

Vergaderjaar 2013–2014

33 891

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

Nr. 3

### MEMORIE VAN TOELICHTING

#### Inhoudsopgave

<b>ALGEMEEN</b>	<b>2</b>
<i>Doelstelling van dit wetsvoorstel</i>	2
Hoofdstuk 1 Inleiding	3
Aanleiding voor de hervorming	3
Noodzaak tot hervormen van de AWBZ	4
Een nieuw stelsel van langdurige zorg	6
Een nieuwe wet	7
De meerwaarde van de Wlz	7
Hoofdstuk 2 De verzekering	9
2.1 Waarom een verzekerd recht op zorg?	9
2.2 Indicatiestelling: wie krijgt Wlz-zorg?	10
2.3 Het verzekerd pakket: waar heeft de cliënt recht op?	18
2.4 Zorglevering	24
2.5 Bekostiging	32
2.6 Uitvoering van de verzekering	35
2.7 Eigen bijdragen	42
Hoofdstuk 3 Kwaliteit	44
3.1 Cliënt – zorgaanbieder/zorgverlener	45
3.2 Cliënt – zorgkantoor	48
3.3 Zorgkantoor – zorgaanbieder	50
3.4 Flankerend beleid	51
Hoofdstuk 4 Betrokkenheid	51
4.1 Eigen verantwoordelijkheid	52
4.2 Mantelzorg en vrijwilligers	52
4.3 Betrekken van de samenleving	55
4.4 Flankerend beleid	55
Hoofdstuk 5 Wie is waarvoor verantwoordelijk?	55
5.1 Overzicht	55
5.2 De cliënt en zijn sociale omgeving	57
5.3 De Minister van VWS	57
5.4 De SVB	58
5.5 Het CIZ	58
5.6 De Wlz-uitvoerders	61
5.7 De zorgaanbieders	61
5.8 Het CAK	62

5.9 Zorginstituut	62
5.10 De IGZ	63
5.11 De NZa	64
5.12 DNB	66
Hoofdstuk 6 Samenhang tussen de Wlz en andere domeinen	67
6.1 Wlz – Wmo 2015	69
6.2 Wlz – Jeugd	72
6.3 Wlz – Zvw	73
6.4 Wlz en niet-zorg domeinen	75
Hoofdstuk 7 Financiële houdbaarheid	75
7.1 Beheersing uitgaven	75
7.2 Financieel kader	79
7.3 Bekostiging van zorgaanbieders	81
7.4 Financiering en koopkrachteffecten	83
Hoofdstuk 8 Regeldruk	84
8.1 Eenmalige regeldruk	84
8.2 Structurele effecten	85
8.3 Kwantificering	88
Hoofdstuk 9 Fraude en oneigenlijk gebruik	89
9.1 De rol van de rijksoverheid bij het tegengaan van fraude	90
9.2 De rol van het CIZ bij het tegengaan van fraude	91
9.3 Taak van de Wlz-uitvoerder en het zorgkantoor bij het tegengaan van fraude	93
9.4 De rol van de SVB bij het tegengaan van pgb-fraude	93
9.5 Toezicht door de NZa	94
9.6 Opsporing en strafketen	94
Hoofdstuk 10 Gegevensuitwisseling	95
10.1 Inleiding	95
10.2 Juridisch kader	96
10.3 Toetsing aan het juridisch kader	97
Hoofdstuk 11 Innovatie door te experimenteren	89
Hoofdstuk 12 Internationaalrechtelijke aspecten	99
12.1 Mensenrechten	99
12.2 Langdurige zorg in een ander EU-land	100
12.3 Verhouding tot EU regels voor de interne markt	102
Hoofdstuk 13 Juridisch kader en rechtsbescherming	104
Hoofdstuk 14 Consultatie en adviezen	105
14.1 Cliënten, het veld en gemeenten	106
14.2 Reactie van uitvoerders en toezichthouders	113
14.3 Adviesorganen, diensten en inspecties	117
14.4 Reactie op de consultaties	120
Hoofdstuk 15 Toekomstperspectief	125
Hoofdstuk 16 Overgangssituatie, inwerkingtreding en transitie	127
16.1. Overgangsrecht voor cliënten	127
16.2 Overgangstraject voor zorgaanbieders	133
16.3 Overgangstraject voor uitvoerende organen	133
16.4 Inwerkingtreding en transitie	133
Hoofdstuk 17 Monitoring en evaluatie	134

## **ALGEMEEN**

### ***Doelstelling van dit wetsvoorstel***

*Het doel van deze wet is dat ouderen met een blijvende somatische of psychogeriatrische beperking en mensen met blijvende verstandelijke, lichamelijke en/of zintuiglijke beperkingen passende zorg krijgen met aandacht voor het individuele welzijn. Basisprincipes die in de Wet langdurige zorg (Wlz) voorop staan, zijn dat we uitgaan van wat mensen (nog) wel kunnen in plaats van wat zij niet kunnen. Oftewel: regie naar vermogen. Kwaliteit van leven staat voorop. Het motto van Wlz is: met professionele zorg, zo thuis mogelijk!*

## Hoofdstuk 1 Inleiding

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

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

Het verschil tussen de nieuwe Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo 2015), de Zorgverzekeringswet (Zvw) en Wlz is primair gelegen in de groep cliënten die er recht op heeft en de zorgbehoefte die zij hebben. De Wlz richt zich op mensen met een blijvende somatische of psychogeriatrische aandoening of beperking en mensen met een blijvende verstandelijke, lichamelijke en/of zintuiglijke handicap.

### Aanleiding voor de hervorming

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

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

In de brief «Hervorming langdurige zorg: naar een waardevolle toekomst», die de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) op 25 april 2013 aan de Tweede Kamer heeft aangeboden (HLZ-brief), zijn bovengenoemde voornemens verder uitgewerkt.<sup>2</sup> In deze brief zijn de contouren van de Wlz, toen nog kern-AWBZ genoemd, geschetst op het gebied van het karakter van de wet, de indicatiestelling, kwaliteit, het persoonsgebonden budget, de uitvoering, de eigen bijdrage en de financiële houdbaarheid. De brief van 6 november 2013<sup>3</sup> bevatte een nadere uitwerking van deze voornemens.

<sup>1</sup> Rutte, Samsom (2012), Bruggen slaan, regeerakkoord VVD-PvdA, 29 oktober 2012. Kamerstukken II 2012/13, 33 410, nr. 15.

<sup>2</sup> Kamerstukken II 2012/13, 30 597, nr. 296.

<sup>3</sup> Kamerstukken II, 2013/14, 30 597, nr. 380.

## **Noodzaak tot hervormen van de AWBZ**

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

### *Betere kwaliteit van zorg*

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

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

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

### *Meer voor elkaar zorgen*

De langdurige zorg is te veel geïnstitutionaliseerd, wat wil zeggen dat een te groot deel van de zorgverlening in handen is gekomen van partijen die formele zorg verlenen. De (financiële) mogelijkheden van mensen zelf en hun sociale omgeving zijn hierdoor in steeds grotere mate op de achtergrond gekomen. Solidariteit is in de AWBZ grotendeels financieel ingevuld en leunt vooral op premieoverdracht en algemene belastingen. Er wordt naar de mening van de regering een groter beroep gedaan op formele zorg dan nodig is. Bovendien worden de mogelijkheden om het welbevinden van mensen te verbeteren niet ten volle benut. Mantel-

zorgers en vrijwilligers kunnen zowel binnen als buiten een instelling een belangrijke extra impuls geven aan dat welbevinden onder meer door eenzaamheid tegen te gaan. Het is daarom gewenst dat mantelzorgers en vrijwilligers nauw betrokken blijven, ook wanneer iemand zijn eigen omgeving verlaat om in een meer beschermde omgeving zoals een instelling te gaan wonen. De regering heeft een stelsel van langdurige zorg voor ogen waarin de rol van de overheid groter wordt naarmate mensen meer zorg nodig hebben en hun sociale netwerk minder op kan vangen. Daar waar de overheid haar verantwoordelijkheid neemt, dient echter ruimte te blijven voor de sociale omgeving. Solidariteit komt daardoor meer tot stand via een betrokken samenleving dan via een «verzekeringsmaatschappij».

### *Financiële houdbaarheid*

Sinds zijn ontstaan in 1968 heeft de AWBZ een stormachtige ontwikkeling doorgemaakt. Bij de indiening van dat wetsvoorstel werd ervan uitgegaan dat het aantal gebruikers beperkt zou blijven tot 70.000 op een bevolking van circa 12 miljoen personen, oftewel 0,6% van de bevolking.<sup>4</sup> Daarbij werd verwacht dat het zou gaan om 9.000 personen in de leeftijdscategorie van nul tot en met vijftien, 39.000 zestien tot en met vierenzestig en 22.000 vijfenzestigplussers. Ook als rekening zou worden gehouden met een te verwachten aanzuigende werking van de nieuwe verzekering voor zware geneeskundige risico's, werd verwacht dat het aantal verpleegden in verhouding tot de totale bevolking betrekkelijk laag zou blijven. Wel werd een groeiende behoefte aan een verzekering voor zware geneeskundige risico's voorzien in de toekomst, vanwege het toenemend aantal ouderen. Er werd geraamd dat in de eerste instantie een premie nodig was van 1,6% ter dekking van de kosten, te betalen door het deel van de verzekerden dat tussen de vijftien en vijfenzestig jaar oud was.

Het aantal mensen met recht op zorg op grond van de AWBZ is opgelopen tot ruim 800.000. Dat is meer dan tien keer zoveel als bij de invoering van de wet werd beoogd. Dit is het gevolg van mondiale en maatschappij brede trends, zoals de medicalisering, de toegenomen arbeidsparticipatie van vrouwen, de institutionele vormgeving van het systeem en de beperkte prikkelwerking binnen de AWBZ. Daarnaast is er sinds de invoering ook sprake geweest van een sterke bevolkingsgroei, namelijk van twaalf miljoen naar bijna zeventien miljoen mensen. Inmiddels heeft bijna vijf procent van de bevolking recht op zorg op grond van de AWBZ, tegenover de slechts 0,6% die werd beoogd. Slechts een klein deel van deze stijging is gelegen in de toename van de levensverwachting en de vergrijzing van de Nederlandse samenleving die daarvan het gevolg is. Belangrijkste factor die heeft bijgedragen aan de groei is dat de groep mensen die voor AWBZ-zorg in aanmerking komt, mede als gevolg van politieke besluitvorming, door de jaren heen steeds verder is uitgebreid. Als gevolg van bovenstaande ontwikkelingen is het budgettaire beslag van de AWBZ flink gestegen. Van 275 miljoen euro in 1968 naar ruim 27 miljard euro in 2013. De regering vreest dat bij ongewijzigd beleid de uitgaven als percentage van het bruto binnenlands product verdubbelen.<sup>5</sup> De solidariteit komt zo in gevaar.

Solidariteit is hét fundament van ons zorgsysteem. Als daaraan getornd wordt, trekken de meest kwetsbaren aan het kortste eind. Dat is niet de samenleving die de regering voor ogen heeft. Om ook toekomstige

<sup>4</sup> Kamerstukken 1965/66, 8 457, nr. 3, memorie van toelichting bij algemene wet zware geneeskundige risico's.

<sup>5</sup> CPB (2011), Omgevingsscenario's voor gezondheid en zorg, Den Haag.

generaties goede langdurige zorg te kunnen garanderen, zijn nu duidelijke keuzes nodig om de groei van de zorguitgaven af te vlakken.

De regering en tal van maatschappelijke organisaties en politieke partijen beseffen dat de huidige AWBZ niet houdbaar is. De afgelopen jaren zijn er dan ook tal van rapporten geschreven waarin wordt gewezen op de noodzaak tot hervorming van de langdurige zorg.<sup>6</sup> Een aanbeveling die in veel van deze rapporten terugkomt, is dat de AWBZ moet worden teruggebracht tot de kern, oftewel de relatief kleine groep mensen met een zware, langdurige zorgvraag. Dit zou moeten plaatsvinden door grote delen van de AWBZ te decentraliseren naar gemeenten en andere delen over te hevelen naar de Zvw. Met de voorgestelde hervormingsplannen voorziet de regering hierin.

### **Een nieuw stelsel van langdurige zorg**

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

Uitgangspunten bij die herziening zijn:<sup>7</sup>

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

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

Er kan echter een moment komen dat de kwaliteit van iemands bestaan zelfs met al deze inzet onder druk komt te staan, dat de intensiteit van iemands zorgbehoefte zodanig wordt dat iemands welbevinden zonder meer inzet wordt geschaad. Bij mensen met verstandelijke, lichamelijke

<sup>6</sup> OECD, Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care, Parijs, mei 2011, Sociaal-Economische Raad, Langdurige zorg verzekerd: over de toekomst van de AWBZ (Den Haag, 2008), Raad voor Volksgezondheid & Zorg, Beter zonder AWBZ? (Den Haag 2008) en Taskforce beheersing zorguitgaven, Naar beter betaalbare zorg (Den Haag 2012).

<sup>7</sup> Deze zorgladder en de volgtijdelijkheid voor informele en formele zorg geldt in de meeste gevallen. Denk bijvoorbeeld aan ouderen die langzaam dementeren of slechter ter been raken. Dat laat onverlet dat het verlenen van formele zorg ook al in een vroeg stadium mogelijk is. Dit kan bijvoorbeeld het geval zijn bij kinderen met een ernstige lichamelijke, verstandelijke of zintuiglijke beperking.

en/of zintuiglijke beperkingen kan dit al op zeer lage leeftijd- of na een ongeval van het ene op het ander moment- het geval zijn. Als de cliënt of diens wettelijk vertegenwoordiger niet (langer) in staat is om de verantwoordelijkheid te dragen voor de organisatie van de noodzakelijke zorg, ontstaat er gevaar voor de gezondheid en/of het welzijn van de cliënt of voor het welzijn van anderen in zijn omgeving. Bovendien is soms de hoeveelheid of de inhoud van de benodigde zorg dusdanig, dat die niet (langer) van het sociale netwerk kan worden gevraagd of dat deze niet (langer) verantwoord of doelmatig uit allerlei samenstellende delen kan worden opgebouwd. Daarom dient voor deze mensen, bijvoorbeeld voor zwaar dementerende ouderen of zwaar verstandelijk en/of lichamenlijk gehandicapten, een verzekerd recht op zorg te bestaan. De zorgaanbieder neemt de organisatie en een groot deel van de regie van zorg en verantwoordelijkheid van de cliënt of zijn mantelzorgers over. De doelgroep waarvoor dit nodig is, is beperkt. Op basis van huidig zorggebruik, de decentralisatie naar gemeenten, de overheveling naar de Zvw en het langer thuis wonen, verwacht de regering dat het structureel om minder dan 200.000 mensen zal gaan. Dit aantal zal jaarlijks groeien onder invloed van de demografische groei.

### **Een nieuwe wet**

De regering is van mening dat de AWBZ zoals wij die nu kennen vastloopt in steeds ingewikkeldere regelgeving. Er is een groot gat ontstaan tussen de letter van de wet en de werking van de AWBZ in de praktijk. Door aanpassingen die in de wet, de lagere regelgeving en de uitvoeringspraktijk zijn doorgevoerd sinds 1968, is het systeem van de AWBZ als geheel een lappendeken geworden die door niemand meer echt wordt overzien. Dat is een onwenselijke situatie die niet kan worden opgelost met een aanpassing van de bestaande wet. Er is behoefte aan een nieuwe volksverzekering die de huidige AWBZ uit 1968 vervangt.

Veel elementen van de huidige AWBZ zijn in dit wetsvoorstel overeind gebleven, maar er zijn ook verbeteringen doorgevoerd die niet kunnen worden bereikt met een algemene maatregel van bestuur (amvb). Echter bovenal is het van belang dat met de Wlz recht wordt gedaan aan de visie op de langdurige zorg en aan de wijzigingen die het stelsel van de langdurige zorg dientengevolge ondervindt. De regering is bovendien van mening dat de hervormingen ingrijpend zijn en daarom wenst zij de beide Kamers der Staten-Generaal bij de totstandkoming van het nieuwe beleid te betrekken.

### **De meerwaarde van de Wlz**

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

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

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



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

- voor cliënten meer rechtszekerheid wordt gecreëerd via het vastleggen van het verzekerd pakket en de zorginhoudelijke toegangscriteria op wetsniveau (in de AWBZ was dit in lagere regelgeving vastgelegd);
- de zorgplanbespreking wettelijk verankerd wordt, waardoor de wensen, mogelijkheden en behoeften van de cliënt meer centraal komen te staan in de zorgverlening en er meer nadruk komt op de betrokkenheid van het sociale netwerk van de cliënt;
- het persoonsgebonden budget (pgb) en het volledige pakket thuis (vpt) als volwaardige leveringsvormen in de wet worden vastgelegd, waardoor de keuzevrijheid van de cliënt wordt versterkt;
- de eisen die gesteld worden aan het pgb en vpt worden aangescherpt waardoor er meer waarborgen zijn dat de zorg buiten de instelling verantwoord is;
- meer ruimte voor maatwerk wordt gecreëerd door te indiceren in aard, inhoud en (globale) omvang van zorg (zorgprofielen) in plaats van in zorgzwaartepakketten (zzp's) waarin uren zijn opgenomen;
- de positie van de cliënt wordt versterkt. Het recht op cliëntondersteuning via de zorgplicht van Wlz-uitvoerders wordt wettelijk verankerd en cliënten krijgen statutair invloed op het beleid van hun Wlz-uitvoerder;
- de mogelijkheid om de uitvoerders van de wet aan te spreken op de kwaliteit van de dienstverlening en zorg wordt vergroot en;
- innovatie wettelijk wordt gestimuleerd via een experimenteerartikel in de wet.

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

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

- de toegang tot de Wlz en het verzekerd pakket worden in de Wlz zelf verankerd;
- het pgb en zorg in natura worden onder één budgettair kader gebracht;
- de voorwaarden die gesteld worden aan het pgb en vpt worden aangescherpt;
- zorgverzekeraars dienen een aparte juridische entiteit op te richten voor de uitvoering van de Wlz;
- door te regelen dat behandelend artsen en andere hulpverleners met een medisch beroepsgeheim het Centrum indicatiestelling zorg (CIZ) desgevraagd die gegevens over hun patiënten moeten verstrekken, die noodzakelijk zijn om tot een goede (her)indicatie te komen, kan het CIZ (dat wordt omgevormd tot een publiekrechtelijk zelfstandig bestuursorgaan) indicatiefraude tegengegaan;
- de Wlz bevat meer instrumenten om verzekeraars te stimuleren om de AWBZ doelmatig uit te voeren. Zo kunnen op grond van de Wlz eisen worden gesteld als zorgverzekeraars voornemens zijn om (vrijwillig) taken uit te besteden aan kantoren, wordt het toezicht van de NZa verscherpt, en kan de Minister van VWS als ultimum remedium een regionale uitvoerder (zorgkantoor) sluiten, waarbij de taken wordt overgedragen aan een andere partij.



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

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

## **Hoofdstuk 2 De verzekering**

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

### **2.1 Waarom een verzekerd recht op zorg?**

De Wlz is net als de AWBZ een publiekrechtelijke sociale verzekering. Dit betekent dat mensen van rechtswege verzekerd zijn en de verzekering niet voortvloeit uit een overeenkomst tussen de verzekerde en de verzekeraar. Het verzekeringsrisico ligt bij de overheid. Daarom is er geen sprake van een schadeverzekering in de zin van het Burgerlijk Wetboek (BW). De regering is van mening dat er, gegeven de zware zorgbehoefte van mensen die aangewezen zijn op zorg op grond van de Wlz, geen enkele twijfel over mag bestaan dat zij de zorg krijgen die zij nodig hebben. Dat neemt niet weg dat de regering het wenselijk vindt dat binnen de Wlz wordt bekeken wat de cliënt en zijn sociale omgeving zelf nog kunnen. Dit wordt in hoofdstuk 4 toegelicht. Consequentie van de keuze voor een verzekering is echter dat de inzet van de sociale omgeving, die bij kan dragen aan de kwaliteit van leven van betrokkenen, geen verplichtend karakter heeft.

#### *Uitvoering van de verzekering*

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

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

De uitvoerders van de wet krijgen een zorgplicht voor de mensen die toegang krijgen tot de Wlz. Dit sluit ook aan bij een breed gedeelde wens van cliëntenorganisaties, zorgaanbieders, zorgverzekeraars en de Tweede

Kamer.<sup>8</sup> Consequentie van deze keuze voor een verzekerd recht met het verzekeringsrisico bij de overheid, is dat indien er veel meer Wlz-cliënten zijn dan verwacht, de overheid daar uiteindelijk de financiële gevolgen van zal dragen. In hoofdstuk 7 wordt ingegaan op de beheersmaatregelen waarmee zoveel mogelijk wordt voorkomen dat er overschrijdingen zijn.

### *Kring van verzekerden*

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

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

## **2.2 Indicatiestelling: wie krijgt Wlz-zorg?**

De regering vindt het belangrijk dat onafhankelijk, objectief en zoveel mogelijk op een landelijk uniforme manier wordt bepaald wie er toegang heeft tot zorg op grond van de Wlz. Juist om de zorg voor – en de solidariteit met – de meest zorgbehoevende ouderen en gehandicapten in onze samenleving te kunnen blijven garanderen, moeten we duidelijk zijn bij het bewaken van de toegang tot de Wlz. Indien de Wlz open zou staan voor groepen mensen met een lichte zorgvraag die door de sociale omgeving kan worden opgevangen of zorg die ook uit andere domeinen ondersteund zouden kunnen worden, zet dat de solidariteit en de betaalbaarheid onder druk. De regering acht daarom een toegangspoort tot de Wlz nodig die objectief en professioneel geregeld is. Dit stelt hoge eisen aan de indicatiestelling. De indicatiestelling blijft net als in de AWBZ daarom in handen van het CIZ. De juridische positie van het CIZ wordt echter gewijzigd. Dit wordt toegelicht in paragraaf 5.5.

---

<sup>8</sup> Zoals onder andere verwoord in het persbericht «NPCF, Actiz, ZN: ouderenzorg moet verzekerd recht blijven» van 28 augustus 2012.

### 2.2.1 Zorginhoudelijke toegangscriteria

Bij de indicatiestelling zal het CIZ een landelijk uniform afwegingskader hanteren. In de hiervoor genoemde HLZ-brief die de Staatssecretaris naar de Tweede Kamer heeft gestuurd, is op hoofdlijnen aangegeven welke groepen in de toekomst nog toegang krijgen tot de nieuwe volksverzekering en welke groepen voortaan terecht kunnen bij de Wmo 2015, Jeugdwet en/of Zvw. In dit wetsvoorstel zijn de toegangscriteria voor de Wlz nader uitgewerkt. Er is gekozen om de lat die de toegang bepaalt hoger te leggen dan in de AWBZ. Lichtere vormen van ondersteuning en zorg uit de AWBZ maken geen onderdeel meer uit van de Wlz. In hoofdlijnen komt het erop neer dat een cliënt recht heeft op zorg op grond van de Wlz indien hij vanwege een somatische of psychogeriatrische aandoening of beperking of een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap blijvend behoefte heeft aan:

- permanent toezicht ter voorkoming van escalatie of ernstig nadeel; of
- 24 uur per dag zorg in de nabijheid, omdat de cliënt, om ernstig nadeel voor hem zelf te voorkomen,
  - door fysieke problemen voortdurend begeleiding, verpleging of overname van zelfzorg<sup>9</sup> nodig heeft, of
  - door zware regieproblemen voortdurend begeleiding of overname van taken nodig heeft.

Deze toegangscriteria zijn niet afhankelijk van de leeftijd van een persoon; zowel kinderen als volwassenen die aan deze criteria voldoen, kunnen gebruik maken van de Wlz. Dit geldt dus bijvoorbeeld ook voor ernstig meervoudig gehandicapte kinderen als de gebruikelijke zorg van ouders aan kinderen qua tijd en intensiteit substantieel wordt overschreden.

De toegangscriteria zijn volledig gebaseerd op zorginhoudelijke criteria. De toegang tot de Wlz is geen afgeleide van de vraag of een gemeente voldoende heeft gedaan om iemand zo lang mogelijk thuis te ondersteunen vanuit de Wmo 2015 of van het feit of de zorgverzekeraar vanuit de Zvw voldoende zorg heeft geboden. Een dergelijk criterium heeft onvoldoende afbakenende kracht. Bovendien sluit dit niet aan bij het verzekeringskarakter van de Wlz.

De toegang tot de Wlz is onafhankelijk van het ondersteuningsaanbod dat gemeenten bieden en de lokale verschillen daartussen evenals het pakket aan zorg dat vanuit de Zvw behoort te worden geboden. De regering acht het niet wenselijk dat het CIZ zou moeten toetsen of gemeenten voldoende ondersteuning hebben geboden. Daarvoor dient de lokale democratie. De gemeenteraad controleert of er in de gemeente voldoende ondersteuning wordt geboden op grond van de Wmo 2015 en spreekt de verantwoordelijke wethouder erop aan indien dit niet het geval is. Tevens is het niet wenselijk dat het CIZ beoordeelt of de zorgverzekeraar voldoende zorg heeft geboden vanuit de Zvw.

In de toegangscriteria is niets opgenomen over de rol van de sociale omgeving van de cliënt. Er wordt voor het beantwoorden van de vraag of iemand toegang tot de Wlz krijgt derhalve niet gekeken of de cliënt familie, vrienden of kennissen heeft die hem kunnen verzorgen waardoor er geen zorg nodig zou zijn vanuit de Wlz. Hier is slechts één uitzondering op: van ouders wordt naar algemeen aanvaardbare maatstaven verwacht dat zij hun kinderen verzorgen en opvoeden c.q. toezicht bieden ook al is er sprake van een kind met een ziekte, aandoening of beperking. Pas als de zorg voor een kind qua tijd en intensiteit substantieel meer is ten opzichte van de zorg van ouders aan een kind zonder beperkingen van dezelfde leeftijd, kan er sprake zijn van toegang tot de Wlz (gebruikelijke zorg).

<sup>9</sup> Zelfzorg is de zorg die iemand normaliter voor zichzelf heeft. Deze zorg omvat algemene dagelijkse levensverrichtingen, zoals de persoonlijke verzorging en hygiëne.

Indien iemand intensief ondersteund wordt door zijn eigen sociale netwerk, kan dat er natuurlijk wel toe leiden dat iemand zich later bij het CIZ meldt. Met uitzondering van de gebruikelijke zorg van ouders aan kinderen, speelt bij het besluit van het CIZ of iemand toegang krijgt tot de Wlz zijn sociale omgeving, uiteindelijk dus geen rol. De sociale omgeving kan weer wel een rol spelen bij de keuze voor de leveringsvorm, de zorgplanbespreking en de uiteindelijke zorgverlening.

