedoeld in artikel 3.1.1.

2. In afwijking van het eerste lid heeft een verzekerde die kiest voor een van de daar bedoelde leveringsvormen geen recht op zorg als bedoeld in artikel 3.1.1, eerste lid, onderdeel d, en een verzekerde die kiest voor een modulair pakket thuis heeft bovendien geen recht op zorg als bedoeld in artikel 3.1.1, eerste lid, onderdeel a, onder 1°.

3. De Wlz-uitvoerder weigert een volledig pakket thuis of een modulair pakket thuis of trekt een besluit waarin zo'n pakket is toegekend in indien de zorg niet op verantwoorde en doelmatige wijze ten huize van de verzekerde zal kunnen worden verleend.

4. De Wlz-uitvoerder overlegt met de verzekerde of zijn vertegenwoordiger over de samenstelling van het modulair pakket thuis en weigert dat pakket indien:

- a. de verzekerde of zijn vertegenwoordiger een zodanige samenstelling van het modulair pakket thuis verlangt, dat de zorg waarop de verzekerde krachtens zijn indicatiebesluit is aangewezen, niet verantwoord of doelmatig zal kunnen worden verleend, of
- b. de totale kosten ervan of, indien de verzekerde naast het modulair pakket thuis ook een persoonsgebonden budget ontvangt of wenst te ontvangen, de totale kosten van dat pakket en het budget tezamen, meer zouden bedragen dan het bedrag dat de verzekerde als persoonsgebonden budget zou worden verleend indien hij geen modulair pakket thuis zou ontvangen.

5. Bij of krachtens algemene maatregel van bestuur kunnen voor het modulair pakket thuis maximumkosten per module worden vastgesteld en kunnen nadere regels worden gesteld met betrekking tot dit artikel.

L

Artikel 3.3.3 wordt als volgt gewijzigd:

1. Het eerste lid komt te luiden:

1. Het zorgkantoor kan, op aanvraag van de verzekerde, besluiten om, volgens bij of krachtens algemene maatregel van bestuur te stellen regels, een persoonsgebonden budget te verlenen waarmee de verzekerde, in plaats van zorg in natura te ontvangen, zelf betalingen doet voor zorg als bedoeld in artikel 3.1.1, eerste lid, onderdelen a, onder 2°, b, f of g. De verzekerde ziet af van het recht op verblijf en van de daarmee gepaard gaande voorziening, bedoeld in artikel 3.1.1, eerste lid, onderdeel a, onder 1°, alsmede van de behandeling, bedoeld in artikel 3.1.1, eerste lid, onderdeel d.

2. Het tweede lid wordt als volgt gewijzigd:

a. In onderdeel a wordt «de Wlz-uitvoerder» vervangen door «het zorgkantoor», en wordt na «persoonsgebonden budget» ingevoegd: op doelmatige wijze.

b. In onderdeel b wordt «de Wlz-uitvoerder» vervangen door: het zorgkantoor.

c. In onderdeel c wordt «de Wlz-uitvoerder» vervangen door «het zorgkantoor» en wordt «op zodanige wijze zodanige aan te sturen» vervangen door: op zodanige wijze aan te sturen.

d. In onderdeel d wordt «niet met zorg in natura» vervangen door: niet in natura.

e. In onderdeel e wordt «aan Wlz-uitvoerder» vervangen door: aan het zorgkantoor.

3. Het derde lid wordt als volgt gewijzigd:

a. De aanhef van het derde lid komt te luiden:

3. Het persoonsgebonden budget wordt in ieder geval geweigerd indien:.

b. Onder vervanging van de punt aan het slot van onderdeel c door een puntkomma wordt een onderdeel ingevoegd, luidende:

d. de vertegenwoordiger van de verzekerde niet voldoet aan regels inhoudende beperkingen of eisen die bij of krachtens algemene maatregel van bestuur aan de kring van vertegenwoordigers kunnen worden gesteld in het belang van de bescherming van de verzekerde of van het waarborgen van de hulp, bedoeld in de onderdelen b en c van het tweede lid.

4. Het vierde lid komt te luiden:

4. Bij of krachtens algemene maatregel van bestuur worden regels gesteld over de wijze

waarop de hoogte van een persoonsgebonden budget wordt vastgesteld.

5. In het vijfde lid wordt «namens de Wlz-uitvoerders» vervangen door: namens de zorgkantoren.

6. Het zesde lid wordt als volgt gewijzigd:

a. In onderdeel a wordt «verstrekt,» vervangen door: verleend,.

b. De onderdelen d en f worden vervangen door:

d. de wijze waarop de Sociale verzekeringsbank de taak, bedoeld in het vijfde lid, uitvoert, en

e. de vorm en inhoud van het budgetplan, bedoeld in het eerste lid, onderdeel e.

7. In het zevende lid wordt «dit lid» vervangen door: het eerste, derde, en zesde lid.

M

Artikel 3.3.4 wordt als volgt gewijzigd:

1. In het eerste lid wordt «het grondgebied Nederland» vervangen door: het grondgebied van Nederland.

2. Het vierde lid, onderdeel c, komt te luiden:

c. in welke gevallen en onder welke voorwaarden het derde lid wordt toegepast.

N

Artikel 4.1.1, zesde lid, komt te luiden:

6. Bij of krachtens algemene maatregel van bestuur worden regels gesteld met betrekking tot de wijze waarop wordt vastgesteld of de geschiktheid en betrouwbaarheid van een persoon als bedoeld in het vijfde lid buiten twijfel staat en welke feiten en omstandigheden daarbij in aanmerking worden genomen.

O

Artikel 4.2.1 wordt als volgt gewijzigd:

1. In het eerste lid, onderdeel a, wordt «ingescheven» vervangen door «ingeschreven» en wordt «en deze verzekerde, indien hij in aanmerking kan komen voor meerdere leveringsvormen, in de gelegenheid stelt uit die vormen te kiezen» vervangen door: en deze verzekerde, indien hij in aanmerking kan komen voor meerdere leveringsvormen, in de gelegenheid stelt voor zorg met verblijf in een instelling, voor een volledig pakket thuis of voor een modulair pakket thuis te kiezen of hem wijst op de mogelijkheid om bij het zorgkantoor een persoonsgebonden budget aan te vragen.

2. In het eerste lid, onderdeel b, onder 3°, wordt «naar een geschikte, gecontracteerde zorgaanbieder» vervangen door: naar geschikte, gecontracteerde zorgaanbieders.

3. Het eerste lid, onderdeel c, vervalt.

4. Onder vernummering van het tweede lid tot derde lid wordt een lid ingevoegd, luidende:

2. Het zorgkantoor heeft een zorgplicht, die inhoudt dat:

a. hij de verzekerden die wonen in de regio waarvoor hij als zorgkantoor is aangewezen, desgevraagd informatie verschaft over de voorwaarden waaronder zij in aanmerking kunnen komen voor een persoonsgebonden budget,

b. hij, indien hij met toepassing van artikel 3.3.3 een persoonsgebonden budget heeft verleend, ervoor zorgt dat het budget binnen redelijke termijn beschikbaar wordt gesteld.

5. In het derde lid (nieuw) wordt «onder 20 en 30» vervangen door: onder 2° en 3°.

P

Artikel 4.2.2 wordt als volgt gewijzigd:

1. In het tweede lid, onderdeel a wordt «het de ingangsdatum» vervangen door: de ingangsdatum.

2. In het vierde lid wordt «aanspraak» vervangen door: recht.

3. Het zevende lid vervalt.

Q

Artikel 4.2.3 wordt als volgt gewijzigd:

1. Het eerste en tweede lid komen te luiden:

1. De Wlz-uitvoerder is verantwoordelijk voor de uitvoering van hetgeen bij en krachtens deze wet is geregeld voor de bij hem ingeschreven verzekerden. De eerste volzin geldt niet voor werkzaamheden die bij of krachtens de wet aan een andere rechtspersoon zijn opgedragen.

2. Bij of krachtens algemene maatregel van bestuur wordt Nederland ingedeeld in regio's. Onze Minister wijst per regio een Wlz-uitvoerder aan als zorgkantoor. Het zorgkantoor is voor alle verzekerden die wonen in de regio waarvoor hij is aangewezen belast met de verstrekking van het persoonsgebonden budget, alsmede in een bij algemene maatregel van bestuur te bepalen mate met de administratie of controle van de aan die verzekerden verleende zorg.

2. Onder vernummering van het derde, vierde en vijfde lid tot vierde, vijfde en zesde lid, wordt een lid ingevoegd, luidende:

3. Bij of krachtens de algemene maatregel van bestuur of de aanwijzing, bedoeld in het tweede lid, kunnen nadere voorwaarden aan de administratie of controle worden gesteld en kunnen, voor het geval voor een regio een ander zorgkantoor wordt aangewezen, regels worden gesteld om een goede taakoverdracht te bewerkstelligen.

3. In het vijfde lid (nieuw) wordt «aan de in de melding genoemde Wlz-uitvoerder en kan hij een aanwijzing van die Wlz-uitvoerder als bedoeld in het tweede lid intrekken» vervangen door: aan het in de melding genoemde zorgkantoor en kan hij de in het tweede lid bedoelde aanwijzing van het zorgkantoor intrekken.

4. In het zesde lid (nieuw) wordt «het derde en vierde lid» vervangen door: het vierde en vijfde lid.

R

In artikel 5.1.2 wordt «de aanspraken op grond van deze wet» vervangen door: de zorg die tot het verzekerde pakket behoort.

S

Artikel 5.1.3 wordt als volgt gewijzigd:

1. In het eerste lid wordt «van de aanspraken, bedoeld in artikel 3.1.1» vervangen door: van de zorg die tot het verzekerde pakket behoort.

2. In het tweede lid wordt «van de aanspraken op grond van deze wet» vervangen door: van de zorg die tot het verzekerde pakket behoort.

3. Het derde lid vervalt.

T

In artikel 7.1.2, vierde lid, wordt «het eerste, onder a,» vervangen door: het eerste lid, onder a,.

U

In artikel 8.1.1, eerste lid, wordt «anders dan op grond van artikel 3.3.3,» vervangen door: anders dan op grond van artikel 3.3.2, eerste lid, onderdeel b, of artikel 3.3.3,.

V

In artikel 8.1.3, vierde lid, wordt «op grond van artikel 8.1.1, vierde of vijfde lid» vervangen door: op grond van artikel 8.1.1, derde of vierde lid,.

W

In artikel 9.1.1, vierde lid, wordt tussen «administratie,» en «voldoet» een spatie ingevoegd.

X

Artikel 9.1.2 wordt als volgt gewijzigd:

1. In de aanhef van het eerste lid wordt «Een Wlz-uitvoerder, een zorgaanbieder, het CAK, en het CIZ» vervangen door: Wlz-uitvoerders, zorgaanbieders, het CAK en het CIZ.

2. In het eerste lid, onderdeel c, wordt «de zorgplicht van de Wlz-uitvoerder, genoemd in artikel 4.2.1,» vervangen door: de zorgplichten, bedoeld in artikel 4.2.1, eerste en tweede lid,.

3. In het tweede lid vervalt «en is verplicht op verzoek», wordt «te verstrekken» vervangen door «verstrekken» en wordt «artikel 3.2.3 en het onderzoek» vervangen door: artikel 3.2.3, en voor het onderzoek.

4. Na de eerste volzin van het tweede lid wordt een volzin toegevoegd, luidende: Een zorgverlener is verplicht op verzoek de in de vorige volzin bedoelde gegevens te verstrekken.

Y

Artikel 9.1.3 wordt als volgt gewijzigd:

1. In het tweede lid wordt «organen» vervangen door: instanties.

2. In het derde lid wordt «of het voorkomen van dubbele verstrekkingen» vervangen door: of voor het voorkomen van dubbele verstrekkingen.

3. Na het derde lid wordt, onder vernummering van het vierde tot en met zevende lid tot het vijfde tot en met achtste lid, een lid ingevoegd, luidende:

4. De inspecteur of ontvanger is verplicht desgevraagd aan het CAK de gegevens omtrent het inkomen en vermogen van de verzekerde en diens echtgenoot te verstrekken, voor zover die noodzakelijk zijn voor de vaststelling van de bijdrage, bedoeld in artikel 3.2.4.

4. In het vijfde lid (nieuw) wordt «het eerste tot en met derde lid» vervangen door: het eerste tot en met vierde lid.

5. In het zesde lid (nieuw) wordt «organen» vervangen door: instantie.

6. In het zevende lid (nieuw) wordt na «aan een Wlz-uitvoerder,» ingevoegd: aan het CIZ,.

7. In het achtste lid (nieuw) wordt «het eerste tot en met vijfde lid» vervangen door: het eerste tot en met zesde lid.

Z

Artikel 9.1.5 wordt als volgt gewijzigd:

1. In het eerste lid vervallen «het College bouw of» en «19 respectievelijk».

2. In het tweede lid wordt «of door een bestuursorgaan, bedoeld in het eerste lid, aangewezen rechtspersonen» vervangen door: of door het College sanering aangewezen personen.

AA

In artikel 9.1.6, eerste en tweede lid, wordt «organen» telkens vervangen door: instanties.

BB

Artikel 10.1.1 wordt als volgt gewijzigd:

1. In het vierde lid wordt «de voortzetting van ervan,» vervangen door: de voortzetting ervan,.

2. In het vijfde lid, onder a, wordt «de maatregel van bestuur» vervangen door: de algemene maatregel van bestuur.

CC

Artikel 10.1.3 wordt als volgt gewijzigd:

1. In het eerste lid wordt «Bij of krachtens algemene maatregel van bestuur worden door het Zorginstituut subsidies verstrekt aan instellingen» vervangen door: Het Zorginstituut verstrekt volgens bij of krachtens algemene maatregel van bestuur te stellen regels subsidies aan organisaties.

2. Het derde lid vervalt.

DD

Artikel 10.2.2, derde lid, wordt als volgt gewijzigd:

1. De eerste volzin komt te luiden: Het Zorginstituut kan met verzekeraars overeenkomen dat zij het Zorginstituut een bedrag betalen om de in het eerste lid bedoelde schadelast die hun verzekerden naar verwachting in een komende periode zullen veroorzaken, af te kopen.

2. In de derde volzin wordt «waarvoor een afkoopsom is overeengekomen,» vervangen door: waarvoor een afkoopsom als bedoeld in de eerste volzin is overeengekomen,.

EE

In artikel 10.3.1, eerste lid, wordt «een aanspraak op zorg» vervangen door: een recht op zorg.

FF

In artikel 10.4.1 wordt als volgt gewijzigd:

1. In het eerste lid, wordt «hoofdstuk 8.1» vervangen door: hoofdstuk 8.

2. Het tweede lid komt te luiden:

2. De in het eerste lid bedoelde ambtenaren zijn, voor zover dat voor de vervulling van hun taak noodzakelijk is, bevoegd tot inzage van de dossiers van verzekerden. In afwijking van artikel 5:20, tweede lid, van de Algemene wet bestuursrecht, dienen ook zorgverleners die uit hoofde van hun beroep tot geheimhouding van de dossiers verplicht zijn, de ambtenaren, bedoeld in de eerste volzin, inzage te geven in de daar bedoelde dossiers. In dat geval zijn de betrokken ambtenaren verplicht tot geheimhouding van de dossiers.

GG

In artikel 10.4.3, eerste lid, wordt «aan de zorgaanbieder en de professionele zorgverlener» vervangen door: aan de zorgaanbieder of de professionele zorgverlener.

HH

Artikel 11.1.1 wordt als volgt gewijzigd:

1. In het eerste lid wordt na «is aangewezen op een zorgzwaartepakket» ingevoegd «4 VV,» en wordt na «10 VV,» ingevoegd: 3 VG,.

2. In het tweede lid vervalt «4 VV,» en wordt «1 VG, 2 VG, of 3 VG,» vervangen door: 1 VG of 2 VG,.

3. Het derde lid komt te luiden:

3. De verzekerde die onmiddellijk voorafgaand aan de intrekking van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten op grond van een indicatiebesluit is aangewezen op een zorgzwaartepakket 1 VV, 2 VV, 3 VV, 1 LG, 3 LG, 1 ZGaud of 1 ZGvis, dan wel, voor een meerderjarige verzekerde, op een zorgzwaartepakket 1 VG of 2 VG, wordt voor de toepassing van deze wet gelijkgesteld met een verzekerde ten aanzien van wie het CIZ heeft vastgesteld dat hij voldoet aan artikel 3.2.1, eerste lid, voor zover hij:

- a. tijdens de geldigheidsduur van het indicatiebesluit en voor 1 januari 2016 aan de Wlz-uitvoerder schriftelijke kenbaar heeft gemaakt zijn recht op zorg tot gelding te willen brengen in de vorm van verblijf in een instelling, en
- b. uiterlijk op 1 januari 2016 ook daadwerkelijk in een instelling verblijft.

4. Na het vijfde lid wordt een lid toegevoegd, luidende:

6. Tot bij ministeriële regeling aan te wijzen groepen behorende verzekerden die onmiddellijk voorafgaande aan de intrekking van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten op grond van een indicatie voor extramurale zorg dergelijke zorg in natura genoten of een persoonsgebonden budget ontvingen en die het indicatieorgaan, bedoeld in artikel 9a van die wet, voor 1 januari 2015 hebben laten weten voor zorg als bedoeld in deze wet in aanmerking te willen komen, ontvangen van dat indicatieorgaan een op 1 januari 2015 ingaand indicatiebesluit als bedoeld in artikel 3.2.2, met een geldigheidsduur tot 1 januari 2016.

II

Artikel 11.1.2 wordt als volgt gewijzigd:

1. In het eerste lid wordt «tot het moment waarop hij aan de Wlz-uitvoerder schriftelijk kenbaar heeft gemaakt zijn recht op zorg te doen gelden, tot uiterlijk één jaar na de intrekking van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten» vervangen door «tot het moment waarop hij in een instelling is gaan verblijven, maar uiterlijk tot 1 januari 2016» en wordt «bij of krachtens die wet» vervangen door: bij of krachtens de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.

2. In het tweede lid, vervalt «op grond van artikel 10.1.3,» en wordt «als bedoeld in dat artikel» vervangen door: als bedoeld in artikel 10.1.3.

3. Het vierde lid, onderdeel b, komt te luiden:

b. de verzekerde, bedoeld in artikel 11.1.1, derde lid, vanaf het moment waarop hij duurzaam in een instelling is gaan verblijven,.

4. na het vierde lid worden drie leden toegevoegd, luidende:

5. Een verzekerde als bedoeld in artikel 11.1.1, eerste lid, die onmiddellijk voorafgaande aan de intrekking van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten op basis van een in functies en klassen omgezet zorgzwaartepakket thuis zorg ontvangt en geen wijziging verlangt in de wijze waarop hem de zorg geleverd wordt, ontvangt deze zorg vanaf deze intrekking op grond van een modulair pakket thuis als bedoeld in artikel 3.3.2. De vorige volzin geldt zonder dat sprake hoeft te zijn van een voorafgaand overleg als bedoeld in artikel 3.3.2, vierde lid.

6. Een verzekerde als bedoeld in artikel 11.1.1, eerste of derde lid, die onmiddellijk voorafgaande aan de intrekking van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten in afwachting van een plaats in een specifieke instelling waar hij wenst te gaan verblijven, op basis van een in functies en klassen omgezet zorgzwaartepakket tijdelijk thuis meer zorg ontvangt dan een verzekerde als bedoeld in het vijfde lid, behoudt zijn recht op deze zorg totdat hij deze vanaf de aanvang daarvan zes maanden heeft ontvangen, met dien verstande dat het recht zoveel eerder eindigt als hij in een instelling gaat verblijven.

7. Indien een verzekerde als bedoeld in artikel 11.1.1, zesde lid, die onmiddellijk voorafgaande aan de intrekking van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten een persoonsgebonden budget ontving ervoor kiest om zijn recht op zorg ook met ingang van 2015 in de vorm van een persoonsgebonden budget tot gelding te brengen, is de hoogte van dat budget tot 1 januari 2016 gelijk aan de hoogte van het budget dat hij onder de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten ontving. De vorige volzin geldt niet indien de gezondheidssituatie van de verzekerde dan wel toepasselijkheid van artikel 3.2.3, aanhef en onderdeel a, noodzaakt tot een gedurende het jaar 2015 ingaande herindicatie.

JJ

Artikel 11.1.2a wordt als volgt gewijzigd:

1. In het eerste en tweede lid wordt «als bedoeld in artikel 1.1, subonderdelen 10 of 20, van de de Jeugdwet,» telkens vervangen door: als bedoeld in artikel 1.1, subonderdelen 1° of 2°, van de Jeugdwet,».

2. In het eerste lid wordt «gedurende ten minste 21 opeenvolgende maanden zorg behorende tot een zorgzwaartepakket B GGZ heeft ontvangen» vervangen door: zorg behorende tot een zorgzwaartepakket B GGZ ontvangt.

3. Het derde lid vervalt.

KK

De tweede volzin van het eerste lid van artikel 11.1.3 komt te luiden: De artikelen 3.2.4, 9.1.2 en 9.1.3 zijn van overeenkomstige toepassing.

LL

Artikel 11.1.4 wordt als volgt gewijzigd:

1. Het eerste lid komt te luiden:

1. Bij ministeriële regeling wordt bepaald op welke wijze het Zorginstituut tijdelijke subsidies aan organisaties verstrekt voor:

a. het verlenen van behandeling als bedoeld in artikel 3.1.1, eerste lid, onderdeel c, aan bij die regeling aan te wijzen personen met een somatische of een psychogeriatrische aandoening of met een lichamelijke beperking, of aan bij die regeling te bepalen meerderjarige personen met een verstandelijke beperking, en

b. medisch noodzakelijke vervoer naar en van een instelling waar gedurende een dagdeel een behandeling als bedoeld in onderdeel a wordt ontvangen.

2. In het tweede lid, wordt de zinsnede «wordt bepaald dat» vervangen door «wordt bepaald op welke wijze» en wordt na «Regeling subsidies AWBZ» en «luidde» telkens een komma ingevoegd.

MM

Artikel 11.1.5 wordt als volgt gewijzigd:

1. Voor de tekst wordt de aanduiding «1.» geplaatst.

2. In het eerste lid wordt «kan voortzetten» vervangen door: kan voortzetten.

3. Na het eerste lid worden drie leden toegevoegd, luidende:

2. In 2015 heeft de verzekerde die niet in een instelling verblijft geen recht op roerende voorzieningen als bedoeld in artikel 3.1.1, eerste lid, onderdeel a, onder 3°, of op individueel gebruik van mobiliteitshulpmiddelen als bedoeld in artikel 3.1.1, eerste lid, onderdeel e.

3. In 2015 heeft een verzekerde die zonder behandeling in een instelling verblijft, in afwijking van artikel 3.3.1, tweede lid, geen recht op individueel gebruik van mobiliteitshulpmiddelen als bedoeld in artikel 3.1.1, eerste lid, onderdeel e.

