

Vergaderjaar 2017–2018

34 104

Langdurige zorg

25 424

Geestelijke gezondheidszorg

Nr. 227

**BRIEF VAN DE STAATSSECRETARIS VAN VOLKSGEZONDHEID,
WELZIJN EN SPORT**

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 22 juni 2018

Tijdens het Algemeen Overleg «Wlz/pgb/toegang tot de Wlz voor ggz-cliënten» van 28 maart 2018 (Kamerstuk 34 104, nr. 219) heb ik toegezegd uw Kamer voor de zomer te informeren over de effecten van het wetsvoorstel. In de afgelopen maanden is hard gewerkt om het wetsvoorstel inhoudelijk vorm te geven. Alle voorziene activiteiten zijn tijdig afgerond en het proces verloopt nog geheel volgens het tijdschema dat ik eerder aan uw Kamer heb geschetst.

Bij het ontwerpen van het wetsvoorstel heb ik in nauwe samenwerking met het CIZ, de NZa, het Zorginstituut Nederland (Zorginstituut), de VNG, Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en cliënt- en brancheorganisaties enkele beleidsinhoudelijke thema's besproken die in het wetsvoorstel worden opgenomen. Met deze brief informeer ik u hierover allereerst op hoofdlijnen. Vervolgens ga ik in op de onderzoeken die in het kader van dit wetsvoorstel hebben plaatsgevonden. Deze onderzoeken heb ik u met mijn brief van 15 mei 2018 aangeboden.¹

Doel: toegang tot de Wlz voor cliënten met een psychische stoornis

In het regeerakkoord «Vertrouwen in de toekomst» (Kamerstuk 34 700, nr. 34) van het Kabinet Rutte III is het voornemen opgenomen om als de effecten in kaart zijn gebracht en deze geen belemmering vormen voor een zorgvuldige uitvoering, met een wetsvoorstel te komen om de Wet langdurige zorg (Wlz) ook toegankelijk te maken voor mensen die vanwege een psychische stoornis blijvend zijn aangewezen op permanent toezicht en/of 24 uur zorg in de nabijheid. Dit voornemen geeft invulling aan de moties Bergkamp/Keijzer.²

¹ Kamerstukken 34 104 en 25 424, nr. 221.

² Kamerstuk 30 597, nr. 397 en Kamerstuk 29 538, nr. 235.

Het doel van dit beleidsvoornemen is om mensen met een psychische stoornis die voldoen aan de bestaande Wlz-toegangscriteria niet meer anders te behandelen dan mensen met een lichamelijke, verstandelijke of zintuiglijke handicap, of mensen met een somatische of psychogeriatrische beperking of aandoening. Doordat nu in de indicatiestelling de psychische problematiek buiten beschouwing wordt gelaten, wordt in feite niet gekeken naar de mens als geheel. Daarbij is het in de huidige situatie lastig om te beoordelen of problemen voortkomen uit de psychische stoornis of een andere aandoening of beperking. De kans bestaat hierdoor dat een cliënt van het kastje naar de muur wordt gestuurd. Cliëntenorganisaties geven verder aan dat in beschermd wonen veel nadruk wordt gelegd op herstel en sociale participatie. Een cliënt wordt geacht zo snel als mogelijk door te stromen naar een zelfstandige woning. Dit is een goed streven, maar voor sommige cliënten met een psychische stoornis niet haalbaar. Deze cliënten hebben juist behoefte aan zekerheid en stabiliteit.

De afgelopen periode zijn de effecten in kaart gebracht en zijn er geen belemmeringen geconstateerd die een zorgvuldige uitvoering van het beleidsvoornemen verhinderen. Daarom vind ik het verantwoord om het wetsvoorstel ter consultatie voor te leggen aan betrokken partijen, zodat in het najaar het wetsvoorstel kan worden aangeboden aan de Raad van State.

Beleidsinhoudelijke thema's en afwegingen

Het begrip blijvendheid geldt zoals deze geldt voor huidige Wlz-doelgroep

Door de grondslag psychische stoornis toe te voegen aan de zorginhoudelijke toegangscriteria van de Wlz kunnen voortaan mensen met een psychische stoornis een beroep doen op zorg vanuit de Wlz. Voor hen geldt, net als voor iedere andere cliënt, dat zij moeten voldoen aan de zorginhoudelijke toegangscriteria van de Wlz. Dit betekent dat sprake moet zijn van een blijvende behoefte aan permanent toezicht en/of 24 uur per dag zorg in de nabijheid.