#### *Gebruikelijke zorg*

Voor alle cliënten in de Wlz geldt dat het recht op zorg slechts bestaat voor zover de verzekerde daar naar aard, inhoud en (globale) omvang redelijkerwijs op is aangewezen. Met redelijkerwijs wordt hier ook gebruikelijke zorg bedoeld. Bij kinderen waarbij een beroep wordt gedaan op de Wlz betekent dit dat het CIZ «gebruikelijke zorg» meeneemt in de indicatiestelling. Van ouders wordt immers naar algemeen aanvaardbare maatstaven verwacht dat zij hun kinderen verzorgen en opvoeden c.q. toezicht bieden ook al is er sprake van een kind met een ziekte, aandoening of beperking. Uiteraard verschilt ook bij kinderen zonder beperkingen binnen leeftijdscategorieën de omvang van de ouderlijke zorg tussen kinderen. Het ene kind is nu eenmaal «makkelijker» dan het ander kind. Er is pas sprake van toegang tot de Wlz als de zorg voor een kind qua tijd en intensiteit substantieel meer is ten opzichte van de zorg van ouders aan een kind zonder beperkingen van dezelfde leeftijd. Van een ouder van een thuiswonend verstandelijk gehandicapt kind mag bijvoorbeeld een substantiële bijdrage worden verwacht bij het verzorgen en opvoeden c.q. toezicht bieden van een kind. Dat is niet anders bij een verstandelijk gehandicapt kind, dan bij een kind zonder beperking. Doordat de gebruikelijke zorg voor kinderen een rol speelt bij de vraag of het kind redelijkerwijs op zorg is aangewezen, wordt onder meer bereikt dat kinderen *op een later moment* toegang zullen krijgen tot de Wlz. Indien bijvoorbeeld een verstandelijk gehandicapt kind van vier jaar *wat betreft de zorgbehoefte* aan de toegangscriteria van de Wlz voldoet, kan het zijn dat het kind eerst door de eigen omgeving en de gemeente (Jeugdwet) zal moeten worden geholpen omdat het nog niet redelijkerwijs op de Wlz-zorg is aangewezen. Hiermee wordt ook uiting gegeven aan het uitgangspunt dat kinderen thuis opgroeien en binnen hun mogelijkheden kansen moeten kunnen krijgen om zich te ontwikkelen c.q. onderwijs te genieten. De Jeugdwet is bij uitstek geschikt om het kind en zijn gezin hierbij te begeleiden. Dit zo nodig aangevuld met zorg vanuit de Zvw. Pas als dat redelijkerwijs niet meer aan de orde is, bestaat toegang tot de verzekerde zorg van de Wlz. De normen voor gebruikelijke zorg zullen worden uitgewerkt in de (beleids)regels met betrekking tot de indicatiestelling. Hiermee bestaat ruimte om gedetailleerd beleid te maken aan de hand waarvan het CIZ het begrip invult. Bovendien biedt het enige flexibiliteit, zodat deze normen op een later moment kunnen worden gewijzigd in het licht van veranderende maatschappelijk opvattingen over gebruikelijke zorg.

Het voorgaande maakt duidelijk dat van het meewegen van gebruikelijke zorg bij het bepalen van de toegang tot de Wlz door het CIZ bij volwassenen geen sprake is. Bij volwassenen worden zorg en toezicht door huisgenoten in de mate van zorg die Wlz-cliënten nodig hebben vanwege permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid niet als gebruikelijk verondersteld. Wel kan gebruikelijke zorg bij huisgenoten onderling een rol spelen bij het invullen van het zorgplan voor die zorg/activiteiten die huisgenoten naar algemeen aanvaardbare maatstaven voor elkaar plegen te bieden.

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

Ook indien een cliënt één of meer van de bovenbedoelde aandoeningen, beperkingen of handicaps heeft, wil dat nog niet zeggen dat er een recht op Wlz-zorg bestaat. Hij moet namelijk daarnaast blijvend behoefte hebben aan permanent toezicht en/of 24 uur per dag zorg in de nabijheid. Onder «permanent toezicht» wordt verstaan dat onafgebroken toezicht en actieve observatie gedurende de gehele dag nodig is, waarmee tijdig ingrijpen mogelijk wordt maakt. Doordat de cliënt zorg nodig heeft op zowel te plannen data en tijdstippen als op ongeplande tijden, vaak ook in de nachtelijke uren, volstaat toezicht op afstand of een meer passieve observatie niet. Bij de personen die een behoefte aan permanent toezicht hebben kan elk moment iets (ernstig) mis gaan.

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

### *Blijvend*

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

Iemand krijgt alleen recht op zorg op grond van de Wlz indien hij blijvend behoefte heeft aan permanent toezicht en/of 24 uur per dag zorg in de nabijheid. Dat de zorgvraag van de cliënt blijvend moet zijn, is van belang voor de afbakening tussen de Wmo 2015 en de Wlz. Bij cliënten die intensieve zorg of ondersteuning nodig hebben maar waarvan de verwachting is dat de zorgbehoefte over gaat of veel minder zal worden, blijven gemeenten en zorgverzekeraars verantwoordelijk. Dit biedt stabiliteit voor cliënten, omdat hiermee wordt voorkomen dat mensen heen en weer moeten om telkens een beroep te doen op een ander domein. Ook zullen mensen een beroep kunnen doen op de Wmo 2015 en de Zvw, indien ze weliswaar een blijvende zorgbehoefte hebben, maar geen behoefte hebben aan permanent toezicht en/of 24 uur per dag zorg in de nabijheid. Mensen die in het gemeentelijke domein of door zorgverzekeraars geholpen kunnen worden, hebben over het algemeen nog perspectief op herstel en/of participatie in de samenleving. Het behoud van aansluiting bij de op participatie gerichte maatschappij is daarbij van groot belang. Hoofdregel is daarom dat mensen waarbij een verbetering van hun mogelijkheden wordt verwacht, voor ondersteuning een beroep kunnen doen op de andere domeinen die meer op herstel en participatie zijn gericht. Zo zal op herstel gerichte tijdelijke opname na ziekenhuisopname niet mogelijk zijn in de Wlz. Op de hoofdregel bestaat echter één uitzondering, te weten de zorg voor volwassenen met een licht verstandelijke beperking.

In de HLZ-brief van 25 april 2013 staat dat de zzp's LVG 1–5 voor kinderen tot achttien jaar onderdeel worden van de nieuwe Jeugdwet. Ook na het bereiken van de achttienjarige leeftijd kan nog behoefte zijn aan deze zorg, bijvoorbeeld omdat de behandeling die vóór het achttienjarige levensjaar is gestart nog niet is afgerond. Ook kan het voorkomen dat pas na het bereiken van de achttienjarige leeftijd wordt vastgesteld dat deze vorm van zorg de meest aangewezen is in verband met de gedragsproblematiek van de licht verstandelijk beperkte jongvolwassene. Het gaat hierbij om integrale behandelzorg in een verblijfssetting met permanent toezicht of 24 uur per dag zorg nabij die wordt ingezet voor een bepaalde periode. Na deze behandelperiode kan de cliënt zijn aangewezen op een andere vorm van zorg vanuit de Wlz danwel kan de cliënt worden ondersteund door de gemeente en/of zorgverzekeraar. Bij deze groep cliënten is er dus niet in alle gevallen sprake van een blijvende behoefte aan zorg. Toch heeft de regering het noodzakelijk geacht deze groep cliënten onder de reikwijdte van de Wlz te brengen. De continuïteit van de ingezette behandeling prevaleert, naar de mening van de regering, boven het bereiken van de leeftijd van achttien jaar. Tevens vindt de regering het van belang dat deze vorm van integrale behandelzorg ook beschikbaar is voor jongvolwassenen. De regering maakt daarom voor deze groep een uitzondering op het uitgangspunt dat er sprake dient te zijn van een blijvende zorgbehoefte.

#### *Psychische stoornissen*

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

Nota bene: De aangenomen motie van de leden Keijzer en Bergkamp<sup>11</sup> roept de regering op om mensen die langdurig zijn aangewezen op GGZ, niet over te hevelen naar de Zvw, maar dit uit te werken voor de Wlz. Op het moment van het opstellen en indienen van dit wetsvoorstel, is het kabinet nog bezig met een kabinetsreactie op de motie. De Staatssecretaris van VWS zal de Tweede Kamer per brief informeren over de wijze waarop hij uitvoering wil geven aan deze motie.

De eventuele wijzigingen in de Wlz die hiervoor nodig zijn, zullen bij Nota van Wijziging aan de Tweede Kamer worden gezonden. In de rest van voorliggend wetsvoorstel is daarom het uitgangspunt dat de GGZ geen onderdeel uitmaakt van de Wlz.

<sup>10</sup> «LVG» staat voor: licht verstandelijk gehandicapt.

<sup>11</sup> Kamerstukken II, 2013/14, 30 597, nr. 397.



### *2.2.2 Werkwijze CIZ*

Het CIZ stelt een onderzoek in om vast te stellen of iemand verzekerd is en voldoet aan de toegangscriteria. Het onderzoek van het CIZ zal in persoon plaatsvinden. Dat kan in de woning van de aanvrager zijn, dat kan ook bij gelegenheid van een spreekuurgesprek. De AWBZ kent een aantal mogelijkheden voor zorgaanbieders om voor cliënten aanvragen in te dienen en soms snel tot zorgverlening over te kunnen gaan. Deels hielden deze mogelijkheden verband met de inzet van extramurale zorg en daarvan is in de Wlz als recht geen sprake meer. Ook voor zorg met verblijf zijn instrumenten ontwikkeld die geen plek meer hebben in deze wet. Standaard indicatieprotocollen, herindicaties onder taakmandaat en indicatiemeldingen 80+ bestaan niet meer. De regering is van mening dat met die instrumenten een onafhankelijke indicatiestelling niet gewaarborgd is. Zorgaanbieders hebben er financieel belang bij om iemand toegang tot de Wlz te verlenen en daarmee een verzekerd en collectief betaald recht op verblijf te geven. De verwachting van de regering is dat de regionale verschillen in indicatiestelling zullen afnemen door de voorgenomen wijze van indiceren. De toegang van cliënten tot de Wlz is immers niet meer afhankelijk van de zorgaanbieders in de regio.

Bij het onderzoek dat ten grondslag ligt aan het indicatiebesluit maakt het CIZ zo mogelijk gebruik van de (medische) informatie die al beschikbaar is bij andere hulp- en zorgverleners, zorgaanbieders, verzekeraars en gemeenten. In het wetsvoorstel is geregeld dat hulpverleners met een medisch beroepsgeheim het CIZ desgevraagd die gegevens dienen te verschaffen, die het CIZ nodig heeft om tot een goede (her)indicatie te komen. Dit draagt bij aan het tegengaan van fraude bij de indicatiestelling.

#### *CIZ bepaalt toegang en stelt best passend zorgprofiel vast*

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

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

In de Wlz wil de regering dat de wensen, behoeften en mogelijkheden van een cliënt meer centraal komen te staan en de professional in de zorg de ruimte krijgt om maatwerk te leveren. Daarom indiceert het CIZ in de Wlz niet meer in zzp's maar in zorgprofielen. De zorgprofielen in de Wlz zijn gebaseerd op de cliëntprofielen in de AWBZ met als verschil dat de profielen in de Wlz waarin het CIZ indiceert ruimer zijn omschreven dan in de AWBZ. Ter illustratie: in het indicatiebesluit in de AWBZ staat onder



andere hoe de cliënt zal gaan wonen en leven, hoeveel uur zorg hij zal krijgen en welke zorg hij zal krijgen. In de Wlz doet het CIZ hierover geen uitspraak meer. Cliënten en zorgaanbieders krijgen hiermee een grotere vrijheid in de wijze waarop de zorg geleverd wordt en er komt minder nadruk te liggen op de omvang. Het zzp blijft bestaan voor de bekostiging, maar is geen recht meer. De vormgeving van de zorgprofielen wordt door het Zorginstituut Nederland nader uitgewerkt.

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

De wijzigingen in de indicatiestelling hebben zeer beperkt invloed op het secundaire proces: zorgregistratie, zorgtoewijzing, declaratie et cetera. De bekostiging blijft gebaseerd op zzp's. In paragraaf 2.5 wordt toegelicht hoe de bekostiging wordt vormgegeven. Indien uit onderzoek naar de mogelijkheden van grootschalig zzp-onderhoud blijkt dat het mogelijk is om het aantal zzp's op termijn terug te brengen, wordt het aantal zorgprofielen bij de indicatiestelling ook teruggebracht. Indien een aantal zzp's zou kunnen worden samengevoegd, ontstaan bredere en meer onderscheidende pakketten waardoor de ruimte om daarbinnen invulling te geven aan de zorg wordt vergroot en de risico's op upcoding<sup>12</sup> kleiner worden.

#### *Versnelde indicatieprocedure*

Er kunnen zich situaties voordoen, waarbij het noodzakelijk is dat het CIZ in afwijking van de geldende termijnen versneld een indicatiebesluit afgeeft. Een situatie waarin zich dit bijvoorbeeld voor kan doen is als door het wegvallen van de mantelzorger meer zorg en ondersteuning nodig is en tevens het «met aan zekerheid grenzende waarschijnlijkheid» duidelijk is dat de verzekerde is aangewezen op de Wlz. De gemeente en zorgverzekeraar zullen, als deze situatie zich voordoet, in eerste instantie deze zorg en ondersteuning op zich nemen, waarbij tegelijkertijd een indicatie voor de Wlz kan worden aangevraagd. Bij amvb kunnen hierover nadere regels worden gesteld alsmede over de termijn waarbinnen het CIZ een dergelijk besluit moet nemen. Het is, ook in geval van een versnelde indicatieprocedure, van belang dat het CIZ over de benodigde informatie beschikt om te kunnen beoordelen of de cliënt in aanmerking komt voor Wlz-zorg. Dat wil zeggen: het CIZ moet op basis van die informatie kunnen beoordelen of er blijvend behoefte is aan permanent toezicht of zorg voortdurend in de nabijheid.

#### *Minder herindicaties nodig*

De regering ziet de Wlz als het sluitstuk van de langdurige zorg. Daarom krijgen alleen mensen die blijvend zijn aangewezen op langdurige zorg conform de Wlz toegang tot de Wlz. Iemand behoudt zijn recht op zorg op grond van de Wlz in beginsel dus de rest van zijn leven, met uitzondering van de personen met een Wlz-indicatie voor (in AWBZ-termen) een

<sup>12</sup> «Upcoding» is het door een zorgaanbieder declareren van een hoger zzp dan voor de cliënt nodig is.

zzp-LVG. Voor deze indicaties geldt een beperkte geldigheidsduur. Dit is een verschil ten opzichte van de AWBZ, waarin de meeste indicatiebesluiten een beperkte geldigheidsduur kennen. Wel kan het CIZ ambtshalve herindiceren indien het vermoedt dat een indicatiebesluit op basis van onjuiste gegevens is afgegeven (en het recht op Wlz-zorg dus mogelijk ten onrechte is verkregen). De Wlz voorziet in een nadrukkelijke grondslag voor het herindiceren, bijvoorbeeld in het geval de indicatie was gebaseerd op foutieve of onvolledige (medische) gegevens.

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

#### *Cliëntondersteuning bij indicatiestelling*

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

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

Bij de cliëntondersteuning in de Wmo 2015 kan het gaan om ondersteuning met informatie, advies en algemene ondersteuning die bijdraagt aan het versterken van de zelfredzaamheid en participatie en het verkrijgen van een zo integraal mogelijke dienstverlening op het gebied van maatschappelijke ondersteuning, preventieve zorg, zorg, jeugdzorg, onderwijs, welzijn, wonen, werk en inkomen.

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

blijft de verantwoordelijkheid voor de cliëntondersteuning bij de gemeente.

*Gesprek tussen cliënt, mantelzorgers, gemeente, verzekeraar en CIZ*

Er zijn mensen die een zware zorgbehoefte hebben en mogelijk recht zouden kunnen hebben op Wlz-zorg, maar die dankzij forse inspanning van mensen uit hun sociale omgeving slechts een beperkte formele ondersteunings- en/of zorgvraag hebben. Als iemand in zo'n situatie graag thuis wil blijven wonen, kan het soms doelmatiger zijn dat hij door de mantelzorger(s), gemeente en Zvw-verzekeraar wordt geholpen dan wanneer hij Wlz-zorg thuis zou ontvangen met een vpt of pgb. Indien zo'n situatie zich voordoet, zal het CIZ aansturen op een gesprek hierover tussen de cliënt, zijn of haar mantelzorgers, de gemeente, de verzekeraar en het CIZ. Dit wordt toegelicht in hoofdstuk 6.

### **2.3 Het verzekerd pakket: waar heeft de cliënt recht op?**

*Wettelijke verankering verzekerd pakket*

In de vorige paragraaf is al toegelicht dat – anders dan in de AWBZ – op wetsniveau de hoofdlijnen voor de toegangscriteria worden vastgelegd. Hetzelfde geldt voor het verzekerd pakket. Hiermee biedt de wet meer duidelijkheid. Tevens draagt het bij aan budgettaire stabiliteit, omdat de wet minder snel kan worden aangepast (uitgebreid).

*Integraal pakket*

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

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

De verzekerde zorg in de Wlz bestaan uit een integraal pakket, dat de volgende onderdelen kan omvatten:

- Verblijf in een instelling
- Persoonlijke verzorging, begeleiding en verpleging
- Behandeling
  - Wlz-behandeling
  - Algemene medische zorg
- Hulpmiddelen
- Vervoer voor begeleiding of behandeling
- Woningaanpassingen voor cliënten tot 18 jaar.

### *2.3.1 Verblijf in een instelling*

Allereerst omvat de Wlz een recht op verblijf in een instelling inclusief de daarbij horende voorzieningen, zoals eten en drinken en het schoonhouden van de woonruimte. Naast het verblijf is er recht op samenhangende zorg bestaande uit persoonlijke verzorging, verpleging, begeleiding of behandeling. In het Besluit zorgaanspraken AWBZ omvatte de aanspraak «verblijf» ook alle geïndiceerde zorg. In de nieuwe formulering van artikel 3.1.1 van de Wlz zijn die elementen uit elkaar gehaald. Verblijf is een apart onderdeel van het verzekerd pakket. De zorgvormen zijn nevenschikkend genoemd onder a tot en met f. Iemand kan derhalve een recht hebben op verblijf plus de geïndiceerde zorg, of alleen op een of meer geïndiceerde zorgvormen. De noodzaak van het los van het verblijf kunnen indiceren van de zorgvormen vloeit voort uit het feit dat cliënten op grond van de Wlz zelf (in plaats van op grond van lagere regelgeving) kunnen kiezen voor een vpt of een pgb, dat wil zeggen voor het verkrijgen van zorg terwijl zij thuis blijven wonen (en derhalve niet gaan verblijven in een instelling).

Voor mensen die niet willen verblijven in een instelling, biedt dit wetsvoorstel de mogelijkheid van een vpt of een pgb. Zij zien dan af van daadwerkelijk verblijf in een instelling maar houden voor zover daar behoefte aan is er wel recht op een deel van de verblijfszorg (hotel-diensten die samenhangen met het verblijf, zoals huishoudelijke hulp en eten en drinken). Zie tabel 2.1 voor de verschillen tussen pgb en vpt.

Voor het vpt en het pgb gelden wel voorwaarden. Zo moet de zorg verantwoord en tegen aanvaardbare kosten in de eigen woonomgeving geleverd kunnen worden. Uiteraard kunnen meerdere pgb-houders wel net als nu in een pgb gefinancierd wooninitiatief, die als hun eigen woonomgeving gekwalificeerd kan worden verblijven. De kosten voor het verblijf zijn dan voor eigen rekening omdat uit het pgb alleen zorg kan worden betaald. In de volgende paragrafen over zorglevering en bekostiging wordt hier nader op ingegaan. Omdat de regering het belangrijk vindt dat kinderen zo lang mogelijk bij hun ouders kunnen blijven wonen, zijn woningaanpassingen voor cliënten tot 18 jaar als recht in de Wlz opgenomen. Indien een cliënt zelf in zijn woning voorziet (vpt of pgb) betekent dat uiteraard niet dat hij permanent zijn recht op een plaats in een instelling verliest. Het is immers denkbaar dat het op een gegeven moment niet meer mogelijk is om thuis te blijven wonen met een pgb of vpt. Bij ouderen is dit veelal het geval als de partner wegvalt of de zorgbehoefte toeneemt. De zorg kan dan mogelijk niet langer verantwoord of doelmatig thuis worden geleverd. Of een cliënt kan zelf alsnog de voorkeur krijgen voor verblijf in een instelling. Bij (gehandicapte) kinderen komt er (meestal rond het 18<sup>e</sup> levensjaar) net als bij gezonde kinderen het geval is, een natuurlijk moment om het ouderlijk huis verlaten. Het is daarom te allen tijde mogelijk om later alsnog het recht op verblijf tot gelding te brengen. Het is echter niet mogelijk om tegelijkertijd gebruik te maken van pgb of vpt enerzijds en een plaats in een instelling anderzijds.

#### *Hotelmatige diensten*

Indien iemand verblijft in een instelling, is het logisch dat de instelling ook zorgt voor het verstrekken van eten en drinken en het schoonhouden van de woonruimte. Dit valt daarom onder de titel verblijf in de Wlz. Indien iemand kiest voor een volledig pakket thuis, zorgt de instelling die de zorg levert in principe ook voor het eten en drinken en het schoonhouden van de ruimte. Indien een cliënt dat niet wil, bijvoorbeeld omdat hij een

partner heeft die deze taken wil vervullen, hoeft de instelling deze diensten uiteraard niet te leveren. Deze situatie is hetzelfde als in de AWBZ.

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

#### *Partneropname bij ouderen*

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

#### *2.3.2 Persoonlijke verzorging, begeleiding en verpleging*

Zorg vanuit de Wlz kan persoonlijke verzorging, begeleiding, verpleging en/of behandeling omvatten. In deze paragraaf wordt beschreven wat wordt verstaan onder deze termen. Behandeling wordt in paragraaf 2.3.3 nader toegelicht.

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

Bij persoonlijke verzorging in de Wlz gaat het net als in de AWBZ om het ondersteunen of overnemen van de zelfzorg bij mensen met een aandoening of beperking. Persoonlijke verzorging is gericht op het

opheffen van het tekort aan zelfredzaamheid van de cliënt. Dit kan ook inhouden dat de cliënt wordt gestimuleerd om deze activiteiten zelf te doen en aan te leren.

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

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

Cliënten met een vpt krijgen de begeleiding, persoonlijke verzorging of verpleging indien zij hierop zijn aangewezen geleverd vanuit het integrale pakket vanuit de instelling. Cliënten met een pgb kunnen de begeleiding, persoonlijke verzorging of verpleging zelf vanuit hun pgb inkopen. Zij kunnen zich hiervoor wenden tot Wlz-aanbieders, maar zij kunnen zich hiervoor ook wenden tot zorgverleners die in andere domeinen werkzaam zijn (Wmo 2015 of de Zvw). De decentralisatie van de functie begeleiding en de aan begeleiding gekoppelde persoonlijke verzorging naar gemeenten en de overheveling van de persoonlijke verzorging en verpleging naar de Zvw heeft geen effect op het recht op zorg voor pgb-houders vanuit de Wlz. Anders gezegd: ook al ontvangt een pgb-houder zijn begeleiding, persoonlijke verzorging of verpleging thuis, zijn verzekerd pakket blijft een recht op Wlz-zorg. Dit komt omdat hij voldoet aan de indicatiecriteria voor de Wlz: hij heeft permanent toezicht en/of 24 uur per dag zorg in de nabijheid nodig.

### *2.3.3 Behandeling*

Naast persoonlijke verzorging, verpleging en begeleiding kan de zorg vanuit de Wlz ook behandeling omvatten. In de Wlz gaat het om behandeling van specifiek medische, specifiek gedragswetenschappelijke of specifiek paramedische aard. Kenmerkend voor onderscheid tussen de Wlz-behandeling en de Zvw-behandeling is dat het gaat om een specifieke behandeling (hierna te noemen Wlz-behandeling) in die zin dat deze samenhangt met de aard van de beperking op grond waarvan de cliënt toegang heeft tot de Wlz. Er is bij de cliënt sprake van complexe (multi)problematiek, die in termen van behandeling meestal vraagt om continue, systematische, langdurige en multidisciplinaire zorg waarbij specifieke deskundigheid op het niveau van een Wlz-behandelaar nodig is. Wlz-behandeling kan zich ook richten op herstel of voorkoming van verergering van de gevolgen van de aandoening of het ontstaan van een met de aandoening gerelateerde stoornis al dan niet door het aanleren van vaardigheden. Tevens kan de Wlz-behandeling betrekking hebben op aanvullende functionele diagnostiek, consultatie en medebehandeling. Bij Wlz-behandeling kan het gaan om individuele behandeling en om behandeling in groepsverband. Denk hierbij aan kinderen met een beperkt ontwikkelingsperspectief in verband met ernstige meervoudige handicaps. Iedere verzekerde krijgt ongeacht of hij in een instelling verblijft dan wel zelf in zijn woonruimte voorziet met pgb of vpt, deze behandeling vanuit de Wlz. Indien de verzekerde heeft gekozen voor een pgb dan mag hieruit geen Wlz-behandeling worden ingekocht maar krijgt



de verzekerde deze behandeling in de vorm van zorg in natura. Dit wordt toegelicht in de volgende paragraaf.

Indien iemand verblijft in een instelling (zorg in natura) en daar ook Wlz-behandeling ontvangt, komt naast de Wlz-behandeling ook algemeen medische zorg ten laste van de Wlz. Onder deze algemeen medische zorg valt onder andere:

- geneeskundige zorg van algemene aard;
- psychiatrische zorg (voor die verzekerden die op grond van een andere aandoening of beperking toegang heeft tot de Wlz);
- farmaceutische zorg;
- hulpmiddelen die noodzakelijk zijn in verband met de in een instelling gegeven zorg;
- tandheelkundige zorg;
- eventuele kleding verband houdende met het karakter en de doelstelling van de instelling.

Indien een cliënt zelf in zijn woning voorziet met gebruikmaking van pgb of vpt heeft dit als consequentie dat de algemeen medische zorg, zoals hierboven omschreven, voor hem niet ten laste komt van de Wlz. Er is hiermee dus onderscheid tussen een verzekerde die voor zorg in natura met verblijf kiest ten opzichte van de verzekerde die kiest voor pgb of vpt. Op termijn wil de regering, conform het advies van het College voor zorgverzekeringen (CVZ)<sup>13</sup> bij de consultatie van dit wetsvoorstel, het onderscheid tussen Wlz-behandeling en algemene medische zorg laten vervallen. Vanuit de filosofie van de Wlz staat de regering voor een integraal pakket voor alle mensen die een indicatiebesluit voor de Wlz hebben, ongeacht voor welke leveringsvorm zij kiezen; zorg in natura met verblijf, vpt of pgb. Het onderscheid is vanuit de AWBZ historisch te verklaren, maar leidt in praktijk tot afbakeningsdiscussies.

Omdat het aanpassen van het verzekerd pakket in praktijk verstrekkende gevolgen heeft voor onder meer de bekostiging en de organisatie van de zorg, kiest de regering ervoor om het onderscheid in de Wlz tussen enerzijds de verzekerde die zorg in natura met verblijf kiest en anderzijds de verzekerde die kiest voor vpt of pgb voorlopig te behouden. De cliënten die kiezen voor vpt of pgb ontvangen derhalve deze algemeen medische zorg vanuit de Zvw in plaats vanuit de Wlz. De Minister van VWS zal het Zorginstituut om een uitvoeringstoets verzoeken om te bezien onder welke voorwaarden en per wanneer tot aanpassing van het verzekerd pakket kan worden overgegaan.

#### *2.3.4 Vervoer voor begeleiding of behandeling*

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

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

<sup>13</sup> Met ingang van 1 april 2014 zal het CVZ het «Zorginstituut Nederland» of, korter «Zorginstituut» gaan heten (zie ook Stb. 2013, 578). In het vervolg van deze toelichting wordt gesproken van «het Zorginstituut» in plaats van «het CVZ», behalve als het om voor 1 april 2014 gelegen gebeurtenissen gaat.



### *2.3.5 Woningaanpassingen voor cliënten tot 18 jaar*

Indien een cliënt voor een vpt of pgb kiest, dient hij of zijn vertegenwoordiger er voor te zorgen dat de zorg op verantwoorde wijze in zijn woonruimte kan worden verleend.

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

Meerderjarigen hebben in de Wlz geen recht op woningaanpassingen of verhuizingen. Indien zij hun woning aan wensen te passen om thuis te kunnen blijven wonen terwijl zij Wlz-zorg ontvangen, komen de kosten daarvan voor eigen rekening. Ook in de AWBZ zijn woningaanpassingen geen recht. De regering hanteert hier het uitgangspunt dat indien een Wlz-cliënt en zijn sociale omgeving ervoor kiezen om de cliënt thuis te laten wonen, zij er zelf voor dienen te zorgen dat de woonruimte daarvoor geschikt is. Gemeenten dragen niet de verantwoordelijkheid voor woningaanpassingen voor mensen met een Wlz-indicatie. Daarmee is er geen afwentelmogelijkheid tussen domeinen. Overigens is het wel goed denkbaar dat de gemeente deze woningaanpassingen al eerder heeft vergoed toen de cliënt nog een lichtere zorgvraag had en onder de verantwoordelijkheid van de gemeente viel.