4. Bij ministeriële regeling kan worden bepaald in welke gevallen en onder welke voorwaarden een verzekerde het gebruik van een hulpmiddel waarop hij onmiddellijk voorafgaand aan de afloop van de in het tweede en derde lid bedoelde periode krachtens de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 recht had, kan voortzetten op grond van deze wet.

NN

In artikel 11.1.6 wordt «artikel 7.1, tweede lid, van de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015» vervangen door: artikel 8.1, tweede lid, van de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015.

OO

In paragraaf 11.1 wordt na artikel 11.1.6 een artikel toegevoegd, luidende:

Artikel 11.1.7

Bij ministeriële regeling kunnen ter aanvulling van de artikelen 11.1.1 tot en met 11.1.6 regels worden gesteld ten aanzien van aanspraken, rechten en verplichtingen van verzekerden die onmiddellijk voorafgaand aan de intrekking van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten op grond van een indicatiebesluit waren aangewezen op zorg op grond van die wet.

PP

Artikel 11.2.2 wordt als volgt gewijzigd:

1. In het eerste lid wordt «in deze wet» vervangen door: bij of krachtens deze wet.

2. In het tweede lid wordt «artikel 1, eerste lid, onderd c,» vervangen door: artikel 1, eerste lid, onder c,.

QQ

Artikel 11.2.3 wordt als volgt gewijzigd:

1. Het tweede lid komt te luiden:

2. In artikel 11.2.2, eerste lid, bedoelde rechten en verplichtingen van een op grond van artikel 40 van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten aangewezen rechtspersoon gaan van rechtswege over het zorgkantoor dat werkzaam is in de regio waarvoor eerstgenoemde rechtspersoon was aangewezen. Dit zorgkantoor heeft ter zake van de afwikkeling van de in de vorige volzin bedoelde rechten en verplichtingen de hoedanigheid van de op grond van artikel 40 van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten aangewezen rechtspersoon.

2. Het derde, het vierde en het achtste lid vervallen.

3. Het vijfde, zesde en zevende lid worden vernummerd tot het derde, vierde en vijfde lid.

4. In het derde lid (nieuw) vervalt in onderdeel a «of derde» en wordt in onderdeel b «de krachtens artikel 4.2.3, tweede lid, door Onze Minister aangewezen Wlz-uitvoerder» vervangen door: het zorgkantoor.

5. In het vierde lid (nieuw) wordt na «Wlz-uitvoerder» ingevoegd: dan wel het zorgkantoor.

6. Onder vervanging van de komma aan het slot van onderdeel b door een punt, vervalt in het vijfde lid (nieuw) onderdeel c.

RR

Artikel 11.2.4 wordt als volgt gewijzigd:

1. In het eerste lid wordt «aan de Wlz-uitvoerder die met ingang van de inwerkingtreding van deze wet voor de desbetreffende regio is aangewezen ingevolge artikel 4.2.3, tweede lid» vervangen door: aan het zorgkantoor dat met ingang van de inwerkingtreding van deze wet in de desbetreffende regio werkt.

2. In het tweede lid, eerste volzin, wordt «de Wlz-uitvoerder» vervangen door: het zorgkantoor.

SS

Artikel 11.2.5 wordt als volgt gewijzigd:

1. In het tweede lid wordt «aan de Wlz-uitvoerder die» vervangen door: aan het zorgkantoor dat.

2. In het derde lid wordt «aan de Wlz-uitvoerder die op grond van artikel 4.2.3, tweede lid, is aangewezen voor de regio waarin de verzekerde woont» vervangen door: het zorgkantoor dat werkzaam is in de regio waarin de verzekerde woont.

3. Het vierde tot en met zesde lid komen te luiden:

4. Een verzekerde die ingevolge het derde lid een nota heeft ontvangen, zendt deze op straffe van verval van zijn vorderingsrecht binnen een jaar aan het zorgkantoor dat werkzaam is in de regio waar hij woont.

5. Binnen drie maanden na ontvangst van een nota als bedoeld in het tweede, derde of vierde lid, beslist de Wlz-uitvoerder of, en in welke mate deze betaalbaar dient te worden gesteld en zendt hij naar aanleiding daarvan een betaal- of terugvorderingsopdracht aan het CAK.

6. Het CAK voert een opdracht als bedoeld in het vijfde lid binnen drie maanden na ontvangst ervan uit.

TT

In artikel 11.2.7 wordt «drie jaar» vervangen door: twee jaar.

UU

Artikel 11.2.8 wordt als volgt gewijzigd:

1. In de aanhef van het eerste lid wordt «de Wlz-uitvoerders die voor een regio de rechtsopvolgers zijn» vervangen door: de zorgkantoren die voor een regio de rechtsopvolgers zijn.

2. In het eerste lid, onderdeel b, wordt «waarbij onderscheid wordt gemaakt tussen de kosten van de verstrekte zorg en vergoedingen respectievelijk de geïnde eigen bijdragen enerzijds en de beheerskosten anderzijds» vervangen door: waarbij de Wlz-uitvoerders en de Wlz-uitvoerders die voor een regio de rechtsopvolgers zijn van de rechtspersonen, bedoeld in artikel 40 van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, onderscheid maken tussen de kosten van de verstrekte zorg en vergoedingen enerzijds en de beheerskosten anderzijds.

VV

Artikel 11.2.11 wordt als volgt gewijzigd:

1. In het derde lid wordt «vergezegd» vervangen door «vergezeld» en wordt «verkaring» vervangen door: verklaring.

2. In het vijfde lid wordt «organsiatie» vervangen door: organisatie.

WW

In artikel 11.2.12 wordt «laten» vervangen door: lasten.

XX

Na artikel 11.2.13 worden artikelen ingevoegd, luidende:

Artikel 11.2.14

1. Indien de inspecteur of ontvanger een beschikking heeft gegeven die mede of uitsluitend betrekking heeft op de periode na het tijdstip van intrekking van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten en de in die beschikking gehanteerde terminologie geheel of gedeeltelijk is gebaseerd op de laatstgenoemde wet, geldt voor de periode vanaf het moment van inwerkingtreding van de Wet langdurige zorg dat die beschikking geacht wordt in zoverre betrekking te hebben op de Wet langdurige zorg.

2. Het eerste lid is van overeenkomstige toepassing op beschikkingen over:

a. het vaststellen van eigen bijdragen als bedoeld in artikel 3.2.4 door het CAK;

b. het verlenen van ontheffingen door de Sociale verzekeringsbank heeft verleend ter uitvoering van artikel 64, eerste lid, van de Wet financiering sociale verzekeringen;

c. het betalen van uitkeringen door de Sociale verzekeringsbank ter uitvoering van de artikelen 57, tweede lid, van de Algemene nabestaandenwet en 20, eerste lid, van de Algemene Ouderdomswet,;

d. het betalen van uitkeringen door het Uitvoeringsinstituut werknemersverzekeringen ter uitvoering van de artikelen 39, eerste lid, van de Werkloosheidswet, 2:55, eerste lid, en 3:47, eerste lid, van de Wet arbeidsongeschiktheidsvoorziening jonggehandicapten, 71, eerste lid, van de Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen, 40, eerste lid, van de Ziektewet, 57, eerste lid, van de Wet arbeidsongeschiktheidsverzekering zelfstandigen, 30 van de Wet inkomensvoorziening oudere werklozen, en 54, eerste lid, van de Wet op de arbeidsongeschiktheidsverzekering, en

e. het afgeven van verklaringen als bedoeld in artikel 21, zesde lid, van het Besluit uitbreiding en beperking kring van verzekerden volksverzekeringen 1999 of het verlenen van ontheffingen als bedoeld in de artikelen 21a, derde lid, en 21b, derde lid, van dat besluit door de Sociale verzekeringsbank.

Artikel 11.2.15

1. Indien de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten op 1 januari 2015 wordt ingetrokken, wordt, in afwijking van artikel 15 van de Wet financiering sociale verzekeringen, de rijksbijdrage in kosten heffingskortingen ten gunste van het Fonds langdurige zorg voor 2015 vastgesteld op € 3.250 miljoen.

2. Het bedrag, genoemd in het eerste lid, wordt bij ministeriële regeling gewijzigd indien de heffingskortingen voor de inkomstenbelasting of de premie voor de Wet langdurige zorg, bedoeld in artikel 10 van de Wet financiering sociale verzekeringen, voor het jaar 2015 daartoe aanleiding geven.

3. Indien de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten op 1 januari 2016 wordt ingetrokken, wordt bij de toepassing van artikel 15 van de Wet financiering sociale verzekeringen, de rijksbijdrage in kosten heffingskortingen ten gunste van het Fonds langdurige zorg voor 2016 berekend volgens de in dat artikel geregeld wijze, waarbij BIKKt-1 = € 3.250 miljoen, dan wel, indien het tweede lid toepassing heeft gevonden, het krachtens dat lid gewijzigde bedrag.

YY

Na paragraaf 3 van hoofdstuk 11 wordt een paragraaf ingevoegd, luidende:

Artikel 11.4.1

1. Tot 1 januari 2018 kan de zorgautoriteit subsidies verstrekken voor de voortzetting van projecten ter verbetering van de wijze waarop verzekerde zorg op grond van een zorgverzekering of op grond van deze wet, maatschappelijke ondersteuning als bedoeld in de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015, of jeugdhulp als bedoeld in de Jeugdwet wordt geleverd aan cliënten die niet in een instelling verblijven.

2. Subsidies als bedoeld in het eerste lid worden slechts verstrekt voor projecten waarvan de zorgautoriteit voor 1 juli 2013 heeft vastgesteld dat zij in aanmerking komen voor een vergoeding als bedoeld in haar Beleidsregel CA-300-578 (Stcrt. 8 juli 2013, nr. 18614) inzake de zorginfrastructuur.

3. Bij ministeriële regeling wordt bepaald aan wie de subsidies kunnen worden verstrekt, worden regels omtrent de hoogte van de subsidies gesteld en kunnen nadere voorwaarden worden gesteld waaronder de subsidies worden verstrekt.

4. In aanvulling op hetgeen in artikel 90, tweede lid, van de Wet financiering sociale verzekering is geregeld, komen de subsidies, bedoeld in dit artikel, ten laste van het Fonds langdurige zorg.

Artikel 11.4.2

1. Tot 1 januari 2018 kan de zorgautoriteit:

a. een bijdrage in de kapitaallasten verstrekken aan bij ministeriële regeling aan te wijzen rechtspersonen die voor 1 januari 2012 zorg of diensten, niet zijnde zorg of diensten in het kader van de geestelijke gezondheidszorg, leverden die op grond van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten verzekerd waren en waaraan de zorgautoriteit voor laatstgenoemde datum op grond van de Beleidsregel CA-300-473 (Stcrt. 11 juli 2011, nr. 12384) inzake kapitaallasten een budget kapitaallasten heeft toegekend, dan wel aan hun rechtsopvolgers,

b. een bijdrage voor vaste activa verstrekken aan bij ministeriële regeling aan te wijzen rechtspersonen die voor 1 januari 2012 zorg of diensten, niet zijnde zorg of diensten in het kader van de geestelijke gezondheidszorg, leverden die op grond van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten verzekerd waren en waaraan de zorgautoriteit voor laatstgenoemde datum op grond van de Beleidsregel CA-300-493 (Stcrt. 16 augustus 2011, nr. 14267) een vergoeding heeft toegekend, dan wel aan hun rechtsopvolgers.

2. Tot 1 januari 2018 kan de zorgautoriteit:

a. een bijdrage in de kapitaallasten verstrekken aan bij ministeriële regeling aan te wijzen rechtspersonen die voor 1 januari 2008 zorg of diensten in het kader van de geestelijke gezondheidszorg leverden die op grond van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten verzekerd waren en waaraan de zorgautoriteit voor laatstgenoemde datum op grond van de Beleidsregel CA-300-473 (Stcrt. 11 juli 2011, nr. 12384) inzake kapitaallasten een budget kapitaallasten heeft toegekend, dan wel aan hun rechtsopvolgers,

b. een bijdrage voor vaste activa verstrekken aan bij ministeriële regeling aan te wijzen rechtspersonen die voor 1 januari 2008 zorg of diensten in het kader van de geestelijke gezondheidszorg leverden die op grond van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten verzekerd waren en waaraan de zorgautoriteit voor laatstgenoemde datum op grond van de Beleidsregel CA-300-493 (Stcrt. 16 augustus 2011, nr. 14267) een vergoeding heeft toegekend, dan wel aan hun rechtsopvolgers.

3. De bijdrage, bedoeld in het eerste en tweede lid, kan slechts worden verstrekt aan rechtspersonen die onmiddellijk voorafgaande aan 1 januari

2015 verblijf met daarmee gepaard gaande zorg als bedoeld in de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten verleenden en de desbetreffende zorg vanaf die datum in opdracht van een of meer colleges van burgemeester en wethouders als maatwerkvoorziening als bedoeld in de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 of als jeugdhulp als bedoeld in de Jeugdwet verlenen.

4. Bij ministeriële regeling worden regels gesteld omtrent de hoogte en de berekening van de bijdragen en worden nadere voorwaarden gesteld waaronder de bijdragen worden verstrekt.

5. In aanvulling op hetgeen in artikel 90, tweede lid, van de Wet financiering sociale verzekering is geregeld, komen de bijdragen, bedoeld in dit artikel, ten laste van het Fonds langdurige zorg.

ZZ

Artikel 12.1.1 wordt als volgt gewijzigd:

1. In onderdeel G komt het voorgestelde artikel 31, onderdeel b, van de Wet marktordening gezondheidszorg als volgt te luiden:

b. de wijze waarop een Wlz-uitvoerder die tevens zorgkantoor als bedoeld in artikel 1.1.1 van de Wet langdurige zorg is, zijn financieel verslag, bedoeld in artikel 4.3.1 van die wet of zijn uitvoeringsverslag, bedoeld in artikel 4.3.2 van die wet, inricht.

2. Onderdeel H vervalt.

3. Het in onderdeel L voorgestelde artikel 49e, tweede lid, van de Wet marktordening gezondheidszorg wordt vervangen door:

2. Ten behoeve van het voor zorg in natura vaststellen van tarieven als bedoeld in artikel 50, eerste lid, en van bedragen als bedoeld in artikel 56b, alsmede ten behoeve van het verstrekken van persoonsgebonden budgetten als bedoeld in de Wet langdurig zorg, verdeelt de zorgautoriteit het bedrag, bedoeld in het eerste lid, over de regio's, bedoeld in artikel 4.2.3, tweede lid, van laatstgenoemde wet.

AAA

In artikel 12.1.2 komt onderdeel A te luiden:

A

Artikel 1, onderdeel s, komt te luiden:

s. Wlz-uitvoerder: de rechtspersoon, bedoeld in artikel 1.1.1 van de Wet langdurige zorg;.

BBB

Artikel 12.1.3, onderdeel C, subonderdeel 3, komt als volgt te luiden:

3. Er 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.

CCC

Artikel 12.1.5 wordt als volgt gewijzigd:

1. In onderdeel A, subonderdeel 1, wordt voor het woord «vervangen» ingevoegd: wordt.

2. De onderdelen C en D komen als volgt te luiden:

C

Artikel 5.1.1, vijfde lid, komt te luiden:

5. Het college is voorts bevoegd tot het verwerken van persoonsgegevens van de cliënt, waaronder persoonsgegevens betreffende de gezondheid die noodzakelijk zijn voor de beoordeling van diens behoefte aan ondersteuning van zijn participatie of zelfredzaamheid dan wel opvang of beschermd wonen, indien:

a. de betrokkene daarvoor zijn ondubbelzinnige toestemming heeft verleend, de persoonsgegevens met toepassing van artikel 5.2.5, eerste en tweede lid, zijn verkregen van een zorgverzekeraar of een zorgaanbieder als bedoeld in de Zorgverzekeringswet, en noodzakelijk zijn voor de uitvoering van de artikelen 2.3.2, 2.3.3, 2.3.5, 2.3.6, 2.3.9, 2.3.10, 2.4.1 of 2.4.3; of

b. de persoonsgegevens met toepassing van artikel 5.2.5, derde lid, zijn verkregen van het CIZ en noodzakelijk zijn voor de uitvoering van de artikelen 2.3.2, 2.3.3, 2.3.5, 2.3.6, 2.3.9, 2.3.10, 2.4.1 of 2.4.3.

D

Artikel 5.2.1, eerste lid, wordt als volgt gewijzigd:

1. In onderdeel b wordt «artikel 5.1.1, vijfde lid» vervangen door: artikel 5.1.1, vierde lid.

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

3. In onderdeel E wordt «artikel 4.2.5, derde lid» vervangen door «artikel 5.2.5, derde lid» en wordt tussen «2.3.9,» en «2.3.10» het woord «of» ingevoegd.

DDD

Na artikel 12.1.6 worden in paragraaf 12.1 drie artikelen ingevoegd, luidende:

Artikel 12.1.6a

In artikel 1, eerste lid, onderdeel a, onder 1°, van de **Kwaliteitswet zorginstellingen** wordt «de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten» vervangen door: de Wet langdurige zorg.

Artikel 12.1.6b

In artikel 1, eerste lid, onderdeel b, onder 1°, en onderdeel c, onder 3°, van de **Wet klachtrecht cliënten zorgsector** wordt «de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten» telkens vervangen door: de Wet langdurige zorg.

Artikel 12.1.6c

In artikel 1, eerste lid, onderdeel b, onder 2°, van de **Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen** wordt «de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten» vervangen door: de Wet langdurige zorg.

EEE

Artikel 12.1.8 wordt als volgt gewijzigd:

1. Onderdeel A, subonderdeel 2, komt te luiden:
2. Onderdeel d komt te luiden:
 - d. Het CIZ, genoemd in artikel 7.1.1 van de Wet langdurige zorg;
2. Onderdeel F, subonderdeel 2, komt te luiden:
 2. Het tweede lid komt te luiden:
 2. De aanvraag wordt schriftelijk ingediend bij het CIZ.
3. Onderdeel J komt te luiden:

J

Artikel 35 wordt als volgt gewijzigd:

1. In het eerste lid wordt «het indicatieorgaan van de regio waarin de accommodatie ligt waar de betrokkene is opgenomen» vervangen door: het CIZ.
2. In het tweede lid wordt «aan het in het eerste lid bedoelde indicatieorgaan» vervangen door: aan het CIZ.
4. Onderdeel K komt te luiden:

K

Artikel 37 wordt als volgt gewijzigd:

1. In het eerste lid wordt «het indicatieorgaan, bedoeld in artikel 35, eerste lid» vervangen door «het CIZ» en wordt «het indicatieorgaan» vervangen door: het CIZ.
2. In het tweede lid wordt «het indicatieorgaan» vervangen door: het CIZ.

FFF

- In artikel 12.1.13 komt onderdeel A, subonderdeel 3, als volgt te luiden:
3. Het tweede lid, onderdeel a, komt te luiden:
 - a. hulp voor de kosten waarvan een subsidie wordt verstrekt op grond van de artikelen 3.3.3, 10.1.3, of 11.1.4, eerste lid, van de Wlz.

GGG

Na artikel 12.1.15 worden in paragraaf 12.1 vijf artikelen ingevoegd, luidende:

Artikel 12.1.16

Nadat het bij koninklijke boodschap van 8 februari 2012 ingediende voorstel van wet houdende wijziging van de Wet toelating zorginstellingen en enkele andere wetten om het mogelijk te maken dat aanbieders van medisch-specialistische zorg, mits zij aan een aantal voorwaarden voldoen, winst uitkeren (voorwaarden voor winstuitkering aanbieders medisch-specialistische zorg; Kamerstukken II 2011/12, 33 168, nrs. 1–3 e.v.) tot wet is verheven en in werking is getreden, wordt de Wet toelating zorginstellingen als volgt gewijzigd:

A

Artikel 1, eerste lid, wordt als volgt gewijzigd:

1. Onderdeel e komt te luiden:

e. Fonds langdurige zorg: het Fonds langdurige zorg, genoemd in artikel 89 van de Wet financiering sociale verzekeringen;

2. Onder vervanging van de punt aan het slot van onderdeel g wordt een onderdeel toegevoegd, luidende:

h. zorgautoriteit: de Nederlandse Zorgautoriteit, bedoeld in de Wet marktordening gezondheidszorg.

B

Artikel 16a wordt als volgt gewijzigd:

1. In het eerste lid, onderdeel a, wordt «Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten» vervangen door: Wet langdurige zorg.

2. Het eerste lid, onderdeel b, vervalt.

3. In het tweede lid, onderdeel a, wordt «artikel 1, eerste lid, onderdeel b, van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten» vervangen door: een Wlz-uitvoerder als bedoeld in artikel 1.1.1 van de Wet langdurige zorg.

C

Het opschrift van hoofdstuk IVA, paragraaf 2, komt te luiden:

Paragraaf 2. Winstuitkeringsverbod aanbieders zorg met verblijf als bedoeld in de Wet langdurige zorg

D

Artikel 16b komt te luiden:

Artikel 16b

Een zorgaanbieder die op grond van de Wet langdurige zorg verzekerde zorg met verblijf verleent, keert geen winst uit.

E

In artikel 16c, vierde lid, onderdeel b, wordt «de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten» vervangen door: de Wet langdurige zorg.

Artikel 12.1.17

Nadat het bij koninklijke boodschap van 8 februari 2012 ingediende voorstel van wet houdende wijziging van de Wet toelating zorginstellingen en enkele andere wetten om het mogelijk te maken dat aanbieders van medisch-specialistische zorg, mits zij aan een aantal voorwaarden voldoen, winst uitkeren (voorwaarden voor winstuitkering aanbieders medisch-specialistische zorg; Kamerstukken II 2011/12, 33 168, nrs. 1–3 e.v.) tot wet is verheven en in werking is getreden, wordt in artikel 104, zesde lid, van de Wet marktordening gezondheidszorg «het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten» vervangen door: het Fonds langdurige zorg.

Artikel 12.1.18

Indien het bij koninklijke boodschap van 8 februari 2012 ingediende voorstel van wet houdende wijziging van de Wet toelating zorginstellingen en enkele andere wetten om het mogelijk te maken dat aanbieders van medisch-specialistische zorg, mits zij aan een aantal voorwaarden voldoen, winst uitkeren (voorwaarden voor winstuitkering aanbieders medisch-specialistische zorg; Kamerstukken II 2011/12, 33 168, nrs. 1–3 e.v.) tot wet wordt verheven, wordt die wet als volgt gewijzigd:

A

Artikel IV, onderdeel A, komt te luiden:

A

Artikel 16, onderdeel h, komt te luiden:

h. toezicht op de uitvoering van het gestelde bij en krachtens de artikelen 16b, 16c, eerste lid, onderdeel b, en tweede, derde en vierde lid, 16d, eerste lid, onderdelen a en c tot en met e, 16f, eerste lid, 16g en 16h van de Wet toelating zorginstellingen.