Het CIZ stelt de blijvende behoefte vast op basis van de medische informatie van de ter zake deskundige (bijvoorbeeld een psychiater of gz-psycholoog) en betreft bij het nemen van het besluit de diagnose(s), de behandelgeschiedenis, het ziekteverloop en de levensloop van de cliënt. Het gaat bij de indicatiestelling niet om de aandoening zelf, maar om de vraag of de daaruit voorkomende beperkingen, het ontbreken van regie op nagenoeg alle levensdomeinen en het missen van het vermogen om op relevante momenten hulp in te roepen, leiden tot een blijvende behoefte aan permanent toezicht en/of 24 uur per dag zorg in de nabijheid. Eventuele verbeteringen in het functioneren brengen hier geen verandering in en maken dus niet dat deze zorgbehoefte vervalt. Door het toevoegen van de grondslag «psychische stoornis» kan voortaan bij de indicatiestelling gekeken worden naar het totaalbeeld van de beperkingen (fysiek en psychisch) en de ernst en blijvendheid van de zorgbehoefte die daaruit voorkomt.

Hierbij komt dat ik voor cliënten met een psychische stoornis het behoud van aansluiting bij de op participatie gerichte maatschappij van groot belang acht. Mensen die in het gemeentelijke domein en/of in de Zvw geholpen kunnen worden, hebben over het algemeen nog perspectief op herstel en/of participatie in de samenleving. Bij cliënten die zorg of ondersteuning nodig hebben, maar zonder een blijvende behoefte aan permanent toezicht en/of 24 uur zorg in de nabijheid, blijven gemeenten en zorgverzekeraars verantwoordelijk. Deze afbakening tussen enerzijds

de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo 2015) en de Zorgverzekeringswet (Zvw) en anderzijds de Wlz biedt stabiliteit voor cliënten, omdat hiermee wordt voorkomen dat mensen uit de beoogde doelgroep telkens in gesprek moeten over de (on) mogelijkheid om zelfstandig te kunnen participeren. Dit wil overigens niet zeggen dat er geen sociale participatie of ontwikkeling meer mogelijk is binnen de Wlz. Een cliënt kan namelijk binnen zijn beperking wel degelijk een ontwikkeling doormaken of sociaal participeren. Het zit hem dan in kleinere zaken, zoals weer contact hebben met familie of het oppakken van een activiteit.

Geen toegang voor jeugdigen met psychische problematiek tot de Wlz

Bij de voorbereiding van het wetsvoorstel kwam de vraag op of jeugdigen met een psychische stoornis ook toegang moeten krijgen tot de Wlz. Uitgangspunt voor mij is, dat de jeugdige de beste hulp krijgt en zorg en ondersteuning krijgt vanuit het wettelijk regime waarin het beste maatwerk kan worden geleverd. Deze afweging heeft ertoe geleid dat ik heb besloten geen verandering aan te brengen voor jeugdigen met ggz-problematiek. Deze zorg blijft onder de Jeugdwet vallen. Door de gemeente verantwoordelijk te houden voor de gehele keten van jeugdhulp, is integrale zorg vanuit de gedachte «1 gezin, 1 plan» en ondersteuning op maat ook voor deze kwetsbare groep beter mogelijk. Daar komt bij dat het bij minderjarigen met een psychische stoornis vaak erg moeilijk is om te bepalen in hoeverre het kind blijvend zal voldoen aan de criteria van de Wlz.

De keuze om jeugdigen met een psychische stoornis geen toegang tot de Wlz te geven, mag er niet aan in de weg staan dat de continuïteit van zorglevering te allen tijde gewaarborgd moet zijn, ook als een jeugdige meerderjarig wordt. Dit aspect heeft mijn aandacht.

Voortgezet verblijf (driejaarscriterium) blijft tijdelijk mogelijk

In de huidige situatie gaan cliënten die verblijven op grond van de Zvw vanwege een psychiatrische behandeling na drie jaar over naar de Wlz, indien de zorg op deze wijze moet worden gecontinueerd. Het zogenaamde «voortgezet verblijf». Bij deze groep cliënten kan het zijn dat (nog) niet vaststaat dat zij blijvend zijn aangewezen op 24 uur per dag zorg in de nabijheid of permanent toezicht. Ik heb besloten om deze aanspraak voorlopig naast de toegang tot de Wlz te laten bestaan voor cliënten met een psychische stoornis die voldoen aan de toegangscriteria van de Wlz.