### *2.3.6 Hulpmiddelen*

De hulpmiddelen die noodzakelijk zijn in verband met de in de instelling gegeven integrale zorg behoren, evenals bij de AWBZ, tot het verzekerd recht in de Wlz. Het gaat hierbij om de volgende drie categorieën:

1. hulpmiddelen die al standaardvoorzieningen behoren tot de gebruikelijke inventaris van de instelling (outillage). Het gaat hierbij om hulpmiddelen waar meerdere mensen, eventueel met een kleine aanpassing, gebruik van kunnen maken, zoals bijvoorbeeld een hoog/laag-bed, een tillift of een standaardrolstoel. Wat tot de outillage van een instelling behoort is afhankelijk van de doelgroep(en) van de instelling.
2. hulpmiddelen die nodig zijn voor de zorg die de instelling met verblijf én behandeling levert. Het gaat hierbij enerzijds om hulpmiddelen die niet persoonsgebonden zijn (zoals bijvoorbeeld infuuspompen) en anderzijds ook om verzorgingsmiddelen zoals incontinentiemateriaal, verbandmiddelen en anti-decubitus materiaal.
3. hulpmiddelen die voor cliënten die verblijven in een instelling met verblijf én behandeling specifiek zijn aangepast aan het individu en daardoor niet door meerdere personen zijn te gebruiken. Het gaat hierbij om orthopedische schoenen, verbandschoenen, therapeutische elastische kousen, prothese, ortheses en een individuele tilband.

In de huidige AWBZ is de individueel aangepaste rolstoel voor het zich verplaatsen in en rondom de instelling een aanspraak voor degenen die in een instelling met verblijf én behandeling verblijven. Als onderdeel van het verzekerd pakket in de Wlz komen, behalve deze rolstoel, aanvullend mobiliteitshulpmiddelen voor iedereen met een Wlz-indicatie beschikbaar voor het zich (laten) verplaatsen in en rondom de woning/instelling en om sociale contacten te onderhouden. Het gaat hierbij om hulpmiddelen die niet vallen onder de reikwijdte van de Zvw en sociaal vervoer (binnen en buiten de regio) op basis van de Wmo. In nadere regelgeving worden deze mobiliteitshulpmiddelen nader afgebakend.

Naast voorgaande hulpmiddelen zijn er ook nog hulpmiddelen die vergoed worden vanuit een zorgverzekering als bedoeld in de Zvw. Bijvoorbeeld een gehoorapparaat voor oudere mensen. Op dit punt blijft de Wlz ten opzichte van de AWBZ hetzelfde.

### *2.3.7. Aanspraken uit de AWBZ die niet in de Wlz passen*

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

Er bestaat in de Wlz geen recht op losse functies en klassen, zoals dat in de AWBZ het geval was. De Wlz biedt cliënten de mogelijkheid om zorg en verblijf als integraal pakket af te nemen. De Wlz is bedoeld voor verzekerden die permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid nodig hebben, en biedt dan ook een integraal pakket aan zorg. Verzekerden kunnen ervoor kiezen dit integrale pakket thuis te genieten. Zij kunnen dan opteren voor een pgb of een vpt.

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

## **2.4 Zorglevering**

### *2.4.1 Verschillende verzekerde prestaties en de zorgplicht van de Wlz-uitvoerder*

Een cliënt die zich, getuige zijn indicatiebeschikking van het CIZ, voor de Wlz heeft gekwalificeerd, heeft altijd naast de voor hem geïndiceerde vormen van zorg recht op verblijf. Dat is gezien de intensiteit van de zorg die de verzekerden die voor Wlz-zorg in aanmerking komen nodig hebben, niet meer dan logisch. Zoals in paragraaf 2.4.2 nader uiteen wordt gezet, impliceert het recht op verblijf echter niet, dat de verzekerde daar per se gebruik van dient te maken. Indien de geïndiceerde zorg op verantwoorde wijze bij hem thuis kan worden verleend, kan hij kiezen voor een vpt of pgb in plaats van voor zorg met verblijf.

Kiest de verzekerde voor zorg met verblijf of voor een vpt, dan heeft hij jegens zijn Wlz-uitvoerder en, omdat de Wlz-uitvoerders de daadwerkelijke uitvoering van de Wlz zullen overlaten aan zorgkantoren<sup>14</sup>, jegens het zorgkantoor recht op de geïndiceerde zorg.<sup>15</sup> Deze zorg verleent het zorgkantoor hem niet zelf. In plaats daarvan zal het zorgkantoor zorginkoopcontracten sluiten met zorgaanbieders, die de zorg (en, indien de cliënt voor verblijf kiest, het verblijf) namens de verantwoordelijke Wlz-uitvoerder verlenen. Kiest de verzekerde voor een pgb, dan heeft hij geen recht op zorg maar recht op geld, zij het dat hij het geld ten gevolge van het invoeren van de trekkingsrechten niet op zijn bankrekening gestort zal krijgen.

Wat de verzekerde ook kiest, in alle gevallen is het aan de Wlz-uitvoerder en het zorgkantoor om ervoor te zorgen dat de verzekerde datgene krijgt, waarop hij recht heeft. Dat vloeit namelijk voort uit de zorgplicht van de Wlz-uitvoerder en de daarvan afgeleide zorgplicht van het zorgkantoor. In paragraaf 2.6 wordt nog nader toegelicht welke taken het zorgkantoor ter uitvoering van de zorgplicht moet verrichten.

Onderstaande tabel biedt een overzicht van de verschillende leveringsvormen binnen de Wlz in relatie tot het verzekerd pakket. Daarna worden de verschillende leveringsvormen en voorwaarden nader toegelicht.

---

<sup>14</sup> Zie paragraaf 2.6 voor de toelichting van de uitvoeringsstructuur.

<sup>15</sup> En op overige geïndiceerde diensten, zoals vervoer of woningaanpassingen. Voor de leesbaarheid van deze toelichting wordt dit in het vervolg niet steeds aangegeven. Tenzij anders vermeld, vallen onder «geïndiceerde zorg» derhave ook de overige in art. 3.1.2 genoemde soorten aanspraken, tenzij anders vermeld.

**Tabel 2.1 Overzicht leveringsvormen**

	Zorg in natura		Pgb
	Met verblijf in een instelling	Zonder verblijf (vpt)	Zonder verblijf <sup>1</sup>
<b>Verblijf (kapitaallasten)</b>	Ja	Nee	Nee
<b>Hoteldiensten / verblijfszorg</b>	Ja	Ja	Alleen huishoudelijke hulp (vergoeding), of, indien wonend in pgb-wooninitiatief, een vergoeding voor de meerkosten die het wooninitiatief maakt
<b>Persoonlijke verzorging, begeleiding en verpleging</b>	Ja	Ja	Ja
<b>Wlz-behandeling</b>	Ja	Ja	Ja, als zorg in natura
<b>Algemeen medische zorg<sup>2</sup></b>	Ja (indien Wlz-behandeling vanuit dezelfde instelling wordt geleverd, anders Zvw)	Nee (Zvw)	Nee (Zvw)
<b>Vervoer voor begeleiding of behandeling</b>	Ja	Ja	Ja
<b>Mobiliteitshulpmiddelen</b>	Ja	Ja	Ja
<b>Woningaanpassingen minderjarigen</b>	Nee	Ja, via een vergoeding	Ja, via een vergoeding

<sup>1</sup> Er zijn pgb-houders die met andere pgb-houders samen verblijven in een pgb gefinancierd wooninitiatief. Hiervoor bestaat sinds 2013 een vergoeding aan de pgb-houders voor de meerkosten die worden gemaakt door de pgb-instelling voor het organiseren van de zorg en door kunnen worden berekend aan de budgethouder. Uit het pgb kunnen echter niet de kosten van het verblijven worden betaald.

<sup>2</sup> Behandeling die niet Wlz-specifiek is, maar waarop wel recht kan bestaan binnen de Wlz.

#### 2.4.2 Zorg met verblijf

Zoals hiervoor reeds aangegeven, gaat de regering ervan uit dat de meeste cliënten in de Wlz dusdanig in hun mogelijkheden zijn beperkt, dat zij het meest gebaat zijn bij een integraal pakket van zorg en wonen. De zorgkantoren dienen voor hen zoveel verblijfszorg te contracteren, dat zij binnen redelijke termijn<sup>16</sup> en op redelijke afstand van waar zij wonen of willen gaan wonen<sup>17</sup>, in een instelling kunnen gaan verblijven. Dat behoort tot hun zorgplicht. Tot hun zorgplicht behoort echter niet, dat zij ervoor dienen te zorgen dat de verzekerde binnen redelijke termijn in de instelling *van zijn voorkeur* kan gaan verblijven. Het is immers mogelijk dat de instelling waar de cliënt het liefst zou gaan wonen op dat moment geen plaats voor hem heeft. Van een zorgkantoor kan dan uiteraard niet worden verwacht, dat hij in het kader van zijn zorgplicht alsnog een plek bij die instelling regelt. Niemand is immers tot het onmogelijke gehouden. Het zorgkantoor voldoet in zo'n geval aan zijn zorgplicht indien het binnen redelijke termijn en op redelijke afstand van waar de cliënt wil gaan wonen een andere geschikte verblijfsinstelling voor hem beschikbaar heeft. Heeft het zorgkantoor meerdere geschikte alternatieven, dan mag de cliënt daaruit kiezen. Een cliënt kan daar dan, al dan niet in afwachting

<sup>16</sup> Indien de zorg niet met spoed moet worden verleend, wordt aangenomen dat de zogenoemde «Treknormen» de redelijke termijnen zijn (verpleging en verzorging intramuraal met behandeling 6 weken en V&V intramuraal zonder behandeling 13 weken; gehandicapenzorg intramuraal 13 weken; GGZ intramuraal met behandeling 6 weken en GGZ intramuraal zonder behandeling 13 weken).

<sup>17</sup> Alleenstaande ouderen die hun huis verlaten om in een instelling te gaan wonen, kunnen immers de voorkeur hebben voor een instelling dicht bij hun kinderen in plaats van dicht bij hun voormalige woning.

van het moment waarop er alsnog een plaats in zijn voorkeursinstelling open valt, gaan wonen. Wil een cliënt echt alleen maar in zijn voorkeursinstelling gaan wonen, dan kan hij totdat dat het geval is, kiezen voor een vpt of een pgb, mits zijn thuisomgeving het mogelijk maakt de zorg daar op verantwoorde wijze te leveren. Binnen de Wlz zal het, anders dan onder de AWBZ, derhalve niet meer mogelijk zijn om in afwachting van een plaats in de voorkeursinstelling zorg thuis te ontvangen terwijl dat niet helemaal verantwoord is of meer zorg thuis te ontvangen, dan in een regulier vpt of pgb besloten ligt. In die zin zijn de mogelijkheden van «overbruggingszorg» in de Wlz derhalve kleiner dan onder de AWBZ.

Zorgkantoren dienen bij hun inkoopbeleid diversiteit in het gecontracteerde aanbod en aansluiting bij de vraag na te streven. Hierbij valt bijvoorbeeld te denken aan verschillende woonvormen, grootte van de instelling, culturele achtergrond of filosofie, de dagbestedingactiviteiten et cetera. De regering verwacht van zorgkantoren dat zij aanbieders zorgvuldig onderling vergelijken op klanttevredenheid, kwaliteit en doelmatigheid van zorg en verwacht dat deze criteria bij de lengte en de continuering van contracten, de prijzen en de volumes een rol spelen. Indien ze hier onvoldoende werk van maken, kan de regering zelf nadere regels stellen, terwijl de cliënt en/of de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) zowel de verantwoordelijke Wlz-uitvoerders als het zorgkantoor kan aanspreken.

#### *2.4.3 Zorg zonder verblijf*

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

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

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

aan de voorwaarden voldaan die aan vpt of pgb gesteld worden, dan rest het intramurale verblijf.

#### *Volledig pakket thuis*

In de leveringsvorm van het vpt behoudt de cliënt (of diens wettelijk vertegenwoordiger) regie over de huisvesting. Hij betaalt huur voor zijn eigen woonomgeving of heeft een eigen koopwoning. Deze woonruimte kan overigens ook onderdeel van een geclusterde setting (instelling) zijn. Het verschil met zorg in natura met verblijf is dat de beschikkingsmacht van de cliënt over zijn woonruimte groter is. De cliënt bepaalt de inrichting en wie wel of niet zijn woning betreedt. Er is sprake van het financieel scheiden van wonen en zorg. Net als bij het vpt in de AWBZ, verzorgt de zorgaanbieder naast de Wlz-zorg de hoteldiensten, oftewel de schoonmaak en het eten en drinken. De zorgaanbieder krijgt voor deze diensten betaald, want het maakt deel uit van de prestatiebeschrijving van het vpt.

Zoals in paragraaf 2.5 nader zal worden uiteengezet, zal de NZa gevraagd worden hoe vanaf 2016 een deel vpt in de bekostiging vorm kan krijgen. Een cliënt of zijn vertegenwoordiger betaalt in dat geval zelf de hoteldiensten en of dagbesteding. In samenhang daarmee wordt de eigen bijdrage bekeken om deze keuze van de cliënt mogelijk te maken.

Net als in de AWBZ kunnen cliënten gebruik maken van het vpt bij zorgaanbieders die vooraf zijn gecontracteerd door het zorgkantoor en die de zorg in hun woonruimte kunnen en willen leveren. Daarbij wordt in principe het hele vpt door dezelfde gecontracteerde zorgaanbieder geleverd. Het zorgkantoor beoordeelt of aan de randvoorwaarden is voldaan. De zorgaanbieder stelt – net als bij verblijf in een instelling – samen met de cliënt een zorgplan op.

In de AWBZ is het gebruik van het vpt nog bescheiden. Veel zorgaanbieders leveren geen vpt. Dit is ook niet noodzakelijk om een persoon thuis van zorg in natura te voorzien, omdat het zzp kan worden omgezet in functies en klassen. Zo ontvangen veel mensen met een verblijfsindicatie extramurale zorg en ondersteuning. Voor de zorgaanbieder is dit een financieel aantrekkelijker alternatief. In de Wlz is dit echter niet meer mogelijk, omdat alle extramurale zorg en ondersteuning wordt ondergebracht bij gemeenten of zorgverzekeraars. Van het omzetten van zzp's in functies en klassen is daarom geen sprake meer. De regering verwacht dat zorgaanbieders vaker het vpt gaan inzetten om tegemoet te komen aan de wens van cliënt om in zijn eigen woonruimte te voorzien. Dit draagt bij aan de innovatie in de zorg.

#### *Pilot zorg op maat contractering*

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

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

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

#### *Persoonsgebonden budget*

De derde leveringsvorm in de Wlz-zorg is het pgb. Deze leveringsvorm is vergelijkbaar met het pgb in de AWBZ, maar dan in de vorm van een trekkingsrecht in plaats van een bedrag op de eigen betaalrekening. Het trekkingsrecht houdt in dat een andere partij (de Sociale Verzekeringsbank; SVB) namens de verzekerde het persoonsgebonden budget op een rekening houdt. De SVB voert dan ondermeer de betalingen uit (zie ook paragraaf 9.4). De vormgeving van en voorwaarden voor het pgb in dit wetsvoorstel sluiten zoveel mogelijk aan bij die van het wetsvoorstel Wmo 2015 en de Jeugdwet. Verschillen in formulering komen voort uit de verschillen in de aard van de wetsvoorstellen en de cliëntgroepen.

Het pgb verschilt op een aantal manieren van het vpt. Zo sluit de cliënt of zijn vertegenwoordiger bij het pgb zelf contracten met de zorgverleners, terwijl het zorgkantoor dat doet bij het vpt. Bij het vpt is vooralsnog sprake van een integraal pakket dat door één, door het zorgkantoor gecontracteerde aanbieder geleverd wordt, terwijl bij het pgb ook kan worden gekozen voor het contracteren van meerdere individuele zorgverleners of een pgb gefinancierd wooninitiatief. Eten en drinken, wassen van kleding, et cetera worden bij het pgb als verantwoordelijkheid van de cliënt gezien, terwijl deze wel onderdeel uitmaken van het integrale pakket van het vpt. Huishoudelijke hulp kan wel vanuit het pgb worden bekostigd. Daarnaast zijn cliënt of vertegenwoordiger bij het pgb uiteindelijk zelf verantwoordelijk voor kwaliteit, terwijl het zorgkantoor hiervoor verantwoordelijk is bij het vpt. Wel geldt bij zowel vpt als pgb dat het zorgkantoor vooraf moet toetsen of de zorg thuis verantwoord kan worden geleverd. Deze voorwaarde voor vpt en pgb is in de wet opgenomen. Ook is een vpt alleen bij gecontracteerde instellingen mogelijk, terwijl een pgb ook bij niet-gecontracteerde instellingen en zelfs – mits de zorg verantwoord blijft – niet-professionals mag worden besteed.



Het pgb kan een belangrijke functie vervullen bij het bevorderen van innovatie in het zorgaanbod. Een pgb-houder hoeft zich immers niet te beperken tot gecontracteerde zorgaanbieders, maar kan ook bijvoorbeeld nieuwe, niet gecontracteerde aanbieders kiezen. De regering vindt het wel noodzakelijk om aan het pgb een aantal voorwaarden te verbinden gezien de ervaringen met het pgb in de AWBZ. Aan de voorkant moet worden beoordeeld of het pgb een geschikte leveringsvorm is. Om voor het pgb in aanmerking te komen, moet de verzekerde motiveren waarom hij geen zorg in natura wenst, hij moet duidelijk maken dat hij (of via zijn vertegenwoordiger) in staat is de eigen regie en taken komend bij het pgb waar te maken, en zoals gezegd, hij moet aantonen dat de zorg die hij voornemens is te contracteren verantwoord en van goede kwaliteit is. Ook kan worden gezien of de betreffende persoon niet een pgb wordt aangeprezen door bijvoorbeeld malafide bemiddelingsbureaus of aanbieders. Het zorgkantoor beoordeelt of aan de voorwaarden voor een pgb is voldaan. Hiervoor wordt zoveel mogelijk aangesloten bij de huidige uitvoeringspraktijk van bewustkeuzegesprekken, budgetplannen, weigerings- en intrekingsgronden en verantwoording. Dit alles wordt, voor zover nodig, uitgewerkt in lagere regelgeving, zoals nu geregeld in de pgb-regeling onder de AWBZ.

Een pgb kan enkel worden gebruikt voor zorg die tot het verzekerd pakket behoort. Het pgb mag ondermeer niet worden gebruikt voor Wlz-behandeling of algemene medische zorg, hotelmatige diensten (met uitzondering van huishoudelijke hulp) en verblijf. Het zorgkantoor mag het pgb weigeren of intrekken indien de cliënt onvoldoende aannemelijk kan maken dat met het persoonsgebonden budget zal worden voorzien in toereikende zorg van goede kwaliteit. Dit kan bijvoorbeeld het geval zijn indien het pgb zou worden gebruikt om een overbelaste mantelzorger te betalen, of om een zorgaanbieder in te schakelen die het zorgkantoor juist niet heeft gecontracteerd omdat de kwaliteit van zorg onvoldoende was. Als eenmaal is gekozen voor pgb, is de cliënt (of de vertegenwoordiger) echter medeverantwoordelijk voor kwaliteit van zorg in deze leveringsvorm.

Het zorgkantoor ziet toe op een verantwoorde en juiste besteding van het persoonsgebonden budget. Dat begint reeds bij het verkrijgen van een pgb door bijvoorbeeld het budgetplan en de zorgcontracten met hulpverleners te beoordelen en goed te keuren. De SVB controleert de zorgcontracten op ondermeer arbeidsjuridische aspecten en controleert, als het pgb eenmaal is toegekend, of de betalingen die de SVB door de budgethouder gevraagd worden te doen corresponderen met wat er in het zorgcontract tussen budgethouder en zorgverlener is opgenomen. Voorts kan een zorgkantoor het persoonsgebonden budget weigeren als de cliënt zich bij de eerdere verstrekking van een persoonsgebonden budget niet heeft gehouden aan de verplichtingen, zoals de plicht om verantwoorde zorg in te kopen.

Het pgb mag ook worden gebruikt om niet-professionals uit het sociale netwerk van de betrokkene financieel voor hun diensten te belonen. In dat geval hanteert het zorgkantoor een maximumbedrag dat de budgethouder aan deze niet-professionals mag uitbetalen. Dit wordt toegelicht in de volgende paragraaf over bekostiging. De regering verwacht dat cliënten met een pgb dit voornamelijk zullen inzetten om zorg in te kopen bij verschillende professionele en niet-professionele zorgverleners of bij niet door het zorgkantoor gecontracteerde aanbieders. De SVB heeft tevens taak om, indien van toepassing, de budgethouder te ondersteunen in de werkgeverstaken. Een budgethouder sluit immers met elke zorgverlener een contract en is dan werkgever. Door het trekkingsrecht en de ondersteuning van werkgeverstaken tezamen voor zowel de Wlz, de Wmo 2015

als de Jeugdwet bij de SVB te beleggen ontstaat een doelmatige uitvoering, is er voor cliënt voor deze zaken één aanspreekpunt en verbetert de fraudebestendigheid van het pgb.

Een pgb kan niet worden gebruikt om behandeling in te kopen. Hiervoor zijn twee redenen. Ten eerste moet behandeling door professionele zorgaanbieders worden geleverd. Het is daarom niet wenselijk dat deze door mantelzorgers geleverd wordt. Ten tweede lopen de kosten van behandeling per cliënt erg uiteen. Voor twee cliënten met min of meer dezelfde zorgzwaarte kan de behoefte aan behandeling heel erg verschillen. Indien in het pgb een gemiddelde vergoeding zou worden opgenomen voor behandeling, zou dit in praktijk op cliëntniveau niet goed uitpakken. Om deze redenen wordt ook in de Wlz geen pgb voor behandeling verstrekt. Dit is op dezelfde manier geregeld als in de AWBZ. Indien een Wlz-cliënt Wlz-behandeling nodig heeft, kan de cliënt hiervoor een beroep doen op het zorgkantoor, dat deze zorg in natura zal moeten laten leveren. Het zorgkantoor koopt dit als losse prestatie in. Het pgb mag, met uitzondering van Wlz-behandeling (die niet vanuit het pgb mag worden bekostigd), niet gecombineerd worden met zorg in natura. Een cliënt kan dus niet voor de helft van diens zorg een pgb aanvragen en de rest in natura geleverd krijgen.

#### *Benchmark inkoopbeleid zorgkantoren*

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

#### *Logeren*

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

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

Ook kan het gebeuren dat iemand thuis kan blijven wonen dankzij forse inspanningen van een mantelzorger, maar dat deze mantelzorger tijdelijk niet in staat is om dezelfde hoeveelheid zorg te verlenen. In dat geval kan allereerst worden bekeken of de zorg die met vpt of pgb wordt geleverd op een andere wijze kan worden georganiseerd, bijvoorbeeld door tijdelijk meer inzet van andere mantelzorgers, vrijwilligers of professionele zorgverleners. Als dat niet gaat, is een tijdelijke opname in een instelling een optie. Dit geldt alleen voor mensen die Wlz-gerechtigd zijn. Indien iemand gebruik maakt van zorg en ondersteuning uit de Wmo 2015 en kortdurend verblijf nodig heeft, is dat een verantwoordelijkheid van gemeenten. Indien iemand thuis woont, maar blijvende opname in een instelling nodig heeft, kan in overleg met het zorgkantoor het pgb of vpt uiteraard worden stopgezet en in zorg met verblijf worden omgezet.

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

## **2.5 Bekostiging**

De indicaties zullen worden gesteld in zorgprofielen die aansluiten bij de zorgvraag. De bekostiging van de zorg zal in de Wlz persoonsvolgend zijn. Zorgprofielen zullen worden aangesloten op de zorgzwaartepakketten. De bekostiging op basis van zorgzwaartepakketten zal grotendeels blijven bestaan om de continuïteit van de back office te waarborgen. De Minister van VWS zal de NZa verzoeken in het kader van het zzp-onderhoud om per 2016 te kijken naar een clustering van zzp's. Bij het onderhoud van de zzp's wordt in ieder geval betrokken: het aantal zzp's per sector, de grondslagen en terugdringing van het aantal toeslagen.

### *Behoud van zzp's als bekostigingstaal*

De zzp's zijn in het verkeer tussen de NZa, de aanbieders en de inkopers voor de processen van zorginkoop, declaratie en verantwoording een herkenbare «taal». Zorgkantoren hebben meer inzicht gekregen in de relatie tussen de zorgvraag van de cliënt en de kosten. Het inzicht in de cliëntenmix helpt zorgaanbieders bij de inzet van geschikte medewerkers om aan de vraag tegemoet te komen. De invoering van zorgzwaartebekostiging is voor processen van inkoop en logistiek een belangrijke stap vooruit geweest in de AWBZ. Daarom wil de regering de zzp's als «bekostigingstaal» behouden.

Dit neemt niet weg dat het zzp een ongeschikte taal is voor het gesprek tussen de zorgaanbieder en de cliënt. Het is bijvoorbeeld geen norm voor de zorg die de cliënt ontvangt of een claimbaar recht. De zorgbehoefte van de cliënt en het daaraan ontleende zorgplan zijn maatwerk.

### *Persoonsvolgende bekostiging*

Cliënten en/of hun vertegenwoordigers geven hun voorkeur aan bij welke gecontracteerde zorgaanbieder zij het verzekerde pakket tot gelding brengen. De beschikbaarheid van de zorg is de randvoorwaarde. Afhankelijk van de vraag en voorkeuren van cliënten verkrijgen de instellingen hun inkomsten. Bij de inkoop van zorg in natura of het volledig pakket thuis door zorgkantoren is een belangrijk criterium dat als allereerste zorg wordt ingekocht die de voorkeur heeft van cliënten en bij instellingen die kwalitatief goede zorg leveren en financieel goed presteren.

### *Prestatie en leveringsvorm*

In de bekostiging wordt onderscheid gemaakt tussen zorg die in natura wordt afgenomen in de vorm van een integraal pakket van zorg met verblijf, en zorg waarbij de cliënt zelf in zijn woonvorm voorziet (vpt of pgb). Voor de zorg in natura en het vpt stelt de NZa prestaties vast.

- *Zorg met verblijf:* Het integrale pakket van zorg met verblijf wordt bekostigd op basis van de hierboven beschreven bekostigingscategorieën. Er is sprake van een integraal pakket en niet van losse prestaties. De beleidsregels voor zorg in natura worden opgesteld door de NZa en beschrijven wanneer en op welke wijze geld door instellingen gedeclareerd kan worden voor de geleverde prestaties, die door zorgkantoor en instellingen in contracten zijn afgesproken.
- *Volledig pakket thuis:* Het tarief van een vpt is afgeleid van het bijbehorende zzp. De NZa gevraagd worden hoe vanaf 2016 een deel vpt in de bekostiging vorm kan krijgen. Een cliënt of zijn vertegenwoordiger betaalt in dat geval zelf de hoteldiensten en of dagbesteding. In samenhang daarmee wordt de eigen bijdrage bekeken om deze keuze van de cliënt mogelijk te maken.
- *Persoonsgebonden budget:* Voor het pgb geldt dat de zorg in de meeste gevallen niet als één integraal pakket bij één aanbieder wordt afgenomen. Er kan sprake zijn van meerdere zorgverleners (waaronder mantelzorgers) die samen het samenhangend pakket aan zorg bieden dat de cliënt nodig heeft. Aanbieders die deze zorg leveren, kunnen hiervoor hun eigen aandeel in de zorg declareren bij de budgethouder op basis het contract dat tussen beide partijen is overeengekomen. In tegenstelling tot zorg met verblijf en het vpt, gebeurt dit op basis van de in de Wlz gedefinieerde functies: persoonlijke verzorging, begeleiding en/of verpleging. Daarnaast zal in natura verstrekte, Wlz-behandeling door de zorgaanbieder bij het zorgkantoor kunnen worden gedeclareerd.