B

In artikel VIII wordt «een zorgaanbieder die op grond van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten verzekerde, intramurale zorg verleent» vervangen door: een zorgaanbieder die op grond van de Wet langdurige zorg verzekerde zorg met verblijf verleent.

Artikel 12.1.19

Nadat het bij koninklijke boodschap van 10 september 2012 ingediende voorstel van wet houdende wijziging van de Wet marktordening gezondheidszorg en enkele andere wetten, teneinde te voorkomen dat zorgverzekeraars zelf zorg verlenen of zorg laten aanbieden door zorgaanbieders waarin zij zelf zeggenschap hebben (Kamerstukken II 2011/12, 33 362, nrs. 1–3 e.v.) tot wet is verheven en in werking is getreden, wordt de Wet marktordening gezondheidszorg als volgt gewijzigd:

A

Artikel 40 wordt als volgt gewijzigd:

1. In het vierde lid wordt «AWBZ-verzekeraars en rechtspersonen als bedoeld in artikel 40 van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten» vervangen door: en Wlz-uitvoerders.

2. in het vijfde lid wordt: «, de AWBZ-verzekeraars of de rechtspersonen als bedoeld in artikel 40 van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten» vervangen door: of de Wlz-uitvoerders

B

Artikel 49 wordt als volgt gewijzigd:

1. In de aanhef van het eerste lid wordt «een AWBZ-verzekeraar, een rechtspersoon als bedoeld in artikel 40 van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten» vervangen door «een Wlz-uitvoerder» en wordt «over zo'n verzekeraar of over zo'n rechtspersoon» vervangen door: over zo'n zorgverzekeraar, Wlz-uitvoerder of rechtspersoon.

2. In het eerste lid, onderdeel a, wordt «of bij of krachtens de artikelen 6 of 44 van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten» vervangen door: of bij of krachtens artikel 3.1.1 van de Wet langdurige zorg.

3. In het tweede lid wordt «, een AWBZ-verzekeraar of een rechtspersoon als bedoeld in artikel 40 van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten» vervangen door «of een Wlz-uitvoerder» en wordt «artikel 6 van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten» vervangen door: artikel 4.2.1 van de Wet langdurige zorg.

4. In het derde lid wordt «bij of krachtens artikel 6 of 44 van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten» vervangen door: bij of krachtens artikel 3.1.1 van de Wet langdurige zorg.

5. In het vierde lid wordt «bij of krachtens de artikelen 6 of 44 van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten» vervangen door: bij of krachtens artikel 3.1.1 van de Wet langdurige zorg.

C

In artikel 80, eerste lid, vervalt: of een rechtspersoon als bedoeld in artikel 40 van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.

Artikel 12.1.20

Indien het bij koninklijke boodschap van 10 september 2012 ingediende voorstel van wet houdende wijziging van de Wet marktordening gezondheidszorg en enkele andere wetten, teneinde te voorkomen dat zorgverzekeraars zelf zorg verlenen of zorg laten aanbieden door zorgaanbieders waarin zij zelf zeggenschap hebben (Kamerstukken II 2011/12, 33 362, nrs. 1–3 e.v.) tot wet wordt verheven, wordt artikel IV van die wet als volgt gewijzigd:

1. In het tweede lid wordt «of de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, rechtspersonen als bedoeld in artikel 40 van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten» vervangen door «Wlz-uitvoerders als bedoeld in de Wet langdurige zorg», wordt «of over deze rechtspersonen als bedoeld in artikel 40 van de Algemeen Wet Bijzondere Ziektekosten» vervangen door «of over deze Wlz-uitvoerders» en wordt «bij of krachtens de artikelen 6 of 44 van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten» vervangen door: bij of krachtens artikel 3.1.1 van de Wet langdurige zorg.

2. In het derde lid wordt «of de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, rechtspersonen als bedoeld in artikel 40 van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten» vervangen door «Wlz-uitvoerders als bedoeld in de Wet langdurige zorg», wordt «of over deze rechtspersonen als bedoeld in artikel 40 van de Algemeen Wet Bijzondere Ziektekosten» vervangen door «of over deze Wlz-uitvoerders» en wordt «bij of krachtens de artikelen 6 of 44 van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten» vervangen door: bij of krachtens artikel 3.1.1 van de Wet langdurige zorg.

HHH

Onder vernummering van het tweede subonderdeel van artikel 12.2.2, onderdeel B, tot derde subonderdeel, wordt een onderdeel ingevoegd, luidende:

2. In onderdeel d wordt «Wet maatschappelijke ondersteuning» vervangen door: Wet maatschappelijke ondersteuning 2015.

III

In het tweede onderdeel van artikel 12.2.4 wordt «een instelling als bedoeld in artikel 1, eerste lid onderdeel d, van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten» vervangen door: een instelling als bedoeld in artikel 1, eerste lid onderdeel e, van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.

JJJ

Artikel 12.3.1 wordt als volgt gewijzigd:

A

Onderdeel F komt als volgt te luiden:

F

In artikel 12, eerste lid, onderdeel c, wordt «de algemene verzekering bijzondere ziektekosten:» vervangen door «de verzekering langdurige zorg:» en wordt «de algemene verzekering bijzondere ziektekosten» vervangen door: de verzekering langdurige zorg.

B

Onderdeel L wordt als volgt gewijzigd:

1. Subonderdeel 2 komt te luiden:

2. De aanhef en de onderdelen a, b en c, van het eerste lid komen te luiden:

1. Ten gunste van het Fonds langdurige zorg komen:

a. de premie voor de verzekering ingevolge de Wet langdurige zorg;

b. de inkomsten die in verband met de Wet langdurige zorg voortvloeien uit internationale overeenkomsten;

c. de bijdragen in de kosten van zorg die op grond van artikel 3.2.4 of 11.1.3 van de Wet langdurige zorg worden betaald door of namens de verzekerde, dan wel, in voorkomend geval, door het krachtens een wettelijke regeling tot betaling van zodanige bijdragen bevoegde orgaan dat uitkeringen of pensioenen uit hoofde van die regeling aan die verzekerde betaalbaar stelt;

2. Het subonderdeel 3 komt te luiden:

3. De aanhef en de onderdelen a tot en met f van het tweede lid komen te luiden:

2. Uit het Fonds langdurige zorg worden betaald:

a. de kosten van de zorg en van de overige prestaties die op grond van de Wet langdurige zorg worden verstrekt, alsmede de met de uitvoering van die wet gepaard gaande kosten;

b. de uitgaven voor de verzekering ingevolge de Wet langdurige zorg die voortvloeien uit overeenkomsten, waaronder internationale overeenkomsten;

c. de uitgaven die in verband met de verzekering ingevolge de Wet langdurige zorg voortvloeien uit enige andere wettelijke regeling dan laatstgenoemde wet;

d. kosten van het overgangsrecht, opgenomen in hoofdstuk 11, paragraaf 4, van de Wet langdurige zorg en uitkeringen als bedoeld in artikel 3.1.2 van de Invoerings- en aanpassingswet Zorgverzekeringswet;

e. een uitkering als bedoeld in artikel 3.2.7, tweede lid, van de Wet langdurige zorg;

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

3. Het vijfde subonderdeel komt te luiden:

5. Het vierde en het vijfde lid vervallen.

C

Onderdeel M komt als volgt te luiden:

M

Artikel 91 wordt vervangen door:

Artikel 91. Dekking uitgaven Fonds langdurige zorg

1. Het Zorginstituut doet jaarlijks uitkeringen uit het Fonds langdurige zorg ter dekking van de noodzakelijke uitgaven, gedaan voor de uitvoering van de in de Wet langdurige zorg geregelde verzekering, volgens bij of krachtens algemene maatregel van bestuur te stellen regels. Bij of krachtens deze algemene maatregel van bestuur kunnen tevens regels worden gesteld over de vorming en aanwending van reserves door Wlz-uitvoerders als bedoeld in de Wet langdurige zorg.

2. De zorgautoriteit is bevoegd vast te stellen dat uitgaven niet verantwoord waren voor zover deze door hem niet noodzakelijk worden geacht voor de uitvoering van de verzekering op grond van de Wet langdurige zorg. Met de uitkeringen, bedoeld in het eerste lid, evenals met de daarmee verkregen opbrengsten worden geen uitgaven gedekt waarvan de zorgautoriteit heeft vastgesteld dat zij niet verantwoord waren, tenzij de zorgautoriteit anders besluit.

3. Op de uitkeringen, bedoeld in het eerste lid, kunnen voorschotten worden verleend overeenkomstig door het Zorginstituut te stellen regels,

4. Op rechten of verplichtingen die voortvloeien uit hetgeen op grond van dit artikel is geregeld, is titel 4.2 van de Algemene wet bestuursrecht niet van toepassing.

KKK

In de artikelen 12.3.4, onderdeel B, 12.3.5, onderdeel B, en 12.3.16, onderdeel B, wordt «in de zin van de artikel 1, onderdeel b, van de Zorgverzekeringswet,» telkens vervangen door: in de zin van artikel 1, onderdeel b, van de Zorgverzekeringswet,.

LLL

Na artikel 12.3.16 wordt in paragraaf 12.3 een artikel ingevoegd, luidende:

Artikel 12.3.17

In artikel 54, eerste lid, van de **Wet op de arbeidsongeschiktheidsverzekering** wordt «de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten» vervangen door: de Wet langdurige zorg.

MMM

In artikel 12.4.1 wordt de verwijzing naar de Beginselenwet verpleging ter beschikking gestelden dikgedrukt weergegeven.

Aan artikel 13.1.1 wordt een lid toegevoegd, luidende:
3. Artikel 11.1.1, zesde lid, werkt terug tot en met 1 oktober 2014.

Toelichting

Algemeen

1. Inleiding

Deze nota van wijziging bevat enkele beleidsmatige wijzigingen en technische verbeteringen van het wetsvoorstel Wet langdurige zorg (Wlz). Voor zover de beleidsmatige wijzigingen een meer dan geringe omvang hebben, worden ze in het algemeen deel van deze toelichting besproken. De overige wijzigingen komen in de artikelsgewijze toelichting aan de orde. Wijzigingen die niet zijn toegelicht, zijn louter technisch. Het gaat dan vooral om verbetering van schrijf-, taal- of verwijzingsfouten of om het technisch aanpassen van artikelen in andere wetten of wetsvoorstellen die naar (elementen van) de Wlz moeten verwijzen.

2. Modulair pakket thuis

2.1 Waarom een modulair pakket thuis?

In de brief van 27 juni 2014 (Kamerstukken II 2013/14, 33 891, nr. 13) is aangegeven dat ondergetekende eraan hecht dat de Wlz op 1 januari 2015 in werking treedt, maar dat dit, omdat zowel de Tweede als de Eerste Kamer zich nog in de tweede helft van 2014 over het wetsvoorstel moeten buigen, niet kan worden gegarandeerd. Omdat de Wlz zo op voor de uitvoering essentiële onderdelen grotendeels zal lijken op de AWBZ (met dien verstande dat de extramurale zorg niet meer tot het te verzekeren pakket zal behoren), zijn de uitvoeringsinstanties onder meer in staat gesteld om te beginnen met de inkoop van de zorg die in 2015 verzekerd zal zijn. Om dezelfde reden is besloten dat, indien de Wlz op 1 januari 2015 in werking treedt, cliënten met een verblijfsindicatie in dat jaar niet alleen kunnen kiezen uit een volledig pakket thuis of een persoonsgebonden budget, maar de zorg ook thuis in natura geleverd kunnen krijgen in een leveringsvorm die in de AWBZ «functies en klassen» wordt genoemd. De wijziging van het wetsvoorstel Wlz die daarvoor vereist is, is in de eerdergenoemde brief aangekondigd. Zo wordt maximale flexibiliteit voor de cliënt en voor zijn eventuele mantelzorgers bereikt en kan worden voorkomen dat zorg bekostigd wordt waaraan geen behoefte is.

Zowel de AWBZ als de Wlz kennen de mogelijkheid dat iemand met een indicatie voor verblijf in een zorginstelling, desondanks thuis blijft wonen. Zo iemand kan dan kiezen voor een persoonsgebonden budget (pgb) of een volledig pakket thuis (vpt). Kiest hij voor een pgb, dan zal hij zelf de zorg die hij nodig heeft moeten inkopen. Ook zal hij zich over de ingekochte zorg dienen te verantwoorden. Het pgb brengt derhalve een aantal administratieve verplichtingen met zich die niet iedere verzekerde die thuis wil blijven wonen zal kunnen of willen nakomen. Zo'n verzekerde kan dan in plaats daarvan kiezen voor een vpt. In dat geval heeft hij recht op de zorg die hij zou krijgen indien hij in een instelling zou wonen, met uitzondering – uiteraard – van het daadwerkelijke wonen in een instelling en van zogenoemde «algemene behandeling». De zorg wordt hem «in natura» geleverd door of namens één zorgaanbieder, die het zorgkantoor heeft gecontracteerd. Sommige verzekerden wensen thuis minder zorg af te nemen dan een vpt omvat (bijvoorbeeld omdat zij een mantelzorger hebben die de maaltijden verzorgt of het huis schoon houdt), wensen zorg af te nemen van verschillende zorgaanbieders, of wensen zorg in natura te

combineren met een pgb. Voor hen bestaat onder de AWBZ de – overigens niet expliciet krachtens die wet geregelde – mogelijkheid om een zorgzwaarteprofiel (zpz) om te laten zetten in «functies en klassen». Het zpz waarvoor iemand is geïndiceerd wordt dan via een omzettingstabel door het zorgkantoor vertaald in losse zorgcomponenten (de «functies») met een bijbehorende omvang (in uren of in dagdelen, de «klassen»). Op basis van het gemiddelde van de klassen en het bij de functie vastgestelde tarief wordt berekend wat de vergoeding is die de aanbieder van de zorg ontvangt. Een en ander laat dat tussen functies en met inzet van uren zorg kan worden geschoven. Aldus ontstaat voor de cliënt maximale flexibiliteit.

Zoals in de reeds genoemde brief van 27 juni 2014 is vermeld, is het met het oog op het late moment waarop duidelijk zal worden of de Wlz in 2015 zal gaan gelden van belang om deze onder de AWBZ geldende leveringsvorm van zorg in natura thuis in ieder geval nog in 2015 te continueren. Bij de uitwerking van dit voornemen in voorliggende nota van wijziging is ervoor gekozen dit alternatief voor het vpt ook voor de jaren na 2015 te handhaven. Zo wordt immers maximale flexibiliteit voor de cliënt en voor zijn eventuele mantelzorger bereikt.

In de memorie van toelichting bij het wetsvoorstel (pagina 28) is vermeld dat het omzetten van zpz's in functies en klassen niet goed past bij een zorgstelsel waarin de extramurale zorg naar de gemeenten en de zorgverzekeraars zal zijn overgeheveld. Dit moet worden gelezen tegen de achtergrond dat de toegang tot de Wlz niet afhankelijk is van de vraag of er mantelzorgers zijn die een deel van de zorg uit handen kunnen nemen. Indien dergelijke mantelzorgers aanwezig zijn die de thuiswonende cliënt willen blijven helpen dan is er geen reden om de cliënt niet in de gelegenheid te stellen om af te zien van delen van de zorg die deze mantelzorgers kunnen verlenen. Waarom zou een instelling bijvoorbeeld moeten voorzien in maaltijden of huishoudelijke verzorging en hiervoor bekostigd moeten worden als de cliënt en de mantelzorger deze zelf willen regelen?

De wens om te komen tot een pakket thuis waarbinnen de verzekerde kon afzien van dergelijke «hoteldiensten» of van dagbesteding was bij de voorbereiding van het wetsvoorstel al aanwezig (getuige de mededeling in de memorie van toelichting – op de pagina's 28 en 33 – dat aan de zorgautoriteit gevraagd zal worden hoe dit in de bekostiging vorm kan krijgen). Voorgesteld wordt nu om een stap verder te gaan en te regelen dat niet alleen kan worden afgezien van de hoteldiensten of de dagbesteding, maar ook van andere vormen van de geïndiceerde zorg en het mogelijk te maken dat ook de bekostiging hierop aansluit.

Met de voorliggende nota van wijziging wordt daarom geregeld dat cliënten niet alleen de mogelijkheid krijgen om zorg in natura thuis in de vorm van een volledig pakket (vpt) af te nemen maar dat zij er ook voor kunnen kiezen om slechts delen (modules) van het pakket aan zorg in natura thuis geleverd te krijgen. Dit wordt het «modulair pakket thuis» (mpt) genoemd. Op basis van de tot het geïndiceerde zorgprofiel behorende vormen van zorg spreekt de cliënt (of zijn vertegenwoordiger) met het zorgkantoor af welke zorg hij in welke omvang in natura thuis wil ontvangen. Het mpt kan, anders dan een vpt, worden gecombineerd met een pgb. Voorts kan de ene module (functie) ingekocht worden bij de ene zorgaanbieder, en de andere module bij een andere zorgaanbieder. Ook dit kan met het vpt niet.

Voor de goede orde wordt opgemerkt dat de introductie van het mpt niet een wijziging van de indicatiecriteria met zich meebrengt. Deze blijven gelijk: de cliënt dient een blijvende behoefte te hebben aan permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid nodig te hebben. De vraag of mantelzorgers een deel van de zorg uit handen kunnen nemen is voor het beoordelen van de vraag of iemand aan de indicatiecriteria voldoet niet van belang. Met het voorgestelde mpt wordt de mogelijkheid gecreëerd dat iemand van delen van de zorg waar hij recht op heeft afziet omdat hij daaraan geen behoefte heeft. Voorheen was dat slechts mogelijk indien een verzekerde voor een pgb koos.

2.2 Vormgeving modulair pakket thuis

Met het mpt wordt grote flexibiliteit beoogd. Met het mpt kan verzekerde afzien van een of meer vormen van zorg die hij gezien zijn zorgprofiel nodig heeft en eventueel een andere vorm van zorg in grotere omvang afnemen dan gezien het zorgprofiel te verwachten valt.

Het mpt kan, net als het vpt en overigens ook het pgb, geen «algemeen medische zorg» bevatten. Deze zorg is in de Wlz voorbehouden aan mensen die in een instelling verblijven. Mensen met een mpt, vpt of pgb doen dat juist niet. Zij zijn voor de financiering van hun algemene medische aangewezen op hun zorgverzekering. Daarnaast kan het mpt, net als het pgb maar anders dan het vpt, geen verstrekking van maaltijden omvatten. Hiermee wordt aangesloten op de huidige bekostiging in functies en klassen, die ook geen recht geeft op maaltijdverstrekking. De cliënten voorzien hierin zelf – al dan niet met hulp van mantelzorgers of door het inschakelen van «tafeltje dek je» of vergelijkbare initiatieven.

Zoals in de memorie van toelichting op de Wlz en in bijlage 1 bij de brief van 27 juni 2014 is aangegeven, zal het CIZ vanaf 1 januari 2015 niet meer in uren indiceren. In plaats van een zzp zal een verzekerde een zorgprofiel krijgen. Welke zorg, gegeven dit profiel, het meest passend is zal doorgaans door de zorgaanbieder met de cliënt en zijn eventuele vertegenwoordiger worden bepaald. Door deze wijze van indicatiestelling worden de wensen, behoeften en mogelijkheden van de cliënt meer centraal gesteld en krijgen professionals in de zorg meer ruimte om maatwerk te leveren. Bij deze gedachte past minder goed dat cliënten die een mpt wensen, in uren of dagdelen uitgedrukte modules zorg toegekend krijgen. Voor het jaar 2015 zal het werken met klassen, gelet op een soepele invoering, waarschijnlijk onvermijdelijk zijn. Zorgaanbieders kunnen hiervoor in de Wlz, conform de huidige afspraken in de AWBZ, werken met «planning is realisatie». Voor latere jaren zullen de te leveren modules zoveel mogelijk resultaatgericht worden geformuleerd (dus niet: «U hebt recht op vijf uur persoonlijke verzorging per week», maar «de zorgaanbieder zal ervoor zorgen dat uw steunkousen 's ochtends worden aangetrokken en 's avonds weer worden uitgetrokken en zal u verzorgen voor wat betreft de persoonlijke verzorging»). Om deze redenen wordt in de voorliggende nota van wijziging niet meer gesproken van een «functies en klassen» maar van een mpt (zie artikel 3.3.2).

Aan de zorgautoriteit zal ik, met het oog op de jaren na 2015, vragen een onderzoek te verrichten naar hoe de verschillende modules omschreven en geprijsd kunnen worden. Tevens zal het gebruik van het mpt als leveringsvorm worden gemonitord. In alle gevallen geldt dat de kosten van het mpt niet hoger mogen zijn dan het bekostigingsbedrag dat de cliënt gezien zijn zorgprofiel zou hebben gehad indien hij voor een pgb zou hebben gekozen. Ook indien de cliënt een mpt én een pgb ontvangt, mogen de totale kosten van deze twee leveringsvormen de grens van het bedrag voor een pgb niet overschrijden. Het zorgkantoor dient hier bij het invullen van het mpt rekening mee te houden. Bij of krachtens algemene

maatregel van bestuur kunnen kosten per mpt-module worden gemaximeerd. Het onderzoek dat ik de zorgautoriteit zal vragen te doen, kan daartoe aanleiding geven.

In alle gevallen geldt dat het mpt alleen wordt toegekend indien zijn thuisomgeving het mogelijk maakt dat de zorg daar op verantwoorde en doelmatige wijze kan worden geleverd. Kiest de cliënt voor een combinatie van een mpt en een pgb, dan zal het zorgkantoor na moeten gaan of de combinatie van de voorgestelde invulling van het mpt en van het pgb zoals weergegeven in het budgetplan, zowel voor het deel van het mpt als voor het deel van het pgb verantwoord en doelmatig moeten zijn.

Uit bovenstaande volgt dat de beoordeling door het zorgkantoor van de vraag of een mpt kan worden verstrekt meer omvat dan de beoordeling van de vraag of een vpt kan worden verstrekt. Over de uitvoering van het mpt door het zorgkantoor (als opdrachtnemer van de Wlz-uitvoerder) vindt overleg plaats met Zorgverzekeraars Nederland. Dat er meer werk komt kijken bij de uitvoering van het mpt dan bij het vpt, komt omdat er bij het vpt sprake is van één instelling die na een zorgplanbespreking in een zorgplan de inhoud van de te verlenen zorg vastlegt. Bij het mpt hoeft daarvan geen sprake te zijn (de modules binnen het mpt kunnen immers bij verschillende door het zorgkantoor gecontracteerde zorgaanbieders worden ingekocht; en ook is het bij een combinatie van een mpt en een pgb mogelijk dat de verzekerde de pgb-zorg bij andere aanbieders inkoopt dan waar het zorgkantoor de mpt-zorg heeft ingekocht).