De reden hiervoor is dat het verlaten van het zogenaamde driejaarscriterium grote gevolgen heeft voor de Zvw-risicoverevening. Het Zorginstituut en ZN hebben mij hier ook op gewezen. Om de consequenties voor de risicoverevening in kaart te kunnen brengen, is het nodig om het «driejaarscriterium» tijdelijk te handhaven. Nadat de Wlz daadwerkelijk is opengesteld voor mensen met een psychische stoornis kunnen de noodzakelijke data verzameld worden met als gevolg inzicht in de verschuivingen op verzekerdenniveau. Op basis van dit inzicht kan op termijn besloten worden over het wel of niet in stand houden van het «driejaarscriterium».

Op 18 oktober 2017³ heeft mijn ambtsvoorganger het pakketadvies over Wlz-behandeling aan de Tweede Kamer aangeboden. Het Zorginstituut adviseert dat alle cliënten bij institutionele zorg⁴ een integraal pakket ontvangen vanuit de Wlz, inclusief algemeen geneeskundige zorg, paramedische zorg, farmaceutische zorg, hulpmiddelen en tandheelkunde. Het Zorginstituut heeft in maart 2017 een aanvullend advies over de positionering van behandeling voor cliënten met een psychische stoornis uitgebracht. Dit advies heeft u op 22 maart 2017 ontvangen.⁵ Het Zorginstituut concludeert in het aanvullende advies van 7 maart jl. dat dit advies ook van toepassing is voor de groep cliënten met een psychische stoornis. Voor het Zorginstituut is hierbij doorslaggevend dat een belangrijk deel van de doelgroep is aangewezen op integrale zorg.

Over de opvolging van de adviezen van het Zorginstituut heeft het kabinet op dit moment nog geen besluit genomen. Het voornemen is dit besluit eind 2018 te nemen. In dit wetsvoorstel wordt voor behandeling, als het gaat om cliënten met een psychische stoornis, aangesloten bij de huidige Wlz-praktijk sinds 2015. Deze Wlz-praktijk omvat een recht⁶ op specifieke behandeling vanuit de Wlz die noodzakelijk is in verband met de aandoening, beperking, stoornis of handicap. Voor cliënten met een psychische stoornis die toegang krijgen tot de Wlz betekent dit recht op specifieke behandeling dat zij de specialistische ggz-behandeling vanuit de Wlz zullen gaan ontvangen.

In de inkoop door het zorgkantoor zal, net als bij de ouderenzorgsector en gehandicaptenzorgsector, onderscheid gemaakt worden in zorgzwaartepakketten met en zonder behandeling. Indien het gaat om levering door instellingen van verblijf zonder behandeling wordt de algemeen medische zorg, zoals de huisarts, tandarts of geneesmiddelen bekostigd vanuit de Zvw en zal alleen de specifieke behandeling vanuit de Wlz bekostigd worden. Hetzelfde geldt voor zorg vanuit volledig pakket thuis, persoonsgebonden budget en modulair pakket thuis. De NZa zal worden gevraagd hiervoor een passende bekostigingssystematiek te ontwerpen.

Toegang tot alle leveringsvormen

In de Wlz heeft een verzekerde de mogelijkheid om te kiezen voor zorg met verblijf of voor zorg thuis. Indien de verzekerde ervoor kiest de zorg thuis te ontvangen, kan hij vervolgens kiezen voor één van de volgende leveringsvormen; volledig pakket thuis (vpt), modulair pakket thuis (mpt) of persoonsgebonden budget (pgb). Voor mensen die op de grondslag psychische stoornis toegang krijgen tot de Wlz komen deze leveringsvormen ook beschikbaar. Dit geldt niet voor de groep cliënten die Wlz-zorg ontvangen op grond van «voortgezet verblijf». De belangrijkste reden om alle leveringsvormen ook voor Wlz-cliënten met een psychische stoornis toe te staan, is dat het gaat om cliënten die voor onbepaalde duur zorg vanuit de Wlz krijgen. Voor deze groep achten de Minister van VWS en ik het van belang de keuzemogelijkheden om tot passende zorg te komen zo groot mogelijk te houden.