### *Persoonsgebonden budget*

In het geval dat de cliënt voor een pgb kiest, stelt de cliënt in plaats van een zorgplan een budgetplan op, dat hij aan het zorgkantoor overlegt. Het zorgkantoor stelt op basis van het budgetplan vast wat het trekkingsrecht is dat de cliënt heeft. Het maximumtarief voor het pgb is een afgeleide van het tarief voor zorg in natura.

Het pgb-tarief is maximaal het tarief voor zorg in natura dat hoort bij het zorginhoudelijk profiel waarin de cliënt door het CIZ is geïndiceerd gecorrigeerd voor onder meer de vergoeding voor kapitaallasten van de instelling, hoteldiensten (met uitzondering van een vergoeding voor huishoudelijke hulp) en voor behandeling. Dit wordt geregeld bij of krachtens amvb.

Indien een cliënt niet kiest voor zorg in natura maar voor pgb, stelt het zorgkantoor vast wat het trekkingsrecht is dat een cliënt heeft op grond van zijn budgetplan. Zoals in de vorige paragraaf is opgenomen, mag het pgb ook worden gebruikt om niet-professionals uit het eigen sociale netwerk in te huren. In het wetsvoorstel is een bepaling opgenomen die het zorgkantoor de mogelijkheid geeft om een maximum vergoeding in te stellen die budgethouders aan niet-professionals uit betalen. Bij algemene maatregel van bestuur kunnen hieraan nadere regels worden gesteld. Het trekkingsrecht mag nooit meer zijn dan het maximumtarief voor het pgb. Bovenstaande past bij de verankering van het pgb in deze wet als volwaardige leveringsvorm. Bovendien zullen zorg in natura en pgb onder de Wlz worden gefinancierd uit één regionaal budgettair kader (zie paragraaf 7.1).

### *Integraal tarief*

Voor het vastgoed geldt een apart vergoedingenregime dat in de periode 2012–2017 gefaseerd wordt geïntegreerd in de zzp's. Vanaf 2018 zal het volledig geïntegreerd zijn en bestaat er geen aparte vergoeding van kapitaallasten meer.

### *Regulering van tarieven*

In de Wlz gelden maximumtarieven. De NZa stelt te de tarieven voor de zzp's vast en de afgeleide tarieven van het vpt. De tarieven pgb zijn afgeleid van het vpt. De componenten die de maximale trekkingsrechten voor een pgb bepalen worden in een ministeriële regeling opgenomen. Dit betekent dus dat VWS de maximale trekkingsrechten voor pgb's vaststelt.

In tabel 2.1, in paragraaf 2.4, is weergegeven welke onderdelen van het verzekerd pakket worden vergoed per leveringsvorm.

### *Verskil in prestaties tussen instellingen*

De regering zal de NZa verzoeken om systematisch de maximumtarieven onder de loep te nemen. De ene instelling kan ruim met de tarieven uit, terwijl dat voor de andere instellingen niet toereikend is. Gemiddeld behalen instellingen een goed rendement. Zo blijkt uit de benchmark die Actiz jaarlijks laat uitvoeren, dat er al jaren een stijgende lijn zichtbaar is in de bedrijfsresultaten van zorginstellingen.<sup>18</sup> Deze lijn heeft zich in de benchmark 2013 op diverse fronten doorgezet. Het aantal zorginstellingen dat financieel gezond is, neemt ondanks de crisis toe. De nettomarge (het resultaat als percentage van de opbrengsten) en de budgetratio stijgen (het eigen vermogen als percentage van de bedrijfsopbrengsten). Daarbij valt op de dat de stijging van de nettomarge juist voor de intramurale zorg geldt, oftewel voor het deel van de AWBZ dat wordt ondergebracht in de Wlz. Hoewel hier verschillende verklaringen voor denkbaar zijn, zijn de aanhoudende positieve bedrijfsresultaten voor de regering aanleiding om te veronderstellen dat de maximumtarieven in de AWBZ relatief ruim zijn.

Het staat het zorgkantoor en de aanbieder vrij om prijsafspraken te maken die lager liggen dan het maximum. In de huidige systematiek van de AWBZ kent de NZa het maximumtarief toe indien een zorgkantoor en een zorgaanbieder er niet in slagen om er samen uit te komen. De regering zal de NZa advies vragen hoe dit te veranderen met het oog op het scherp inkopen van zorg.

### *Bekostiging bij onderaannemerschap*

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

---

<sup>18</sup> Actiz (2013), In beweging, achtergrondrapportage. Inzichten vanuit de Benchmark in de Zorg 2013.

## 2.6 Uitvoering van de verzekering

### *Aanpak in twee fasen*

In de HLZ-brief van de Staatssecretaris van VWS aan de Tweede Kamer is toegelicht dat het kabinet voor de uitvoering een aanpak in twee fasen overweegt. In de eerste fase blijft de uitvoering regionaal plaatsvinden. Daarna wordt gezien of verdere verbeteringen in de doelmatigheid mogelijk zijn in de tweede fase, die nog niet met dit wetsvoorstel in gang wordt gezet, bijvoorbeeld door de ouderenzorg op termijn naar de Zvw over te hevelen en derhalve risicodragend door zorgverzekeraars voor eigen verzekerden uit te laten voeren. Het is denkbaar dat het wenselijk is om onderscheid te gaan maken tussen de gehandicaptenzorg en de ouderenzorg. In hoofdstuk 15 over het toekomstperspectief wordt dit toegelicht. De regering overweegt om dit onderscheid te maken, omdat de twee sectoren een wezenlijk andere doelgroep kennen. In de gehandicaptenzorg is sprake van een relatief kleine en stabiele doelgroep, waarbij landelijke uniformiteit en stabiliteit bij de zorginkoop belangrijk zijn. Daartegenover staat de ouderenzorg, waarbij sprake is van een grotere doelgroep met veel meer jaarlijkse in- en uitstroom van mensen die doorgaans ook veel curatieve zorg ontvangen. Voor deze doelgroep is afstemming op de Zvw een belangrijk aandachtspunt.

Het onderscheid dat de regering in de tweede fase overweegt te maken tussen deze twee sectoren, is van invloed op de vormgeving die de regering kiest voor de uitvoering van de Wlz op korte termijn. De regering sluit voor de korte termijn grotendeels aan bij de bestaande uitvoeringsstructuur. Dat heeft twee redenen. Ten eerste wil de regering nog niet voorsorteren op een mogelijk toekomstperspectief (risicodragende uitvoering in de Zvw voor de ouderenzorg en een landelijke voorziening of verzekering voor de gehandicaptenzorg). Wat wenselijk kan zijn voor de ene sector (meer landelijke aansturing in de gehandicaptenzorg) kan immers conflicteren met wat wenselijk is in de andere sector (meer aansluiting bij het Zvw-model van concurrerende verzekeraars voor de ouderenzorg en dus juist meer ruimte voor uitvoerders). Deze keuze leidt ertoe dat de hybride uitvoeringsstructuur die de AWBZ heeft, in de Wlz wordt gecontinueerd. In de AWBZ zijn zorgverzekeraars formeel verantwoordelijk voor de uitvoering van de AWBZ voor eigen verzekerden, maar doen regionaal werkende zorgkantoren feitelijk het werk. Ten tweede maakt de regering hier een pragmatische keuze. Als gevolg van de gehele hervorming van de langdurige zorg staat het veld de komende jaren voor een forse veranderingsopgave. De regering heeft grote ambities voor de langdurige zorg, maar heeft tegelijkertijd oog voor de aanpassingen die dit vergt in de uitvoering. Om de veranderingen niet al te veel te stapelen, heeft de regering daarom besloten om de bestaande uitvoeringsstructuur grotendeels te handhaven in de Wlz. De wijzigingen die de regering wel in de uitvoeringsstructuur doorvoert, worden in het vervolg van deze paragraaf toegelicht.

### *Opdracht aan de Wlz-uitvoerders*

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



Het basisprincipe in alle domeinen, dus ook in de Wlz, is uitgaan van wat mensen (nog) wel kunnen in plaats van wat zij niet kunnen. Daarbij staat kwaliteit van leven voorop. De opdracht aan de uitvoerders van de Wlz is om dit op een doelmatige en kwalitatief verantwoorde wijze uit te voeren. De uitvoerders moeten net als in de AWBZ de nodige maatregelen treffen ter voorkoming van onnodige zorg en van uitgaven die hoger zijn dan noodzakelijk.

In de Wlz is geregeld dat Wlz-uitvoerders verantwoordelijk zijn voor de uitvoering van de Wlz, voor zover de uitvoering van deze wet niet bij of krachtens de wet aan anderen is opgedragen. Hiervoor is reeds aangegeven dat de Wlz een aantal uitvoeringstaken aan anderen dan Wlz-uitvoerders opdraagt. Zo stelt de SVB indien nodig vast of iemand verzekerd is, en beoordeelt het CIZ of een verzekerde op Wlz-zorg is aangewezen en zo ja, wat de aard, inhoud en (globale) omvang van de benodigde zorg is. In paragraaf 5.8 wordt toegelicht dat het CAK eigen bijdragen vaststelt en int. Dat de Wlz aanzienlijke taken aan andere instanties dan de Wlz-uitvoerders toekent<sup>19</sup>, wil echter niet zeggen dat er voor de Wlz-uitvoerders weinig uit te voeren blijft. Zij hebben namelijk de belangrijke taak om ervoor te zorgen dat hun verzekerden die geïndiceerde zorg en overige diensten kunnen verkrijgen, waarop zij aangewezen zijn. Dit wordt wel de «zorgplicht» van de Wlz-uitvoerder genoemd. Ter uitvoering van zijn zorgplicht, dient de Wlz-uitvoerder de volgende werkzaamheden te (laten) verrichten:

- hij sluit zorginkoopovereenkomsten met zorgaanbieders op grond waarvan die zorgaanbieders namens hem de zorg aan zijn verzekerden zullen verlenen waarop zijn verzekerden (getuige hun indicatiebesluit) zijn aangewezen. Dit gebeurt zowel voor zorg in een instelling als voor zorg die in het kader van een vpt geleverd wordt.
- hij beoordeelt of iemand in aanmerking kan komen voor een vpt of pgb.
- indien iemand voor zorg met verblijf of een vpt kiest, zorgt hij ervoor dat de benodigde zorg binnen redelijke termijn en daar waar de betrokkene woont (vpt) of wil gaan wonen (zorg met verblijf) voor de verzekerde beschikbaar is.<sup>20</sup>
- indien iemand voor een pgb kiest, zorgt hij ervoor dat het budget tijdig beschikbaar is.
- hij verstrekt zijn verzekerden informatie over de (voorwaarden verbonden aan de) diverse leveringsvormen, over het gecontracteerde zorgaanbod (wie is waarvoor gecontracteerd, wat zijn de verschillen tussen de gecontracteerde zorgaanbieders, zijn er wachttijden en zo ja, hoe lang zijn deze?).
- hij bemiddelt een verzekerde die gekozen heeft voor zorg in een instelling of voor een vpt desgevraagd naar een geschikte gecontracteerde zorgaanbieder.
- desgevraagd zorgt hij voor cliëntondersteuning bij de zorgplanbesprekingen.
- hij bemiddelt indien een verzekerde die voor zorg in een instelling of voor een vpt heeft gekozen, van mening is dat de zorgaanbieder binnen de grenzen van het indicatiebesluit verkeerde of te weinig zorg

<sup>19</sup> De opsomming in de vorige zin bevat de belangrijkste taken die niet bij de Wlz-uitvoerders zijn belegd, maar is niet uitputtend. Zo betaalt het CAK ook, in opdracht van de zorgkantoren, de gecontracteerde zorgaanbieders en betaalt de SVB in opdracht van een pgb-houder de door hem gecontracteerde zorgaanbieders. Daarnaast krijgen de zorgaanbieders de taak om voor hun cliënten zorgplannen op te stellen en periodieke zorgplanbesprekingen met hun cliënten te organiseren.

<sup>20</sup> Zoals in paragraaf 2.4 reeds is uiteengezet, betekent een keuze voor zorg in natura niet dat de verzekerde recht heeft op zorg van zijn voorkeursaanbieder. Indien deze geen capaciteit beschikbaar heeft, voldoet de Wlz-uitvoerder ook aan zijn zorgplicht indien hij binnen redelijke termijn en afstand andere geschikte zorg kan laten leveren.



levert, dan wel de bepalingen over de zorgplanbespreking en het zorgplan niet nakomt en de cliënt en de zorgaanbieder hier niet zelf uitkomen.<sup>21</sup>

De Wlz-uitvoerders zijn daarnaast verantwoordelijk voor de administratie en controle van de aan verzekerden geleverde zorg. Zoals in het hiernavolgende zal worden uiteengezet, zal de administratie en/of controle echter door de Minister van VWS per regio aan één Wlz-uitvoerder worden opgedragen. De Wlz-uitvoerder zal derhalve niet zelf de administratie en controle van de zorg voor ieder van zijn verzekerden doen.

Ten slotte zijn de Wlz-uitvoerders verantwoordelijk voor de overige Wlz-werkzaamheden die niet bij of krachtens de wet aan anderen zijn opgedragen. Te denken valt hierbij aan het ontwikkelen van beleid, bijvoorbeeld op het terrein van de zorginkoop en de samenwerking met andere partijen (bijvoorbeeld de zorgverzekeraars voor de curatieve zorg), het uitvoeren van het pgb en het voeren van juridische procedures indien een verzekerde van mening is dat de Wlz-uitvoerder zijn zorgplicht niet goed nakomt.

#### *Afzonderlijke rechtspersoon: de Wlz-uitvoerder*

Het wetsvoorstel voorziet erin dat de Wlz-uitvoerders aparte rechtspersonen zijn, die behoren tot de groep waartoe ook een of meer zorgverzekeraars als bedoeld in de Zvw behoren. Ook al zijn in de Wlz de doelgroep en het verzekerde pakket beperkt ten opzichte van die in de AWBZ, nog steeds zal sprake zijn van grote financiële belangen. Mede om die reden acht De Nederlandsche Bank (DNB) het vanuit haar rol als prudentieel toezichthouder op de zorgverzekeraars verstandig dat, anders dan in de AWBZ het geval is, de uitvoering van de Wlz in een afzonderlijke rechtspersoon plaatsvindt. Zouden verzekeraars geen aparte rechtspersoon oprichten, dan lopen zij al snel aan tegen de grenzen van het verbod op nevenbedrijf uit artikel 3:36, lid 1 en 2 van de Wet op het financieel toezicht (Wft). Ook acht DNB het onderbrengen van de uitvoering van de Wlz in een apart rechtspersoon verstandig, omdat het uitvoeren van de Zvw en Wlz in één rechtspersoon zou leiden tot additionele prudentiële en integriteitsrisico's en daarmee tot additioneel solvabiliteitsbeslag. Voorts is de splitsing wenselijk om de verzekeringstechnische risico's van de Zvw- en Wlz-activiteiten te scheiden. Om deze redenen wordt geregeld dat de Wlz moet worden uitgevoerd in een aparte rechtspersoon.

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

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

<sup>21</sup> De zorgaanbieder heeft allereerst een eigen professionele verantwoordelijkheid en, op grond van Wlz, een eigen taak inzake de zorgplanbesprekingen respectievelijk het zorgplan, maar ook de Wlz-uitvoerder heeft een verantwoordelijkheid, omdat in geval van zorg met verblijf of een vpt de zorg namens hem verleend wordt. Komt een cliënt er derhalve met zijn zorgaanbieder niet uit, dan kan hij zijn Wlz-uitvoerder vragen te interveniëren.

Aangezien de Wlz-uitvoerders op grond van de Wlz besluiten zullen moeten nemen die rechtsgevolg voor verzekerden hebben (oftewel beschikkingen zullen moeten nemen), zijn zij met openbaar gezag bekleed en daarmee zelfstandige bestuursorganen (zbo's). De Kaderwet zelfstandige bestuursorganen stelt voorop dat zbo's krachtens publiekrecht worden ingesteld. Voor de Wlz-uitvoerders wordt hiervan afgeweken: zij zullen privaatrechtelijke rechtspersonen zijn. De belangrijkste redenen hiervoor zijn dat de AWBZ op dit moment reeds door privaatrechtelijke rechtspersonen (namelijk door de zorgverzekeraars en door de zorgkantoren die tot de zorgverzekeraarsconcerns behoren) wordt uitgevoerd en dat het in het licht van de hiervoor beschreven mogelijkheid de ouderenzorg op termijn naar de Zvw en daarmee naar de privaatrechtelijke zorgverzekeraars over te hevelen, ondoelmatig zou zijn de uitvoering van de Wlz voor een mogelijk beperkte termijn uit de sfeer van de privaatrechtelijke zorgverzekeraars te halen en in handen te leggen van publiekrechtelijke zbo's. De in de Wlz geregelde randvoorwaarden, zoals de voorwaarde de Wlz-uitvoering gescheiden te administreren, voorkomen vermenging van de Wlz-gelden met Zvw-gelden of andere gelden die in het verzekeraarsconcern omgaan.

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

#### *Minister wijst zorgkantoren aan voor administratie en/of controle*

Zoals hiervoor reeds aangegeven, zijn de Wlz-uitvoerders verantwoordelijk voor de uitvoering van de Wlz, voor zover althans bij en krachtens de wet Wlz-taken niet aan anderen worden opgedragen. Bij amvb wordt Nederland ingedeeld in regio's en zal de Minister per regio een Wlz-uitvoerder aanwijzen die voor in die amvb te benoemen vormen van Wlz-zorg specifiek verantwoordelijk is voor de uitvoering van de administratie- en/of controletaken voor alle verzekerden die in die regio wonen. Overwogen wordt om deze Wlz-uitvoerder in ieder geval de taak te geven om het administratieve contact tussen zorgaanbieders en het CAK te bevorderen. Om verwarring te voorkomen, wordt in deze toelichting gesproken over het zorgkantoor, als de regionaal aangewezen Wlz-uitvoerder wordt bedoeld. Dit sluit aan bij het taalgebruik in de AWBZ. De aanwijzingsbevoegdheid van de Minister komt op hoofdlijnen overeen met de aanwijzingsbevoegdheid in de AWBZ, met het verschil dat in de AWBZ nog gesproken wordt over verbindingskantoren (welke term verder in de praktijk nooit wordt gehanteerd). In de aanwijzing kan de Minister instructies meegeven waar het zorgkantoor zich aan moet houden bij de uitvoering van zijn taak.

De als zorgkantoor aangewezen Wlz-uitvoerder krijgt met de aanwijzing de eigenstandige taak voor alle verzekerden in de regio, ongeacht bij welke Wlz-uitvoerder zij zijn ingeschreven. Dit betekent dat hij zelf verantwoordelijk is voor de uitvoering van de bij amvb nader aan te duiden administratie en/of controle taak en hiervoor rechtstreeks onder het toezicht valt van de NZa. Indien een zorgkantoor op onderdelen niet goed functioneert, zal de NZa het zorgkantoor daar rechtstreeks op aanspreken.

#### *Wlz-uitvoerders besteden taken vrijwillig uit aan zorgkantoren*

Voor de taken die de Minister niet rechtstreeks aan een andere partij heeft opgedragen (verder ook «overige taken» genoemd), zijn de Wlz-uitvoerders zelf verantwoordelijk. Dit geldt dus voor het uitvoeren van de zorgplicht en de overige werkzaamheden die niet bij of krachtens de wet aan derden of – per regio – aan de zorgkantoren zijn opgedragen. De Wlz-uitvoerders kunnen deze taken vrijwillig uitbesteden. Aangezien de Minister voor de administratie en/of controle per regio een Wlz-uitvoerder als zorgkantoor aan zal wijzen, valt te verwachten dat de overige Wlz-uitvoerders in zo'n regio hun overige taken aan dezelfde Wlz-uitvoerder zullen uitbesteden. Zo zal naar verwachting de uitvoering van de zorgplicht worden uitbesteed. Het kan daarbij bijvoorbeeld gaan om het geven van volmachten om namens hen zorginkoopcontracten met zorgaanbieders te sluiten en om het geven van mandaten om pgb's te verlenen of vast te stellen, maar ook om het opdragen van feitelijke handelingen, zoals het bijstaan van verzekerden bij het zoeken naar beschikbare zorg. Ook het opstellen van beleid of het voeren van procedures kan aan de zorgkantoren worden uitbesteed.

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

Uit het jaarlijks onderzoek van de NZa naar de uitvoering van de AWBZ blijkt dat er grote verschillen bestaan in het functioneren van de verschillende zorgkantoren bij de uitvoering van de AWBZ<sup>22</sup>. De regering wil dat het algeheel functioneren wordt verbeterd en in het bijzonder dat het niveau van de achterblijvers wordt opgetrokken. Daarom versterkt zij met

---

<sup>22</sup> Zie bijvoorbeeld NZa (2012), Samenvattend rapport Uitvoering AWBZ 2011 door concessiehouders, AWBZ-verzekeraars en het CAK.

dit wetsvoorstel en in de uitvoeringspraktijk de prikkels om goed te functioneren.

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

#### *Minister stelt regels*

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

### *Regels over zorgbemiddeling (cliëntondersteuning)*

Zoals hiervoor al is toegelicht heeft de Wlz-uitvoerder op grond van deze wet een zorgplicht voor de bij hem ingeschreven verzekerden die volgens de indicatie van het CIZ op zorg zijn aangewezen. Dit betekent dat hij verplicht is om de geïndiceerde zorg te (laten) leveren, dan wel desgevenst een pgb te verstrekken. Tevens impliceert de zorgplicht dat de Wlz-uitvoerder (in de praktijk dus: het zorgkantoor) de cliënt naar zorg bemiddelt. Op dit moment geven zorgkantoren daar beperkt invulling aan door op hun website informatie te plaatsen over het gecontracteerde zorgaanbod. Slechts in uitzonderingsgevallen vindt zorgbemiddeling op cliëntniveau plaats. Veelal neemt een cliënt rechtstreeks contact op met een gecontracteerde zorgaanbieder en is het zorgkantoor onbekend voor de cliënt. De zorgaanbieder vult dan in feite de zorgbemiddelingstaak van het zorgkantoor in. Zolang de cliënt hiermee uit de voeten kan, is dit een prima manier van werken. Indien de cliënt echter behoefte heeft aan uitgebreidere zorgbemiddeling, moet hij daarvoor te allen tijde een beroep kunnen doen op het zorgkantoor. Op basis van deze wet heeft hij daar recht op. Het kan bijvoorbeeld gaan om hulp bij het zoeken van een geschikte zorgaanbieder in de buurt (informatie en advies) en het tot gelding maken van zijn verzekerd pakket op zorg, bemiddeling bij onenigheid tussen de cliënt en de zorgaanbieder over de te leveren zorg of cliëntondersteuning bij de zorgplanbespreking. Kortom, het zorgkantoor heeft als taak ervoor te zorgen dat de cliënt de zorg die hij nodig heeft daadwerkelijk ontvangt. Het wetsvoorstel bevat de mogelijkheid om bij amvb regels te stellen over de invulling van de zorgbemiddelingstaak. Van die mogelijkheid zal gebruik worden gemaakt indien de zorgkantoren deze taak onvoldoende oppakken.

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

### *Regels over zorginkoop*

Ook kunnen bij amvb regels worden gesteld over het zorginkoopproces en de inhoud van de inkoopovereenkomsten. In de AWBZ worden op dit moment al inkooprichtlijnen opgesteld en wordt gestreefd naar landelijke kwaliteitscriteria. Zorgverzekeraars Nederland (ZN) stelt hiervoor jaarlijks de Zorginkoopgids AWBZ op. Dit is een handreiking voor de leden en kent geen formele status binnen de branche. In de praktijk wordt de inkoopleidraad slechts op hoofdlijnen gevolgd en varen zorgkantoren hun eigen koers. Het proces van zorginkoop in de AWBZ wordt door zorgaanbieders daardoor als een forse administratieve belasting ervaren. Aan ZN en de Wlz-uitvoerders/zorgkantoren zal worden gevraagd om Wlz-inkoopregels op te stellen en die vervolgens ook werkelijk te gebruiken. Indien dit onvoldoende gebeurt, zal eerder bedoelde amvb tot stand komen. Daarin zal dan onder meer worden voorgeschreven dat de zorgkantoren bij de zorginkoop de landelijk vastgestelde kwaliteitscriteria hanteren die in overleg met het Kwaliteitsinstituut<sup>23</sup> worden opgesteld. Tevens zal geregeld worden dat de zorgkantoren bij de zorginkoop bedingen dat de zorgaanbieders de in de Wlz opgenomen regels over de zorgplanbe-

<sup>23</sup> Het Kwaliteitsinstituut vormt een onderdeel van het Zorginstituut.

spreking en het zorgplan in acht nemen. De regionale inkoopvrijheid van de zorgkantoren zal worden beperkt tot wezenlijk regionale aangelegenheden. De regels die Minister zal stellen, zullen bijdragen bij aan het vereenvoudigen, het uniformeren en het standaardiseren van de zorginkoop en zullen dientengevolge tot een vermindering van de administratieve lasten leiden. Bij het opstellen van de regels kan de Minister gebruik maken van de voorwaarden uit de Zorginkoopgids van ZN.

#### *Ultimum remedium: verbod op uitbesteden aan slecht functionerende zorgkantoren*

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

## **2.7 Eigen bijdragen**

### *Verplichte eigen bijdragesystematiek grotendeels hetzelfde als in de AWBZ*

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

De AWBZ kent verschillende soorten eigen bijdragen, die deels goed aansluiten bij de leveringsvormen in de Wlz. De eigen bijdrage voor extramurale zorg in de vorm van functies en klassen vervalt, omdat de Wlz dit niet meer kent. Voor het overige treden er in de systematiek van eigen bijdrage geen grote veranderingen op.

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



In de Wlz wordt in de eigen bijdragen onderscheid gemaakt tussen de verschillende leveringsvormen. De eigenbijdragesystematiek zal bij amvb worden uitgewerkt. Hieronder worden de hoofdlijnen geschetst.

- *Zorg met verblijf*: Voor zorg met verblijf wordt onderscheid gemaakt tussen de zogenoemde hoge en lage eigen bijdrage. Hoofregel is dat er een hoge eigen bijdrage wordt betaald. Deze eigen bijdrage is voor de verschillende diensten die in de instelling worden geleverd, het wonen en de zorg. De lage eigen bijdrage vormt een uitzondering op de hoge bijdrage. Deze geldt onder andere voor de eerste zes maanden dat cliënten in een instelling verblijven. Na de eerste zes maanden geldt de lage eigen bijdrage alleen voor mensen die nog een thuiswonende partner hebben. Als er sprake is van partneropname, dan betaalt het echtpaar de hoge eigen bijdrage, die is berekend op basis van het gezamenlijke inkomen en vermogen.
- *Volledig pakket thuis*: Voor mensen die gebruik maken van een volledig pakket thuis geldt de lage eigen bijdrage. Zij betalen een eigen bijdrage voor zowel de verschillende tot het verblijf behorende diensten als voor de zorg, maar niet voor het wonen. Zij voorzien immers zelf in hun woonruimte.
- *Pgb*: Het voornemen is om een bruto pgb uit te keren en de cliënt vanwege ondermeer kostenbewustzijn en remmende werking zelf de eigen bijdragen te laten betalen. Nu wordt de eigen bijdrage vantevoren ingehouden en krijgt een cliënt een netto pgb. Dit voornemen behoeft verdere uitwerking en voor het pgb zal daarmee nog moeten worden bekeken wat de adequate wijze van het vaststellen en heffen van een eigen bijdrage wordt.

#### *Betalen voor vrijwillige aanvullende diensten net als in de AWBZ*

Voor cliënten die zorg met verblijf of een vpt afnemen kan de Wlz-aanbieder extra producten en diensten aanbieden die niet onder het verzekerd pakket van de Wlz vallen, bijvoorbeeld een dagje uit. De zorgaanbieder mag hiervoor kosten in rekening brengen. Cliënten zijn niet verplicht om deze producten of diensten af te nemen. Aanbieders mogen, net als in de AWBZ, niet zelf een eigen bijdrage heffen voor producten en diensten die onder de Wlz-zorg vallen. Bij onduidelijkheden over het verzekerd pakket kan het CVZ/Zorginstituut Nederland als pakketbeheerder duiding geven.