Om deze reden is geregeld dat voor een cliënt met een mpt – net als een cliënt met een pgb – geen verplichte zorgplanbesprekingen of een zorgplan geldt. Dit is, indien er sprake is van meerdere zorgaanbieders (die niet via onderaannemerschap werken) praktisch immers niet uitvoerbaar. Hiervoor in de plaats voert het zorgkantoor (als opdrachtnemer van de Wlz-uitvoerder) met de cliënt of zijn vertegenwoordiger, vergelijkbaar als bij het pgb, een bewustkeuzegesprek. Het is denkbaar dat het zorgkantoor van de cliënt of diens vertegenwoordiger vraagt om een plan te overleggen over de invulling van de zorg. Indien de zorg met een mpt door één zorgaanbieder wordt geleverd (of indien er zorg via onderaannemerschap door meerdere aanbieders wordt geleverd) kunnen de cliënt of diens vertegenwoordiger samen met de zorgaanbieder uiteraard wel een zorgplan opstellen.

Nadat het zorgkantoor heeft vastgesteld dat de invulling van het mpt zal leiden tot verantwoorde en doelmatige zorg en dat de kostengrens niet overschreden zal worden, legt hij de invulling van het mpt neer in een mpt-beschikking. Dit besluit staat open voor bezwaar en (hoger) beroep.

De eigen bijdrage voor het mpt zal bij en krachtens het Besluit langdurige zorg (Blz) worden bepaald. Voor het jaar 2015 zal daarbij worden aangesloten bij de systematiek voor de eigen bijdragen zoals deze in 2014 voor extramurale zorg golden, en voor latere jaren bij de eigen bijdrage die pgb-houders betalen.

Cliënten met een mpt ontvangen in 2015, net als in voorgaande jaren, hun huishoudelijke hulp nog vanuit de gemeenten. De bestuurlijke afspraken die eerder door ondergetekende met de VNG zijn gemaakt zullen in 2015 doorlopen. Vanaf 2016 zal het budget voor de huishoudelijke verzorging voor de hier bedoelde cliënten aan het Fonds langdurige zorg worden toegevoegd.

3. Zorgkantoren verantwoordelijk voor verstrekking persoonsgebonden budget

Krachtens de Wlz zijn de Wlz-uitvoerders verantwoordelijk voor de uitvoering van de Wlz voor de verzekerden van de zorgverzekeraars met wie zij in een concern zitten. Aangezien de zorgverzekeraars landelijk werken, impliceert dit dat ook de Wlz-uitvoerders landelijk werken. Op het in de eerste zin genoemde uitgangspunt wordt in de Wlz in combinatie met het op 28 mei 2014 voorgehangen Besluit langdurige zorg (Blz) één uitzondering gemaakt: per regio zal een Wlz-uitvoerder worden aangewezen die verantwoordelijk is voor de administratie van de Wlz-zorg die aan alle verzekerden die in die regio wonen, wordt verleend. De desbetreffende Wlz-uitvoerder wordt «het zorgkantoor» voor die regio genoemd. Verwacht wordt dat de Wlz-uitvoerders die in een regio niet als zorgkantoor zijn aangewezen, hun taken voor hun verzekerden in die regio vervolgens zullen opdragen aan het zorgkantoor. Aldus zal de Wlz in de praktijk door de regionale zorgkantoren worden uitgevoerd, terwijl de verantwoordelijkheid voor de uitvoering, met uitzondering van de verantwoordelijkheid voor de administratie, blijft bij de Wlz-uitvoerder waarbij de verzekerde verzekerd is.

Inmiddels is duidelijk geworden dat het bij deze wijze van verdeling van de uitvoeringsverantwoordelijkheden niet mogelijk is om, zoals in de memorie van toelichting op het wetsvoorstel Wlz werd verondersteld, de uitgaven voor zorg in natura enerzijds en die voor het persoonsgebonden budget (pgb) anderzijds op beheersbare wijze in één financieel kader onder te brengen.

De bedoeling is op landelijk niveau het totaal voor een kalenderjaar beschikbare budget voor Wlz-zorg vast te stellen, onderverdeeld in een kader voor zorg in natura (te leveren als zorg met verblijf in een instelling, zorg in natura thuis) en een kader voor de pgb's. Vervolgens zal de NZa de regionale budgetten onderverdelen in een deel dat bedoeld is voor het sluiten van zorginkoopcontracten met zorgaanbieders en een deel dat bedoeld is voor het verstrekken van pgb's. Mocht gedurende het jaar blijken dat de initiële verdeling een aanpassing behoeft, dan kan tussen deze regionale deelbudgetten of zonodig zelfs tussen de budgetten van de regio's geschoven worden. Deze systematiek verhoogt de beheersbaarheid van de kosten.

Een en ander is echter slechts mogelijk indien er voor de pgb's regionale subsidieplafonds kunnen worden ingesteld. Dat kan alleen indien niet de landelijk werkende Wlz-uitvoerders maar de zorgkantoren verantwoordelijk worden gemaakt voor het verstrekken van de pgb's. In deze nota van wijziging worden daarom de zorgkantoren verantwoordelijk gemaakt voor de verstrekking van de pgb's voor alle verzekerden in hun regio, net zoals zij dat terzake van de administratie van de zorg voor alle verzekerden in hun regio zijn. Aangezien pgb's subsidies zijn in de zin van de Awb waarop titel 4.2 van de Awb van toepassing is wordt met het «verstrekken» van pgb's hetzelfde bedoeld als het «verstrekken» van subsidies in de Awb. Niet alleen het verlenen van pgb's valt er onder, maar ook het ter beschikking stellen van het geld (de Sociale verzekeringsbank zal overigens namens de budgethouder de betalingen ten laste van het pgb verrichten), de controle of aan de voorwaarden voor het budget wordt voldaan en of het budget goed besteed wordt, en de vaststelling van het budget.

Zoals hiervoor vermeld is het niet de bedoeling om in een geval waarin een regio het initieel voor een kalenderjaar vastgestelde subsidieplafond gedurende dat kalenderjaar bereikt, onverkort aan dat plafond vast te

houden en iedere nieuwe pgb-aanvraag die in deze regio binnenkomt op die grond te weigeren. Dreigt het pgb-plafond te worden bereikt, dan zal worden nagegaan of het mogelijk is om onbenutte financiële ruimte (binnen de eigen regio, van andere regio's of landelijk nog beschikbaar voor zover op landelijk niveau buiten de initiële verdeling gehouden) in te zetten.

4. Woningaanpassingen ook voor meerderjarigen op grond van de Wlz verzekerd

Tijdens de plenaire behandeling van het wetsvoorstel Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo 2015, Kamerstukken I 2013/14, 33 841, A) is door ondergetekende toegezegd dat woningaanpassingen ook voor meerderjarigen op grond van de Wlz vergoed kunnen worden. Dat wordt in deze nota van wijziging in het wetsvoorstel opgenomen, zij het om de in het volgende hoofdstuk genoemde redenen pas vanaf 1 januari 2016.

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

In de Wlz is geregeld dat de Wlz-uitvoerders verantwoordelijk worden voor de verstrekking van mobiliteitshulpmiddelen en woningaanpassingen. In 2015 is het voor zorgkantoren echter niet haalbaar deze taak voor Wlz-gerechtigden die thuis blijven wonen goed uit te voeren. Reden is dat nog niet alle informatie die nodig is om deze taak uit te voeren voorhanden is en zij hiermee nog geen ervaring hebben. Hetzelfde geldt voor de mobiliteitshulpmiddelen voor mensen die in een instelling wonen maar daar geen Wlz-behandeling ontvangen en voor de roerende woonvoorzieningen die, ter reparatie van een omissie, via deze nota van wijziging voor mensen die thuis wonen onder de dekking van de Wlz worden gebracht.

Om deze reden is besloten dat de gemeenten in 2015 dergelijke hulpmiddelen, woonvoorzieningen en woningaanpassingen voor de hierboven bedoelde verzekerden blijven vergoeden. Dit geschiedt op grond van de Wmo 2015. In de voorliggende nota van wijziging worden de Wlz-uitvoerders dientengevolge voor het jaar 2015 vrijgesteld van de taak om aan thuiswonende Wlz-gerechtigden hulpmiddelen, roerende woonvoorzieningen en vergoedingen voor woningaanpassingen te verstrekken. Daarnaast zal voor het jaar 2015 de regel in artikel 2.3.5, zesde lid, van de Wmo 2015, worden aangepast via de Invoeringswet Jeugdwet. Deze regel houdt in dat een gemeente een maatwerkvoorziening op grond van die wet mag weigeren als iemand een AWBZ- (of, nadat de Wlz in werking zal zijn getreden Wlz-)indicatie heeft. Geregeld wordt dat deze regel in 2015 niet geldt voor hulpmiddelen, roerende woonvoorzieningen en woningaanpassingen ten behoeve van mensen die thuis wonen. Ook wordt geregeld dat deze regel in 2015 ook niet geldt voor mobiliteitshulpmiddelen ten behoeve van mensen die in een instelling wonen maar daar geen AWBZ- (of, nadat de Wlz in werking zal zijn getreden Wlz-)behandeling ontvangen.

Afgesproken is dat de gegevens over de uitvoering van deze taken in 2015 gebruikt worden om uitvoering van deze taken in 2016 door Wlz-uitvoerder wel mogelijk te maken.

6. Wijzigingen in het overgangsrecht, budgetgaranties

6.1 Overgangsrecht voor verzekerden met een hoog zzp, budgetgarantie overbruggingszorg

In paragraaf 2.1 van deze toelichting is aangegeven dat het met voorliggende nota van wijziging structureel mogelijk wordt gemaakt om thuis zorg te ontvangen met een mpt. Dit pakket kan worden beschouwd als een opvolger van de onder de AWBZ bestaande mogelijkheid om een zzp om te zetten in «functies en klassen». Op grond van het overgangsrecht zoals dat al in het wetsvoorstel is geregeld, worden mensen die onder de AWBZ een indicatie hebben gehad voor een hoog zzp voor de Wlz beschouwd als mensen met een Wlz-indicatie. Dit betekent dat zij kunnen kiezen voor iedere leveringsvorm. Nu het mpt via deze nota van wijziging als leveringsvorm aan de Wlz wordt toegevoegd zullen zij, indien zij onder de AWBZ hun zorg thuis op grond van functies en klassen genoten, deze leveringsvorm (zij het in de toekomst onder de naam «mpt») kunnen continueren. Hiervoor is geen inhoudelijke aanpassing van het overgangsrecht nodig. Wel wordt geregeld dat de desbetreffende leveringsvorm gecontinueerd zal kunnen worden zonder dat het zorgkantoor – zoals voor «nieuwe gevallen» dient te gebeuren – de samenstelling van het mpt met de cliënt of zijn vertegenwoordiger bespreekt. Ook zal er per 1 januari 2015 niet expliciet door de Wlz-uitvoerder getoetst worden of het per die datum automatisch tot mpt omgezette pakket aan functies en klassen op verantwoorde en doelmatige wijze bij de cliënt thuis kan worden geleverd en of de samenstelling ervan wel tot verantwoorde of doelmatige zorg zal kunnen leiden. Dit laat uiteraard onverlet dat de voorwaarden voor het mpt van toepassing zijn, zodat het pakket kan worden beëindigd indien het volgens het zorgkantoor op enig moment niet meer verantwoord of doelmatig thuis kan worden verleend of indien de samenstelling niet meer tot verantwoorde of doelmatige zorg zal leiden.

In de memorie van toelichting bij het wetsvoorstel Wlz is aangegeven waarom het onder de Wlz niet mogelijk zal zijn om thuis met meer zorg dan in een regulier vpt of pgb (of, nu dat met deze nota van wijziging geïntroduceerd wordt, mpt) besloten ligt, een plaats in een voorkeursinstelling af te wachten. Op dit moment is dit wél mogelijk: verzekerden die met in functies en klassen uitgedrukte overbruggingszorg een plaats in hun voorkeursinstelling afwachten, kunnen gedurende maximaal drie maanden, te verlengen met nog eens drie maanden, recht hebben op overbruggingszorg ter hoogte van een bedrag dat niet gebaseerd is op het gemiddelde van de klassen (hetgeen leidt tot reguliere overbruggingszorg) maar dat gebaseerd is op het maximum van de klassen («overbruggingszorg met uitloop»). In uitzonderingsgevallen kan daarbovenop, als de cliënt het echt nodig heeft, ook nog extra zorg worden toegekend («overbruggingszorg met uitloop «plus»»). Indien de Wlz op 1 januari 2015 in werking treedt, zullen er derhalve cliënten zijn die met een dergelijk uitgebreide overbruggingszorg wachten op een plaats in hun voorkeursinstelling. Om te voorkomen dat hun zorg met ingang van laatstgenoemde datum terugvalt tot de reguliere overbruggingszorg, wordt in deze nota van wijziging voor deze groep een garantie geregeld: zij behouden hun overbruggingszorg met uitloop of met uitloop «plus» tot het moment waarop hun recht op deze zorg zou vervallen indien de Wlz niet in werking zou zijn getreden (of tot het moment waarop ze in een instelling gaan verblijven indien dat eerder ligt). Betrokkenen mochten er immers op rekenen dat zij met hun uitgebreide overbruggingszorg een plaats in hun voorkeursinstelling zouden kunnen afwachten. Aangezien cliënten onder de AWBZ maximaal zes maanden met overbruggingszorg met uitloop of overbruggingszorg met uitloop «plus» kunnen ontvangen,

zal de hier bedoelde garantie een beperkte werkingsduur kennen: op 1 juli 2015 kunnen er geen mensen meer zijn die ervoor in aanmerking komen.

Mocht de Wlz niet op 1 januari 2015 in werking kunnen treden en derhalve de AWBZ nog een jaar voortbestaan, dan zal met ingang van 2015 ook onder de AWBZ de mogelijkheid van het verkrijgen van overbruggingszorg met uitloop of overbruggingszorg met uitloop «plus» worden beëindigd. Ook in dat geval zal een garantie worden gegeven aan cliënten die op 1 januari 2015 reeds dergelijke zorg kregen.

6.2 Overgangsrecht voor verzekerden met een laag zzp

Verzekerden die onder de AWBZ een indicatie voor een zogenoemd «laag» zzp hebben gekregen, zouden (tenzij hun gezondheid inmiddels achteruit zou zijn gegaan) geen Wlz-indicatie hebben verkregen indien ze zich na de inwerkingtreding van de Wlz zouden hebben laten indiceren. De regering is echter van mening dat diegenen onder hen, die op de dag waarop de Wlz in werking treedt in een instelling verblijven, in die instelling moeten kunnen blijven wonen. Dit is reeds in het overgangsrecht van de Wlz geregeld, door betrokkenen gelijk te stellen met Wlz-geïndiceerden. Voor diegenen onder hen, die op de dag voorafgaande aan de inwerkingtreding van de Wlz met AWBZ-zorg thuis wonen, is in de Wlz een ander overgangsrecht opgenomen. Zij hebben een jaar de tijd om te kiezen voor verblijf in een Wlz-instelling of om uit de Wlz te gaan (en derhalve hun zorg, net als alle «nieuwe gevallen» die niet aan de indicatiecriteria van de Wlz voldoen, op grond van hun zorgverzekering, de Wmo 2015 of de Jeugdwet te verkrijgen). Zolang zij niet voor verblijf in een Wlz-instelling hebben gekozen en daar daadwerkelijk zijn gaan verblijven, hebben zij recht op voortzetting van hun AWBZ-aanspraken. Kiezen zij niet voor verblijf, dan kunnen ze natuurlijk vanaf het moment waarop zij die keuze hebben kenbaar gemaakt hun AWBZ-aanspraken laten stopzetten, maar dat kan ook pas na afloop van het jaar. Hebben zij na het jaar geen keuze gemaakt, dan eindigen hun aanspraken en zullen zij automatisch op hun zorgverzekering, de Wmo 2015 of de Jeugdwet zijn aangewezen. Met voorliggende nota van wijziging wordt hier geen wijziging in aangebracht.

Wel wordt aandacht gevraagd voor de situatie die zal ontstaan indien de Wlz niet op 1 januari 2015 in werking zal treden. In de brief van 27 juni 2014 is aangegeven dat ernaar wordt gestreefd dat de Wlz op laatstgenoemde datum in werking treedt, zonder dat dit kan worden gegarandeerd. Mocht dit niet slagen dan blijft de AWBZ in 2015 nog gelden. Mocht het daarop uitkomen en mocht de Wlz vervolgens op 1 januari 2016 alsnog in werking treden, dan zullen de mensen met lage zzp's sowieso heel 2015 hun AWBZ-aanspraken kunnen behouden. Het zou te ver gaan om deze mensen vervolgens ook 2016 te geven om, met behoud van hun AWBZ-aanspraken, voor verblijf in de Wlz of het uit de Wlz gaan te kiezen. Daarmee zouden hun rechten namelijk te veel gaan afwijken van die van mensen die na 31 december 2014 in een vergelijkbare gezondheidssituatie zouden zijn terechtgekomen (deze mensen hebben namelijk recht op zorg gefinancierd op grond van hun zorgverzekering, de Wmo 2015 of de Jeugdwet). Ook indien de AWBZ in 2015 nog bestaat, zal 2015 derhalve beschouwd worden als keuzejaar. Mensen die in 2015 een indicatiebesluit voor een laag zzp hebben of in 2015 nog krijgen, zal worden gevraagd om uiterlijk 1 januari 2016 te gaan verblijven in een Wlz-instelling. Degenen die dat niet doen, zullen met ingang van die datum automatisch aangewezen zijn op zorg vanuit hun zorgverzekering, de Wmo 2015 of de Jeugdwet. Het overgangsrecht voor cliënten met lage zzp's is in deze zin aangepast.

6.3 Overgangsrecht voor verzekerden die ggz-behandeling met verblijf nodig hebben

Met de eerste nota van wijziging op het wetsvoorstel Wlz (Kamerstukken II 2013/14, 33 891, nr. 10) is geregeld dat de zorg voor een verzekerde die voor een behandeling op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg (ggz) in een instelling verblijft, de eerste drie jaar voor rekening van zijn zorgverzekering komt. Daarna komt de zorg voor rekening van de Wlz. Als overgangsrecht was onder meer geregeld, dat mensen die op de datum waarop de Wlz in werking treedt minder dan 21 maanden voor rekening van de AWBZ voor behandeling in een ggz-instelling verblijven, hun zorg gedurende de eerste periode nog voor rekening van hun zorgverzekering zouden krijgen. Pas nadat zij in totaal drie jaar met behandeling in een ggz-instelling zouden hebben verbleven, zou hun zorg, indien deze nog nodig zou zijn, voor rekening van de Wlz komen.

Op 3 juli 2014 nam de Tweede Kamer een motie van de Kamerleden Dijkstra en Bergkamp aan (Kamerstukken II 2013/14, 29 689, nr. 525), waarin wordt verzocht om alle verzekerden van 18 jaar en ouder met een zzp B GGZ die op de datum van inwerkingtreding van de Wlz reeds ten laste van de AWBZ behandeling met verblijf in een ggz-instelling genieten, rechtstreeks over te laten gaan naar de Wlz. Aldus wordt voorkomen dat een aantal van deze verzekerden eerst een beroep moet doen op hun zorgverzekering (en daarmee te maken krijgen met andere uitvoeringsinstanties en andere eigen betalingen) en daarna, tenzij ze inmiddels uit de instelling ontslagen zouden zijn, op de Wlz (met uitvoeringsinstanties en eigen betalingen die sterk lijken op die van de AWBZ). Deze motie wordt met voorliggende nota van wijziging uitgevoerd.

6.4 Overgangsrecht voor verzekerden met veel extramurale zorg

Op dit moment zijn er AWBZ-cliënten met een indicatie voor extramurale zorg die onder de Wlz naar verwachting in aanmerking kunnen komen voor een Wlz-indicatie. Doen zij niets, dan zullen zij per 1 januari 2015 hun zorg verkrijgen op grond van hun zorgverzekering, de Wmo 2015 of de Jeugdwet (of een combinatie daarvan). Een aantal van hen heeft ten gevolge van stapeling van functies en klassen veel zorg of een hoog pgb. Dat zullen zij, nadat het voor hen in het kader van de overgang van de extramurale zorg geregelde overgangsrecht is uitgewerkt, mogelijk niet kunnen behouden. Bovendien is het niet uitgesloten dat de zorgverzekeraars of de gemeenten hen, nadat het overgangsrecht is uitgewerkt, verzoeken een Wlz-indicatie aan te vragen. Voor deze mensen kan het derhalve aantrekkelijker zijn om per 2015 al in de Wlz te komen.

Om dit te faciliteren is besloten dat verzekerden die in de betrokken groep vallen in 2014 zullen worden aangeschreven zodat zij een geïnformeerde keuze kunnen maken. Cliënten krijgen dan de mogelijkheid om hun indicatie voor extramurale AWBZ-zorg per 2015 door het CIZ om te laten zetten in een indicatie voor Wlz-zorg. Gezien de grote hoeveelheid wijzigingen die in het najaar van 2014 al op het CIZ afkomt, maar ook gezien het navolgende, zal deze omzetting in hoge mate een administratief karakter krijgen: van de verzekerde personen die zich voor 2015 melden en tot de doelgroep behoren zal de AWBZ-indicatie worden omgezet naar een Wlz-indicatie. Deze indicatie is geldig tot 1 januari 2016. Betrokkenen kunnen zich in 2015 melden voor een inhoudelijke indicatie voor de Wlz (doen zij dat niet, dan vervalt hun Wlz-indicatie met ingang van 1 januari 2016). Zij zullen dan een zorgprofiel krijgen dat op hun persoonlijke situatie is toegesneden. In voorliggende nota van wijziging wordt het overgangsrecht op de Wlz met het voorgaande uitgebreid.

De Wlz-indicatie van mensen die zorg in natura genoten zal zodanig zijn, dat zij in 2015 – gesteld dat hun persoonlijke situatie niet verandert – evenveel zorg kunnen blijven ontvangen als zij in 2014 kregen. Wat betreft personen die voor 2015 een pgb hadden en dat wensen te houden geldt het volgende. Een Wlz-indicatie voor verzekerden die tot 2015 wegens gestapelde functies en klassen een hoog pgb hadden, garandeert op zichzelf nog niet dat zij dit hoge budget kunnen behouden. Toepassing van de bij en krachtens het Blz te stellen reguliere regels voor de hoogte van het pgb zal naar verwachting namelijk leiden tot lagere pgb's. Om een plotselinge overgang naar zo'n lager pgb te voorkomen, wordt in voorliggende nota van wijziging voor hen een budgetgarantie tot 1 januari 2016 geregeld. Daarmee sluit het overgangsrecht aan op wat voor de betrokkenen zou gelden indien zij toch zouden besluiten hun zorg op grond van de Wmo 2015 of de Jeugdwet te betrekken.