³ Kamerstuk 34 104, nr. 198.

⁴ Van institutionele zorg is volgens het Zorginstituut sprake bij verblijf in een instelling of bij geclusterde zorg met een vpt.

⁵ Kamerstuk 34 104, nr. 208.

⁶ Wet langdurige zorg, artikel 3.1.1. lid 1, onder c

PGB en indicatiestelling in beschermd wonen

In het Algemeen Overleg van 28 maart 2018 (Kamerstuk 34 104, nr. 219) heb ik met uw Kamer gesproken over de eventuele vermindering van de aantallen pgb's beschermd wonen in sommige gemeenten en het signaal dat gemeenten korte indicaties afgeven, al dan niet vooruitlopend op de inwerkingtreding van het wetsvoorstel. Beide punten heb ik met de VNG en gemeenten in ons bestuurlijk overleg besproken.

Wat betreft het punt over de aantallen pgb's beschermd wonen geven gemeenten aan niet bewust te sturen op minder pgb's. Er is een groter aanbod aan zorg in natura, zodat minder cliënten zijn aangewezen op een pgb. Dit aanbod betreft ook voormalige pgb-aanbieders. Wel geven gemeenten aan, mede gelet op eerdere misstanden, scherp te zijn in de beoordeling of een pgb voor de specifieke cliënt geschikt is. De doelgroep van beschermd wonen is een kwetsbare groep, waarbij samen met de cliënt goed gekeken moet worden welke ondersteuning nodig is. Als de cliënt een pgb wil en aan de gestelde voorwaarden voldoet, is de gemeente verplicht deze te verstrekken. Dit is ook essentieel in het licht van de eerder genoemde keuzemogelijkheid om tot passende zorg te komen.

Op het signaal over korte indicaties door gemeenten geven de gemeenten aan geen prikkel te voelen om de indicaties te verkorten in aanloop naar de wetswijziging. Daarnaast geven zij aan het zorgaanbod vanuit de herstelgedachte af te stemmen op de zorgbehoefte van de cliënt. Ik heb MIND gevraagd om de vinger aan de pols te houden als het gaat om signalen van cliënten over korte indicaties door gemeenten. Via hun reguliere kanalen zullen zij twee keer per jaar signalen ophalen die ik kan gebruiken in de bestuurlijke overleggen met de VNG.

Financiën

Het openstellen van de Wlz voor cliënten met een psychische stoornis heeft tot gevolg dat meer cliënten de Wlz zullen instromen, waardoor de Wlz-uitgaven stijgen. Deze toename van Wlz-uitgaven gaat gepaard met een daling van de uitgaven in de domeinen van de Wmo 2015 en de Zvw. Daarom zullen er financiële middelen worden overgeheveld vanuit het gemeentefonds en het kader voor curatieve ggz (Zvw) naar het Wlz-kader. Daarbij wordt het principe aangehouden dat het geld de cliënt volgt, hetgeen inhoudt dat de bedragen per domein worden aangepast, indien uit de realisatie blijkt dat de aantallen afwijken van de ramingen.

De verwachting is dat binnen de Wmo 2015 momenteel circa 8.500 cliënten voldoen aan de zorginhoudelijke toegangscriteria van de Wlz. Hiervan gebruiken momenteel circa 7.000 cliënten zorg in natura en circa 1.500 cliënten een persoonsgebonden budget (totale uitgaven in de Wmo 2015: € 495 mln.).

In de Zvw zitten naar verwachting circa 750 cliënten die op grond van de zorginhoudelijke toegangscriteria toegang krijgen tot van de Wlz. De middelen in het ggz-kader van de Zvw die hierdoor vrijvallen worden geraamd op € 75 miljoen. Deze worden overgeheveld naar het Wlz-kader. De 8.500 cliënten beschermd wonen die overgaan naar de Wlz ontvangen nu nog specifieke behandeling in de Zvw. De kosten van deze specifieke behandeling die samenhangt met de psychische grondslag waarvoor de verzekerde toegang krijgt tot de Wlz zullen ook onder het Wlz-kader gaan vallen (voor alle leveringsvormen). De middelen die hierdoor vrijvallen in het ggz-kader van de Zvw worden geraamd op € 55 miljoen en zullen naar het Wlz-kader worden overgeheveld.