#### *Cumulatie eigen bijdragen Wlz, Wmo en Zvw*

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

### Hoofdstuk 3 Kwaliteit

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

De regering wil bereiken dat mensen zorg ontvangen die aansluit bij hun doelen, wensen en mogelijkheden. De cliënt hoeft zich dus niet primair aan te passen aan de zorgverlening, maar de zorg moet ondersteunend zijn aan het leven dat de cliënt nastreeft. De kwaliteit van leven van ouderen bijvoorbeeld, kan verbeterd worden als de zorg zich meer richt op het leven dat de cliënt gewend was te leiden, of gegeven zijn of haar beperkingen nu wenst te leven. Hierbij hoort het verbinden van formele en informele zorg, maar ook aandacht voor (culturele) achtergrond en levensbeschouwelijke identiteit. Bij mensen met een lichamelijke, verstandelijke en/of zintuiglijke beperking en vooral bij jongeren is veel winst te behalen in de kwaliteit van leven als er meer aandacht is voor de ontwikkelingsmogelijkheden die deze mensen nog hebben. Uiteraard gaat het hierbij om ontwikkeling naar vermogen. Kortom: het individu is het uitgangspunt bij het denken over kwaliteit.

Dit uitgangspunt is bij veel zorgverleners en zorgaanbieders de laatste jaren opgenomen in de organisatievisie. Maar daarmee is het nog niet op alle plaatsen realiteit. Zeker wanneer mensen moeten verblijven in een intramurale instelling, komt de focus al snel op de zorg te liggen, in plaats van op het leven van mensen. Het realiseren van de gewenste kwaliteitsverbeteringen vraagt daarom om een versterking van de al ingezette omslag van het bestaande aanbod in instellingen: onder andere meer maatwerk en meer betrokkenheid van informele zorgverleners. Het zorgaanbod moet daarmee een inhoudelijke transformatie ondergaan. Om deze transformatie te faciliteren wordt, gezamenlijk met de veldpartijen, een Kwaliteitsagenda opgesteld met als doel om agenderend te zijn en om aan te geven waar de speerpunten liggen ten aanzien van het stimuleren van kwaliteitsverbetering. Deze Kwaliteitsagenda vormt daarmee ook het flankerend beleid voor de Wlz. Gezien deze doelstelling zal het tijdpad voor het opstellen van de Kwaliteitsagenda parallel lopen aan het traject van de Wlz, en in het voorjaar van 2014 worden uitgewerkt. Een onderdeel van de Kwaliteitsagenda zal zijn dat alle betrokken partijen hun verantwoordelijkheid voor kwaliteit nemen en deze verantwoordelijkheid duidelijk dienen te beleggen. Hoe dat in de Wlz tot uitdrukking komt, is toegelicht in de volgende paragrafen.

#### *Kwaliteit in andere wetten*

Hoewel belangrijk voor het realiseren van een aantal speerpunten uit de Kwaliteitsagenda, is de Wlz niet de enige wet die daaraan bijdraagt. De Wlz beoogt, samen met bestaande wetten (en wetsvoorstellen) die zien op de kwaliteit in de langdurige zorg, een samenhangend wettelijk kader te creëren om de gewenste kwaliteitsverbeteringen te realiseren. Om te bewerkstelligen dat ook na de inwerkingtreding van de Wlz sprake blijft van een samenhangend kader, zullen in de volgende wetten en wetsvoorstellen alle verwijzingen naar de AWBZ worden vervangen door verwijzingen naar de Wlz. Hierbij gaat het in ieder geval om:

- het wetsvoorstel «Wet kwaliteit klachten en geschillen zorg» (Wkkgz)<sup>24</sup>. Dit wetsvoorstel bevat regels die de kwaliteit van zorg moeten bevorderen en voor cliënten een effectieve en laagdrempelige geschilbehandeling moeten waarborgen. Tot inwerkingtreding van de Wkkgz blijven de Kwaliteitswet zorginstellingen en de Wet klachtrecht cliënten zorgsector van kracht.
- de «Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg» (Wet BIG). De Wet BIG moet de kwaliteit bevorderen van de zorg die beroepsbeoefenaren leveren. De wet is ook bedoeld om patiënten of cliënten te beschermen tegen ondeskundig of onzorgvuldig handelen van individuele zorgverleners.
- het wetsvoorstel «Wet zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten»<sup>25</sup>. Het voorstel introduceert een uniforme regeling voor het verlenen van zorg aan personen met een psychogeriatrische aandoening (dementie) of een verstandelijke handicap. De zorg kan vrijwillig worden verleend, maar ook – onder voorwaarden – onvrijwillig en ongeacht de plaats waar de cliënten verblijven.
- de brief die de Minister en Staatssecretaris van VWS op 19 september 2013 naar de Tweede Kamer hebben gestuurd, waarin de voornemens op het gebied van goed bestuur, medezeggenschap en toelating van nieuwe zorgaanbieders zijn toegelicht<sup>26</sup>.
- de «Wet marktordening gezondheidszorg» (Wmg). Deze wet regelt de ontwikkeling en de ordening van en het toezicht (door de NZa) op de markten voor gezondheidszorg. In de Wmg staat wat de taken en bevoegdheden van de NZa zijn en dat de NZa, bij alles wat zij doet, het belang van de consument voorop moet stellen. Doel van de wet is een doelmatig en doeltreffend zorgstelsel, het beheersen van kosten in de zorg en de bescherming en bevordering van de positie van de consument.

Kwaliteit is natuurlijk niet alleen van belang voor Wlz-zorg, maar ook voor de zorg en ondersteuning die in andere domeinen worden geleverd. Het is een domeinoverstijgend thema. Bovenstaande wetten zijn daarom ook domeinoverstijgend. Dat wil zeggen dat ze van toepassing zijn op in ieder geval de levering en – voor de Wmg – de verzekering van zorg als bedoeld in de Zvw en de Wlz en in sommige gevallen ook op de zorg en ondersteuning als bedoeld in de Wmo 2015 en de Jeugdwet.

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

### **3.1 Cliënt – zorgaanbieder/zorgverlener**

Kwaliteit van zorg komt in de kern tot stand in de relatie tussen zorgverlener en cliënt. Vanuit dit oogpunt bezien, kan worden geconcludeerd dat de kwaliteit van leven van cliënten die recht hebben op Wlz-zorg verbeterd kan worden. Voor ouderen, bijvoorbeeld, is het belangrijk dat de zorg zich meer richt naar het leven dat de cliënt gewend was te leiden voordat deze een recht had op de zorg uit de Wlz. Voor mensen met een lichamelijke,

<sup>24</sup> Kamerstukken I 2012/13, 32 402, E.

<sup>25</sup> Kamerstukken I 2013/14, 31 996, A.

<sup>26</sup> Kamerstukken II 2013/14, 32 012 nr. 15.

verstandelijke en/of zintuiglijke beperking is het belangrijk dat er oog is voor ontwikkeling naar vermogen.

Het investeren in de relatie tussen cliënt en zorgverlener is een van de speerpunten uit de Kwaliteitsagenda. Omdat het echter ook van belang is dat de cliënt kan terugvallen op een aantal wettelijk verankerde rechten, zijn in de Wlz vier instrumenten voorzien die de positie van de cliënt ten opzichte van de zorgverlener dan wel de zorgaanbieder waarborgen of verstevigen:

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

### *Zelfbeschikkingsrecht en zorgplan*

Ieder mens heeft zelfbeschikkingsrecht. Dat verandert niet als je cliënt wordt. Toch zien we te vaak dat er wordt gesproken in termen van het «mogen» meepraten over het zorgplan, of het «recht» krijgen op een gesprek over een aantal zaken. Om de autonomie van de cliënt écht centraal te zetten, zijn de bepalingen over de zorgplanbespreking uit het wetvoorstel «Beginselenwet AWBZ-zorg» dat in 2011 aan de Tweede Kamer is aangeboden en in september 2013 is ingetrokken, in de Wlz opgenomen.<sup>27</sup> De zorgplanbespreking en het opstellen van het zorgplan wordt daarmee opnieuw wettelijk verankerd. Zorgaanbieders krijgen de plicht om met iedere cliënt een bespreking over de zorgverlening te organiseren en de resultaten daarvan vast te leggen in het zorgplan. Het perspectief, drijfveren en de mogelijkheden van een cliënt zijn het uitgangspunt, waarna het gesprek plaatsvindt over de wijze waarop de zorg daarbij kan aansluiten. De zorgplanbespreking moet worden beschouwd als een terugkerend gesprek (systematische evaluatie) waarin de dialoog over een zinvol leven wordt gevoerd tussen de cliënt en de zorgverlener(s). Systematische evaluatie dient er voor te zorgen dat de afspraken in het zorgplan aan blijven sluiten bij het perspectief, de drijfveren en mogelijkheden van de cliënt. Daarom is, naast de bepalingen over de inhoud van de zorgplanbespreking, het systematisch evalueren, bij voorkeur met de betrokken disciplines, vastgelegd in de wet. Daarbij is ook vastgelegd dat de cliënt of zijn vertegenwoordiger door de zorgaanbieder in staat wordt gesteld bij de evaluatie aanwezig te zijn. De betrokkenheid van mantelzorg en vrijwilligers moet onderdeel zijn van de zorgplanbespreking.

De dialoog tussen de verzekerde en de zorgverlener wordt versterkt doordat de verzekerde recht heeft op een bespreking om afspraken te maken over:

- a. de doelen die met betrekking tot de zorgverlening voor een bepaalde periode worden gesteld, en de wijze waarop de zorgaanbieder en de verzekerde de gestelde doelen trachten te bereiken;
- b. de zorgverlener of zorgverleners die voor de verschillende onderdelen van de zorgverlening verantwoordelijk zijn, de wijze waarop afstemming tussen zorgverleners plaatsvindt, en wie de verzekerde op die afstemming kan aanspreken;

<sup>27</sup> Zie Kamerstukken II 2012/13, 33 109, nrs. 12 en 13.

- c. de wijze waarop de verzekerde zijn leven wenst in te richten en de ondersteuning die de verzekerde daarbij van de zorgaanbieder zal ontvangen;
  - d. de frequentie waarmee en de omstandigheden waaronder een en ander met de verzekerde zal worden geëvalueerd en geactualiseerd.
- Met deze formulering wordt bedoeld op bespreking en vastlegging van een aantal onderwerpen die betrekking hebben op de regie over het eigen leven. Dat geldt voor verzekerden die verblijfszorg ontvangen. Hiervan is zowel sprake in de situatie dat daadwerkelijk in een instelling wordt verbleven, als in de situatie dat die zorg als volledig pakket thuis wordt geleverd. Zorgvuldige bespreking van deze zaken is van wezenlijk belang om de verzekerde in staat te stellen maximaal zeggenschap uit te oefenen over het eigen leven. De onderwerpen expliciteren een aantal min of meer al bestaande, uit het zelfbeschikkingsrecht voortvloeiende aspecten. Een en ander sluit ook aan bij de eis van goede zorg. Daaronder wordt immers verstaan zorg die in ieder geval doeltreffend, doelmatig en cliëntgericht wordt verleend en die is afgestemd op de reële behoefte van de verzekerde. De bespreking van het zorgplan met de verzekerde, welke in beginsel voorafgaand aan de zorgverlening, maar in elk geval zo snel mogelijk na het begin van de zorgverlening moet plaatsvinden, is een belangrijk instrument voor de verzekerde om zijn wensen en voorkeuren te laten vastleggen en afspraken te maken over de ondersteuning die de zorgaanbieder hem daarbij zal bieden. Daarbij gaat het van oudsher om bespreking van de doeleinden die met de zorgverlening worden nagestreefd. Dat is een verplichting die de zorgaanbieder ook moet nakomen om goede zorg te kunnen leveren. De verzekerde heeft er recht op dat hij (tenzij sprake is van een specifieke wettelijke grondslag voor het geven van «onvrijwillige» zorg) geen zorg ontvangt waarmee hij niet heeft ingestemd. Daarom moet de zorgaanbieder om goede zorg te kunnen leveren zonder meer met de verzekerde overleggen over de zorginhoudelijke aspecten. Met dit wetsvoorstel wordt dat een afdwingbaar recht voor de verzekerde en worden daaraan andere onderwerpen toegevoegd.

Het Besluit zorgplanbespreking AWBZ-zorg is inmiddels geëvalueerd en de uitkomsten van die evaluatie zijn naar de beide Kamers der Staten-Generaal gestuurd. Het Besluit zorgplanbespreking heeft geleid tot een versterking van de positie van de cliënt, de organisatiecultuur is meer afgestemd op de wensen van de cliënten. Om de dialoog tussen de zorgaanbieders en de mensen die zorg in een instelling ontvangen nog meer te stimuleren, is besloten om de bepalingen over de zorgplanbespreking te verankeren in de Wlz. Doordat de bepalingen over de zorgplanbespreking zijn neergelegd in wetgeving in formele zin, wordt recht gedaan aan het essentiële karakter van die bepalingen voor de zorgverlening aan deze personen: de nieuwe bepalingen over de zorgplanbespreking en het zorgplan zullen slechts met volledige betrokkenheid van de beide Kamers der Staten-Generaal gewijzigd kunnen worden.

Het zorgplan is geen door de overheid opgelegde blauwdruk. Het achterliggend principe moet zijn dat elke cliënt met het zorgteam een zorgplan opstelt waarin de doelen op het gebied van gezondheid en welzijn van de patiënt worden beschreven en tevens de route via zorg en risicomanagement om die doelen te realiseren, wordt omschreven. De inzet van de cliënt en de aanbieder wordt in het zorgplan vastgelegd. De zorgstandaard en de richtlijnen vormen daarbij het kwaliteitskader. Het zorgplan is geen doel op zich, maar een middel om goede, integrale zorg en het overleg tussen zorglener en zorgvrager te realiseren.

### *Meer ruimte voor maatwerk*

De regering wil afrekenen met het idee van een uniform aanbod en een uniforme vraag. Met de hervorming wil de regering de zorg uit haar keurslijf bevrijden en lucht en ruimte scheppen, zodat cliënten en professionals samen tot gepaste oplossingen kunnen komen. De zorgverlener moet de ruimte krijgen om in een goed gesprek met de cliënt naar een professioneel en passend antwoord te zoeken op de werkelijke hulpvraag; de vraag achter de vraag. Hiervoor wordt de indicatiestelling in de Wlz aangepast. Het CIZ zal in de Wlz niet meer in een zzp maar in een zorginhoudelijk profiel indiceren. Dit biedt zowel voor de cliënt als voor de zorgverlener ruimte voor maatwerk.

### *Keuzevrijheid leveringsvormen*

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

### **3.2 Cliënt – zorgkantoor**

Zoals gezegd komt kwaliteit van zorg in de kern tot stand in de relatie tussen cliënt en zorgverlener. Dit is echter geen op zichzelf staand proces. Diverse partijen hebben daar invloed op. Het zorgkantoor is daar een van, en heeft een belangrijke rol voor cliënten wanneer zij vragen of klachten hebben over de uitvoering van de Wlz. De regering vindt het belangrijk dat mensen die Wlz-zorg krijgen betrokken worden bij de uitvoering van de Wlz. Om hierin te voorzien heeft de regering in de Wlz een aantal instrumenten opgenomen die de positie van de cliënt in relatie tot de Wlz-uitvoerder en het zorgkantoor waarborgen en versterken:

- het zorgkantoor heeft zorgplicht, waaronder cliëntondersteuning, jegens de verzekerden in de regio die recht hebben op langdurige zorg;
- de statuten van de Wlz-uitvoerders moeten waarborgen bieden voor invloed van verzekerden op het beleid;
- het pgb is een volwaardige leveringsvorm;
- er zijn meer waarborgen dat ook zorg die ingekocht kan worden met een pgb en vpt kwalitatief verantwoord is.

### *Zorgplicht en service aan verzekerden*

Het zorgkantoor heeft een zorgplicht. Het moet ervoor zorgen dat de bij hem ingeschreven verzekerden hun recht op zorg tot gelding kunnen brengen. Tot die taak behoort ervoor zorgen dat passende zorg daadwerkelijk aan hen wordt verleend. Deze laatste service noemen we zorgbemiddeling. Service van het zorgkantoor aan de cliënt is een belangrijk speerpunt voor de regering om de positie van de cliënten ten opzichte van het zorgkantoor te versterken. Nu is bij de meeste cliënten onbekend dat



zij bij het zorgkantoor kunnen aankloppen voor ondersteuning, bijvoorbeeld bij het kiezen van de juiste zorgaanbieder, de zorgplanbespreking of bij onenigheid met de zorgaanbieder over de geleverde zorg. De regering wil dat zorgkantoren deze zorgbemiddelingstaak proactiever oppakken. Dit is toegelicht in paragraaf 2.6.

#### *Cliëntondersteuning als onderdeel van de zorgplicht*

Op basis van dit wetsvoorstel zal het zorgkantoor ervoor zorgen dat cliëntondersteuning beschikbaar is voor cliënten die zorg op grond van de Wlz nodig hebben. Dit valt onder zijn zorgplicht. Het is de taak van het zorgkantoor om de cliënten in hun regio te ondersteunen bij het tot gelding brengen van hun recht op zorg. Het gaat daarbij onder meer om het verstrekken van informatie over het gecontracteerde zorgaanbod en over de verschillen tussen de gecontracteerde zorgaanbieders, wachttijden en om informatie over het vpt en pgb. Desgevraagd dient het zorgkantoor een cliënt naar een geschikte zorginstelling te bemiddelen. Op basis van de Wlz kunnen hieraan bij algemene maatregel van bestuur nadere regels worden gesteld.

Omdat het zorgplan een belangrijke rol inneemt in de dialoog tussen de zorgverlener en de cliënt, kan de cliënt, als hij dat wenst, ook daarbij gebruik maken van cliëntondersteuning.

Uiteraard kan de cliënt ook zelf zijn ondersteuning organiseren. De cliënt kan zich laten bijstaan, of zich laten vertegenwoordigen, door een partner, ouder, broer of zus of een andere persoon die hem helpt zijn belangen te behartigen. In veel gevallen heeft deze vorm van ondersteuning de voorkeur van de cliënt en is dit afdoende en is cliëntondersteuning via het zorgkantoor niet nodig.

Voor sommige cliënten in de Wlz kan door de kantonrechter een mentor, bewindvoerder of curator worden benoemd die de cliënt kan bijstaan. Dit gebeurt soms bij mensen die onvoldoende voor zichzelf kunnen zorgen en is bedoeld ter bescherming van de cliënt tegen anderen die misbruik van de situatie kunnen maken. In lang niet alle gevallen is het echter nodig dat de kantonrechter iemand benoemt en behartigt de familie zonder tussenkomst van de rechter de belangen van de cliënt.

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

#### *Invloed van verzekerden*

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

Wellicht ten overvloede, cliënten oefenen ook in de huidige AWBZ, waarin de invloed van verzekerden nog niet verplicht statutair is geborgd, al invloed uit op het beleid van de zorgkantoren. Cliëntenorganisaties/ cliëntenraden bespreken onder andere met zorgkantoren wat zij belangrijk vinden in de zorgverlening door een zorgaanbieder in het algemeen en

voor specifieke ziektes (bijvoorbeeld Huntington). Dit loopt in veel gevallen via de overleggen met de regionale zorgbelangorganisaties. Zorgkantoren betrekken ook cliënten (vertegenwoordigers en -organen) bij de zorginkoop in de AWBZ en maken gebruik van de meting van cliëntervaringen over de geleverde zorg. Met die informatie spreken zorgkantoren zorgaanbieders gericht aan op verbeterpunten. De regering vindt deze ontwikkeling van groot belang en wil deze invloed van consumenten via het hierboven bedoelde artikel in de Wlz een wettelijke basis bieden.

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

#### *Wettelijke verankering pgb*

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

#### *Borging van verantwoorde zorg bij vpt en pgb*

Om de kwaliteit van zorg te kunnen borgen, gelden voorwaarden voor het gebruik van het vpt en het pgb. Deze voorwaarden zijn strikter dan in de AWBZ. Reden hiervan is dat de regering het belangrijk vindt dat de zorg ook als deze in de eigen omgeving wordt geleverd of door de cliënt zelf wordt ingekocht (bij pgb) van goed niveau is. Dat dit in de huidige situatie niet altijd goed gaat blijkt uit de handhavingstrajecten die er lopen rond pgb-initiatieven waar kwaliteit ondermaats is. In het belang van de cliënt beoordeelt het zorgkantoor in de Wlz daarom vooraf of de zorg op verantwoorde wijze geleverd kan worden. Er zal in overleg met Zorgverzekeraars Nederland en Per Saldo tot een eenduidige handleiding en set voorwaarden worden gekomen op basis waarvan een pgb wel of niet kan worden toegekend. Indien nodig wordt dit in lagere regelgeving ten aanzien van het pgb vastgelegd.

### **3.3 Zorgkantoor – zorgaanbieder**

De regering vindt het van belang dat het zorgkantoor zorgvuldig invulling geeft aan zijn zorgplicht. Als het zorgkantoor niet aan zijn zorgplicht voldoet, dan moeten hieraan consequenties kunnen worden verbonden. Om hierin te voorzien is in de Wlz een nieuw instrument opgenomen. De wet biedt de mogelijkheid om een opdracht aan de Wlz-uitvoerder te geven door bij amvb bij de zorginkoop in acht te nemen regels te stellen aan bijvoorbeeld kwaliteit, de afstemming van de zorg op de behoeften van de cliënt en de wijze waarop bij de zorgverlening mantelzorgers en vrijwilligers betrokken kunnen worden.

### *De opdracht aan de Wlz-uitvoerder*

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

De regering gaat ervan uit dat de Wlz-uitvoerder het zorgkantoor opdracht geeft om zorg in te kopen die zoveel mogelijk af is afgestemd op de behoeften, mogelijkheden en beperkingen van de verzekerden, dat de kwaliteit van zorg die zij inkopen van niveau is en dat zij met zorgaanbieders in gesprek gaan en blijven om te verkennen wat er nodig is om de kwaliteit te verbeteren. De zorginkoop zou erop gericht moeten zijn dat verzekerden met betrekking tot de zorgverlening zoveel keuze- en zelfbeschikkingmogelijkheden hebben als binnen de grenzen van deze wet redelijkerwijs mogelijk is. Daarnaast gaat de regering ervan uit dat het zorgkantoor de opdracht krijgt om inzicht te verwerven en te behouden in de mate van tevredenheid van verzekerden over de aan hen op grond van deze wet verleende zorg. Ook de wijze waarop mantelzorgers en andere vrijwilligers bij de zorgverlening worden ingeschakeld en de wijze waarop wordt voorzien in betrokkenheid van de samenleving is hierbij van belang. Het is een taak van het zorgkantoor om onder andere via de zorginkoop samenhangende zorg te regelen en de positie van de cliënt te versterken. Via de zorginkoop dient er een op de cliënt afgestemd en gedifferentieerd aanbod van door zorgaanbieders te verlenen zorg tot stand te komen. Indien uit toezicht van de NZa blijkt dat Wlz-uitvoerders hier onvoldoende werk van (laten) maken, kunnen via algemene maatregel van bestuur regels worden gesteld over de wijze waarop de Wlz-uitvoerders de zorgplicht dienen te vervullen. Hiermee kan de regering invloed uitoefenen op de relatie tussen de Wlz-uitvoerder en de zorgaanbieder.

### **3.4 Flankerend beleid**

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

De eerder genoemde Kwaliteitsagenda dient dit proces te faciliteren, waarbij er een aantal inhoudelijke speerpunten wordt gekozen, die vervolgens zowel via de Wlz als via flankerend beleid worden ingevuld. Hoewel de uitwerking hiervan, samen met veldpartijen, in de komende maanden vorm krijgt, kan al wel worden aangegeven dat het versterken van professionaliteit van medewerkers, en daarmee de opleidingen en na- of bijscholing van zorgverleners, een belangrijke rol zal spelen. Immers, dat de Wlz uiteindelijk alleen van toepassing zal zijn op mensen met de zwaarste zorgvraag, stelt eisen aan het opleidingsniveau van het personeel. Uiteraard is het aan de beroepsgroepen zelf om hiervoor nieuwe beroepsprofielen op te stellen die richtinggevend zijn voor de gewenste deskundigheid van medewerkers die onder de Wlz complexe zorg gaan leveren.

### **Hoofdstuk 4 Betrokkenheid**

Een van de motieven van de regering voor de hervorming van de langdurige zorg is het vergroten van de betrokkenheid. Het thema betrokkenheid heeft in de Wlz drie betekenissen; het gaat over eigen verantwoordelijkheid, over mantelzorg en informele zorg en het gaat over

het betrekken van de samenleving. De regering wil de verbinding tussen de Wlz en andere beleidsterreinen respectievelijk de verbinding tussen (mensen in) de Wlz en (mensen in) de andere onderdelen van de maatschappij verstevigen.

#### **4.1 Eigen verantwoordelijkheid**

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

#### **4.2 Mantelzorg en vrijwilligers**

##### *Mantelzorg*

Een belangrijk deel van de zorg en ondersteuning in Nederland wordt niet verleend door professionals, maar door mantelzorgers. Als gevolg van het feit dat steeds meer mensen langer thuis blijven wonen, wordt een steeds belangrijker deel van de zorg verricht door mantelzorgers en vrijwilligers. Mantelzorg is zorg die niet in het kader van een hulpverlenend beroep wordt gegeven door één of meer leden uit de directe omgeving van de hulpbehoevende, waarbij de zorgverlening direct voortvloeit uit de sociale relatie. Dit laatste onderscheidt mantelzorg van vrijwilligerswerk. Mantelzorgers leveren hiermee naast een belangrijke maatschappelijke bijdrage ook een belangrijke bijdrage aan het welzijn van de cliënt. De regering wil dit bevorderen. De oplossing van de houdbaarheidsproblemen in de langdurige zorg ligt volgens de regering onder andere in het stimuleren van de eigen verantwoordelijkheid en eigen mogelijkheden van de burger en zijn sociale omgeving. Dit houdt niet op als een cliënt zorg op grond van de Wlz ontvangt. De regering ziet de nieuwe Wmo en de Wlz daarin als een continuüm. Ook vanuit het oogpunt van welzijn van de cliënt is – zowel in de Wmo als in de Wlz – het van belang dat het sociale netwerk wordt betrokken. Mantelzorgers zullen immers vaak jaren voor hun naasten gezorgd hebben voordat dezen in aanmerking komen voor een Wlz-indicatie. Mantelzorgers weten dan ook – vaak beter dan de hulpverleners – hoe hun naasten het beste geholpen kunnen worden. Zij kunnen hun naasten daarin ondersteunen en hen tevens een stem geven. Bovendien zorgen zij voor continuïteit en vertrouwdheid, wat extra van belang kan zijn indien de cliënt daarnaast door meerdere professionals geholpen wordt. Het werk van mantelzorgers kan ook in de situatie dat iemand in een instelling verblijft, veel bijdragen aan kwaliteit van leven van de cliënt. Daarnaast dragen de inspanningen van mantelzorgers er aan bij dat cliënten met recht op Wlz-zorg desgewenst en indien verantwoord langer thuis kunnen blijven wonen.

Bij het beantwoorden van de vraag of een verzekerde recht heeft op Wlz-zorg, speelt de vraag of en in welke mate mantelzorgers in de benodigde zorg en ondersteuning kunnen voorzien geen rol; wel zal gekeken worden naar gebruikelijke zorg (zie ook paragraaf 2.2.1). Het CIZ zal louter kijken of een verzekerde permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid nodig heeft. Mensen die aan (een van) deze criteria voldoen, ook in een situatie waarin zij een beroep kunnen doen op informele zorg en ondersteuning en veel mantelzorgers hebben, kunnen derhalve voor de Wlz kwalificeren. Hiervoor is gekozen, omdat in de Wlz sprake is van een verzekerde recht op intensieve zorg welke zoveel mogelijk in een integraal pakket wordt geleverd. Van de sociale omgeving mag in deze gevallen niet (meer) worden verwacht dat zij (het geheel van) die zorg op zich nemen.