Ten slotte wordt nog opgemerkt dat eenzelfde overgangssituatie als in deze paragraaf beschreven onder de AWBZ zal worden geregeld voor het geval de Wlz niet op 1 januari 2015 in werking treedt.

7. Tijdelijke subsidies voor zorginfrastructuur en kapitaallasten

7.1 Zorginfrastructuur

Een van de doelstellingen van de hervorming van de langdurige zorg is ervoor te zorgen dat mensen zo lang mogelijk thuis kunnen blijven wonen. Ook eerder was hier al aandacht voor. Sinds 2006 worden op grond van NZa-beleidsregels over de zorginfrastructuur vergoedingen verstrekt aan aanbieders van AWBZ-zorg die projecten opzetten waarmee verzekerden die AWBZ-zorg genieten zonder in een instelling te verblijven, hun zorg gemakkelijker kunnen genieten. De meest recente NZa-beleidsregel op grond waarvan deze vergoedingen worden verstrekt is de «Beleidsregel zorginfrastructuur» (CA-300-578). Ingevolge deze beleidsregel, die is gebaseerd op artikel 57, eerste lid, onderdelen b en c, van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg), kunnen kosten worden vergoed voor verbeteringen van de infrastructuur voor (het leveren van) de extramurale AWBZ-zorg. Het gaat hierbij om de kosten voor het verwerven of huren van ruimten waarin deze zorg kan worden verleend dan wel van waaruit deze zorg kan worden verleend of het aanbrengen van technologische voorzieningen voor het leveren van oproepbare of onplanbare zorg met een hoge frequentie. In concreto gaat het bijvoorbeeld om het in stand houden van wijksteunpunten (bouwkundige zorginfrastructuur) en om het aanleggen van systemen voor telefonie, beeldcommunicatie en deurcontroles in centrale woonvoorzieningen, wooncentra en solitaire woningen.

Zoals bekend zal de extramurale AWBZ-zorg met ingang van 2015 worden overgeheveld naar de zorgverzekeringen, de Wmo 2015 en, voor jeugdigen, naar de Jeugdwet. In dat verband is aan de zorgaanbieders en de zorgkantoren in juni 2013 meegedeeld dat de vergoeding voor projecten die na 1 juli 2013 zijn gestart met de levering van zorg of de (technische) ondersteuning van de levering van zorg, vanaf januari 2015 niet meer zouden worden ondersteund.

Besloten is om voor projecten die uiterlijk 1 juli 2013 in aanmerking kwamen voor een vergoeding als bedoeld in de Beleidsregel zorginfrastructuur tijdelijk, tot 1 januari 2018, een bijdrage te verlenen. Het is echter niet mogelijk om daartoe de Beleidsregel zorginfrastructuur te continueren, aangezien de Wmg, waarop de beleidsregel is gebaseerd, niet van toepassing is op maatschappelijke ondersteuning als bedoeld in de Wmo 2015 of op jeugdhulp in de zin van de Jeugdwet. Het is daarom niet meer mogelijk om aanbieders die zorg leveren die nu als (extramurale)

AWBZ-zorg wordt beschouwd maar straks tot de maatschappelijke ondersteuning of jeugdhulp behoort, de vergoeding met inachtneming van de Wmg-regels door te betalen. Om die reden is besloten om de vergoedingen de komende drie jaar te baseren op een afzonderlijke subsidieregeling, waarvoor de basis met voorliggende nota van wijziging in een nieuwe paragraaf 11.4 van de Wlz wordt opgenomen. Voor de subsidie wordt voor het jaar 2015 € 100 mln. geraamd, voor het jaar 2016 € 90 mln., en voor het jaar 2017 € 80 mln. De subsidie zal ten laste komen van het Fonds langdurige zorg (Flz). De NZa zal de Beleidsregel zorginfrastructuur met ingang van 1 januari 2015 intrekken. Voor het geval de AWBZ in 2015 nog geldt, zal voor dat jaar via de Invoeringswet Jeugdwet een gelijkkluidend artikel in de AWBZ worden opgenomen.

Ten slotte wordt opgemerkt dat het voorgaande geenszins wil zeggen dat gemeenten, zorgverzekeraars en (voor zover verzekerden die een vpt, mpt of pgb genieten) Wlz-uitvoerders en zorgkantoren, alsmede degenen die de door hen gefinancierde zorg, maatschappelijke ondersteuning of jeugdhulp leveren, niet meer hun best zouden hoeven te doen om de infrastructuur voor de verlening van de extramurale zorg te verbeteren en daartoe nieuwe projecten op te zetten. Mede gezien de doelstellingen van de hervorming van de langdurige zorg dienen zij zich daar uiteraard op te (blijven) richten. De financiering van dergelijke verbeteringen aan de infrastructuur zullen echter niet ten laste van de nieuwe subsidieregeling, die louter is bedoeld voor het creëren van een «zachte landing» voor op 1 juli 2013 bestaande projecten, kunnen worden gebracht. Ondergetekende bereidt een brief aan uw Kamer voor waarin het kabinetsbeleid ter zake van dergelijke nieuwe projecten uiteen wordt gezet.

7.2 Kapitaallasten

Tot 1 januari 2012 ontvingen instellingen die intramurale AWBZ-zorg verleenden een vergoeding voor hun kapitaallasten die onafhankelijk was van de hoeveelheid zorg die zij verleenden. Aangezien de regering over wenste te gaan op een systeem waarin deze instellingen hun kapitaallasten zelf, door middel van het verlenen van zorg, bij elkaar zouden verdienen, is op 1 januari 2012 voor AWBZ-zorg een nieuw systeem voor de vergoeding van kapitaallasten ingevoerd. Hiertoe werd aan alle zzp-tarieven een «normatieve huisvestingscomponent» (nhc) toegevoegd. Nieuwe instellingen konden het toepasselijke zzp-tarief, inclusief de nhc, declareren en aldus hun kapitaallasten bij elkaar verdienen. Voor de ggz die op grond van de zorgverzekeringen werd gefinancierd (het eerste jaar intramurale ggz) werd met ingang van 1 januari 2013 overgestapt op dit nieuwe systeem (waarbij de nhc's gekoppeld werden aan de betreffende diagnosebehandelingcombinaties, oftewel dbc's).

Voor instellingen die voor 1 januari 2008 (ggz) respectievelijk 1 januari 2012 (rest) reeds de bovenbedoelde intramurale zorg verleenden, is een overgangssystematiek ingericht. Deze geldt met ingang van 1 januari 2012 voor vanuit de AWBZ gefinancierde intramurale zorg en vanaf 1 januari 2013 ook voor op grond van de zorgverzekeringen gefinancierde intramurale ggz. Deze overgangssystematiek komt er op neer dat de bestaande kapitaallastenbudgetgaranties van instellingen gedurende de periode van 1 januari 2012 tot 1 januari 2018 gefaseerd worden afgebouwd, terwijl zij tegelijkertijd in diezelfde periode recht hebben op een elk jaar toenemend percentage van het door de NZa vastgestelde nhc-tarief (per gedeclareerde zzp, respectievelijk gedeclareerde dbc). Voor de jaren 2015, 2016 respectievelijk 2017 bedraagt de budgetgarantie 50, 30 respectievelijk 15% van het kapitaallastenbudget dat met toepassing van de door de NZa in jaarlijkse beleidsregels neergelegde systematiek wordt berekend, terwijl men aan de andere kant per gedeclareerde zzp of dbc recht heeft op 50, 70 respectievelijk 85% van het betreffende nhc-tarief.

Een en ander is door de NZa geregeld in beleidsregels die hun grondslag vinden in de Wmg. De meest recente beleidsregels op dit punt zijn te vinden onder de nummers CA-300-594 en CA-300-604; dit zijn opvolgers van beleidsregel CA-300-473 die vanaf 1 januari 2011 gold; voor de vanuit de Zvw gefinancierde ggz is de meest recente, van toepassing zijnde beleidsregel te vinden onder nummer BR/CU-5092.

Voor bovengenoemde zorgaanbieders gold voorts op grond van beleidsregel CA-300-493 een compensatie van in die beleidsregel opgesomde vaste activa.

Met ingang van 1 januari 2015 zal bepaalde intramurale AWBZ-zorg worden overgeheveld naar de Wmo 2015 en de Jeugdwet. Aangezien de Wmg niet geldt voor maatschappelijke ondersteuning als bedoeld in de Wmo 2015 of voor jeugdhulp als bedoeld in de Jeugdwet, is het niet mogelijk de huidige overgangsregelingen voor instellingen die voor 1 januari 2012 intramurale AWBZ-zorg verleenden en na 1 januari 2015 maatschappelijke ondersteuning of jeugdhulp verlenen, ongewijzigd voor te zetten. Hetzelfde geldt voor de compensatie van eerderbedoelde vaste activa. Om de desbetreffende instellingen daarvoor te compenseren, is in voorliggende nota van wijziging een artikel 11.4.2 Wlz opgenomen op grond waarvan de NZa bijdragen kan verstrekken. Deze bijdragen kunnen ook worden verstrekt indien de instelling onder de Wmo 2015 of de Jeugdwet de zorg zonder verblijf zal gaan verstrekken. Voor het geval de AWBZ in 2015 nog geldt, zal voor dat jaar via de Invoeringswet Jeugdwet een gelijkkluidend artikel in de AWBZ worden opgenomen.

Er gaat ook intramurale AWBZ-zorg over naar de Zvw. Het betreft hier met name het tweede en derde jaar van de intramurale ggz. Aangezien de Wmg wel van toepassing is op zorg als bedoeld in de Zvw en de beleidsregels BR/CU-5092 en CA-300-493 van toepassing zijn op de vanuit de zorgverzekeringen gefinancierde ggz, kunnen de vergoedingen voor kapitaallasten en de compensatie van de in laatstgenoemde beleidsregel bedoelde kosten van vaste activa voor deze instellingen op grond van laatstgenoemde beleidsregel door worden gefinancierd. Er zal hiervoor verder geen subsidie op basis van artikel 11.4.2 Wlz worden verstrekt.

Er zullen instellingen zijn die zorg verlenen die op grond van meerdere regimes wordt gefinancierd. Het belangrijkste voorbeeld betreft de intramurale ggz. Deze wordt voor jeugdigen op grond van de Jeugdwet gefinancierd, en voor volwassenen de eerste drie jaar op grond van hun zorgverzekering en daarna op grond van de Wlz. In dit geval zal de instelling die voor 1 januari 2008 al een budget kapitaallasten toegekend en een compensatie vaste activa had gekregen, een deel van zijn vergoedingen (namelijk een deel dat overeenstemt met de zorg die op grond van de zorgverzekeringen en de Wlz wordt gefinancierd) krijgen op grond van de betreffende NZa-beleidsregels en een deel op grond van de in artikel 11.4.2 Wlz bedoelde subsidieregeling (namelijk het deel dat overeenstemt met de intramurale ggz die aan jeugdigen wordt gegeven en vanuit de AWBZ is overgeheveld).

Naar verwachting is met de hier bedoelde subsidie in 2015 € 100 mln. gemoeid, in 2016 € 60 mln. en in 2017 € 30 mln. Dekking hiervan was reeds voorzien binnen het beschikbare kader.

Artikelsgewijs

A

Het begrip «inspecteur of ontvanger» wordt ingevoegd in de opsomming van begripsbepalingen in artikel 1.1.1. De inspecteur is de functionaris van de Belastingdienst die als zodanig in de Uitvoeringsre-

geling Belastingdienst 2003 is aangewezen. Op grond van artikel 21b, tweede lid, van de Algemene wet inzake rijksbelastingen is de inspecteur belast met de uitvoering van de basisregistratie inkomen. In die basisregistratie zijn de inkomensgegevens opgenomen die kunnen worden gebruikt voor de berekening van de eigen bijdragen.

Zoals in het algemeen deel van deze toelichting is aangegeven, zullen met voorliggende nota van wijziging de zorgkantoren worden belast met de verstrekking van het pgb alsmede met de controle van het gebruik ervan. Tot nog toe is er in de Wlz van uitgegaan dat de krachtens artikel 4.2.3, tweede lid, door Onze Minister per regio aan te wijzen Wlz-uitvoerder pas zorgkantoor genoemd wordt nadat de overige Wlz-uitvoerders voor hun verzekerden die in de desbetreffende regio wonen, hun taken aan de aangewezen Wlz-uitvoerder zouden hebben uitbesteed. Bij nader inzien is dat onnodig ingewikkeld en draagt het ook niet bij aan de transparantie. Daarom wordt in deze nota van wijziging voorgesteld om de voor een regio aan te wijzen Wlz-uitvoerder in de Wlz al direct «het zorgkantoor» (in plaats van het ingewikkelde «de op grond van artikel 4.2.3, tweede lid, aangewezen Wlz-uitvoerder») te noemen.

E

Mensen met gemoedsbezwaren tegen de Wlz zijn wel van rechtswege verzekerd, maar kunnen door de SVB op hun verzoek worden vrijgesteld van de uit de Wlz voortvloeiende verplichtingen (zie artikel 64 van de Wet financiering sociale verzekeringen (Wfsv)). Het vierde lid van artikel 2.2.1 Wlz bepaalt dat deze gemoedsbezwaren worden ingeschreven bij de Wlz-uitvoerder die in hun regio als zorgkantoor werkzaam is. Het vierde lid regelde voorts de inschrijving van gemoedsbezwaarden voor het geval voor hun woonplaats geen zorgkantoor aangewezen zou zijn. Deze «terugvaloptie» kan vervallen, nu de Wlz, getuige ook de redactie van artikel 4.2.3, tweede lid, ervan uitgaat dat telkens voor iedere regio een Wlz-uitvoerder wordt aangewezen die als zorgkantoor zal werken.

F

artikel 3.1.1, eerste lid, onderdeel a

Langdurig (her)gebruik van roerende woonvoorzieningen (bijv. tilliften, postoeien e.d.) viel ten onrechte niet onder het op grond van de Wlz verzekerde pakket. Dat gebeurt met voorliggende wijziging alsnog. Met dit onderdeel wordt het eerste lid, onderdeel a, van artikel 3.1.1 zo gewijzigd dat het verblijf in een instelling mede roerende woonvoorzieningen omvat. Hiermee zijn roerende woonvoorzieningen voor Wlz-cliënten een verzekerd recht ingevolge de Wlz. Voor cliënten die niet in een instelling verblijven, zullen de roerende woonvoorzieningen in 2015 overigens nog op grond van de Wmo 2015 gefinancierd worden (zie ook de toelichting op onderdeel LL). Daarna behoren de roerende woonvoorzieningen geheel tot het op grond van de Wlz verzekerde pakket.

artikel 3.1.1, eerste lid, onderdeel g

Aan het verzekerde pakket wordt logeeropvang ter ontlasting van mantelzorgers toegevoegd. In het Blz zal, conform reeds in dat besluit voor het persoonsgebonden budget is geregeld, worden bepaald dat deze logeeropvang maximaal twee etmalen per week mag duren en dat deze slechts bij door de Wlz-uitvoerder gecontracteerde zorginstellingen mag worden genoten. Door te regelen dat logeeropvang slechts mogelijk is ter ontlasting van mantelzorgers, wordt bereikt dat verzekerden die in een instelling verblijven (in de zin van onderdeel a, dat wil in wezen zeggen: in

een instelling wonen) niet in een andere instelling kunnen gaan logeren. De logeeropvang is dan ook slechts bedoeld voor verzekerden met een vpt, mpt of pgb. De logeeropvang in een instelling omvat ook het verstrekken van eten en drinken, het schoonhouden van de logeerruimte en andere ruimten waarvan de verzekerde tijdens zijn logeerverblijf gebruik maakt en het gebruik van roerende voorzieningen als bedoeld in onderdeel a, onder 3°, van artikel 3.1.1, eerste lid.

G

Tijdens de plenaire behandeling van het wetsvoorstel Wmo 2015 in de Tweede Kamer heb ik toegezegd dat op grond van de Wlz ook woningaanpassingen voor verzekerden van achttien jaar of ouder vergoed zullen kunnen worden indien de verzekerde de Wlz-zorg thuis zal krijgen. Deze toezegging doe ik met het nieuwe artikel 3.1.3, eerste lid, gestand. Voorts expliciteer ik in het nieuwe onderdeel a dat iemand die in een kleinschalig wooninitiatief woont (of dit kleinschalig wooninitiatief nu voor de toepassing van de Wet toelating zorginstellingen als instelling is beschouwd of niet) niet in aanmerking komt voor een vergoeding van een woningaanpassing.

H

De eerste wijziging van artikel 3.2.1 is slechts een redactionele wijziging waarmee beoogd wordt het eerste lid van dat artikel taalkundig beter te laten lopen. De wijziging laat derhalve onverlet dat de verzekerde naar aard, inhoud en omvang redelijkerwijs op de zorg moet zijn aangewezen (en daarnaast moet de zorg ook uit het oogpunt van doelmatige zorgverlening redelijkerwijs zijn aangewezen).

De derde wijziging snijdt de werking van het derde lid, zoals in de memorie van toelichting staat maar niet in het artikellid was opgenomen, allereerst toe op licht verstandelijk gehandicapten met gedragsproblemen. Daarnaast wordt door middel van een nieuw onderdeel b toegevoegd dat meerderjarige licht verstandelijk gehandicapten met gedragsproblemen die op grond van de Jeugdwet een behandeltraject met verblijf zijn begonnen, dit nadat zij meerderjarig zijn geworden voor rekening van de Wlz mogen afmaken. Het gaat hier met name om verzekerden met een zorgzwaarteprofiel LVG 1 of LVG 2. Niet alleen zal de Wlz-zorg die deze verzekerden nodig hebben slechts tijdelijk zijn, maar ook hebben zij doorgaans geen behoefte aan permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid. Om die reden volstond hetgeen in het oorspronkelijke derde lid (waarmee alleen af kon worden geweken van het indicatiever-eiste dat er een blijvende behoefte aan zorg moet zijn) niet. Het is aan de behandelaar onder wie het traject onder de Jeugdwet is begonnen, om te besluiten of dit nadat betrokkene meerderjarig is geworden kan worden voortgezet. Het CIZ verricht op dit punt derhalve geen inhoudelijke beoordeling. Wel zal het CIZ op grond van artikel 3.2.2 een indicatiebesluit moeten afgeven. In het Blz zal worden geregeld dat het indicatiebesluit voor deze groep zo lang is als het afmaken van de behandeling duurt, maar maximaal drie jaar.

Op basis van nader onderzoek zal worden gezien of de zorg voor de groep jongeren die vallen onder deze bepaling en die niet aan de toegangscriteria van de Wlz voldoen, op termijn beter in een ander domein kan worden ondergebracht.

I

Artikel 3.2.4, eerste lid, biedt een grondslag om bij of krachtens algemene maatregel van bestuur te bepalen dat het recht op zorg mede afhankelijk kan worden gesteld van een te betalen eigen bijdrage. Door middel van de nieuwe tweede volzin van het eerste lid wordt verduidelijkt dat de eigen bijdrage kan verschillen naar gelang de leveringsvorm waarmee de zorg wordt afgenomen. Hiermee wordt aangesloten bij de AWBZ-praktijk. In het Blz zullen regels worden opgenomen over de eigen bijdragen Wlz.

Artikel 3.2.4, eerste lid, tweede volzin, bepaalt tevens dat de eigen bijdrage afhankelijk kan zijn van het inkomen en vermogen van de verzekerde en zijn echtgenoot. Aan het artikel wordt een nieuw tweede lid toegevoegd waarmee een grondslag wordt gecreëerd om bij of krachtens algemene maatregel van bestuur te bepalen op welke wijze het voor de berekening van de eigen bijdragen relevante inkomen en vermogen worden bepaald. In het Blz zal dit worden uitgewerkt. Daarbij zal onder meer wordt verduidelijkt dat de eigen bijdragen worden vastgesteld met gebruikmaking van het inkomensgegeven uit de Basisregistratie Inkomens.

J

Net als onder de AWBZ zullen militairen in werkelijke dienst geen recht op Wlz-zorg hebben. Zij krijgen hun zorg namelijk van de Militair Geneeskundige Dienst. Zij zijn echter wel AWBZ-verzekerd en zullen, na inwerkingtreding van de Wlz, Wlz-verzekerd zijn. In artikel 7, derde en vierde lid, van de AWBZ was daarom geregeld dat het Zorginstituut volgens bij algemene maatregel van bestuur te stellen regels ten laste van het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten een uitkering aan de Minister van Defensie doet en dat bij of krachtens algemene maatregel van bestuur verdere regels konden worden gesteld. De essentie van deze bepalingen is overgenomen in het tweede lid van artikel 3.2.7 Wlz. Inmiddels is echter gebleken dat de uitkering waarvan artikel 7, derde lid, AWBZ spreekt, al een aantal jaren niet meer verstrekt is, en dat de mogelijkheid om nadere regels te stellen niet gebruikt is. Omdat op dit moment nog niet zeker is dat de hier bedoelde uitkering nooit meer zal hoeven te worden verstrekt, wordt de verplichting om een uitkering te verstrekken gewijzigd in de mogelijkheid om deze te verstrekken. Daarnaast wordt de mogelijkheid tot het bij of krachtens algemene maatregel van bestuur stellen van nadere regels, nu deze mogelijkheid in de praktijk niet is gebruikt en naar verwachting ook in de toekomst niet gebruikt zal hoeven te worden, geschrapt.

K

artikel 3.3.2, eerste lid

Een cliënt die voor de Wlz geïndiceerd wordt kan kiezen voor verblijf in een instelling, voor het in naam van de Wlz-uitvoerder thuis geleverd krijgen van zorg of voor een geldbedrag waarmee hij zelf zorg inkoop. Tot nog toe impliceerde de tweede leveringsvorm dat de verzekerde een vpt afnam. Zoals in paragraaf 2 van de algemene toelichting wordt aangegeven, wordt met voorliggende nota van wijziging de mogelijkheid geïntroduceerd om thuis geen integraal, volledig pakket aan zorg te ontvangen, maar om in plaats daarvan zorgmodules te ontvangen. Omdat het ook hier gaat om thuis in natura te verlenen zorg, wordt dit zogenoemde «mpt» toegevoegd aan artikel 3.3.2 Wlz, waarin het vpt geregeld is.

Daartoe wordt dat artikel herschreven. Geëxpliciteerd wordt nu (in het eerste lid, onderdeel a) dat het vpt een integraal, volledig pakket thuis betreft, dat wordt geleverd door of namens één zorgaanbieder. Wordt het pakket namens een zorgaanbieder geleverd, dan betekent dat dat de zorgaanbieder andere zorgaanbieders in kan schakelen om delen van de benodigde zorg te leveren, maar dat hij verantwoordelijk blijft indien er iets mis gaat. Het feit dat de verantwoordelijkheid voor de zorg die in het kader van het vpt wordt geleverd bij één zorgaanbieder ligt, brengt met zich dat een cliënt met een vpt net als een cliënt die in een instelling verblijft, recht heeft op de in hoofdstuk 8 van de Wlz geregelde zorgplanbesprekingen en het daaruit voortvloeiende zorgplan.