De totale overheveling vanuit het ggz-kader van de Zvw (€ 130 mln.) betreft een macrobudgettaire neutrale overheveling. Bij de overheveling vanuit de Wmo 2015 naar de Wlz zijn er twee aspecten met een mogelijk kostenverhogend karakter. Het eerste aspect betreft de tarieven. De tarieven voor cliënten met zorg in natura in de Wmo 2015 zijn mogelijk lager dan de tarieven die gaan gelden in de Wlz. Het tweede aspect hangt samen met het gebruik van dagbesteding. Er wordt verwacht dat cliënten in de Wlz meer gebruik maken van dagbesteding dan in de Wmo 2015 omdat in de Wlz een integraal pakket van zorg wordt geleverd.

Het budgettaire beslag van beide aspecten (het verschil tussen de geraamde kosten in de Wlz en de overheveling vanuit de Wmo 2015) kan oplopen van € 30 miljoen in 2021 tot € 68 miljoen in 2026. De reden voor deze oploop is dat verondersteld wordt dat de instellingen zich geleidelijk zullen aanpassen aan een toenemende vraag naar dagbesteding. De mogelijke extra uitgaven worden gedekt binnen het Uitgavenplafond Zorg.

Rekening houdend met deze extra uitgaven worden de totale kosten in de Wlz voor deze groep vanuit de Wmo 2015 geraamd op € 525 miljoen in 2021, oplopend tot € 593 miljoen in 2026 (€ 495 + 30 respectievelijk 68 mln.).

De financiële effecten zijn samengevat in tabel 1

Tabel 1: Overzicht financiële effecten

x € 1 mln.	Wmo	Zvw	Wlz 2021	Wlz 2026
Cliënten van Wmo naar Wlz	- 495		+ 495	+ 495
Mogelijke extra uitgaven Wlz			+ 30	+ 68
Totaal effect Wmo-cliënten	- 495		+ 525	+ 563
Cliënten van Zvw naar Wlz		- 75	+ 75	+ 75
Zvw uitgaven Wmo-cliënten		- 55	+ 55	+ 55
Totaal effect per domein	- 495	- 130	+ 655	+ 693

Start indicatieproces in 2020; start zorglevering op 1 januari 2021

Tussen de beoogde inwerkingtreding van het wetsvoorstel op 1 januari 2020 en het ontstaan van het recht op zorg op grond van de Wlz per 1 januari 2021 zit één jaar. Voor dit jaar is bewust gekozen om de indicatiestelling zorgvuldig te laten verlopen en betrokken partijen, zoals cliënten, gemeenten, het CIZ, zorgverzekeraars en zorgkantoren voldoende tijd te geven zich op deze wetswijziging voor te bereiden. Het CIZ zal te maken krijgen met een toeloop van cliënten die wellicht groter is dan het aantal cliënten dat daadwerkelijk in aanmerking zal komen voor de Wlz. De tijdspanne van één jaar tussen de inwerkingtreding en het ontstaan van het recht geeft het CIZ voldoende tijd om de indicatiestelling zorgvuldig te laten verlopen en alle cliënten tijdig van een indicatiebesluit te voorzien. Ook het inkoopproces door zorgkantoren, verzekeraars en gemeenten wordt in 2020 ingang gezet.

Gedurende dit jaar zijn gemeenten en verzekeraars gehouden de zorg en ondersteuning door te laten lopen. Dit wordt in het wetsvoorstel geregeld. Dit betekent ook dat indien een cliënt in 2020 zorg en/of ondersteuning nodig heeft of te maken heeft met een veranderde zorgvraag, hij terecht kan bij zijn zorgverzekeraar en/of gemeente. Over het logistieke proces in 2020 worden gedurende het implementatietraject (2018/2019/2020) concrete afspraken gemaakt met de gemeenten, zorgverzekeraars en het

ClZ. Bijzondere aandacht zal worden besteed aan de communicatie met de cliënten.