Om het belang van mantelzorg bij de verlening van Wlz-zorg te benadrukken, is echter wel geregeld dat in het zorgplan en tijdens de zorgplanbespreking aandacht wordt besteed aan de betrokkenheid van mantelzorgers. Tevens is geregeld dat bij amvb regels kunnen worden gesteld over de wijze waarop mantelzorgers en vrijwilligers daadwerkelijk bij de zorgverlening betrokken kunnen worden. Zo'n amvb zal worden opgesteld indien de zorgkantoren hierover zelf onvoldoende afspraken met de zorgaanbieders maken.

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

In paragraaf 2.4 is toegelicht dat het pgb ook kan worden gebruikt om niet-professionals uit het sociale netwerk van de betrokkene financieel voor hun diensten te belonen. Dit draagt bij de aan de ondersteuning van mantelzorgers van Wlz-gerechtigden.

#### *Vrijwilligers*

Ook vrijwilligers leveren een belangrijke bijdrage in de ondersteuning van cliënten. De diversiteit van het vrijwilligerswerk in de zorg is groot. Voorbeelden zijn het optreden als gastvrouw en het begeleiden van cliënten naar buiten. Vrijwilligers kunnen in sommige gevallen ook

professionele zorg bieden, waarbij dat nadrukkelijk de keuze van de vrijwilliger zelf is.

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

#### *Zorgplanbespreking*

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

#### *De opdracht aan de Wlz-uitvoerders*

In paragraaf 3.3 is toegelicht dat de Wlz de mogelijkheid biedt om bij amvb regels te stellen aan de wijze waarop het zorgkantoor zijn zorgplicht uitvoert. Elementen waarover nadere regels gesteld kunnen worden, zijn bijvoorbeeld de wijze waarop mantelzorgers en vrijwilligers bij de zorgverlening worden betrokken. Het zorgkantoor dient bij de zorginkoop rekening te houden met dergelijke regels. Dit stimuleert aanbieders van zorg met verblijf om beter na te denken over de wijze waarop zij familieparticipatie en vrijwillige inzet bevorderen.

#### *Zorg zonder verblijf*

Steeds meer mensen willen liever thuis blijven wonen of thuis voor hun kind, partner of ouder zorgen. Dit geldt ook voor (verzorgers van) cliënten in de Wlz. Door in de Wlz de mogelijkheid te creëren om het recht op zorg te gebruiken zonder dat daarbij ook verblijf wordt genoten, sluit de regering bij deze trend aan.

#### *Cliëntondersteuning*

Zoals in voorgaand hoofdstuk uiteen is gezet, is het denkbaar dat cliënten in de Wlz zich niet altijd een goed beeld kunnen vormen van hun mogelijkheden en beperkingen. Ze kunnen de reikwijdte van de zorg waarop ze zijn aangewezen niet goed overzien, kunnen geneigd zijn om aan te geven dat ze zelf meer kunnen dan in de praktijk het geval is of kunnen zich niet goed uitspreken over hun zorgbehoefte. Dit kan een beletsel zijn in de communicatie met het CIZ bij de indicatiestelling of met de zorgaanbieder over het zorgplan. Hierdoor bestaat het risico dat de zorgbehoefte van de cliënt verkeerd wordt ingeschat. In de Wlz is daarom opgenomen dat de cliënt zich onder meer bij de zorgplanbespreking kan laten bijstaan door een persoon die hem helpt zijn belangen te behartigen.



Dit kan door het zorgkantoor worden georganiseerd, maar de cliënt kan dit ook zelf organiseren en hiervoor bijvoorbeeld een partner, ouder, broer of zus inschakelen. Hiermee wordt niet alleen de ondersteuning van de cliënt geregeld, maar ook de positie van de mantelzorgversterkt.

### **4.3 Betrekken van de samenleving**

Naast het betrekken van mantelzorgers vindt de regering het belangrijk dat er meer integratie plaatsvindt tussen de zorg en het «dagelijks leven» van mensen die geen of minder zorg nodig hebben. De regering denkt hierbij aan een inclusieve samenleving waarbij er verbindingen zijn tussen de organisaties die zorg aanbieden op grond van de Wlz, de Zvw en de Wmo 2015. Er ontstaan ook verbindingen tussen organisaties in het zorgdomein en organisaties op andere domeinen, zowel (semi)publiek als privaat zoals scholen en horeca. Goede voorbeelden hiervan zijn er te over in de AWBZ. Denk aan Zorggroep De Vechtstreek en Habion Leerbroek (In voor Zorg.nl).

### **4.4 Flankerend beleid**

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

Daarnaast kan betrokkenheid niet alleen gestimuleerd worden via formele wetgeving. Net als bij kwaliteitsverbetering speelt verandering van cultuur een veel belangrijkere rol. Volgens mantelzorgers verloopt de samenwerking met de formele zorgverleners vooral in instellingen nog niet altijd goed. Welk flankerend beleid de regering inzet om deze cultuurverandering te bewerkstelligen wordt nader uitgewerkt. De beleidsbrief «Versterken, verlichten en verbinden» van 20 juli 2013 biedt hiervoor veel aanknopingspunten.<sup>28</sup> Ook ervaringen vanuit de Regelarme Experimenten kunnen hierbij behulpzaam zijn.

## **Hoofdstuk 5 Wie is waarvoor verantwoordelijk?**

### **5.1 Overzicht**

Voor een doelmatige uitvoering van de wet is het belangrijk dat helder is wie waarvoor verantwoordelijk is. Onderstaande tabel vat de verantwoordelijkheden samen die met dit wetsvoorstel worden belegd of reeds op grond van andere wetgeving bestaan bij de verschillende partijen. De tabel biedt doch geen volledig overzicht; de nadruk ligt op de verantwoordelijkheden die het meest relevant zijn voor dit wetsvoorstel. In de volgende paragrafen worden de verantwoordelijkheden toegelicht. Naast deze verantwoordelijken zijn er natuurlijk nog andere partijen van belang voor een goede werking van het stelsel van langdurige zorg. Zo vormen de zorgverzekeraars en gemeenten belangrijke samenwerkingspartners, om voor de cliënt de overgang tussen de domeinen zo soepel mogelijk te laten verlopen.

<sup>28</sup> Kamerstukken 2012/13, 30 169 en 30 597, nr. 28.

<b>Verantwoordelijke</b>	<b>Verantwoordelijkheid</b>
Clïënt en zijn sociale omgeving	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Waar mogelijk zoveel mogelijk zelfredzaamheid en samenredzaamheid betrachten.</li> <li>• Wensen en behoeften kenbaar maken in zorgplanbespreking</li> <li>• Mantelzorg verlenen</li> <li>• Kiezen tussen de verschillende leveringsvormen</li> <li>• Bij zorg zonder verblijf: woonomgeving + woonlasten</li> <li>• Bij pgb: zorginkoop en kwaliteit van zorg, woonomgeving + woonlasten</li> <li>• Financieel: eigen bijdrage</li> </ul>
Minister	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Systeemverantwoordelijk</li> <li>• Aanwijzen zorgkantoren voor administratie en/of controle</li> <li>• Stelt bij amvb en ministeriële regelingen nadere regels vast die in de Wlz zijn gedelegeerd</li> <li>• Stelt macrobudgettair kader vast</li> <li>• Stelt beleidsregels indicatiestelling vast</li> </ul>
SVB	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vaststellen verzekeringsstatus personen</li> <li>• Registreren gemoedsbezwaarden</li> <li>• Verrichten van betalingen voor het pgb en budgetbeheer (trekkingsrecht, inclusief ondersteuning in de werkgeversrol van budgethouders)</li> </ul>
CIZ	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beoordeelt of mensen recht hebben op Wlz-zorg en in welk zorginhoudelijk profiel de cliënt valt (indicatiebesluit richting cliënt).</li> <li>• Oordeel over de noodzaak van opnemings- en verblijfs- of voortzetting van het verblijf van de Wet zorg en dwang.</li> </ul>
Wlz-uitvoerder <sup>1</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Doelmatige en kwalitatief verantwoorde uitvoering van de Wlz <ul style="list-style-type: none"> <li>– Aangewezen regionale Wlz-uitvoerder (zorgkantoor): administratie en controle</li> <li>– Wlz-uitvoerder voor eigen verzekerden: uitvoeren zorgplicht</li> </ul> </li> </ul>
Zorgaanbieder	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Leveren van verantwoorde en doelmatige zorg</li> <li>• Zorgplanbespreking houden en zorgplan opstellen met cliënt/vertegenwoordiger, en regelmatig actualiseren</li> <li>• Bevorderen betrokkenheid mantelzorgers</li> </ul>
CAK	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vaststellen, opleggen en innen eigen bijdragen</li> <li>• Betalen aan zorgaanbieders</li> </ul>
Zorginstituut	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bevorderen doelmatige en rechtmatige uitvoering van de wet door Wlz-uitvoerders en CAK</li> <li>• Adviseren over de inhoud van het verzekerde pakket</li> <li>• Beheren van het Fonds langdurige zorg (Flz)</li> <li>• Beheren van AZR</li> <li>• Doen van betalingen aan Wlz-uitvoerders en zorgkantoren (beheerskosten) en het CAK</li> <li>• Uitkeren eventuele beschikbaarheidsbijdragen aan zorgaanbieders op grond van de Wmg</li> <li>• Uitvoeren van regelingen voor specifieke groepen (m.n. Wlz-buitenland voor pensionado's, verdragsgerechtigden, grensarbeiders) en de subsidieregeling voor ADL-assistentie</li> <li>• Bevorderen van vernieuwing en verbetering van zorgberoepen en opleidingen</li> <li>• Stimuleren van permanente verbetering van kwaliteit van zorg</li> <li>• Vaststellen professionele standaarden/meetinstrumenten en beschikbaarstelling</li> <li>• Kwaliteitsinformatie.</li> </ul>
IGZ	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Toezicht en handhaving kwaliteit van de verleende zorg</li> </ul>
NZa	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Toezicht houden op doelmatige en rechtmatige uitvoering van de wet door Wlz-uitvoerders, zorgkantoren en CAK</li> <li>• Adviseren Minister over eventueel uitbestedingsverbod</li> <li>• Vaststellen prestaties/tarieven</li> <li>• Toetsen kwaliteit en betrouwbaarheid van bestuurders Wlz-uitvoerders</li> <li>• Verdelen regionale contracteerruimte</li> </ul>

Verantwoordelijke	Verantwoordelijkheid
DNB	<ul style="list-style-type: none"> <li>Prudentieel toezicht op zorgverzekeraars (niet op Wlz-uitvoerders)</li> </ul>

<sup>1</sup> De Wlz-uitvoerder is verantwoordelijk voor de uitvoering van de genoemde taak voor zijn eigen verzekerden, ook wanneer hij het werk feitelijk uitbesteedt aan zorgkantoren.

## 5.2 De cliënt en zijn sociale omgeving

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

Dat betekent echter niet dat de verantwoordelijkheden van cliënten en hun sociale omgeving volledig ophouden te bestaan op het moment dat de cliënt recht heeft gekregen op Wlz-zorg. Ieder mens heeft wensen en behoeften. Daar waar mogelijk, is het wenselijk dat ook cliënten in de Wlz zelfstandig taken blijven uitvoeren. Zelfredzaamheid en samenredzaamheid staan ook in de Wlz voorop. Het is een verantwoordelijkheid van de cliënt om zijn wensen en behoeften kenbaar te maken, zodat deze betrokken kunnen worden bij het opstellen van het zorgplan. Indien de cliënt daar niet of beperkt toe in staat is, kan iemand uit zijn sociale omgeving of, desgevraagd, een door het zorgkantoor aangewezen cliëntondersteuner daarbij helpen. Zoals in paragraaf 4.2 al geschetst, heeft de sociale omgeving ook een rol bij de zorgverlening in de vorm van mantelzorg. Inzet van mantelzorgers draagt positief bij aan het welbevinden van cliënten. De verantwoordelijkheid van cliënten en hun sociale omgeving verschilt tussen de verschillende leveringsvormen. Indien een cliënt in zijn eigen woning voorziet, is hij zelf verantwoordelijk voor de kwaliteit van die woonomgeving. Ook dient de cliënt of zijn netwerk in dat geval zelf zorg te dragen voor de zaken die direct samenhangen met het thuis wonen, zoals het betalen van gas, water en licht en in het geval van pgb ook het eten en drinken. Deze komen niet ten laste van de Wlz. Wanneer de cliënt er voor kiest om zijn zorgverleners zelf te contracteren (leveringsvorm pgb), is de cliënt bovendien zelf eindverantwoordelijk voor de kwaliteit van de zorg.

## 5.3 De Minister van VWS

De ministeriële verantwoordelijkheid voor de wet omvat zowel de algemene verantwoordelijkheid voor het systeem als de specifieke aan de Minister toegekende (directe) verantwoordelijkheid zoals die voortvloeit uit de wet en de daarop gebaseerde wettelijke voorschriften. Om hieraan invulling te geven, vergewist de Minister van VWS zich ervan dat het systeem goed werkt en die resultaten oplevert die beoogd zijn. In verband daarmee rapporteert de NZa bijvoorbeeld op grond van de Wmg aan de Minister over de recht- en doelmatige uitvoering van de AWBZ. Dat blijft ook bij de Wlz het geval. Mede op grond van deze informatie kan de

Minister zich een oordeel vormen over de werking van de Wlz en daarover verantwoording afleggen aan de Staten-Generaal.

Net als in de AWBZ heeft de Minister de bevoegdheid om zorgkantoren aan te wijzen die de administratie en/of controle uitvoeren in een regio voor alle verzekerden in een regio. Op een aantal punten wordt de bevoegdheid van de Minister ten opzichte van de AWBZ uitgebreid. De regering acht het wenselijk dat de Minister meer regie kan nemen bij het verbeteren van de kwaliteit van de uitvoering van de Wlz. Zo kan de Minister bij amvb regels stellen aan de zorginkoop door Wlz-uitvoerders. Ook kan de Minister als ultimum remedium een uitbestedingsverbod instellen aan zorgkantoren die slecht functioneren. Dit is in paragraaf 2.6 uitgebreid toegelicht. Algemeen geldt dat de Wlz diverse delegatiebepalingen bevat, waarmee de Minister de bevoegdheid krijgt om bij amvb en ministeriële regelingen nadere regels te stellen aan bijvoorbeeld het pgb, de eigen bijdragen, de woningaanpassingen voor minderjarigen etcetera. Voorts zal de Minister, anders dan in de AWBZ, voortaan zelf het macro-budgettaire kader voor de Wlz vaststellen. Dit wordt toegelicht in hoofdstuk 7.

Ten slotte, de Minister stelt voor het jaar 2015 nog de beleidsregels indicatiestelling vast. Op termijn, als het CIZ de status van publiekrechtelijk ZBO heeft, zal het CIZ deze taak voor zijn rekening nemen.

#### **5.4 De SVB**

De regering acht het wenselijk dat er één instantie is die vaststelt of iemand Wlz-verzekerd is. Aangezien de kring van verzekerden voor de volksverzekeringen (vrijwel) gelijk is en de SVB ook voor de andere volksverzekeringen de verzekeringsstatus vaststelt, is de SVB hierin gespecialiseerd. Om tot een eenduidige vaststelling te komen, is ervoor gekozen om de SVB de exclusieve bevoegdheid te geven om de Wlz-verzekeringsstatus van personen vast te stellen, op exact dezelfde wijze als dat nu voor de AWBZ gebeurt. Bovendien kunnen gemoedsbezwaarden, net als voor de AWBZ, bij de SVB een ontheffing krijgen van de verplichtingen die horen bij de verzekering. Nadat de SVB de ontheffing heeft verleend, meldt SVB de gemoedsbezwaarde aan bij een Wlz-uitvoerder.

Een nieuwe taak is dat de SVB in opdracht van zorgkantoren werkzaamheden in het kader van het pgb zal verrichten. Tot de uitvoerende taken van de SVB behoren naast het verrichten van de betalingen voor persoonsgebonden budgetten ook het registreren, adviseren, afdragen van belasting, administreren, toetsen op de door het zorgkantoor gestelde voorwaarden, controle op wet- en regelgeving en het faciliteren van verplicht werkgeverschap. Het zorgkantoor blijft inhoudelijk eindverantwoordelijk voor goede besteding van het pgb en voor bijvoorbeeld de zorginhoudelijke toets op ondermeer budgetplan en zorgcontracten. Dit gebeurt op dezelfde wijze als voor de Wmo 2015 en Jeugdwet. Op deze manier is er zowel voor de Wmo 2015, Jeugdwet als voor de Wlz één instantie die de trekkingsrechten voor het pgb uitvoert. Dit vermindert de administratieve lasten bij burgers en verkleint de kans op fraude.

#### **5.5 Het CIZ**

De Zvw voorziet in zorgverzekeringen, die de zorgverzekeraars risicodragend uitvoeren. Hoewel de zorgverzekeraars het vaak aan de behandelaren (artsen, fysiotherapeuten, enzovoorts) overlaten om te bepalen of er behoefte bestaat aan de op grond van een zorgverzekering verzekerde zorg, hebben zij de mogelijkheid om de claimbeoordeling zelf te verrichten. De Wlz, daarentegen, is een risicoloos uitgevoerde volksverze-

kering die alle Nederlandse ingezetenen van rechtswege verzekert. De toegang tot de zorg die op kosten van deze wet kan worden verkregen, het vaststellen of er recht op bestaat, moet voor alle verzekerden op gelijke wijze, volgens vaste regels geschieden. Hiervoor is een objectieve, professionele indicatiestelling nodig. Het is de overheid die zorg moet dragen voor deze eenduidige bepaling van de toegang tot de Wlz.

Op grond van de AWBZ verricht het CIZ de indicatiestelling in opdracht van de gemeenten. De regering vindt dit gelet op de verantwoordelijkheid van de gemeenten voor het domein van de Wmo 2015, waarin een belangrijk deel van de voormalige extramurale functies van de AWBZ is ondergebracht, voor de Wlz geen goede oplossing. De gemeenten hebben in de afgelopen jaren een steeds grotere verantwoordelijkheid voor het verbeteren van de kwaliteit van leven van hun inwoners gekregen als het gaat om deelnemen aan het sociale leven en het behouden van zelfredzaamheid. Op basis van de Wmo en de Wmo 2015 dienen zij inwoners te ondersteunen als die tegen tekortkomingen op die terreinen aanlopen. Tekortkomingen die zij in het eigen netwerk en op eigen kracht niet meer kunnen opvangen. In het licht van de daarbij behorende financiële verantwoordelijkheden is het niet wenselijk om de verantwoordelijkheid voor de poortwachterfunctie voor de Wlz opnieuw in handen van de gemeenten te leggen. Het is zaak om elke mogelijkheid van belangenverstremming weg te nemen. Die zou bijvoorbeeld kunnen ontstaan als financiële krapte in de uitvoering van de Wmo 2015 zou leiden tot opdrachten aan het CIZ om soepeler te opereren bij de beoordeling of recht bestaat op zorg uit de Wlz.

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

De SER heeft in het advies «Langdurige zorg verzekerd: Over de toekomst van de AWBZ» van 2008 al geadviseerd om het CIZ van een stevige wettelijke en publieke verankering te voorzien. Een eerder voornemen om het CIZ wettelijk te verankeren, is uiteindelijk niet gerealiseerd. Het wetsvoorstel waarin dit was uitgewerkt is in 2011 ingetrokken, omdat de met dat voorstel van wet beoogde tijdelijke regeling inmiddels achterhaald was, gezien de ontwikkelingen die zich hadden voorgedaan en nog zouden voordoen in de AWBZ.<sup>29</sup>

De taken van het CIZ vragen geen grote mate van beleidsvrijheid. Het gaat om aan strikte regels gebonden, professionele uitvoering van taken. Voor de goede uitvoering van dit soort taken is in principe geen uitvoering door een zelfstandig bestuursorgaan nodig. Bij dergelijke taken is in het algemeen uitvoering door een baten-lastendienst het meest geëigend. Aan de andere kant zou het, gezien de grote inhoudelijke wijzigingen die met de invoering van de herziening van de langdurige zorg plaatsvinden en de rol die het CIZ daarin dient te spelen, onverstandig zijn om het CIZ tegelijkertijd tot een baten-lastendienst om te vormen. Immers, daarvan zouden heel veel mensen die in aanmerking wensen te komen voor AWBZ- en Wlz-zorg onoverkomelijke hinder ondervinden. Immers, zonder indicatiebesluit geen toegang tot verzekerde zorg. Daarom is er voor gekozen om de indicatiestelling op een zodanige wijze te verankeren, dat de cliënten ten volle worden beschermd en tegelijkertijd voldoende

<sup>29</sup> Kamerstukken II 2010/11, 30 926, nr. 7.

instrumenten worden verschaft om de publieke verantwoordelijkheden waar te kunnen maken. Bedoeld is onder meer het opstellen van regels over de wijze van uitvoering van taken en over de benoeming van de leden van het zbo. Bovendien is in de Kaderwet zelfstandige bestuursorganen de verantwoording van het zbo aan de Minister geregeld, op basis waarvan de Minister van VWS in staat is verantwoording af te leggen over het CIZ aan de Tweede Kamer.

Er is voor gekozen om het CIZ eigen rechtspersoonlijkheid toe te kennen voor de duur van vier jaren. Hieraan ligt een aantal redenen ten grondslag. De belangrijkste reden is dat de organisatie van het CIZ, als gevolg van de ingrijpende wijzigingen die worden doorgevoerd als het gaat om overheveling van functies uit de AWBZ naar het gemeentelijk domein of wel onderbrenging daarvan in de Zvw, grote wijzigingen ondergaat. Die wijziging wordt «going concern» in 2014 voorbereid en op 1 januari 2015 zal die volledig zijn beslag hebben gekregen. Deze omvangrijke exercitie is zonder omzetting van de arbeidscontracten al zo ingewikkeld dat heel veel inspanningen moeten worden getoond om het doel op tijd te bereiken. Dat dat zeker niet lukt als tegelijkertijd ook het Algemeen Rijksambtenarenreglement (ARAR) van toepassing moet zijn op de werknemers van het CIZ, staat vast. Daar komt bij dat de kosten die een dergelijke operatie met zich brengt hoger liggen dan de kosten die thans worden gemaakt voor de privaatrechtelijke arbeidsovereenkomsten. Het ligt voor de hand om eerst de uitkomst van de transitie van 2014 af te wachten, om vervolgens te bezien welke organisatievorm (agentschap, zbo zonder eigen rechtspersoonlijkheid of aansluiten bij een andere organisatie) het beste bij de uit het reorganisatieproces ontstane organisatie en dan aanwezige feitelijke situatie past.

Dit betekent dat voor de werknemers van het CIZ die op het moment van inwerkingtreding van deze wet in dienst zijn van het CIZ en als zodanig op een lijst van de Minister van VWS zijn geplaatst, geen wijziging wordt gebracht in de arbeidsrechtelijke positie.

In het Sociaal Akkoord van 11 april 2013<sup>30</sup> is neergelegd dat sociale partners ernaar streven dat er één onafhankelijk indicatieorgaan komt, dat verantwoordelijk wordt voor de keuring van de mate van arbeidsgeschiktheid. Dit zou een samenvoeging van UWV en CIZ betekenen. Het kabinet heeft in de kamerbrief over de resultaten van het Sociaal Akkoord aangegeven de samenvoeging van Uitvoeringsinstituut werknemersverzekeringen (UWV) en CIZ nader te bezien. Hiernaar wordt momenteel een verkenning gedaan.

In de afgelopen jaren is, mede door de behoefte om de indicatiestelling te vereenvoudigen en administratieve lasten tegen te gaan, steeds meer invloed aan zorgaanbieders gegeven in het indicatieproces. Daardoor is een vermenging van verantwoordelijkheden ontstaan waaraan met deze wet een halt wordt toegeroepen. Niet langer zullen zorgaanbieders in de bepaling of een verzekerde recht heeft op zorg uit de Wlz een rol spelen (behoudens voor het verstrekken van noodzakelijke informatie). Die rol is voorbehouden aan het CIZ. Het CIZ zal die een persoonlijke beoordeling van de verzekerde laten plaatsvinden. Het indicatiebesluit dat wordt verstrekt bevat de uitspraak of er al dan niet sprake is van een recht op zorg, alsmede de aard, inhoud en (globale) omvang daarvan. De daadwerkelijke vormgeving van de noodzakelijke zorg vindt plaats in het gesprek tussen de cliënt en de zorgaanbieder van voorkeur.

---

<sup>30</sup> Kamerstukken II 2012/13, 33 566, nr. 15, pp. 8 en 14.



Het CIZ krijgt een stevigere positie in het kader van de fraudeaanpak. Zo zullen hulpverleners met een beroepsgeheim het CIZ desgevraagd gegevens over hun patiënten dienen te verstrekken indien die patiënten een indicatie voor de Wlz hebben aangevraagd of indien sprake is van een mogelijke herindicatie. Dit wordt toegelicht in hoofdstuk 9 en de artikels-gewijze toelichting.

## **5.6 De Wlz-uitvoerders**

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

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

## **5.7 De zorgaanbieders**

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

## 5.8 Het CAK

De taken van het CAK zijn geregeld in de Wlz. Het CAK wordt op grond van de wet gefinancierd ten laste van de VWS-begroting. Het CAK is een zelfstandig bestuursorgaan waarop de Kaderwet zelfstandige bestuursorganen van toepassing is. De NZa houdt toezicht op de rechtmatige en doelmatige uitvoering van de Wlz door het CAK. De Minister van VWS houdt toezicht op het functioneren van het CAK als zelfstandig bestuursorgaan (beheerskosten, werkprogramma, begroting, benoeming bestuurders en dergelijke).

De taken van het CAK voor de Wlz zijn:

- a) vaststellen, opleggen en incasseren van de wettelijk verplichte eigen bijdragen voor geleverde Wlz-zorg
- b) in opdracht van zorgkantoren doen van betalingen aan de gecontracteerde zorgaanbieders die Wlz-zorg verlenen.

Deze taken van het CAK zijn hetzelfde als in de AWBZ. De betaalfunctie van het CAK blijft bij het CAK, maar vindt op termijn plaats op basis van declaraties in plaats van bevoorschotting. Dit heeft geen invloed op de regeldruk voor de uitvoerder, omdat zij ook nu al declareren. Nagegaan moet immers worden of de voorschotten terecht zijn verleend. Doordat het aantal Wlz-gebruikers naar verwachting op termijn een kwart bedraagt van het aantal AWBZ-gebruikers, is de omvang van het werk dat het CAK voor de Wlz zal moeten verrichten, fors lager. Daar staat tegenover dat het CAK meer werkzaamheden zal verrichten in het kader van de Wmo 2015.

## 5.9 Zorginstituut

Op 1 april 2014 wordt het College voor zorgverzekeringen (CVZ) omgevormd tot het Zorginstituut Nederland (hierna het Zorginstituut). Het Zorginstituut is zowel een advies- als uitvoeringsorganisatie voor de AWBZ.

Invoering van de Wlz heeft beperkte gevolgen voor het Zorginstituut. Met uitzondering van de uitvoering van de pgb-regeling behoudt het Zorginstituut dezelfde wettelijke taken als onder de AWBZ. Wel zal als gevolg van de overhevelingen naar de Zvw een verschuiving van werkzaamheden plaatsvinden van de langdurige zorg naar het Zvw-domein.

Het Zorginstituut heeft een belangrijk aandeel in het op peil houden van de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de Nederlandse gezondheidszorg. Het Zorginstituut bevordert de rechtmatige en doelmatige ketenuitvoering door de Wlz-uitvoerders, het CIZ en het CAK.