Naast het vpt komt in onderdeel b het mpt, waarop in paragraaf 2 van het algemeen deel van deze toelichting al uitvoerig op is ingegaan.

Ten slotte wordt er nog op gewezen dat in de aanhef van het eerste lid nu staat dat een vpt of mpt kan worden verleend aan een verzekerde die niet in een instelling verblijft. Dit laat onverlet dat een verzekerde binnen het vpt of mpt logeeropvang ontvangt.

artikel 3.3.2, tweede lid

Een vpt of mpt kan alle tot het op grond van de Wlz verzekerde zorg bevatten, met uitzondering, uiteraard, van het verblijf zelf (want degene die thuis wil blijven wonen ziet daar per definitie van af) en van de zogenoemde «algemeen medische zorg» van artikel 3.1.1, eerste lid, onderdeel d. Die zorg is namelijk ingevolge dat onderdeel slechts verzekerd voor mensen die in een instelling verblijven, en dan nog alleen indien zij in die instelling ook Wlz-specifieke behandeling ontvangen en de algemene behandeling door of namens de verblijfinstelling wordt verleend. Overigens was dit ook al geregeld in het oorspronkelijke artikel 3.3.2.

artikel 3.3.2, derde lid

Dit lid regelt dat de Wlz-uitvoerder het vpt of mpt slechts toekent indien de daarin besloten liggende zorg op verantwoorde en doelmatige wijze thuis kan worden verleend.

artikel 3.3.2, vierde lid

Onderdeel a bepaalt dat de Wlz-uitvoerder een mpt weigert indien de verzekerde of zijn vertegenwoordiger dit zodanig wenst in te vullen, dat de totale zorg die de verzekerde nodig heeft niet verantwoord of doelmatig verleend zal kunnen worden. Indien de verzekerde ook een pgb heeft aangevraagd, kijkt het zorgkantoor derhalve of de combinatie van het mpt en de zelf met het pgb door de verzekerde in te kopen zorg (zoals omschreven in het budgetplan dat bij de aanvraag van een pgb moet worden overgelegd) zal leiden tot verantwoorde en doelmatig zorg.

Onderdeel b bepaalt dat de hoogte van het mpt of de combinatie van het mpt en het pgb niet duurder mag zijn dan het pgb dat iemand zou worden verstrekt indien hij voor louter het pgb zou hebben gekozen. Op een pgb kan een toeslag worden verleend indien iemand meer zorg nodig heeft dan tot het zorgprofiel behoort («meerzorgregeling»). Het CCE toetst aanvragen daarvoor. Aangezien het mpt maximaal even hoog kan zijn als het pgb, kan ook bij het mpt, mits ook hier het CCE positief adviseert, sprake zijn van een toeslag voor meerzorg.

artikel 3.3.2, vijfde lid

Voor het vpt zal de NZa op grond van de Wmg de tarieven van het vpt vaststellen. Deze zullen worden afgeleid van de zvp-tarieven. Zoals uit het vierde lid blijkt, is de hoogte van het mpt maximaal gelijk aan die van het pgb dat iemand zou kunnen hebben gekregen als hij slechts een pgb had aangevraagd. Daarmee is een algemene norm gegeven, die past bij het feit dat mpt en pgb gecombineerd mogen worden en dat binnen beide leveringsvormen geschoven kan worden tussen de geïndiceerde vormen van zorg. Het vijfde lid bevat desondanks de mogelijkheid om de kosten van de modules binnen het modulair pakket te maximaliseren. Voor het jaar 2015 zal hier geen gebruik van worden gemaakt, maar het is mogelijk dat uit het in het algemene deel van deze toelichting aangekondigde onderzoek dat de NZa op mijn verzoek zal verrichten, de noodzaak blijkt om een of meerdere modules na 2015 van een maximum te voorzien. Voorts geeft het vijfde lid nog de mogelijkheid om bij of krachtens algemene maatregel van bestuur aanvullende regels te stellen.

L

artikel 3.3.3, eerste lid

Met artikel 3.3.3 van het wetsvoorstel Wlz wordt het pgb verankerd op niveau van de formele wet. Dit onderdeel wijzigt dat artikel onder meer om technische verbeteringen aan te brengen. Waar in het artikel de Wlz-uitvoerder als uitvoerder van het pgb was genoemd, is het artikel zo aangepast dat de zorgkantoren worden genoemd. Zoals in het algemene deel van deze toelichting is aangegeven, zullen zij immers op grond van de wet direct verantwoordelijk zijn voor de verstrekking van het pgb (jegens alle verzekerden die in hun regio wonen).

Het eerste lid wordt zo aangepast dat een verzekerde die met een pgb buiten een instelling blijft wonen, afziet van het onderdeel «recht op eten en drinken» binnen de verblijfszorg (artikel 3.1.1, eerste lid, onder 1°). Daarnaast kan hij voor de huishoudelijke verzorging (artikel 3.1.1, eerste lid, onder 2°) en logeeropvang (artikel 3.1.1, eerste lid, onderdeel g) een pgb ontvangen. Ten slotte ziet hij niet af van het recht op het (her)gebruiken van roerende woonvoorzieningen (artikel 3.1.1, eerste lid, onder 3°), maar deze roerende woonvoorzieningen kan hij, net als overigens Wlz-specifieke behandeling en het individuele gebruik van mobiliteitshulpmiddelen (artikel 3.1.1, eerste lid, onderdelen c en e), slechts in natura verkrijgen.

Voor het jaar 2015 geldt overigens dat de roerende voorzieningen, net als woningaanpassingen en mobiliteitshulpmiddelen, niet vanuit de Wlz worden geleverd aan verzekerde die buiten een instelling zorg ontvangen. Zij krijgen deze voorzieningen in 2015 op grond van de Wmo 2015. Het voorstel hiertoe is opgenomen in het wetsvoorstel voor de Invoeringswet van de Jeugdwet.

Daarnaast is in het eerste lid een kleine wijziging aangebracht om duidelijker te maken dat een pgb met een mpt kan worden gecombineerd. Dit is gebeurd door niet te regelen dat iemand met een pgb zelf betalingen doet voor de zorg, «bedoeld in artikel 3.1.1, eerste lid, onderdelen b, f en g, en voor huishoudelijke zorg», maar voor zorg als bedoeld in artikel 3.1.1, eerste lid, onderdelen a, onder 2°, b, f of g (waarbij de verwijzing naar artikel 3.1.1, eerste lid, onderdelen a, onder 2°, ziet op de huishoudelijke verzorging). Een verzekerde kan er derhalve bijvoorbeeld voor kiezen om voor zijn huishoudelijke verzorging en voor zijn vervoer

een pgb te ontvangen, en zijn persoonlijke verzorging, begeleiding en verpleging met een mpt in natura te ontvangen.

artikel 3.3.3, derde lid, onderdeel d

Het uitgangspunt van het persoonsgebonden budget is dat de verzekerde in staat is zelf regie te voeren over de zorg. Dat wil zeggen dat van de verzekerde vereist kan worden dat de aan het persoonsgebonden budget verbonden taken en verplichtingen op een verantwoorde wijze worden uitgevoerd en dat de door hem verkozen zorgaanbieders en mantelzorgers op zodanige wijze worden aangestuurd en hun werkzaamheden op elkaar afgestemd, dat sprake is of zal zijn van verantwoorde zorg. Als de verzekerde niet in staat is om op eigen kracht deze regie over de door hem met het persoonsgebonden budget in te kopen zorg te voeren, dan mag de verzekerde daarvoor de hulp inroepen van een vertegenwoordiger. Gezien de aard en zwaarte van de zorgvraag zullen verzekerden onder de Wet langdurige zorg vaak de eigen regie niet waar kunnen maken en de hulp van een vertegenwoordiger nodig hebben. Bovendien gaat het bij deze verzekerden ook om een groep die relatief kwetsbaar is voor misbruik. Het voorgestelde onderdeel geeft daarom de mogelijkheid om bij of krachtens algemene maatregel van bestuur beperkingen te stellen aan de kring van vertegenwoordigers die verzekerden behulpzaam mogen zijn. Die regels kunnen ook eisen of voorwaarden inhouden waaraan een vertegenwoordiger moet voldoen, mits het gaat om regels die gesteld worden met het oog op de in onderdeel d genoemde belangen.

Krachtens dit artikelonderdeel te stellen beperkingen aan de kring van vertegenwoordigers kunnen derhalve uit twee gronden voortvloeien. Ten eerste vanuit het belang dat de hulp van een vertegenwoordiger, gewaarborgde hulp is. Ten tweede vanuit het belang van bescherming van de verzekerde.

Het belang van gewaarborgde hulp houdt in dat de vertegenwoordiger instaat voor het nakomen van bepaalde verplichtingen die aan het pgb zijn verbonden. Het is inherent aan de verplichtingen die voor verzekerden zijn verbonden aan het persoonsgebonden budget, dat eisen kunnen worden gesteld aan de integriteit van de derde. Zo zal een vertegenwoordiger die een verzekerde behulpzaam wil zijn, moeten kunnen instaan voor de verplichtingen omtrent de kwaliteit van de zorg (art. 3.3.3, tweede lid, onderdeel a: «voorzien in toereikende zorg van goede kwaliteit»), de financiële verantwoording (op grond van de subsidietitel van de Awb en de aan het budget verbonden verplichtingen als bedoeld in art. 3.3.3, tweede lid, onderdeel b) en de keuze van de zorgverlener (art. 3.3.3, tweede lid, onderdeel c, waar het gaat om vrij gekozen zorgaanbieders). Dat dergelijke waarborgen bij de hulp van een vertegenwoordiger zijn vereist, is reeds tot uitdrukking gebracht in CRvB 31 juli 2013, ECLI:NL:CRVB:2013:1375. Bij het ontbreken van dergelijke waarborgen kan derhalve op basis van het tweede lid van artikel 3.3.3 een persoonsgebonden budget in dat geval worden geweigerd. Dat zal telkens een beoordeling en deugdelijke motivering vergen van zorgkantoor dat bevoegd is te beslissen op de aanvraag.

Behalve uit het belang van gewaarborgde hulp kunnen beperkingen aan de kring van vertegenwoordigers ook voortvloeien uit het bredere belang van de bescherming van de verzekerde tegen misbruik of fraude. De Wet bevordering integriteitsbeoordelingen door het openbaar bestuur (Wet Bibob) biedt nu reeds grondslagen om over te gaan tot weigering van een aanvraag om een persoonsgebonden budget, bijvoorbeeld indien ernstig gevaar bestaat dat het pgb (wat een subsidie is in de zin van de Wet

Bibob) zal worden gebruikt om strafbare feiten te plegen. Toepassing van deze mogelijkheid door het bevoegde zorgkantoor is thans in de praktijk nog weinig aan de orde, vermoedelijk vanwege onbekendheid met die mogelijkheid. Het ligt in de rede dat met deze mogelijkheid ervaring zal worden opgedaan, alvorens nadere regels kunnen worden gesteld die in het verlengde daarvan liggen. Zorgkantoren kunnen bij de toepassing advies inwinnen van het Landelijk Bureau Bibob.

Het voorgestelde onderdeel d biedt allereerst de mogelijkheid om de hierboven genoemde waarborgen nader te concretiseren en om onder het tweede lid te vormen jurisprudentie te codificeren, door in het belang van deze gewaarborgde hulp bestuur beperkingen te stellen aan de kring van vertegenwoordigers. Of, en zo ja welke waarborgen deze uitwerking behoeven, zal nader worden verkend, mede aan de hand van de ervaringen bij de toepassing van het tweede lid in de praktijk. Gedacht kan evenwel worden aan het uitsluiten van vertegenwoordigers die een zodanige betrokkenheid of financieel belang hebben bij een bepaalde zorgaanbieder, dat gevreesd moet worden dat zij de verzekerde niet een vrije en verantwoorde keuze van zorgaanbieders zal laten.

De hier voorgestelde mogelijkheid om in het belang van de bescherming van de verzekerde bij of krachtens algemene maatregel van bestuur beperkingen aan de kring van vertegenwoordigers te stellen, geeft bovendien de mogelijkheid om op persoonsgebonden budgetten toegesneden regels te stellen, waarbij complexere verhoudingen spelen dan voor subsidies gebruikelijk hoeven te zijn.

Opgemerkt moet worden dat het bij de op grond van dit artikelonderdeel te formuleren regels telkens gaat om algemene regels waarmee beperkingen worden gesteld aan de kring van vertegenwoordigers, met als gevolg dat het inschakelen van een dergelijke vertegenwoordiger door een verzekerde kan leiden tot weigering van de aanvraag om een persoonsgebonden budget. Voor de goede orde wordt opgemerkt dat het in dit onderdeel dus gaat om beperkingen voor bepaalde categorieën van vertegenwoordigers en niet om het regelen van een zwarte lijst van individueel uitgesloten vertegenwoordigers.

Voorts zullen de regels die op grond van dit artikelonderdeel tot stand komen ook relevant kunnen zijn voor het toepassen door zorgkantoren van artikel 2:2, eerste lid, van de Awb. Op grond van dat artikellid kan, terughoudend, door een zorgkantoor in het verkeer met de verzekerde (en dus ook in de besluitvorming over de aanvraag en de uitvoering van de beslissing daarvan) een concrete vertegenwoordiger waartegen ernstige bezwaren bestaan worden geweigerd, bijvoorbeeld wanneer sprake is van ernstige en evidente ondeskundigheid. In dat geval kan de beslissing op de aanvraag van een persoonsgebonden budget worden opgeschort om de verzekerde de gelegenheid te geven zich van een andere vertegenwoordiger te voorzien, tegen wie geen bezwaren bestaan. Voor de geweigerde vertegenwoordiger staat vervolgens tegen die weigering van vertegenwoordiging de normale rechtsgang van bezwaar en beroep open volgens de regels van de Awb. Het voorgestelde artikelonderdeel biedt een grondslag om algemene regels te formuleren die meebrengen dat tegen de vertegenwoordigers die onder de beperking vallen ernstige bezwaren bestaan.

N

Op grond van het wetsvoorstel Wlz zoals dat bij het parlement is ingediend, hebben zowel de Wlz-uitvoerder als de NZa de taak om na te gaan of de personen die het dagelijks beleid van de Wlz-uitvoerder (mede) bepalen geschikt en betrouwbaar zijn. Aan de Wlz-uitvoerder wordt in dat

wetsvoorstel die taak rechtstreeks opgedragen in artikel 4.1.1, vijfde lid, Wlz, en aan de NZa impliciet in artikel 4.1.1, zesde lid, Wlz in combinatie met het in artikel 12.1.1, onderdeel H, voorgestelde artikel 31a Wmg. Bij nader inzien acht ik het onwenselijk om zowel de Wlz-uitvoerder als de NZa met de hier bedoelde toetsen te belasten. Ik vind het de verantwoordelijkheid van de Wlz-uitvoerder om bestuurders aan te trekken die geschikt en betrouwbaar zijn. Van zorgaanbieders wordt hetzelfde verwacht, zonder dat daar een expliciete toets van de NZa op geschiedt. Bij beide, zorgaanbieders en Wlz-uitvoerders, mag men er op vertrouwen dat deze toets goed is gedaan. Als de Wlz-uitvoerder haar bestuurders al heeft getoetst op betrouwbaarheid en geschiktheid (Art. 4.1.1, vijfde lid, Wlz), hoeft de NZa dit werk niet nogmaals te doen. Daarom wordt met voorliggende wijziging de NZa ontheven van de taak om die geschiktheid en betrouwbaarheid vast te stellen. Daartoe wordt de voorgestelde tekst van artikel 31a Wmg overgeheveld naar artikel 4.1.1, zesde lid, Wlz. De in artikel 4.1.2 Blz opgenomen regels zullen derhalve blijven bestaan, maar zullen op artikel 4.1.1, zesde lid, Wlz worden gebaseerd in plaats van op een artikel 31a Wmg. Dat de NZa niet zelf hoeft vast te stellen of iemand die het beleid van een Wlz-uitvoerder (mede) zal bepalen geschikt en betrouwbaar is, betekent niet dat de NZa op dit punt in geheel niets hoeft te doen. Aangezien de NZa wordt belast met het toezicht op de recht- en doelmatige uitvoering van de Wlz (zie de in art. 12.1.1, onderdeel B, Wlz voorgestelde wijziging van artikel 16 Wmg), zal zij na moeten gaan of de Wlz-uitvoerder de hier bedoelde geschiktheids- en betrouwbaarheidstoets goed verricht. In het kader van haar toezicht kan de NZa hier ook op handhaven.

O

In artikel 4.2.3, tweede lid, zoals dat met deze nota van wijziging zal komen te luiden, wordt het zorgkantoor belast met de verstrekking van het pgb voor alle verzekerden die wonen in de regio waarvoor hij als zorgkantoor is aangewezen (waarbij in artikel 3.3.3 de voorwaarden staan die het zorgkantoor daarbij in acht dient te nemen). In het algemeen deel van deze toelichting is aangegeven dat dit noodzakelijk is om de kosten die met de Wlz gemoeid zijn beheersbaar te houden. Een en ander betekent dat de Wlz-uitvoerder niet meer verantwoordelijk is voor de verstrekking van pgb's aan de bij hem ingeschreven verzekerden. Die taak kan derhalve niet meer tot zijn zorgplicht behoren. Om die reden wordt onderdeel c van het eerste lid van artikel 4.2.1 geschrapt. In een nieuw, tweede lid wordt de zorgplicht van het zorgkantoor geregeld. Opgemerkt wordt dat de taak om informatie te geven over het pgb zowel aan alle Wlz-uitvoerders (jegens hun verzekerden) wordt opgedragen (op grond van het eerste lid, onderdeel a, dat hen opdraagt informatie te geven over alle leveringsvormen, bedoeld in hoofdstuk 3, paragraaf 3) als aan de zorgkantoren (jegens alle verzekerden in hun regio die informatie wensen; op grond van het nieuwe tweede lid, onderdeel a). Het is gezien hun overige taken niet goed mogelijk om deze taak óf aan de Wlz-uitvoerders óf aan de zorgkantoren op te leggen. Daarbij komt dat een overlap in een taak om verzekerden over het pgb te informeren naar verwachting niet tot problemen zal leiden.

P

Zoals in de nota naar aanleiding van het verslag op de Wlz in antwoord op een vraag van de leden van de SP-fractie is aangekondigd, komt artikel 4.2.2, zevende lid, te vervallen. Dit artikellid vloeide voort uit het nader rapport, waarin naar aanleiding van een opmerking van de Raad van State werd aangekondigd dat in de Wlz een bepaling zou worden opgenomen op grond waarvan de inkoop van zorg waarmee de

Wlz-uitvoerders in de Wlz worden belast, zou worden aangemerkt als een dienst van algemeen economisch belang (zie Kamerstukken II 2013/14, 33 891, nr. 4, p. 22). Aldus is in artikel 4.2.2, zevende lid, Wlz geschied, met dien verstande dat de bepaling, met het oog op mogelijke andere economische activiteiten, de werkelijke aanwijzing delegeerde naar het niveau van een algemene maatregel van bestuur. Pas daarna is echter duidelijk geworden dat het aanwijzen van de zorginkoop als een dienst van algemeen economisch belang niet nodig is, aangezien de zorginkoop als bedoeld in de Wlz geen economische activiteit bleek te zijn. Omdat de kans dat Wlz-uitvoerders in de verdere toekomst met andere werkzaamheden zullen worden belast die wel als economische activiteiten zouden kunnen worden beschouwd, anders dan in paragraaf 12.3.2 van de memorie van toelichting op het wetsvoorstel impliceert, verwaarloosbaar is, wordt het zevende lid van artikel 4.2.2 geschrapt. Het opdragen van economische activiteiten zou immers niet goed bij het voor de Wlz gekozen systeem passen van een verzekering van rechtswege die buiten concurrentie en risicoloos door zelfstandige bestuursorganen wordt uitgevoerd.

Q

De wijziging in het eerste lid hangt samen met het feit dat de zorgkantoren met deze nota van wijziging worden belast met de verstrekking van de persoonsgebonden budgetten en met de bijbehorende zorgplicht voor die zorgkantoren.

Het nieuwe tweede lid bepaalt allereerst dat de regio's «bij of krachtens» algemene maatregel van bestuur zullen worden aangewezen. In artikel 4.2.3, tweede lid, is op dit moment nog geregeld dat Nederland voor de administratie en/of controle van de zorg «bij» algemene maatregel van bestuur in regio's wordt ingedeeld. Deze regio's zullen inderdaad in het onlangs bij het parlement voorgehangen Blz worden bepaald. Het is echter ook noodzakelijk om te bepalen welke gemeenten tot deze regio's behoren. Met het oog op de mogelijkheid dat in de toekomst gemeenten worden samengevoegd, is het wenselijk het toedelen van gemeenten aan de regio's bij ministeriële regeling te doen. Om die reden wordt voorgesteld de regio-indeling «bij of krachtens» algemene maatregel van bestuur vast te stellen.

Voorts worden in het tweede lid de zorgkantoren belast met de eigenstandige taak om pgb's te verstrekken aan alle verzekerden die wonen in de regio waarvoor zij door Onze Minister zijn aangewezen. Onder het verstrekken van het pgb wordt niet alleen bedoeld het verlenen ervan, maar ook de controle op het gebruik en de vaststelling ervan. De regels die de zorgkantoren bij de verstrekking van de pgb's in acht moeten nemen, zullen bij en krachtens artikel 3.3.3 worden gesteld. Daarnaast bevat het tweede lid de mogelijkheid om de zorgkantoren te belasten met de administratie of controle van de zorg die aan alle verzekerden die in hun regio wonen is verleend. In het Blz wordt van die mogelijkheid gebruik gemaakt voor de administratie. De verantwoordelijkheid voor de controle blijft vooralsnog bij de Wlz-uitvoerders (voor hun eigen verzekerden), wat overigens onverlet laat dat zij de daadwerkelijke uitvoering van de controletaak aan de zorgkantoren kunnen uitbesteden.

Dat een zorgkantoor ingevolge het tweede lid wordt belast met de verstrekking van de pgb's en de administratie van de zorg voor alle verzekerden die in zijn regio wonen, betekent dat de Wlz-uitvoerders die voor die regio geen zorgkantoor zijn, die taak jegens de verzekerden die in die regio wonen, niet meer hebben. Dat vloeit voort uit de tweede volzin van het eerste lid.