Overgangsrecht Wmo 2015

De Wmo 2015 voorziet voor beschermd wonen in een overgangstermijn van ten minste vijf jaar. Met de VNG heb ik overeenstemming bereikt over het verlengen van het overgangsrecht van 31 december 2019 naar 31 december 2020. Met deze verlenging loopt het overgangsrecht gelijktijdig af met de inwerkingtreding van het wetsvoorstel in 2021.

Hiermee wordt voorkomen dat cliënten in 2020 eerst geïndiceerd worden voor de Wmo 2015 en daarna voor de Wlz.

Zo wordt naar de overtuiging van zowel het Rijk als de gemeenten het belang van de cliënt voorop gesteld. Het aantal mensen dat valt onder het overgangsrecht beschermd wonen is sinds 2015 afgenomen van 19.000 naar 11.500 cliënten in 2017. In de komende jaren zal dit aantal nog verder afnemen.

Het voornemen ten aanzien van het aflopen van het overgangsrecht behoeft geen aanpassing van wet- en regelgeving. Het overgangsrecht in de Wmo 2015 kent namelijk een termijn van ten minste vijf jaar en het beëindigen ervan zal bij koninklijk besluit plaatsvinden. Met deze afspraak met de VNG om het overgangsrecht met een jaar te verlengen, geef ik invulling aan de door uw Kamer aangenomen motie van het lid Slootweg c.s.⁷ In deze motie wordt duidelijkheid gevraagd voor de groep cliënten in een beschermde woonvorm die gebruikmaken van het vijfjarig overgangsrecht.

Reactie op onderzoeken

Op 15 mei 2018 (Kamerstukken 34 104 en 25 424, nr. 221) heb ik u twee onderzoeken toegestuurd.⁸ Deze rapporten zijn op mijn verzoek opgesteld door Bureau HHM. Beide onderzoeken zijn gebruikt bij het in kaart brengen van de (financiële) effecten van het wetsvoorstel.

Uit het onderzoek naar de gemeentelijke tarieven voor beschermd wonen blijkt dat de tarieven in het gemeentelijk domein zijn gedaald in de periode 2015–2017 ten opzichte van de vergoeding voor deze cliënten tot 2015 binnen de AWBZ (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten). De bespaarde gelden zijn ingezet in het kader van het brede gemeentelijk beleid op maatschappelijk opvang en beschermd wonen. Omdat het merendeel van de huidige cliënten in beschermd wonen onder verantwoordelijkheid blijft vallen van de gemeenten, acht ik het niet verantwoord om bij de overhelling vanuit het gemeentelijk domein nog uit te gaan van de oude AWBZ-tarieven. Anderzijds moet nog worden bezien welke vergoeding in het Wlz-domein wordt vastgesteld. De NZa doet daarom in de tweede helft van 2018 onderzoek naar de Wlz-vergoeding. De huidige gemeentelijke tarieven kunnen bij het onderzoek worden betrokken.

Het tweede onderzoek is door HHM uitgevoerd om meer inzicht te krijgen in de omvang van de groep, die vanuit beschermd wonen zal overgaan naar de Wlz. Bij een aantal gemeenten is nagegaan of de inschatting van het percentage cliënten dat vanuit beschermd wonen in aanmerking zou kunnen komen voor een Wlz-indicatie valide is. In het rapport wordt nader ingegaan op factoren die op het eerste oog ertoe zouden kunnen leiden

⁷ Kamerstuk 34 104, nr. 214.

⁸ Rapport «Gemeentelijke tarieven in beschermd wonen» en het rapport «Bevindingen GGZ-regiogesprekken».

dat het geraamde percentage omhoog of omlaag moet worden bijgesteld. In het rapport worden de verschillende factoren besproken. De conclusie van HHM is, dat «de uitkomsten van het onderzoek op landelijk niveau bruikbaar zijn voor een globale raming van het aantal cliënten». Deze conclusie onderschrijf ik. Met de VNG heb ik de afspraak gemaakt dat we de aantallen van het HHM rapport als uitgangspunt nemen voor de raming van de uitname uit het Gemeentefonds.

Met deze brief heb ik uw Kamer mee willen nemen in het verloop van het proces en willen informeren over enkele beleidsinhoudelijke thema's. Het beeld dat uit de brief naar voren komt, geeft mij het vertrouwen dat de toegang tot de Wlz voor mensen met een psychische stoornis nog deze kabinetsperiode kan worden geregeld.

De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
P. Blokhuis