Het Zorginstituut adviseert over de inhoud en omvang van het verzekerde pakket. Aan deze adviezen liggen naast zorginhoudelijke ook financiële en maatschappelijke overwegingen ten grondslag. Naast adviezen brengt het Zorginstituut ook standpunten uit waarin het in specifieke gevallen nader uitlegt of bepaalde zorg wel of niet verzekerd is. Ook geeft het Zorginstituut bij voorgenomen maatregelen advies over de consequenties voor de uitvoering en de processen in de Wlz-uitvoeringsketen. Daarnaast signaleert het Zorginstituut op systeemniveau knelpunten in de keten en zoekt het in nauw overleg met de ketenpartijen (CIZ, Wlz-uitvoerders, zorgaanbieders en het CAK) naar oplossingen. Het gaat hierbij onder andere om afspraken, richtlijnen of beleidsregels over gegevensuitwisseling (waaronder Wlz-brede zorgregistratie; AZR), registratie, het betaalverkeer tussen CAK en zorgaanbieders, de eigen bijdrage en de informatievoorziening (waaronder kwartaal- en jaarstaten voor zorgkantoren en het handboek gegevensuitwisseling Wlz).

De taken van het Zorginstituut en die van de NZa zijn complementair aan elkaar en liggen in elkaars verlengde. De NZa stelt regels over declaratie van zorg door zorgaanbieders aan Wlz-uitvoerders. Het Zorginstituut stelt regels over de betalingen aan zorgaanbieders. De NZa is onder andere belast met het toezicht op de doelmatige en rechtmatige uitvoering door de Wlz-uitvoerders en het CAK. De focus van het Zorginstituut ligt, zoals eerder opgemerkt, op het bevorderen van de doelmatige en rechtmatige ketenuitvoering door Wlz-uitvoerders, het CIZ en het CAK. Vanwege deze complementariteit werken het Zorginstituut en de NZa nauw samen.

Naast bovenstaande taken beheert het Zorginstituut het Fonds langdurige zorg, geeft het advies over de premie en doet het betalingen aan zorgkantoren (beheerskosten) en het CAK in verband met door zorgaanbieders geleverde zorg. Het Zorginstituut keert eventuele beschikbaarheidsbijdragen uit aan zorgaanbieders op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg (WVG) en voert regelingen uit voor specifieke groepen zoals de Wlz-buitenland voor verdragsgerechtigden en de grensarbeiders en de subsidieregeling voor ADL-assistentie (zie hoofdstuk 6).

Met de omvorming van het CVZ tot Zorginstituut krijgt het instituut er twee taakgebieden bij: het bevorderen van vernieuwing en verbetering van zorgberoepen en opleidingen en het stimuleren van permanente verbetering van kwaliteit van zorg. In het kader van deze laatste taken is het Zorginstituut gevraagd het initiatief te nemen in het versneld (door)ontwikkelen van (her)nieuw(d)e meetinstrumenten en indicatoren waarin indachtig de visie van de regering op de kwaliteit van zorg aandacht is voor de beleving en het welzijn van cliënten, het realiseren van zorgdoelen en maatwerk en zelf- en samenredzaamheid.

De regering vindt het belangrijk dat informatie over de kwaliteit van zorg in de Wlz breed toegankelijk wordt gemaakt. Dit is in de eerste plaats in het belang van de zorgaanbieder zelf. Deze informatie biedt immers aangrijpingspunten om de eigen goede prestaties te borgen en om eventuele tekortkomingen te verbeteren. Daarnaast is transparantie over kwaliteit ook van belang voor cliënten om gerichte keuzes te kunnen maken die aansluiten bij hun wensen en behoeften. De regering vindt het belangrijk dat cliënten inzicht kunnen hebben in informatie over kwaliteit van de zorg, maar bijvoorbeeld ook over wachttijden, en dat zij deze informatie bij de aanbieders en bij de Wlz-uitvoerder kunnen opvragen. Hierdoor krijgen cliënten de beschikking over begrijpelijke, betrouwbare en te vergelijken informatie. In het toegankelijk maken van de keuze-informatie ligt een belangrijke rol voor het Zorginstituut.

## **5.10 De IGZ**

Zoals eerder aangegeven, is het primair de verantwoordelijkheid van de professionals in de zorgverlening en de besturen van zorgaanbieders om te zorgen voor kwalitatief goede en veilige zorg en daar waar nodig maatregelen te nemen indien dit in het gedrang komt.<sup>31</sup> De Inspectie voor de gezondheidszorg (IGZ) heeft niet tot taak de kwaliteit van zorg te optimaliseren of kwaliteitsnormen vast te stellen. Die verantwoordelijkheid ligt bij de zorgaanbieders en het Zorginstituut. Het is de taak van de IGZ om actief toe te zien op de geleverde zorg en te handhaven wanneer de zorg niet voldoet aan de minimale vereisten op gebied van veiligheid en kwaliteit.

---

<sup>31</sup> Ook de Wlz-uitvoerders/zorgkantoren hebben hier een verantwoordelijkheid: zij dienen in het kader van hun zorgplicht immers kwalitatief goede zorg in te kopen. Eerstverantwoordelijk voor de kwaliteit van de zorg zijn echter uiteraard de zorgaanbieders zelf.

De IGZ richt zich op de grootste risico's voor de patiëntveiligheid in de zorgverlening. Het gaat daarbij zowel om instellingen als om individuele hulpverleners. Specifiek voor de Wlz zal de IGZ zich richten op de positie en veiligheid van de cliënt. De zorg dient in ieder geval cliëntgericht en doelmatig te zijn, alsmede afgestemd te worden op de behoeften van de cliënt. Ook de rechten en vrijheden van cliënten dienen gewaarborgd te zijn. Het is daarbij essentieel dat de zorgaanbieder en de cliënt met elkaar in gesprek gaan over hoe de zorgverlener het beste kan bijdragen aan het welbevinden van de cliënt. Begin 2009 is het Besluit zorgplanbespreking AWBZ-zorg tot stand gekomen. Het besluit zorgt ervoor dat de plichten van de zorgaanbieder en de rechten van de cliënt worden gerespecteerd.

Het handhavinginstrumentarium dat de IGZ bij haar toezicht tot haar beschikking heeft varieert van (dwingend) adviseren tot corrigeren. Indien de verantwoorde zorgverlening in het geding is en sprake is van een acuut gevaar voor de patiëntveiligheid, kan de IGZ direct ingrijpen door een bevel aan een instelling op te leggen. In situaties waar geen sprake is van acuut gevaar maar waar de geëiste verbeteringen uitblijven, kan de IGZ de Minister adviseren een aanwijzing te geven. Tevens kan de IGZ (in acute en niet-acute situaties) aan individuele beroepsbeoefenaren een bevel geven en tegen BIG-geregistreerden een (spoed-)tuchtklacht indienen. Indien de IGZ vermoedt dat sprake is van een strafbaar feit, kan zij het Openbaar Ministerie inschakelen. Hiermee is het toezicht door de IGZ een belangrijk sluitstuk op de diverse mechanismen voor borging van kwaliteit en veiligheid die het zorgveld zelf hanteert. De administratieve lasten voor de zorgaanbieders moeten tot een minimum worden beperkt. Dubbele uitvraag door het zorgkantoor en toezichthouder dient te worden voorkomen.

Ten slotte wijst de regering nog op het volgende. In het hoofdstuk kwaliteit is aangegeven dat de overgang van een medisch georiënteerd zorgmodel naar een model gericht op kwaliteit van leven andere eisen stelt aan de kwaliteitskaders. Een voorbeeld is de inzet van informele zorg. Dit valt, tenzij de zorg onder verantwoordelijkheid van een professional wordt uitgevoerd, niet onder het toezicht van de IGZ.

## **5.11 De NZa**

De NZa houdt toezicht op de uitvoering van de Wlz. Deze taak van de NZa is vastgelegd in de Wmg. De NZa houdt toezicht op de rechtmatige en doelmatige uitvoering van de Wlz. Jaarlijks rapporteert de NZa hierover aan de Minister van VWS. Op grond van de Wmg staan de NZa diverse handhavinginstrumenten ter beschikking, te weten het geven van een aanwijzing, het ter openbare kennis brengen van handhavingmaatregelen, het opleggen van een last onder bestuursdwang, het opleggen van een last onder dwangsom en het opleggen van een boete. Daarnaast werkt de NZa bij het toezicht op zorgkantoren met protocollen en een prestatie-meting.

De verantwoordelijkheid van de NZa en haar handhavingsinstrumentarium blijven grotendeels hetzelfde als bij de AWBZ. De NZa richt zich daarbij op de Wlz-uitvoerders, de regionale zorgkantoren (dit zijn ook Wlz-uitvoerders) en het CAK. Omdat de regering er veel belang aan hecht dat de Wlz doelmatig wordt uitgevoerd en dat de uitvoerders voortvarend aan de slag gaan met de gewenste kwaliteitsverbetering in de Wlz, zal het toezicht door de NZa op onderdelen wel worden geïntensiveerd en anders ingericht. Dit wordt hieronder toegelicht.

In de regulering blijven de taken van de NZa grotendeels hetzelfde als in de AWBZ, zoals het verdelen van de contracteerruimte over de regio's, het controleren van productieafspraken, vaststellen van maximumtarieven

voor zorg in natura et cetera. Hier wordt in paragraaf 7.1 over de beheersing van de uitgaven op ingegaan. Daar wordt ook toegelicht dat de Minister het macrobudgettair kader voortaan zelf zal vaststellen, waar dat in de AWBZ nog door de NZa werd gedaan. De taak van de NZa verschuift dan van uitvoerend naar adviserend. Bij conflicten tussen zorgaanbieders en zorgkantoren zal de NZa zich scherper uitspreken over de te volgen richting. Zo zal zij in het geval van eenzijdig ingediende productieafspraken een inhoudelijk oordeel uitspreken, in plaats van te handelen op basis van een mechanische beleidsregel.

#### *NZa spreekt Wlz-uitvoerders en zorgkantoren steviger aan*

In paragraaf 2.6 is toegelicht dat de zorgkantoren in praktijk al het werk zullen doen. Het toezicht van de NZa is anders ingericht voor de verschillende taken. Voor de administratie en/of controle zullen zorgkantoren zelf verantwoordelijk zijn. Het zorgkantoor is hiervoor direct verantwoording verschuldigd aan de NZa. De NZa spreekt zorgkantoren rechtstreeks aan indien zij die onderdelen van hun taak niet naar behoren uitvoeren. Daarnaast voeren de zorgkantoren de overige taken zoals de zorgplicht deels onder eigen verantwoordelijkheid uit (namelijk voor hun eigen verzekerden; het zorgkantoor is immers zelf ook een Wlz-uitvoerder) en deels *namens* de overige Wlz-uitvoerders. Het zorgkantoor dat deze taken uitvoert in een bepaalde regio, is verantwoording verschuldigd aan alle Wlz-uitvoerders die verzekerden hebben in die regio. De Wlz-uitvoerders blijven immers te allen tijde verantwoordelijk voor de uitvoering van de Wlz voor hun eigen verzekerden. De Wlz-uitvoerders (inclusief de Wlz-uitvoerder die als zorgkantoor opereert in die regio) zullen hierover op hun beurt verantwoording moeten afleggen aan de NZa. Daarbij kunnen zij bijvoorbeeld aan de NZa kenbaar maken welke acties zij hebben ondernomen om een zorgkantoor bij te sturen, indien het zorgkantoor een taak niet naar tevredenheid van de Wlz-uitvoerder uitvoerde. In de meeste regio's zullen verzekerden wonen van meerdere of zelfs alle Wlz-uitvoerders. Indien de NZa constateert dat in één regio de overige taken niet goed worden uitgevoerd, dan zal zij – anders dan bij administratie en/of controle – daarom ook alle andere Wlz-uitvoerders met verzekerden in die regio, die hun overige taken aan het zorgkantoor hebben uitbesteed, aanspreken.

Omdat de regering de Wlz-uitvoerders steviger in de wind wil zetten om werk te maken van een goede en doelmatige uitvoering van de Wlz, heeft zij de NZa verzocht in dit soort situaties steviger op te treden en alle Wlz-uitvoerders aan te spreken op hun verantwoordelijkheid. De mogelijkheden van de NZa om zorgkantoren aan te spreken worden verbeterd met het thans in voorbereiding zijnde wetsvoorstel «verbetering toezicht en opsporing Wmg». De Wlz-uitvoerders krijgen er meer belang bij om er op toe te zien dat het zorgkantoor hun werkzaamheden naar tevredenheid uitvoert en zij zullen het zorgkantoor er eerder op aanspreken als dat niet het geval is. Ook zal de NZa meer publiciteit geven aan de resultaten van het jaarlijkse onderzoek. Zo kunnen verzekerden er eenvoudiger kennis van nemen of hun Wlz-uitvoerder goed presteert. Deze operationalisering van het toezicht vergt geen wetswijziging, maar vooral een andere werkwijze van de NZa. Nieuw is dat de NZa de geschiktheid en betrouwbaarheid van bestuurders van Wlz-uitvoerders zal beoordelen.

#### *Stimulans doelmatigheid en kwaliteit door benchmarking*

Het rapport waarin de NZa jaarlijks de resultaten van haar onderzoek presenteert, biedt een mooi overzicht van de prestaties van de uitvoerders en maakt deze prestaties onderling goed vergelijkbaar. Ook worden voor de verschillende prestatie-indicatoren de best practices gepresenteerd.

Eén van de twaalf prestatie-indicatoren betreft een doelmatige zorglevering binnen de contracteerruimte. Gezien het belang dat de regering hecht aan een doelmatige uitvoering van de Wlz, heeft de regering de NZa gevraagd om meer gewicht toe te kennen aan deze prestatie-indicator, deze jaarlijks integraal te onderzoeken, eventueel meer verdiepend doelmatigheidsonderzoek te doen en steviger op te treden indien Wlz-uitvoerders op dit onderdeel tekortschieten. Wlz-uitvoerders zijn verplicht om de verstrekking van onnodige zorg en uitgaven die hoger dan noodzakelijk zijn te voorkomen. De benchmarking die plaatsvindt bij het toezicht door de NZa zal minder vrijblijvend worden gemaakt. Hierboven is al toegelicht dat de NZa niet alleen de zorgkantoren zal aanspreken, maar ook de Wlz-uitvoerders namens wie ze het werk doen. De prestaties in de Wlz stralen daarmee meer af op de zorgverzekeraar. Daar waar de NZa onvolkomenheden signaleert, kan zij het handhaving-instrumentarium inzetten zoals aan het begin van deze paragraaf is geschetst. De NZa volgt kritisch in hoeverre de opgelegde verbeteringen door het zorgkantoor worden doorgevoerd. Nieuw is dat de NZa de Minister adviseert over een uitbestedingsverbod aan zorgkantoren die ondanks inspanningen van de Wlz-uitvoerders en de NZa niet naar behoren functioneren.

#### *Transparantie*

De NZa kan op grond van artikel 40 van de Wmg Wlz-uitvoerders verplichten om informatie openbaar te maken over de eigenschappen van aangeboden producten en diensten, en wel op zodanige wijze dat deze gegevens voor consumenten gemakkelijk vergelijkbaar zijn. Deze informatie betreft onder andere de kwaliteit van de aangeboden producten en diensten. De NZa maakt de informatie niet direct zelf openbaar maar bewerkstelligt dat de uitvoerders die openbaar maken. Indien hiertoe aanleiding is, kan de NZa dit overnemen. Het Zorginstituut draagt er op basis van artikel 47c Zorgverzekeringswet zorg voor dat kwaliteitsinformatie via kiesBeter.nl inzichtelijk wordt.

#### *Minder administratieve lasten*

De regering hecht veel belang aan het bestrijden van de administratieve lasten in de langdurige zorg. Daarom wil de regering de lasten die voortkomen uit het toezicht door de NZa daar waar mogelijk verminderen. Het toezicht van de NZa op de AWBZ is vrij gedetailleerd en vraagt veel verantwoordingsinformatie van de zorgkantoren. Bovendien zijn veel prestatie-indicatoren gericht op het proces en minder op de uitkomst. De NZa zal het toezicht op de Wlz meer richten op enkele kernindicatoren die het meest van belang zijn voor een doelmatige uitvoering van de Wlz en goede dienstverlening aan verzekerden.

### **5.12 DNB**

De DNB vervult geen rol in het toezicht op de uitvoering van de Wlz, omdat de Wlz een publiekrechtelijke sociale verzekering is, waarbij de Staat – en dus niet de Wlz-uitvoerders – het verzekeringstechnisch risico draagt. Het onderhavige wetsvoorstel voorziet immers niet in risicodragende uitvoering van de Wlz door Wlz-uitvoerders. Dit betekent onder meer dat de Wlz-uitvoerder zelf geen verzekeringstechnisch risico loopt (dat blijft bij de Staat), maar wel dat hij uitvoeringsrisico's loopt.

Mede vanwege die uitvoeringsrisico's is DNB echter wel indirect betrokken bij de koppeling van de uitvoering van de Wlz aan de uitvoering van de Zvw, omdat DNB erop moet toezien dat de uitvoering van de Wlz geen ongewenste consequenties heeft voor de wel onder haar toezicht



vallende zorgverzekeraars. De met dit wetsvoorstel beoogde uitvoering van de Wlz heeft consequenties voor het door DNB uitgeoefende prudentiële toezicht op zorgverzekeraars, uitgaande van de Solvency II-richtlijn. Deze consequenties voor het prudentiële toezicht van DNB houden in essentie het volgende in. Eén van de uitgangspunten van dit wetsvoorstel is dat de Wlz-uitvoerder onderdeel is van een groep waartoe ook een of meer zorgverzekeraars behoren, die voor dezelfde kring van verzekerden de basisverzekering van de Zvw uitvoeren. Met het wetsvoorstel wordt weliswaar niet beoogd het verzekeringstechnisch risico bij de Wlz-uitvoerder te leggen, maar dit laat onverlet dat de uitvoering van die wet voor de Wlz-uitvoerder – en op geconsolideerd niveau voor de groep als geheel – wel degelijk uitvoeringsrisico's met zich brengt. Op basis van de Solvency II-richtlijn dient DNB onder meer deze operationele risico's te betrekken bij het geconsolideerd toezicht op de zorgverzekeraar binnen dezelfde verzekeringsgroep, ongeacht bij welke groepsentiteit deze risico's ontstaan. Dit kan uiteindelijk gevolgen hebben voor de vereiste solvabiliteitsmarge (in Solvency II-terminen: het solvabiliteitskapitaalvereiste of Solvency Capital Risk) van de onder prudentieel toezicht van DNB staande zorgverzekeraar. Voorts houdt DNB toezicht – zowel op het niveau van de afzonderlijke zorgverzekeraar als op groepsniveau – op de beheerste (en integere) bedrijfsvoering en ook hierbij wordt de beheersing van de (operationele) risico's van de Wlz-uitvoerder betrokken.

## **Hoofdstuk 6 Samenhang tussen de Wlz en andere domeinen**

De regering heeft een samenleving voor ogen die mensen meer mogelijkheden biedt om al dan niet met steun van hun sociale omgeving regie en verantwoordelijkheid te nemen voor het eigen leven. De wettelijke systemen zijn voorwaardenscheppend voor de doelstelling van de regering. De vier zorgdomeinen – de Jeugdwet, Zvw, Wmo 2015 en Wlz – vullen elkaar aan. Elk domein kent zijn eigen sturingsmechanismen, uitvoeringsmethodieken en informatiestromen. Voor een goed functionerende langdurige zorg is het essentieel dat de verantwoordelijkheden van betrokken partijen helder zijn en partijen elk vanuit hun eigen verantwoordelijkheid nauw samenwerken. Tevens dient voor burgers helder te zijn waar zij met hun zorgvraag terecht kunnen. Omdat er verschillende wettelijke systemen zijn, blijven er ook schotten tussen wetten en zijn er altijd schaduwgebieden in onder andere het verzekerd pakket. In dit hoofdstuk zet de regering uiteen hoe zij de schaduwgebieden tussen de stelsels zo beperkt mogelijk beoogt te houden.

### *Samenwerking*

Voordat cliënten recht hebben op zorg vanuit de Wlz, hebben zij veelal zorg en/of ondersteuning vanuit een of meerdere van de andere drie wettelijke domeinen, te weten de Zvw, Wmo 2015 en de Jeugdwet, ontvangen. Dit geldt in ieder geval voor ouderen en in veel gevallen ook voor mensen met verstandelijke, lichamelijke en/of zintuiglijke beperkingen. Om ervoor te zorgen dat een cliënt zo min mogelijk last heeft van de schotten tussen de domeinen, is afstemming en samenwerking tussen domeinen noodzakelijk. Het leven van mensen is immers niet in stelsels op te knippen. Daarom wil de regering bevorderen dat gemeenten, zorgverzekeraars, Wlz-uitvoerders, zorgkantoren en zorgaanbieders intensief samenwerken bij het tot stand brengen van zorg en ondersteuning op maat. Dit is een aspect dat bij de transitie verder wordt uitgewerkt.

### *Afwenteling tegengaan*

Zolang er sprake is van verschillende domeinen en (financiële) schotten daartussen is de grote uitdaging hoe te zorgen dat cliënten niet tussen wal en schip vallen en hoe afwenteling van kosten tussen verschillende systemen te voorkomen. Omdat de Wlz niet risicodragend wordt uitgevoerd en de Zvw, Wmo 2015 en Jeugdwet wel, kan er in financieel opzicht een prikkel zijn voor gemeenten en zorgverzekeraars om te proberen om cliënten in de Wlz onder te brengen. Om ongewenste afwenteling vanuit en richting de Wlz zo veel mogelijk te beperken, zijn toegangscriteria opgesteld waar cliënten objectief en door een onafhankelijk indicatieorgaan – het CIZ – aan worden getoetst. Het CIZ geeft een indicatiebesluit af. Omdat gemeenten, verzekeraars en zorgaanbieders belanghebbend zijn, is het niet wenselijk dat zij hier invloed op hebben. In de Wlz is daarom vastgelegd dat het mandaat tot het nemen van indicatiebesluiten niet wordt verleend aan iemand die niet werkzaam is voor het CIZ (zoals een medewerker van een zorginstelling, gemeente of verzekeraar). Hiervan kan alleen bij amvb en dus met toestemming van de Minister worden afgeweken.

Om te zorgen dat zoveel mogelijk zorg aan Wlz-clieënten ook daadwerkelijk vanuit de Wlz en niet vanuit de Wmo, de Zvw of de Jeugdwet wordt geleverd, zijn daarnaast in de Wlz, Wmo 2015, de Zvw en de Jeugdwet bepalingen opgenomen. In de volgende paragrafen wordt dat per domein toegelicht.

#### *Assistentie bij algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL-assistentie)*

In de Wlz is een artikel opgenomen dat het mogelijk maakt om subsidies te verstrekken aan instellingen voor het verlenen van direct oproepbare ADL-assistentie. Dit subsidieartikel zorgt voor een adequate opvolging van de tijdelijke aanspraak ADL-assistentie (artikel 34 van het Besluit zorgaanspraken AWBZ). De subsidieregeling wordt uitgevoerd door het Zorginstituut.

ADL-assistentie bevindt zich op het raakvlak tussen de Wlz enerzijds en de andere zorgdomeinen anderzijds. ADL-assistentie, wordt namelijk wel gefinancierd uit het Fonds langdurige zorg (dit fonds wordt toegelicht in paragraaf 7.4), maar indien de verzekerde een recht heeft op ADL-assistentie, heeft hij geen recht op het integrale pakket aan Wlz-zorg als genoemd in artikel 3.1.1 van de Wlz. Indien iemand naast de 24-uurs ADL-assistentie andere hulp of zorg nodig heeft, is hij hiervoor dus aangewezen de Wmo 2015 en de Zvw.

ADL-assistentie betreft gedurende het hele etmaal direct oproepbare assistentie bij algemene dagelijkse levensverrichtingen in en om de ADL-woning op verzoek en aanwijzing van de ADL-bewoner, zoals:

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

Bij levensbedreigende situaties is ADL-assistentie binnen 3 tot 5 minuten met alarmopvolging beschikbaar. Daarnaast vallen onder de

ADL-assistentie ook andere hulp en diensten. Dat kunnen zeer wisselende zaken zijn, zoals het bijvullen van printerpapier, het smeren van een boterham, het vervangen van een batterij, het opruimen van een omgevallen glas melk of het openmaken van een fles wijn.

De subsidie wordt verstrekt aan de instelling die de 24-uurs ADL-assistentie levert. De ADL-assistentie wordt geleverd binnen ADL-clusterwoningen die tot stand zijn gekomen met subsidie uit de Regeling Geldelijke Steun Huisvesting Gehandicapten of het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten. In de ADL-clusterwoningen wordt zorg geleverd aan mensen die:

- een lichamelijke handicap of een somatische aandoening of beperking hebben;
- zijn aangewezen op een rolstoeltoegankelijke woning;
- zijn aangewezen op ten minste vijf uur oproepbare ADL-assistentie per week;
- en voldoende sociaal zelfredzaam zijn om zelfstandig te wonen en om zelfstandig zorg op te roepen en aanwijzingen te geven.

Het CIZ zal, mede op grond van deze voorwaarden, een besluit nemen over de vraag of de verzekerde een recht heeft op ADL-assistentie. Bij of krachtens algemene maatregel van bestuur zullen deze voorwaarden worden gesteld.

## **6.1 Wlz – Wmo 2015**

Met het wetsvoorstel Wmo 2015 zijn de onderdelen van de AWBZ die overwegend gericht zijn op ondersteuning en participatie onder de verantwoordelijkheid van gemeenten gebracht. Gemeenten krijgen middelen om te zorgen voor goede voorzieningen die passen bij de individuele behoeften en mogelijkheden van burgers. De brede verantwoordelijkheid van gemeenten binnen het sociale domein – want ook met de Jeugdwet en de voorgenomen Participatiewet<sup>32</sup> worden decentralisaties voorgesteld – biedt ruimte voor individueel maatwerk.

Uitgangspunt van de regering is hierbij dat mensen zo lang mogelijk thuis blijven wonen met behulp van hun sociale netwerk en eventuele gemeentelijke ondersteuning. Pas als dat niet meer mogelijk is en iemand blijvend is aangewezen op zorg met permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid, bestaat er recht op zorg op grond van de Wlz. Indien hiervan sprake is dan is het belangrijk dat een soepele overgang kan plaatsvinden van het gemeentelijke domein naar de Wlz. Hiervoor dient het zorg- en ondersteuningsaanbod in de gemeente en in de Wlz uiteraard wel op elkaar te zijn afgestemd. Zo moeten gemeenten indien daaraan behoefte is gespecialiseerde zorg zoals dagbesteding, kunnen inkopen bij aanbieders die zich vooral richten op de Wlz. Vice versa moet een zorgkantoor gebruik kunnen maken van de kennis en kunde van gemeenten als het bijvoorbeeld gaat om het organiseren en inkopen van woningaanpassingen voor jongeren die op grond van de Wlz met een pgb of vpt thuis wonen.

### *Indicatiestelling*

Gemeenten, Wlz-aanbieders en zorgkantoren moeten ook op het gebied van indicatiestelling samenwerken. De indicatiestelling zelf is een aangelegenheid van het CIZ. Deze vindt onafhankelijk plaats, maar indien een cliënt nog geen toelating tot de Wlz heeft en cliëntondersteuning nodig heeft bij het aanvragen van een indicatie bij het CIZ, is de gemeente

<sup>32</sup> Kamerstukken I 2013/14, 33 684, Z en Kamerstukken 2011/14, 33 161, nrs. 1 t/m 107.

hiervoor verantwoordelijk. Zodra de cliënt wordt toegelaten tot de Wlz, vervalt deze verantwoordelijkheid van de gemeente en wordt het zorgkantoor verantwoordelijk voor de cliëntondersteuning.