Het nieuwe derde lid beoogt slechts te voorkomen dat het tweede lid te lang wordt. Daarnaast worden in het derde en vierde lid daar waar de zorgkantoren worden bedoeld deze nu ook als zodanig aangeduid. Voor een toelichting hierop wordt verwezen naar de toelichting op de wijziging van artikel 1.1.1.

Ten slotte nog het volgende. Aangezien de zorgkantoren tevens Wlz-uitvoerders zijn (het zijn immers Wlz-uitvoerders die door de Minister voor een bepaalde regio als zorgkantoor worden aangewezen), gelden bij en krachtens de Wlz gestelde artikelen die zich richten tot de Wlz-uitvoerders telkens ook voor de zorgkantoren, behalve voor zover expliciet anders is geregeld. De regel in artikel 4.2.4, eerste volzin, bijvoorbeeld, dat een Wlz-uitvoerder verplicht is om zijn werkzaamheden op een doelmatige wijze uit te voeren, impliceert dat een Wlz-uitvoerder zijn eigen taken jegens de bij hem ingeschreven verzekerden doelmatig moet uitvoeren (of, ervan uitgaande dat hij deze uitbesteedt, ervoor dient te zorgen dat degene aan wie hij uitbesteedt – dat zal naar verwachting het zorgkantoor zijn – deze doelmatig uitvoert) en dat de zorgkantoren de verstrekking van de pgb's en de administratie van de zorg voor alle verzekerden in hun regio doelmatig moeten uitvoeren (en daarnaast, maar dat dan in opdracht van de Wlz-uitvoerders en niet direct op grond van artikel 4.2.4 zelf, er voor zullen moeten zorgen dat de taken die door de Wlz-uitvoerders aan hen worden opgedragen, op doelmatige wijze worden verricht).

R en S

In de artikelen 5.1.2 en 5.1.3 van de Wlz werd nog ten onrechte gerefereerd aan de «aanspraken» op grond van die wet. Deze terminologie sloot nog aan op de AWBZ, die ieder verzekerde recht gaf op aanspraken op zorg, die men vervolgens echter pas «tot gelding kon brengen» nadat men een indicatiebesluit had gekregen. In de Wlz is gekozen voor een modernere systematiek. In artikel 3.1.1 wordt de inhoud van het op grond van de Wlz verzekerde pakket weergegeven. Men heeft vervolgens recht op zorg uit dat pakket indien men daarvoor geïndiceerd is. Dientengevolge worden de verwijzingen, in de artikelen 5.1.2 en 5.1.3, eerste en tweede lid, Wlz naar de «aanspraken op grond van deze wet» veranderd in verwijzingen naar «de zorg die tot het verzekerde pakket behoort».

Het derde lid van artikel 5.1.3 vervalt. Dit artikellid is inhoudelijk gelijk aan artikel 47 van de AWBZ. De beschreven werkwijze voor het vaststellen van de beschikbare middelen en de premie blijkt inmiddels echter al een aantal jaren te zijn verlaten, zodat artikel 47 van de AWBZ een dode letter is. Derhalve dient de inhoud van dit artikel niet in de Wlz overgenomen te worden.

U

Een mpt kan worden afgenomen bij meerdere zorgaanbieders of worden gecombineerd met een pgb. Omdat bij een mpt dientengevolge niet gegarandeerd is dat één zorgaanbieder verantwoordelijk is voor alle aan de cliënt genoden zorg, wordt heeft een verzekerde ingevolge de voorgestelde wijziging van artikel 8.1.1 geen recht op een zorgplanbespreking of een zorgplan.

X

De wijziging in het eerste onderdeel leidt ertoe dat ook Wlz-uitvoerders onderling (en zorgaanbieders onderling) persoonsgegevens mogen uitwisselen indien dat voor de in artikel 9.1.2, eerste lid, Wlz genoemde verwerkingsgronden noodzakelijk is. Dat is nodig, aangezien de Wlz-uitvoerders die voor een regio niet als zorgkantoor zijn aangewezen, hun taken voor hun verzekerden die in de desbetreffende regio wonen naar verwachting zullen uitbesteden aan dat zorgkantoor. In juridische zin is dan sprake van uitbesteding van taken door de ene Wlz-uitvoerder aan de andere (die als zorgkantoor is aangewezen). Aangezien de uitbestedende Wlz-uitvoerder de eindverantwoordelijkheid voor een goede uitvoering van de taken die hem bij en krachtens de Wlz worden opgedragen houdt, dient hij waar dat nodig mocht blijken ook in staat te zijn over een verzekerde die bij hem verzekerd is te communiceren met het zorgkantoor.

De wijziging in het tweede onderdeel houdt verband met de wijziging, in deze nota van wijziging, van artikel 4.2.1. Ingevolge die wijziging zal de Wlz-uitvoerder de zorgplicht ten aanzien van de zorg in natura (verblijfszorg en vpt) hebben, terwijl het zorgkantoor de zorgplicht ten aanzien van het pgb krijgt. Dat laatste is weer het gevolg van het ook in deze nota (zie de wijziging van artikel 4.2.3 Wlz) gecodificeerde besluit om de zorgkantoren verantwoordelijk te maken voor de verstrekking van de pgb's.

Y

Het nieuwe vierde lid van artikel 9.1.3 geeft een directe verplichting voor de inspecteur van de Belastingdienst om de gegevens te verstrekken aan het CAK die het CAK nodig heeft voor de berekening van de eigen bijdragen. In het lid wordt aangegeven dat het zal gaan om de gegevens omtrent het inkomen en vermogen van de verzekerde en diens echtgenoot. Artikel 3.2.4 biedt immers de mogelijkheid om de eigen bijdrage afhankelijk te maken van het inkomen en vermogen. In het Blz zal worden aangegeven wat voor de berekening van de eigen bijdragen zal worden verstaan onder inkomen en vermogen van de verzekerden. De geheimhoudingsplicht van artikel 67, eerste lid, van de Algemene wet inzake rijksbelastingen geldt ingevolge het tweede lid, onderdeel a, van dat artikel niet voor de genoemde gegevensverstrekking, nu een wettelijk voorschrift tot bekendmaking verplicht. Het vierde lid van artikel 9.1.3 is een dergelijk wettelijk voorschrift.

Z

Het College bouw verricht al een aantal jaren geen werkzaamheden meer. Derhalve is het niet nodig om in de Wlz te regelen dat er gegevens aan het College bouw worden verstrekt.

HH

Het overgangsrecht dat in artikel 11.1.1 is geregeld wordt met dit onderdeel allereerst gewijzigd waar het gaat om verzekerden die onder de AWBZ een zorgzwaartepakket VV4 of VG3 hebben (eerste en tweede onderdeel). Voor bestaande verzekerden met een zzp VV4 of VG3 is in het wetsvoorstel tot nog toe overgangsrecht opgenomen dat inhoudt dat deze mensen onder de Wlz zullen vallen indien zij in een instelling verblijven of binnen een jaar kiezen om in een instelling te verblijven. Met voorliggend onderdeel wordt het overgangsrecht voor deze groepen zo aangepast dat zij worden aangemerkt als verzekerden met hoge zzp's en ook onder de

Wlz komen indien zij Wlz-zorg met een vpt, mpt of pgb thuis wensen te ontvangen. Dit is in lijn met de uitkomsten van het begrotingsoverleg waarbij is afgesproken om recht op Wlz-zorg te bieden aan mensen die onder de AWBZ nog een zzp VV4 of VG3 zouden hebben gekregen. De beleidsregels indicatiestelling worden hiertoe gewijzigd. Op 17 april 2014 is de Kamer over de uitkomsten van het begrotingsoverleg geïnformeerd (Kamerstukken II, 2013/14, 30 597, nr. 435).

De tweede wijziging (derde onderdeel) houdt verband met wat in paragraaf 5.2 van het algemene deel van deze toelichting uiteen is gezet. Indien de Wlz met ingang van 1 januari 2015 in werking treedt, geeft het gewijzigde artikel 11.1.1, derde lid, Wlz verzekerden met een «laag zzp» in wezen de mogelijkheid om in 2015 te kiezen voor verblijf in een Wlz instelling of voor het uit de Wlz gaan. Een keuze voor een vpt, mpt of pgb is binnen de Wlz derhalve niet mogelijk. Verzekerden die kiezen voor verblijf in een instelling en uiterlijk 1 januari 2016 ook daadwerkelijk in een instelling verblijven, worden gelijkgesteld met verzekerden die aan de indicatiecriteria van de Wlz voldoen. Het nieuwe derde lid van artikel 11.1.1 wijkt inhoudelijk niet wezenlijk af van het artikellid in het oorspronkelijke wetsvoorstel. De voorgestelde aanpassingen, die er in wezen op neerkomen dat verzekerden met een laag zzp niet «gedurende een jaar na intrekking van de AWBZ» bovengenoemd keuzerecht hebben, maar «tot 2016», expliciteren echter dat 2015 het keuzejaar is, óók indien de Wlz onverhoopt niet per 2015 in werking kan treden. Zoals in het algemeen deel van deze toelichting is aangegeven, zal betrokkenen met een zzp in dat geval onder de AWBZ worden gevraagd om alvast aan te geven of men per 2016 opteert voor verblijf in een Wlz-instelling dan wel de zorg zo mogelijk wenst te verkrijgen op grond van de zorgverzekering, de Wmo 2015 of de Jeugdwet.

Het nieuwe zesde lid van artikel 11.1.1 codificeert, tezamen met artikel 11.1.2, zevende lid, hetgeen is beschreven in paragraaf 5.4 van het algemene deel van deze toelichting. Het artikellid voorziet in een tot 1 januari 2016 geldende Wlz-indicatie voor bij ministeriële regeling aan te wijzen verzekerden die onder de AWBZ een indicatie voor extramurale zorg hebben. Daartoe zullen zij zich wel voor 2015 bij het CIZ (tot de inwerkingtreding van de Wlz is dat in juridische termen nog «het indicatieorgaan, bedoeld in artikel 9a AWBZ») dienen aan te melden. Door te regelen dat het CIZ hen, indien zij verzekerd zijn, tot de doelgroep behoren en inderdaad onder de AWBZ op basis van een indicatie voor extramurale zorg «zorg in natura» of een pgb ontvingen, een indicatiebesluit als bedoeld in artikel 3.2.2 Wlz moet geven, wordt voorkomen dat het CIZ hen dient te toetsen aan de indicatiecriteria die in artikel 3.2.1 Wlz zijn opgenomen. Dat geschiedt overigens alsnog in 2015, wanneer de verzekerden alsnog een Wlz-indicatie voor onbepaalde duur zullen aanvragen. Om gelijksoortige redenen is het vijfde lid van artikel 11.1.1 of artikel 11.1.6 niet op de hier bedoelde groep van toepassing. Het CIZ zal voor deze immers niet toetsen of verzekerden uit deze groep voor verblijf zijn aangewezen.

Het artikellid is in die zin merkwaardig, dat het iets regelt voor verzekerden die voor de inwerkingtreding van het artikellid iets hebben gedaan. Dit is in dit geval echter niet problematisch, aangezien betrokkenen in het najaar van 2014 een brief zullen ontvangen, waarin hen wordt geadviseerd zich voor 1 januari 2015 bij het CIZ te melden. Om een en ander juridisch juist te kunnen regelen, zullen het artikellid en overigens ook de in het artikellid genoemde ministeriële regeling terugwerken tot en met 1 oktober 2014. Dat wordt geregeld door middel van een aanpassing van het inwerkingtredingsartikel van de Wlz (art. 13.1.1).

Overigens wordt overwogen om, indien de Wlz pas op 1 januari 2016 in werking zou kunnen treden, artikel 11.1.1, derde en zesde lid, en artikel 11.1.2, eerste en vierde lid, onderdeel b (zoals met deze nota gewijzigd, zie ook de toelichting op het volgende onderdeel), en zevende lid, alsmede artikel 13.1.1, derde lid, Wlz niet in werking te laten treden. Het in werking laten treden van artikelen die geen inhoudelijk werking meer (kunnen) hebben is immers wetstechnisch niet fraai. Het inwerking-tredingsartikel van de Wlz, artikel 13.1.1, bevat de mogelijkheid om delen van de wet buiten inwerkingtreding te houden. Verzekerden met een laag zzp die alsdan onder de AWBZ besluiten om uiterlijk 2016 in een Wlz-instelling te gaan verblijven (en dat ook werkelijk doen), zullen op grond artikel 11.1.1, eerste lid, Wlz en artikel 11.1.2, derde lid, Wlz worden beschouwd als verzekerden die aan de indicatiecriteria voor de Wlz voldoen.

//

De eerste en derde wijziging van artikel 11.1.2 Wlz houden verband met het overgangsrecht ten aanzien van personen met lage zzp's. Zoals in paragraaf 5.2 van het algemene deel van deze toelichting is aangegeven, dienen zij in 2015 aan te geven of zij kiezen voor verblijf in een Wlz-instelling dan wel voor het uit de Wlz gaan. Artikel 11.1.2, eerste lid, Wlz bepaalt dat zij tot het moment waarop zij de Wlz-uitvoerder laten weten dat zij voor verblijf in een Wlz-instelling kiezen, de aanspraken of het pgb behouden waarop zij onder de AWBZ recht hadden. Voorgesteld wordt om dit recht (beperkt) te verlengen tot het moment waarop zij daadwerkelijk in een instelling verblijven. Dit voorkomt dat er een (waarschijnlijk vaak korte) periode tussen de mededeling en het daadwerkelijk gaan verblijven is, waarover onduidelijk is welke rechten de betrokkene heeft. Voor de reden van de wijziging van «tot uiterlijk één jaar na intrekking van de AWBZ» in «maar uiterlijk tot 1 januari 2016» wordt verwezen naar het tweede deel van de toelichting op het vorige onderdeel.

De wijziging in het tweede lid van artikel 11.1.2 is van redactionele aard.

De wijziging van artikel 11.1.2, vierde lid, sluit aan op de wijzigingen van de artikelen 11.1.1, derde lid, en 11.1.2, eerste lid, die hiervoor zijn toegelicht.

Het nieuw vijfde lid van artikel 11.12 beoogt een vloeiende overgang van de AWBZ naar de Wlz te bewerkstelligen voor mensen met een hoog zzp die onder de AWBZ hun zorg met functies en klassen ontvangen en geen wijziging in hun zorgarrangement wensen. Met ingang van de datum waarop de Wlz in werking treedt, zullen hun functie en klassen worden omgezet in een mpt, maar daartoe hoeven zij niet eerst overleg te voeren met de Wlz-uitvoerder.

Het nieuwe zesde lid regelt de garantie voor mensen met een zzp die op de datum waarop de Wlz in werking treedt met «overbruggingszorg met uitloop» of met «overbruggingszorg met uitloop «plus»» thuis wachten op een verblijfsplaats in hun voorkeursinstelling. Verzekerden met dergelijke zware overbruggingszorg zijn naar verwachting vooral te vinden onder degenen met hoge zzp's. Omdat echter niet uit te sluiten is dat er ook verzekerden met lage zzp's zijn die op de datum waarop de Wlz in werking treedt dergelijke overbruggingszorg genieten, zal ook voor hen de garantie gelden. Zoals in paragraaf 5.2 van het algemene deel van deze toelichting is vermeld, zal, indien de Wlz onverhoopt niet op 1 januari 2015 in werking zal treden, in 2015 onder de AWBZ de mogelijkheid van het verkrijgen van «overbruggingszorg met uitloop» of «overbrug-

gingszorg met uitloop «plus» worden afgeschaft, inclusief een garantie voor degenen die die zorg al voor 1 januari 2015 ontvingen. Aangezien verzekerden de hier bedoelde overbruggingszorg in totaal slechts zes maanden kunnen ontvangen, zal deze vanaf 1 juli 2015 derhalve niet meer verstrekt kunnen worden, of de Wlz nu wel of niet op 1 januari 2015 in werking zal treden. Dit brengt met zich dat voorliggend artikellid buiten inwerkingtreding zal worden gehouden indien de Wlz pas op 1 januari 2016 in werking kan treden. Het inwerkingtredingsartikel van de Wlz, artikel 13.1.1, bevat de mogelijkheid daartoe.

In paragraaf 5.4 van het algemene deel van deze toelichting wordt uiteengezet dat verzekerden die onder de AWBZ een hoog pgb voor extramurale functies hadden en die per 2015 tot 2016 toegang krijgen tot de Wlz en ook daar, aansluitend op hun pgb AWBZ, voor een pgb kiezen, tot laatstgenoemde datum de garantie ontvangen dat hun pgb onder de Wlz even hoog is als het pgb dat zij onder de AWBZ ontvingen. Dit wordt in het nieuwe zevende lid van artikel 11.1.2 geregeld. Aangezien gelijk-luidend overgangsrecht onder de AWBZ zal worden getroffen voor het geval de Wlz niet op 1 januari 2015 in werking zal kunnen treden, zal dit artikellid niet in werking treden indien de AWBZ in 2015 nog geldt.

JJ

Deze wijziging van het met de eerste nota van wijziging in de Wlz ingevoegde artikel 11.1.2a zorgt ervoor dat verzekerden die op het moment waarop de Wlz in werking treedt al voor rekening van de AWBZ behandeling met verblijf in een ggz-instelling ontvangen, deze behandeling onder de Wlz mogen voorzetten. Dit betekent in de praktijk dat mensen die op het zojuist bedoelde moment een zvp B GGZ hebben, direct van de AWBZ naar de Wlz over gaan. Dit geldt niet voor mensen die op de datum waarop de Wlz in werking treedt nog geen jaar behandeling plus verblijf in een ggz-instelling hebben ontvangen. Voor hen geldt dat zij deze zorg in totaal drie jaar voor rekening van hun zorgverzekering genoten moeten hebben, voordat deze zorg voor rekening van de Wlz kan worden gebracht. Voor de redenen van deze wijziging wordt verwezen naar het algemene deel van deze toelichting.

LL

Artikel 11.1.4, eerste lid, is om een drietal redenen herschreven. Allereerst was in de tekst ten onrechte niet gespecificeerd dat de subsidie slechts voor Wlz-specifieke behandeling (dat wil zeggen de zorg als bedoeld in artikel 3.1.1, eerste lid, onderdeel c) kan worden verstrekt.

Ten tweede kon de tekst van het oorspronkelijke eerste lid ten gevolge van de combinatie van de woorden «verzekerde(n)» en «niet gepaard gaande met verblijf in een instelling» de indruk wekken dat dit artikel zag op subsidies voor de behandeling van Wlz-geïndiceerden die hun zorg thuis ontvangen. Wlz-geïndiceerden die thuis verblijven (met een vpt, mpt of pgb) hebben echter al op grond van artikel 3.1.1, eerste lid, onderdeel c, recht op Wlz-specifieke behandeling, zij het dat deze altijd slechts in natura wordt verstrekt. Door het woord «verzekerden» te veranderen in «personen» en het «niet gepaard gaande met verblijf in een instelling» te schrappen, wordt aangegeven dat de subsidie niet bedoeld is voor mensen met een Wlz-indicatie. De kring van personen waar de subsidie wél voor bedoeld is, zal in de ministeriële regeling worden bepaald. Het zal hier in ieder geval gaan om mensen die op dit moment aanspraak hebben op extramurale behandeling. Tevens kan de regeling zien op mensen die, na de inwerkingtreding van de Wlz, Wlz-specifieke behandeling nodig hebben zonder dat zij over een Wlz-indicatie beschikken.

De derde reden voor de nieuwe redactie is dat ook het vervoer naar en van een instelling waar gedurende een dagdeel groepsbehandeling wordt ontvangen, gesubsidieerd moet worden (vergelijk artikel 10 van het huidige Besluit zorgaanspraken AWBZ).

MM

Aan artikel 11.1.5 van het wetsvoorstel worden leden toegevoegd waarmee voor het jaar 2015 wordt geregeld dat roerende woonvoorzieningen en mobiliteitshulpmiddelen geen deel uitmaken van de verzekerde rechten op grond van de Wlz, voor zover het gaat om verzekerden die Wlz-zorg buiten de instelling ontvangen of, voor mobiliteitshulpmiddelen, verzekerden die weliswaar verblijf in een instelling ontvangen, maar die daarbij niet behandeld worden. Deze verzekerden zullen in 2015 roerende voorzieningen en mobiliteitshulpmiddelen kunnen krijgen vanuit de Wmo 2015 als zij daarop zijn aangewezen (een en ander zal via de Invoeringswet Jeugdwet in de Wmo 2015 worden opgenomen). Hetzelfde geldt voor woningaanpassingen als bedoeld in artikel 3.1.3. Dat artikel zal daarom nog niet op 1 januari 2015 in werking treden.

OO

In paragraaf 11.1 wordt het overgangsrecht geregeld voor wat betreft de rechten van de verzekerden. Hierdoor is het voor verzekerden die bij de inwerkingtreding reeds aanspraak op AWBZ-zorg hebben, duidelijk of en onder welke voorwaarden zij recht zullen krijgen op Wlz-zorg. Het is wenselijk om, in aanvulling op de artikelen 11.1.1 tot en met 11.1.6, zo nodig uitwerkingsregels te kunnen stellen met betrekking tot het overgangsrecht voor verzekerden.

QQ

Zoals in het algemene deel van deze toelichting is aangegeven, zullen niet de Wlz-uitvoerders ieder voor hun eigen verzekerden, maar zullen de zorgkantoren ieder voor alle verzekerden die in hun regio wonen verantwoordelijk worden voor de verstrekking van de persoonsgebonden budgetten. Dat wordt in voorliggende nota van wijziging geregeld. In dezen zal de situatie niet meer afwijken van die onder de AWBZ. Deze wijziging brengt een vereenvoudiging van artikel 11.2.3 Wlz met zich: er hoeft niet meer geregeld te worden dat rechten en verplichtingen die een zorgkantoor onder de AWBZ ten aanzien van het persoonsgebonden budget was aangegaan, over gaan op de Wlz-uitvoerder waarbij de verzekerde verzekerd is (derde lid). Hetzelfde geldt voor het afhandelen van aanvragen van en de verantwoordelijkheid voor besluiten ten aanzien van het pgb (vierde lid). Deze gaan nu rechtstreeks over van het zorgkantoor onder de AWBZ naar het zorgkantoor onder de Wlz.

QQ tot en met SS

In deze onderdelen worden verwijzingen naar Wlz-uitvoerders die zijn aangewezen ingevolge artikel 4.2.3, tweede lid, telkens gewijzigd in verwijzingen naar het zorgkantoor. Deze wijzigingen beogen slechts de tekst van de Wlz toegankelijker te maken. Voor een nadere toelichting wordt verwezen naar de toelichting op onderdeel A. Een en ander laat onverlet dat zorgkantoren altijd (ook) Wlz-uitvoerders zijn. Artikel 11.2.9 Wlz, bijvoorbeeld, dat gaat over rapportages over de rechtmatigheid van de afwikkeling van de AWBZ door Wlz-uitvoerders, impliceert dat die rapportages gaan over zowel de werkzaamheden die bij of krachtens de Wlz aan de Wlz-uitvoerders zijn opgedragen als over de werkzaamheden die bij of krachtens de Wlz aan de zorgkantoren zijn opgedragen.

SS

Bij het schrijven van het wetsvoorstel is ervan uitgegaan dat de zorgkantoren de door hen ontvangen declaraties van de zorgaanbieders na controle ervan ter betaling doorzenden aan het CAK. In de praktijk worden er echter voorschotten aan de zorgaanbieders verstrekt en geven de zorgkantoren na ontvangst en controle van de declaraties opdrachten aan het CAK om ten opzichte van die voorschotten extra bedragen aan de zorgaanbieders uit te betalen dan wel bedragen terug te vorderen. De nieuwe tekst van artikel 11.2.5, vijfde en zesde lid, sluit beter bij deze uitvoeringspraktijk aan.

TT

Door de termijn waarbinnen het CAK nog eigen bijdragen voor AWBZ-zorg in rekening kan brengen te verkorten van drie jaar na intrekking van de AWBZ tot twee jaar na die intrekking, wordt beter aangesloten bij hetgeen nu al, op grond van artikel 3a van het Bijdragebesluit zorg, voor het opleggen van eigen bijdragen geldt en bij wat ook in de toekomst zal gelden voor het opleggen van eigen bijdragen ingevolge de Wlz (zie artikel 3.3.3 van het Besluit zorgverzekering dat op 28 mei 2014 bij het parlement is voorgehangen). Hierbij wordt opgemerkt dat de toelichting op artikel 11.2.7 Wlz de indruk wekt dat eigen bijdragen pas kunnen worden opgelegd nadat nota's van de zorgaanbieders, bedoeld in artikel 11.2.5, zijn goedgekeurd. Dat is echter niet juist. Eigen bijdragen kunnen al worden opgelegd zodra het bij het CAK bekend is dat een verzekerde (bepaalde) zorg is gaan genieten. Wel blijft de opmerking uit die toelichting gelden, dat tijdig (dat wil zeggen binnen twee jaar na de intrekking van de AWBZ) in rekening gebrachte eigen bijdragen ook nog later na die twee jaar geïnd kunnen worden en dat het CAK hiertoe inningswerkzaamheden zal moeten (laten) verrichten.

UU

Het huidige artikel 11.2.8, eerste lid, onderdeel b, Wlz veronderstelde ten onrechte dat ook de beheerskosten van het CAK uit het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten worden gefinancierd. Deze komen echter ten laste van de begroting (zie art. 51a AWBZ en art. 6.2.2, tweede lid, Wlz). Daarom wordt artikel 11.2.8, eerste lid, onderdeel b, Wlz, zo gewijzigd, dat de eis van uitsplitsing van het eindverslag en het financieel verslag naar met de zorg verband houdende kosten enerzijds en beheerskosten anderzijds slechts geldt voor de Wlz-uitvoerders. Dit laat onverlet dat het CAK op grond van art. 11.2.8 Wlz een eindverslag en een financieel verslag zullen moeten opstellen over de eigen bijdragen die na de intrekking van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) nog ter zake van onder die wet verleende zorg hebben geïnd.

XX

In paragraaf 11.2 wordt het overgangsrecht geregeld voor wat betreft de uitvoerders en de afwikkeling van de AWBZ. Met dit onderdeel worden aan paragraaf 11.2 twee artikelen toegevoegd.

Artikel 11.2.14, eerste lid

Bij de overgang van de AWBZ naar de Wlz verandert ook de terminologie. Zo wordt de «premie AWBZ» bijvoorbeeld de «premie Wlz». De Belastingdienst geeft beschikkingen waarin voornoemde terminologie wordt gehanteerd. Het is wenselijk een overgangsbepaling in te voeren om de wijziging van de betreffende terminologie in goede banen te

leiden. In de eerste plaats geldt dit voor beschikkingen die voor meerdere kalenderjaren zijn gegeven en die dus ook na de omzetting van de AWBZ naar de Wlz nog werking zouden moeten hebben. Om te voorkomen dat deze beschikkingen opnieuw zouden moeten worden gegeven, wordt onderhavige overgangsbepaling voorgesteld, waarin is bepaald dat beschikkingen die mede betrekking hebben op de periode na intrekking van de AWBZ vanaf het moment van inwerkingtreding van de Wlz geacht worden in zoverre betrekking te hebben op de Wlz. Daarbij dient in deze beschikkingen een verwijzing naar de «Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten» te worden gelezen als een verwijzing naar de «Wet langdurige zorg» en een verwijzing naar de «AWBZ» als een verwijzing naar de Wlz.

Daarnaast kan het zich voordoen dat vooruitlopend op de invoering van de Wlz een beschikking wordt gegeven, zoals een voorlopige aanslag, of dat na invoering van de Wlz een beschikking wordt gegeven en op die beschikking nog de term AWBZ wordt gehanteerd, terwijl de AWBZ inmiddels vervangen is door de Wlz. Mede gezien het feit dat de Eerste Kamerbehandeling van het wetsvoorstel Wlz pas in het najaar plaats zal vinden en dat pas daarna duidelijk zal zijn of de Wlz op 1 januari 2015 in werking kan treden, is het niet helemaal zeker dat de Belastingdienst de terminologie op nieuwe beschikkingen (die betrekking hebben op de periode na invoering van de Wlz) tijdig zal kunnen aanpassen. Uiteraard zal de Belastingdienst daar wel zoveel mogelijk naar streven, maar voor het geval dat dit toch niet geheel lukt, biedt de voorgestelde overgangsbepaling soelaas.

Artikel 11.2.14, tweede lid

Met het tweede lid wordt het eerste lid van overeenkomstige toepassing verklaard op de enkele (duur)beschikkingen die door het CAK, de SVB, en het Uitvoeringsinstituut werknemersverzekeringen (hierna: UWV) worden afgegeven.

Op grond van de artikelen 3.2.4 (in combinatie met het Blz) en 6.1.2 Wlz stelt het CAK eigen bijdragen vast. Het tweede lid zorgt ervoor dat een beschikking tot vaststelling van een eigen bijdrage op grond van de AWBZ zonder dat het CAK een nieuwe vaststellingsbeschikking hoeft te geven gaat gelden als een beschikking tot vaststelling van een eigen bijdrage op grond van de Wlz. Dit geldt natuurlijk slechts voor zover de hoogte van die eigen bijdragen onder de AWBZ en de Wlz gelijk is. Wijzigt de hoogte van de eigen bijdrage, dan dient het CAK een nieuwe beschikking te geven waarin bovendien, zodra dat mogelijk is, naar de Wlz in plaats van de AWBZ wordt verwezen. Dit is geregeld in onderdeel a van artikel 11.2.14, tweede lid.

Onderdeel b ziet op de taak van de SVB bij personen met gemoedsbezwaren. Op grond van artikel 64, eerste lid, van de Wfsv kan de Sociale verzekeringsbank personen die gemoedsbezwaren tegen een of meer volksverzekeringen hebben, ontheffen van de verplichtingen ingevolge de desbetreffende volksverzekering(en) alsmede de Wfsv. Zowel de AWBZ als de Wlz behoren tot deze volksverzekeringen. Het tweede lid van voorliggend artikel zorgt ervoor dat beschikkingen tot ontheffing van de verplichtingen op grond van de AWBZ na inwerkingtreding van de Wlz automatisch gaan gelden als beschikkingen tot ontheffing van de verplichtingen op grond van de Wlz. Ook hier dienen verwijzingen, in de beschikkingen, naar de «Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten» of de «AWBZ» vanaf het moment van inwerkingtreding van de Wlz te worden gelezen als verwijzingen naar de «Wet langdurige zorg» of de «Wlz». Dit laat uiteraard onverlet dat een verzekerde na die inwerkingtreding van de Wlz de SVB kan vragen om niet meer van de verplichtingen op grond van

de Wlz ontheven te zijn, dat wil zeggen de ontheffingsbeschikking in te trekken.

In de onderdelen c en d van artikel 11.2.14, tweede lid, ziet op de bevoegdheid van de SVB en het UWV om in het kader van enkele wetten de eigen bijdrage voor de AWBZ (en straks de Wlz) in te houden op de uitkeringen op grond van die wetten, de zogenoemde «inhouding bij de bron». Het gaat om de bevoegdheden in het kader van de broninhouding bij de Algemene nabestaandenwet en de Algemene Ouderdomswet, voor wat betreft de SVB en de Werkloosheidswet, de Wet arbeidsongeschiktheidsvoorziening jonggehandicapten, de Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen, de Ziektewet, de Wet arbeidsongeschiktheidsverzekering zelfstandigen, de Wet inkomensvoorziening oudere werklozen, en de Wet op de arbeidsongeschiktheidsverzekering, voor wat betreft het UWV.

Artikel 11.2.15

Op grond van artikel 15 van de Wfsv vindt de berekening plaats van de rijksbijdrage inzake de kosten van de kortingen (BIKK). Bij de berekening van de BIKK voor het komende jaar (t) wordt gebruik gemaakt van de BIKK van het vorige jaar (t-1). In het eerste jaar dat de Wlz in werking zal zijn moet dus gebruik worden gemaakt van de hoogte van de BIKK onder de AWBZ. Om te voorkomen dat artikel 15 van de Wfsv hierop moet worden aangepast, geeft artikel 11.2.15 een overgangsbepaling waardoor, in afwijking van artikel 15 van de Wfsv, de BIKK op een gefixeerd bedrag wordt vastgesteld indien de Wlz op 1 januari 2015 in werking treedt. In het geval dat de Wlz op 1 januari 2016 in werking treedt zal gebruik worden gemaakt van hetzelfde bedrag als factor voor de berekening van de BIKK voor 2016. Het tweede lid van artikel 11.2.15 geeft de mogelijkheid om het in het eerste lid genoemde bedrag bij ministeriële regeling te wijzigen, indien ontwikkelingen in de heffingskortingen of de premie voor de Wet langdurige zorg, bedoeld in artikel 10 van de Wfsv, daartoe aanleiding geven.

YY

Artikel 11.4.1 Wlz

Het eerste en tweede lid van artikel 11.4.1 strekken ertoe de NZa in de gelegenheid te stellen om die zorgaanbieders, die op 1 juli 2013 een vergoeding kregen voor hun projecten gericht op verbetering van de infrastructuur voor de verlening van extramurale AWBZ-zorg, nog gedurende drie jaar een subsidie voor de voorzetting van die projecten te geven. Bij ministeriële regeling zullen de zorgaanbieders worden gepreciseerd die voor de subsidie in aanmerking kunnen komen. Het zal hier in wezen gaan om de organisaties die eerder als instelling voor AWBZ-zorg de vergoeding kregen, en die nu de desbetreffende zorg in het kader van de Zvw, de Wmo 2015, de Jeugdwet of (indien het gaat om zorg voor mensen met een vpt of pgb) de Wlz leveren, dan wel om hun rechtsopvolgers. Het begrip «instelling» kan hier echter, vanwege de begripsbepaling die daarvoor in de Wlz is gegeven, niet meer worden gebruikt. Deze brengt mee dat slechts onder de WTZi toegelaten instellingen subsidie kunnen ontvangen voor de extramurale behandeling waarom het in artikel 11.1.4 gaat. Nu die extramurale behandeling echter geen onderdeel uitmaakt van het verzekerd pakket, kunnen de betreffende organisaties geen instelling zijn onder de WTZi. Het onbedoelde effect van het gebruik van het begrip «instelling» zou dan zijn dat het verstrekken van subsidie aan deze organisaties onmogelijk wordt. Daarom is een neutrale aanduiding «organisaties» gekozen.

Voorts zal bij ministeriële regeling de hoogte van de subsidie worden bepaald. Daarbij zal worden aangesloten bij het in de NZa-Beleidsregel CA-300-578 opgenomen uitgangspunt dat kosten waarvoor de aanbieders al langs andere weg een vergoeding krijgen, niet gesubsidieerd worden. Voorts kunnen bij ministeriële regeling nadere voorwaarden aan de subsidies worden gesteld. De over de jaren 2015 tot en met 2018 uit te keren subsidies zullen ten laste kunnen worden gebracht van het Flz. Omdat de subsidieregeling slechts tijdelijk is, is besloten hiertoe niet artikel 90, tweede lid, Wfsv te regelen maar om in plaats daarvan te regelen dat in aanvulling op de posten die krachtens laatstgenoemd artikellid ten laste van het Flz komen, ook de in dit artikel geregelde subsidie ten laste van het Flz komt.

Artikel 11.4.2 Wlz

Zoals in het algemeen deel van deze toelichting uiteen is gezet, strekt artikel 11.4.2 ertoe om AWBZ-instellingen die nu onder de werkingssfeer van de overgangsregeling kapitaallasten en de regeling voor de compensatie van de vaste activa vallen, te kunnen compenseren voor het feit dat de overgangsregelingen niet kunnen worden gecontinueerd voor bepaalde intramurale AWBZ-zorg die met ingang van 2015 wordt overgeheveld naar andere regimes. In de ministeriële regeling zal bepaald worden dat ook instellingen die hun onroerend goed vervreemd hebben en dat vervolgens van de koper terug huren om van daaruit zorg te verlenen (sale and lease back) alsmede hun rechtsopvolgers, aanspraak kunnen maken op de subsidie. Dat geldt namelijk ook op grond van de beleidsregel.

De maximumhoogte van de bijdragen is gelijk aan de vergoedingen die voor de jaren 2015, 2016 en 2017 van toepassing zouden zijn geweest indien de overheveling van de AWBZ-zorg naar de Wmo 2015 en de Jeugdwet niet zou hebben plaatsgevonden. Het betreft maxima omdat instellingen die zowel zorg op grond van de Wlz of de zorgverzekering als op grond van de Wmo 2015 of de Jeugdwet leveren, zowel vanuit de beleidsregels vergoedingen zullen kunnen ontvangen als bijdragen op grond van voorliggend artikel. In de subsidieregeling zal in overleg met de NZa worden geregeld hoe de verhouding tussen de vergoeding op grond van de beleidsregels en de bijdragen op grond van voorliggend artikel wordt berekend. Vervolgens zal de NZa zijn beleidsregel moeten wijzigen in die zin, dat geen vergoeding wordt gegeven voor zover subsidie wordt verleend. Voorts zullen bij ministeriële regeling nadere voorwaarden aan de subsidies worden gesteld. De over de jaren 2015 tot en met 2018 uit te keren subsidies zullen ten laste kunnen worden gebracht van het Flz. Omdat de subsidieregeling slechts tijdelijk is, is besloten hiertoe niet artikel 90, tweede lid, Wfsv te wijzigen, maar om in plaats daarvan te regelen dat in aanvulling op de posten die krachtens laatstgenoemd artikellid ten laste van het Flz komen, ook de in dit artikel geregelde subsidie ten laste van het Flz komt.

ZZ

De Wlz zal een groot aantal taken opleggen aan Wlz-uitvoerders. Die Wlz-uitvoerders zijn er dan jegens hun eigen verzekerden verantwoordelijk voor dat die taken goed worden verricht. De Wlz zal, samen met het Blz, daarnaast een beperkt aantal taken, te weten het verstrekken van pgb's en het verrichten van de administratie, aan de zorgkantoren opleggen. Ook zorgkantoren zijn Wlz-uitvoerders, maar daar waar zij bij en krachtens de Wlz eigen taken opgelegd krijgen, dienen zij deze uit te voeren voor alle verzekerden die in hun regio wonen. Een Wlz-uitvoerder die voor regio A als zorgkantoor is aangewezen, dient de zorgkantoor-

taken (verstrekking pgb's en administratie) derhalve ook uit te voeren voor de verzekerden van andere Wlz-uitvoerders voor zover die verzekerden in regio A wonen. Aan de andere kant hoeft hij geen zorgkantortaken uit te voeren voor de bij hem ingeschreven verzekerden die in een regio wonen waarvoor hij niet als zorgkantoor is aangewezen. Omdat het zorgkantoor altijd ook Wlz-uitvoerder is, gelden, tenzij uitdrukkelijk anders geregeld, bepalingen in de Wlz en de Wmg die zich tot de Wlz-uitvoerder richten of over de Wlz-uitvoerder gaan, ook voor de Wlz-uitvoerder in zijn rol als zorgkantoor. Zo brengen de in artikelen 4.3.1 en 4.3.2 van de Wlz opgenomen, aan de Wlz-uitvoerder gerichte rapportageverplichtingen met zich, dat een Wlz-uitvoerder die tevens voor één of meer regio's het zorgkantoor is, zich zowel verantwoordt over de wijze waarop hij zijn taken als Wlz-uitvoerder (voor zijn eigen verzekerden) heeft uitgevoerd als over de wijze waarop hij in de desbetreffende regio's zijn zorgkantoor-taken (voor alle verzekerden in die regio's) heeft uitgevoerd. In artikel 31, onderdeel b, Wmg krijgt de NZa de bevoegdheid om regels te stellen over de wijze waarop een Wlz-uitvoerder die tevens zorgkantoor is, zijn verslagen inricht. Het onderdeel is niet wezenlijk veranderd ten opzichte van de versie die in het oorspronkelijke wetsvoorstel is opgenomen. Wel is, in navolging van wat met voorliggende nota van wijziging in de Wlz is gedaan, de verwijzing naar «de op grond van artikel 4.2.3, tweede lid, Wlz aangewezen Wlz-uitvoerder die de administratie of controle in een of meer regio's van Nederland verricht» vervangen door het simpelere «het zorgkantoor als bedoeld in artikel 1.1.1 van de Wlz».

Voor een toelichting op het tweede onderdeel wordt verwezen naar de toelichting op de wijziging van artikel 4.1.1 Wlz.

In het derde onderdeel wordt voorgesteld om in artikel 49e, tweede lid, van de Wet marktordening gezondheidszorg te expliciteren dat de NZa het gehele bedrag, bedoeld in het eerste lid, over de zorgkantorregio's verdeelt. Daarbij zal de NZa per regio een bedrag voor zorg in natura vaststellen en een bedrag voor pgb's. In het Blz zal worden opgenomen dat het bedrag dat de NZa voor een regio voor de pgb's heeft bestemd, het pgb-subsidieplafond voor die regio is.

BBB

Bij het schrijven van het wetsvoorstel Wlz is er ten onrechte geen rekening mee gehouden dat voor aan jeugdigen te verlenen AWBZ-zorg die naar de Jeugdwet over gaat en derhalve in de toekomst onder de verantwoordelijkheid van de gemeenten dient te worden verleend, in artikel 10.1 een zelfde constructie is opgenomen als in de artikelen 8.1 en 8.3 Wmo 2015. Voorliggende wijziging zorgt ervoor dat ook met artikel 10.1 van de Jeugdwet rekening wordt gehouden.

CCC

Voorgesteld wordt om artikel 5.1.1, vijfde lid, van de Wmo 2015 te vervangen door een nieuw artikellid. In het artikel 5.1.1, vijfde lid, Wmo 2015 staat op dit moment nog dat het college niet zonder toestemming gegevens mag verwerken van een betrokken cliënt. Op grond van artikel 5.2.5, derde lid, van de Wmo 2015 zoals dat in voorliggend wetsvoorstel wordt gewijzigd, kan de verstrekking door het CIZ aan het college van de mededeling dat iemand op grond van een indicatiebesluit in aanmerking komt voor Wlz-zorg echter zonder toestemming van betrokkene geschieden. Zonder nadere wijziging zou het CIZ derhalve wel zonder toestemming mogen verstrekken, maar zou het college op grond van 5.1.1, vijfde lid, Wmo 2015 de ontvangen gegevens niet zonder toestemming mogen verwerken. Dit is niet beoogd. Bij nota van wijziging

wordt deze uitdrukkelijke toestemming van cliënten bij het verwerken van een van het ClIZ verkregen mededeling als hiervoor beschreven, geschrapt.

DDD

Met het wetsvoorstel houdende Regels ter bevordering van de kwaliteit van zorg en de behandeling van klachten en geschillen in de zorg (Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg, Kamerstukken I 2012/13, 32 402, E, e.v.) zullen de Kwaliteitswet zorginstellingen en de Wet klachtrecht cliënten zorgsector worden ingetrokken. Bij het schrijven van de Wlz werd aangenomen dat eerstbedoeld wetsvoorstel eerder in werking zou treden dan de Wlz. Om die reden bevatte het wetsvoorstel Wlz geen bepalingen tot aanpassing van de Kwaliteitswet zorginstellingen en de Wet klachtrecht cliënten zorgsector. Omdat inmiddels de volgorde van inwerkingtreding minder zeker is, worden deze wijzigingen alsnog opgenomen. Indien de Wlz toch later dan de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg in werking treedt, zullen de artikelen 12.1.6a en 12.1.6b niet in werking treden. Overigens bevat artikel 12.1.13 Wlz al de wijzigingen in de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg die nodig zullen zijn indien die wet eerder in werking treedt dan de Wlz.

Artikel 12.16c bevat een technische wijziging van de Wet medezeggenschap cliënten zorgsector die bij het schrijven van de Wlz over het hoofd is gezien.

FFF

Artikel 1, tweede lid, onderdeel a, van het wetsvoorstel Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg wordt opnieuw geredigeerd om te bewerkstelligen dat de verwijzing naar artikel 68 van de Zorgverzekeringswet vervalt. Dat artikel is namelijk komen te vervallen bij de inwerkingtreding van de Veegwet VWS 2013. Het artikellid is aangevuld met verwijzingen naar subsidies die onder de Wlz verkregen kunnen worden. In artikel 1, tweede lid, onderdeel a, van het wetsvoorstel Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg werd al verwezen naar het pgb. Met de wijziging van dit onderdeel wordt ook verwezen naar de subsidies op grond van 10.1.3 (ADI-assistentie) en 11.1.4, eerste lid, (extramuraal behandeling) van de Wlz.

JJJ

Bij nader inzien blijken de beheerskostenbudgetten die het Zorginstituut op grond van hoofdstuk 4 van het Besluit Wfsv voor de Wlz-uitvoerders vaststelt, te moeten gekwalificeerd als subsidies in de zin van de Awb. Door een vierde lid aan artikel 91 van de Wfsv toe te voegen, wordt voorkomen dat de subsidieregels van titel 4.2 Awb van toepassing zijn. De regels die van toepassing dienen te zijn, zullen namelijk in hoofdstuk 4 van het Besluit Wfsv worden opgenomen. Met het oog op de overzichtelijkheid wordt in voorliggend onderdeel heel artikel 91 Wfsv opnieuw opgenomen. De wijzigingen in de eerste drie leden waren echter al in het oorspronkelijke wetsvoorstel opgenomen. Voor een toelichting daarop wordt dan ook naar de toelichting op het wetsvoorstel verwezen.

NNN

Voor een toelichting op deze wijziging wordt verwezen naar de toelichting bij het nieuwe zesde lid van artikel 11.1.1.

De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
M.J. van Rijn