In het belang van een duidelijke afbakening zijn de toegangscriteria en het verzekerd pakket in de Wlz helder omschreven en in de Wlz zelf verankerd in plaats van in lagere regelgeving. Indien een cliënt niet aan de toegangscriteria voor de Wlz voldoet, dan zijn de cliënt, diens gemeente en diens zorgverzekeraar gezamenlijk verantwoordelijk voor een oplossing. Het kan niet zo zijn dat een cliënt, als deze geen toegang heeft tot de Wlz, tussen wal en schip valt. Indien een cliënt geen toegang heeft tot de Wlz en deze in het gemeentelijk domein en/of de Zvw niet de ondersteuning en/of zorg krijgt die deze meent nodig te hebben dan kan de cliënt daarvoor bij de gemeente of de zorgverzekeraar bezwaar maken.

In de Wmo 2015 is de bepaling opgenomen dat een gemeente een maatwerkvoorziening kan weigeren indien een cliënt recht heeft op verblijf en daarmee samenhangende zorg vanuit de Wlz. Deze bepaling voorziet erin dat cliënten die toegang hebben tot de Wlz geen ondersteuning vanuit de gemeenten op grond van de Wmo 2015 ontvangen.<sup>33</sup> Ook is opgenomen dat de gemeente een maatwerkvoorziening mag weigeren indien er reden is om aan te nemen dat iemand recht kan maken op verblijf en daarmee samenhangende Wlz-zorg, maar niet mee wil werken aan het verkrijgen van een indicatiebesluit van het CIZ.

Er zijn echter mensen die een zware zorgbehoefte hebben en mogelijk recht zouden kunnen maken op Wlz-zorg, maar die dankzij forse inspanning van mensen uit hun sociale omgeving slechts een beperkte formele ondersteunings- en/of zorgvraag hebben. Als iemand in zo'n situatie graag thuis wil blijven wonen, kan het soms doelmatiger zijn dat hij door de mantelzorger(s), gemeente en Zvw-verzekeraar wordt geholpen dan wanneer hij Wlz-zorg thuis zou ontvangen met een vpt of pgb. Dat kan ook fijner zijn voor de cliënt zelf, omdat hij dan de zorgverleners kan behouden die hij gewend is uit de Zvw, Wmo 2015 en/of Jeugdwet. Als de cliënt in zo'n situatie geen Wlz-indicatie wil aanvragen, omdat hij thuis wil blijven wonen, en als dat, met ondersteuning en zorg (door het eigen netwerk en door de gemeente vanuit de Wmo en eventueel de verzekeraar vanuit de Zvw) ook verantwoord is, maakt het onderzoeken van die omstandigheden deel uit van het reguliere onderzoek van de gemeente naar de persoonlijke omstandigheden van de cliënt. Daarbij kan het ook nodig zijn, dat de gemeente zich verstaat met de cliënt, zijn mantelzorgers, het CIZ en eventueel de zorgverzekeraar om te bespreken wat in de thuissituatie mogelijk en verantwoord is. Dat past in de aard van het wetsvoorstel Wmo 2015, dat bedoeld is om het mogelijk te maken burgers zo lang mogelijk in de eigen leefomgeving te laten wonen. Van de gemeente mag dan ook een uiterste inspanning worden verwacht om daaraan bij te dragen. Doel van het gesprek is om te onderzoeken of alle betrokkenen samen mogelijk kunnen maken wat de cliënt graag wil. Het zomaar weigeren, zonder onderzoek en beslissing op het verzoek, is vanzelfsprekend niet aan de orde. Het gesprek kan er echter niet toe leiden dat de gemeente en verzekeraar worden gedwongen de gehele zorgbehoefte van een potentiële Wlz-gerechtigde te compenseren. De gemeente en verzekeraar beslissen dus uiteindelijk zelf of zij het nog doelmatig en verantwoord vinden om de benodigde zorg en ondersteuning vanuit de Wmo 2015, Jeugdwet en/of Zvw voort te zetten. Is dat het geval, dan kan die zorg en ondersteuning worden gecontinueerd. Is

<sup>33</sup> Binnen één huishouden kan wel gelijktijdig gebruik worden gemaakt van de Wmo 2015 en de Wlz, indien het huishouden uit meerdere personen bestaat van wie er één recht op zorg heeft op grond van de Wlz en een ander gebruik maakt van ondersteuning door de gemeente op grond van de Wmo.

dat niet het geval, dan zal het CIZ, indien de cliënt dat wenst, het formele indicatieproces starten en onafhankelijk bepalen of de cliënt recht heeft op Wlz-zorg. Indien het CIZ vaststelt dat iemand voldoet aan de toegangscriteria van de Wlz, ontvangt hij voortaan Wlz-zorg. Een terugverwijzing naar de gemeente en verzekeraar is dan niet aan de orde. Als het CIZ echter tot het oordeel komt dat een Wlz-indicatie niet kan worden verkregen, is het aan de gemeente en – bij behoefte aan verpleging en verzorging – de zorgverzekeraar om in de benodigde ondersteuning en zorg te voorzien. De uitkomsten van de gesprekken zullen worden gemonitord. Zo kan worden gevolgd in welke mate dit soort situaties zich voortdoen, wat dat zegt over de gekozen criteria voor toelating tot de Wlz en wat de financiële gevolgen van de gesprekken grosso modo zijn.

Om gemeenten te stimuleren om cliënten waar mogelijk en verantwoord zo lang mogelijk in het gemeentelijk domein te ondersteunen en daarmee onnodige doorstroom van de Wmo 2015 naar de Wlz te verminderen, wordt naast bovenstaande gespreksmogelijkheid gezien of positieve prikkels kunnen worden ingebouwd. Het staat gemeenten overigens vrij om Wlz-cliënten toch te ondersteunen. Gemeenten zijn het niet verplicht, maar de Wlz of Wmo 2015 verbieden het ook niet.

In paragraaf 2.2 is reeds toegelicht dat de toegang tot de Wlz wordt beperkt tot mensen die blijvend een zware zorgvraag hebben. Dat neemt natuurlijk niet weg dat er ook in de Wmo 2015 mensen kunnen zijn die een blijvende behoefte aan zorg of ondersteuning hebben. Een lichamelijk of lichte verstandelijke beperking gaat immers niet over. Het verschil met de Wlz is echter dat de mensen die onder de gemeentelijke verantwoordelijkheid vallen niet blijvend 24 uur per dag zorg in de nabijheid of permanent toezicht nodig hebben.

#### *Verzekerd pakket*

Bij de formulering van het verzekerd pakket is zoveel mogelijk geprobeerd te voorkomen dat er zorg is die uit meerdere zorgdomeinen genoten kan worden. Sommige diensten die tot 2015 door gemeenten bekostigd en geleverd werden, worden vanaf 2015 vanuit de Wlz geleverd en bekostigd. Dit geldt voor huishoudelijke hulp en mobiliteitshulpmiddelen. Huishoudelijke hulp is onderdeel van het recht op verblijf in de Wlz. De huishoudelijke hulp in het geval van een pgb kan worden bekostigd uit het pgb. Dat is ook in de AWBZ het geval. De huishoudelijke hulp in het geval van een vpt wordt geleverd door de Wlz-instelling die ook de rest van de tot het vpt behorende zorg levert. Cliënten in de Wlz hoeven dus geen beroep te doen op de gemeenten voor huishoudelijke verzorging. Mobiliteitshulpmiddelen worden voor mensen met een Wlz-indicatie per 2015 niet langer verstrekt vanuit de Wmo maar vanuit de Wlz. Door deze wijzigingen is de verantwoordelijkheidsverdeling tussen de gemeenten en de Wlz eenduidig en uniform geregeld.

Zoals hierboven is toegelicht kan iemand in principe niet gelijktijdig gebruik maken van zorg op grond van de Wmo 2015 en de Wlz. Hierop geldt een aantal uitzonderingen. Dit zijn de algemene voorzieningen sociaal vervoer en mantelzorgondersteuning. In de AWBZ kunnen mensen met een indicatie die niet zelfstandig van het openbaar vervoer gebruik kunnen maken, een beroep doen op de Wmo voor sociaal vervoer, bijvoorbeeld in de vorm van een taxivergoeding. Dat wil de regering handhaven. Reden is dat sociaal vervoer qua aard een voorziening is die thuishoort in de Wmo 2015. Hetzelfde geldt voor de mantelzorgondersteuning. In de memorie van toelichting van de Wmo 2015 is opgenomen dat de gemeente mantelzorgers kan ondersteunen met algemene voorzieningen zoals advies, informatie en voorlichting. Dit geldt ook voor

mantelzorgers van mensen met een toelating tot de Wlz. Mantelzorgers van cliënten met een toelating tot de Wlz kunnen daarentegen geen gebruik maken van respijtzorg op grond van de Wmo. Reden is dat cliënten in de Wlz reeds recht hebben op een integraal pakket aan zorg en ondersteuning dat in natura met verblijf, vpt of met een pgb kan worden genoten. Cliënten in de Wlz die met een vpt of pgb thuis verblijven, moeten binnen dat pakket of budget keuzes maken. Respijtzorg kan daar onderdeel vanuit maken. Indien mantelzorgers van cliënten met een Wlz toelating ook recht zouden hebben op Wmo-respijtzorg, zou dit tot dubbele bekostiging leiden.

Zoals in de vorige paragraaf is toegelicht hebben cliënten die in een ADL-clusterwoning wonen, die vanuit de Wlz wordt gesubsidieerd, geen recht op Wlz-zorg. Zij kunnen dus gewoon een beroep doen op de gemeente op grond van de Wmo 2015 indien zij aanvullende ondersteuning nodig hebben. Voor overige zorg kan men zich melden bij de zorgverzekeraar.

## **6.2 Wlz – Jeugd**

Gemeenten zullen met de Jeugdwet integraal verantwoordelijk worden voor de zorg aan kinderen tot 18 jaar. Aanspraken uit de AWBZ die worden ondergebracht in de Jeugdwet, begeleiding, persoonlijke verzorging en kortdurend verblijf voor kinderen tot 18 jaar, behandeling voor (licht) verstandelijk gehandicapten tot 18 jaar en (een deel van) verblijfszorg voor kinderen tot 18 jaar. Indien na de 18<sup>e</sup> verjaardag een passende voorziening vanuit de andere stelsels, waaronder de Wlz, voorhanden is, neemt die de zorg vanaf dat moment over. Dit geldt bijvoorbeeld voor volwassenen met een licht verstandelijke beperking. Zoals in paragraaf 2.2.1 is toegelicht kunnen zij recht hebben op Wlz-zorg. Indien er geen voorziening op grond van een ander stelsel beschikbaar is, kan een deel van de jeugdhulp, te weten dat deel dat voorheen onder de noemer geïndiceerde provinciale jeugdzorg viel, tot de leeftijd van 23 jaar onder de Jeugdwet worden voortgezet.

Kinderen onder de achttien jaar die dan al een blijvende behoefte hebben aan permanent toezicht en 24 uur zorg in de nabijheid, vallen niet onder de Jeugdwet maar onder de Wlz. Deze kinderen voldoen aan de criteria van de Wlz. Dit geldt bijvoorbeeld voor kinderen met zeer ernstige meervoudige beperkingen waaronder een verstandelijke beperking.

Indien een cliënt recht heeft op zorg vanuit de Wlz, is de Wlz voor deze zorg voorliggend op de Jeugdwet. In de Jeugdwet is daarom een bepaling opgenomen die vergelijkbaar is met de bepaling in de Wmo 2015, die in de vorige paragraaf is toegelicht. De bepaling in de Jeugdwet houdt in dat de gemeente een voorziening kan weigeren indien iemand met betrekking tot de problematiek recht heeft op Wlz-zorg of er gegronde reden bestaat om aan te nemen dat iemand recht zou kunnen krijgen op Wlz-zorg, maar weigert mee te werken aan het verkrijgen van een indicatiebesluit voor de Wlz. De gemeente is op grond van de Jeugdwet bij Wlz-cliënten alleen verantwoordelijk voor zorg en ondersteuning waaraan de cliënt behoefte heeft, maar die niet behoort tot het verzekerd pakket in de Wlz. Een voorbeeld is de opvoedkundige hulp. Omdat in de Wlz geen recht bestaat op opvoedkundige hulp, ontstaat geen overlap tussen de Jeugdwet en de Wlz.

Ook kan er vergelijkbaar met de Wmo 2015 een gesprek plaatsvinden tussen de cliënt, zijn of haar mantelzorgers, de gemeente, het CIZ en eventueel de verzekeraar indien iemand mogelijk recht zou kunnen hebben op Wlz zorg, maar graag thuis wenst te blijven wonen met



ondersteuning door zijn of haar mantelzorgers. In dat gesprek wordt bezien of het nog mogelijk (doelmatig en verantwoord) is om de benodigde zorg vanuit onder andere de Jeugdwet te continueren.

### **6.3 Wlz – Zvw**

Met de invoering van de AWBZ in 1968 naast de toenmalige ziekenfondsverzekering, werd de Nederlandse sociale ziektekostenverzekering verdeeld in twee afzonderlijke pijlers. Die verdeling werd gehandhaafd bij de invoering van de Zvw. Daarmee ontstond niettemin een zekere convergentie, omdat beide verzekeringen nu betrekking hebben op dezelfde groep van personen, te weten iedereen die in Nederland woont of in loondienst werkt. Daarnaast is er uiteraard sprake van verwevenheid tussen beide verzekeringen op het zorginhoudelijke vlak. Met de overhevelingen van onderdelen van de AWBZ naar de Zvw die de regering voorstaat, verschuift de grens tussen beide verzekeringen. Zo komen de extramurale aanspraken verpleging en persoonlijke verzorging in de AWBZ te vervallen en worden deze via een nieuwe aanspraak wijkverpleging ondergebracht in de Zvw. Ook komt de huidige grondslag psychiatrie, waarvan nu nog sprake is in de AWBZ, niet terug in de Wlz. Deze zorg maakt vanaf 2015 deel uit van de Zvw en de Wmo.

De zorg die is gericht op genezing of behoud van lichamelijke en geestelijke functies is verzekerd in de Zvw. Om de samenhang van zorg te versterken, worden onderdelen van de AWBZ onder de Zvw gebracht. Vanuit de nieuwe aanspraak wijkverpleging in de Zvw worden verpleging en verzorging in samenhang geleverd aan mensen met voornamelijk lichamelijke aandoeningen waarbij over het algemeen sprake is van medische problematiek. Ook mensen met dementie worden onder de aanspraak wijkverpleging gepositioneerd. Het betreft voor het overgrote deel kwetsbare ouderen. Zorgverzekeraars zien voor deze groepen kansen op verbetering van kwaliteit van leven. Dit kan doordat de wijkverpleging onderdeel wordt van de eerstelijnszorg en er belangrijke prikkels ontstaan om mensen zo goed mogelijk thuis te helpen en te voorkomen dat zij doorstromen naar de Wlz. De zorgverzekeraar kan bevorderen dat verzekerden één doorlopende zorglijn krijgen aangeboden. Het accent ligt daarbij op zelfmanagement, regie naar vermogen en gezondheidswinst. Deze doelen zijn te bereiken met de juiste instrumenten, publieke waarborgen en het solidariteitsbeginsel van de Zvw. Vooral voor ouderen met een somatische of psychogeriatrische aandoening of beperking, is een goede samenhang tussen de Zvw en de Wlz van belang. Voor een deel van hen geldt immers dat zij op enig moment zullen overgaan van de Zvw naar de Wlz, indien hun zorgvraag toeneemt.

De Wlz en de Zvw bevatten voor een deel vergelijkbare onderdelen, maar voor een andere doelgroep. Dit is vooral het geval bij verpleging, verzorging en behandeling, die vanuit beide zorgdomeinen kunnen worden geleverd en inhoudelijke raakvlakken en overlap kennen. Om te voorkomen dat bepaalde zorg voor één persoon dubbel is gedekt, is een duidelijke afbakening tussen de twee verzekeringen van belang. Daarom zijn in de Wlz en het Besluit zorgverzekering (Bzv) zogenaamde voorrangregels vastgelegd. De hoofdregel is dat voor zover iemand op grond van de Wlz recht heeft op bepaalde zorg, dat recht niet ook bestaat op grond van de Zvw. De Wlz is daarmee voorliggend op de Zvw. Er zijn echter enkele uitzonderingen op deze hoofdregel, te weten voor intensieve kindzorg, palliatief terminale thuiszorg en algemeen medische zorg (indien een Wlz-gerechtigde thuis woont met vpt of pgb).

In paragraaf 6.1 is toegelicht dat er een gesprek plaats kan vinden indien de cliënt mogelijk recht zou kunnen hebben op Wlz-zorg, maar zelf graag thuis wil blijven wonen met zorg en ondersteuning door zijn of haar mantelzorgers, de gemeente en de verzekeraar. Ook de verzekeraar neemt dan deel aan dat gesprek, om te bezien of het doelmatig en verantwoord is om de zorg vanuit de Zvw te continueren.

#### *Intensieve kindzorg*

Zoals in de eerdergenoemde HLZ-brief van 6 november 2013 is aangekondigd, wordt intensieve kindzorg onderdeel van de aanspraak wijkverpleging. Dit wordt dus geheel op grond van de Zvw gefinancierd, ook indien het kind mogelijk aan de Wlz-criteria zou kunnen voldoen. Het betreft medisch specialistische verpleegkundige zorg thuis, na behandeling in het ziekenhuis, aan ernstig zieke kinderen tot achttien jaar. Zij hebben vaak een levensbedreigende ziekte. De eindverantwoordelijkheid voor deze verpleegkundige zorg blijft bij de medisch specialist. De intensieve kindzorg is gedurende enkele jaren contra legem bekostigd vanuit de AWBZ, in afwachting van een structurele positionering in het gewijzigde stelsel. Deze contra legem situatie wordt nu dus opgeheven. Deze kinderen kunnen vanaf 2015 een beroep doen op hun zorgverzekering. Om dubbeling te voorkomen is in de Wlz bepaald dat bij amvb vormen van zorg kunnen worden uitgesloten van de Wlz, ondanks dat iemand wel aan de Wlz-criteria voldoet. Zodra er geen sprake meer is van intensieve kindzorg of het kind achttien wordt, komt het wel in aanmerking voor Wlz-zorg indien het aan de toegangscriteria van de Wlz voldoet.

#### *Palliatief terminale thuiszorg*

Daarnaast geldt er een uitzondering op de hoofdregel voor palliatief terminale thuiszorg. In de HLZ-brief van 6 november 2013 is tevens aangekondigd dat palliatief terminale thuiszorg wordt ondergebracht in de aanspraak wijkverpleging in de Zvw. Dit geldt echter alleen voor mensen die op het moment dat zij deze zorg nodig hebben, nog geen recht hebben op Wlz-zorg. Voor mensen die wel al recht hebben op Wlz-zorg, acht de regering het een te zware belasting om deze zorg in de laatste levensfase nog uit een ander domein te betrekken. Dit geldt zowel voor Wlz-gerechtigden die in een instelling verblijven als Wlz-gerechtigden die thuis wonen met een vpt of pgb. Wanneer een Wlz-gerechtigde met een vpt of pgb thuiswoont en palliatief terminale zorg nodig heeft, wordt deze daarom op grond van de Wlz geleverd. De hierboven genoemde mogelijkheid om bij amvb vormen van zorg uit te sluiten van de Wlz, zal ook worden gebruikt voor palliatief terminale thuiszorg.

#### *Algemeen medisch zorg (niet vallend onder Wlz-behandeling)*

In paragraaf 2.3.3 is toegelicht dat in de Wlz onderscheid wordt gemaakt tussen Wlz-behandeling en algemeen medische zorg. De Wlz-behandeling komt altijd ten laste van de Wlz, ongeacht de plaats van levering (thuis of in een instelling). Voor de algemeen medische zorg geldt dat deze alleen tot het verzekerd pakket in de Wlz behoort, indien de cliënt verblijft in een instelling en daar tevens Wlz-behandeling ontvangt. Het gaat hierbij onder andere om geneeskundige zorg van algemeen medische aard (huisartsenzorg), behandeling van een psychische stoornis, farmaceutische zorg, hulpmiddelen, tandheelkundige zorg en kleding. Wanneer een Wlz-gerechtigde thuis woont met behulp van een vpt of pgb komt deze zorg ten laste van de Zvw in plaats van de Wlz. De tarieven voor vergelijkbare producten en prestaties zijn in de Wlz en de Zvw zoveel mogelijk gelijk. De NZa houdt hier bij de vaststelling van de tarieven rekening mee.

Daarnaast geldt dat medisch-specialistische zorg zoals die in de Zvw door medisch specialisten wordt geleverd, geen recht is in de Wlz, ongeacht de plaats van levering. Indien een cliënt medisch specialistische zorg nodig heeft (bijvoorbeeld door een cardioloog), dan kan de cliënt zich hiervoor tot zijn zorgverzekeraar wenden.

## **6.4 Wlz en niet-zorg domeinen**

### *Passend onderwijs*

Ook zijn er raakvlakken tussen de Wlz en het onderwijsdomein, die relevant zijn voor jeugdigen. Het gaat hierbij om de groep zwaar gehandicapte kinderen die in de Wlz terecht komen en onderwijs krijgen aangeboden. De regering vindt het wenselijk dat deze kinderen als zij dit aankunnen naast dagbesteding ook een vorm van onderwijs kunnen volgen. Daarom hebben zij de mogelijkheid om ook gebruik te maken van passend onderwijs, zoals in het onderwijsdomein geregeld. In de praktijk vraagt dit om samenwerking en afstemming tussen de uitvoerders van de Wlz en die van het passend onderwijs. Deze afstemming kan onderdeel zijn van het zorgplan en de zorgplanbespreking, in die zin dat de zorgverleners kan worden gevraagd om niet alleen de zorg af te stemmen, maar daarbij ook de onderwijsaanbieders te betrekken. Van onwenselijke afwenteling van de ene wet op de andere is geen sprake.

### *Participatiewet*

Er kan ook sprake zijn van samenloop tussen de Wlz en de toekomstige Participatiewet. De Participatiewet richt zich op het aan het werk helpen van mensen met arbeidsvermogen, die aangewezen zijn op ondersteuning. De mogelijke samenloop met de Wlz speelt daarom vooral bij de gehandicaptenzorg en minder bij de ouderenzorg. Het kan gebeuren dat er Wlz-gerechtigden zijn die te maken krijgen met de sollicitatieplicht uit de Participatiewet. Het uitgangspunt is immers dat iedereen die kan werken, moet werken. De regering verwacht echter dat het om beperkte aantallen zal gaan. Veel mensen in de Wlz hebben geen mogelijkheden om nog te werken en zij zullen daarom vooral onder de Wajong of onder andere arbeidsongeschiktheidsregelingen vallen. Of iemand te maken krijgt met de Participatiewet, heeft verder geen invloed op de toegang of het verzekerd pakket dat iemand heeft in de Wlz.

## **Hoofdstuk 7 Financiële houdbaarheid**

### **7.1 Beheersing uitgaven**

Zoals in hoofdstuk 1 van deze toelichting is geschetst, is een betere financiële beheersbaarheid één van de belangrijke overwegingen van de regering om een integraal nieuw wetsvoorstel in te dienen. Zolang het verzekeringsrisico bij de overheid ligt, zijn de financiële prikkels tot kostenbeheersing bij de uitvoerders relatief beperkt. Daarom moeten hiervoor extra waarborgen worden ingebouwd. Dit gebeurt op diverse manieren.

#### *Reguleren van de toegang tot zorg*

De financiële beheersbaarheid van de Wlz wordt in de eerste plaats geborgd door een goede regulering van de toegang tot de zorg. Daarom worden de indicatiecriteria in de Wlz zelf geregeld. Door dit niet te delegeren naar de lagere regelgeving, wordt bevorderd dat uitbreiding van de doelgroep van de Wlz alleen na gedegen afweging en met volledige betrokkenheid van het parlement kan plaatsvinden. De toegang

tot de Wlz wordt bepaald door het CIZ op basis van objectieve zorginhoudelijke criteria. De invloed van zorgaanbieders hierop vervalt en het CIZ gaat meer face-to-face gesprekken voeren om de zorgbehoefte van mensen vast te stellen. Objectieve en onafhankelijke indicatiestelling op basis van zorginhoudelijke criteria is nodig om onterechte afwenteling van cliënten en van zorg vanuit andere domeinen tegen te gaan. Het CIZ, dat nu nog onder de verantwoordelijkheid van gemeenten opereert, krijgt in dit wetsvoorstel de status van een publiekrechtelijk zelfstandig bestuursorgaan. In paragraaf 2.2 en 5.5 en hoofdstuk 9 van deze toelichting zijn de indicatiestelling, juridische vormgeving van het CIZ en de aanpak van fraude uitgebreid toegelicht.

Het CIZ stelt bij de indicatiestelling vast of een cliënt aan de toegangscriteria van de Wlz voldoet en in welk zorginhoudelijk profiel de cliënt het beste past. Voor de bekostiging zijn de zorgprofielen aan zzp's gekoppeld. Dit is toegelicht in paragraaf 2.2 en 2.5. In het zorgplan worden de afspraken vastgelegd die de cliënt en/of zijn vertegenwoordiger heeft gemaakt met de zorginstelling over de zorglevering. Deze afspraken moeten passen binnen de afspraken die de zorginstelling met het zorgkantoor heeft gemaakt bij de zorginkoop. De beheersingsinstrumenten zoals die in de AWBZ worden gehanteerd, blijven grotendeels hetzelfde.

#### *Macrokader, contracteerruimte zorg in natura en tariefregulering*

Sinds 2005 wordt jaarlijks door de NZa de contracteerruimte vastgesteld als macrobudgettair kader voor AWBZ-zorg in natura. De NZa doet dit op aanwijzing van de Minister van VWS, die jaarlijks de beleidsmatige kaders en de daarmee samenhangende financiële mutaties kenbaar maakt. Het macrobudgettair kader van de contracteerruimte kan niet overschreden worden. De NZa heeft verschillende instrumenten om het kader van de contracteerruimte als budgettair plafond te handhaven. De afgelopen jaren is dit instrument verder verbeterd door steeds meer uitgaven onder de contracteerruimte te brengen. Voor de kapitaallasten wordt vanaf 2011 geleidelijk een normatieve huisvestingscomponent in de tarieven verwerkt. In 2018 zijn de kapitaallasten volledig in de tarieven opgenomen en vallen deze volledig onder de contracteerruimte.

In de Wlz wordt de contracteerruimte als financieel beheersinstrument voor zorg in natura gehandhaafd en verder versterkt. Anders dan in de AWBZ, stelt de Minister in de Wlz jaarlijks het totaal van het macrobudgettaire kader vast inclusief de nominale ontwikkeling<sup>34</sup>, beschikbare groeimiddelen en effecten van maatregelen. Anders dan in de huidige AWBZ is dit een totaalkader voor zorg in natura en pgb. Binnen dit macrobudget bestaan aparte kaders voor zorg in natura en pgb, die gedurende het jaar wel met elkaar in verbinding kunnen worden gebracht.

Ook de tariefregulering door de NZa met betrekking tot zorg in natura blijft in de Wlz gehandhaafd. In paragraaf 2.5 over bekostiging is al toegelicht dat de verschillen in de prestaties van instellingen voor de regering aanleiding vormen om de NZa te verzoeken systematisch de maximumtarieven onder de loep te nemen. Daarnaast zal de NZa niet meer automatisch uitgaan van de maximumtarieven als een aanbieder en zorgkantoor geen overeenstemming bereiken over de prijs van de te leveren prestaties.

---

<sup>34</sup> De nominale ontwikkeling betreft de vergoeding aan zorgaanbieders voor loon- en prijsstijgingen.

Voorafgaand aan het zorgjaar geeft de Minister inzicht in het totale macrokader dat beschikbaar is voor Wlz-zorg in natura (contracteerruimte) en pgb. De beschikbare middelen worden verdeeld over de regio's. Dit leidt tot regionale contracteerruimtes voor zorg in natura en regionale budgetten voor de pgb's. Vervolgens maakt het zorgkantoor in de regio afspraken met aanbieders over de zorgproductie en de tarieven. Indien de NZa constateert dat het totaal van de gemaakte productieafspraken tussen het zorgkantoor en de zorgaanbieders in een bepaalde regio de regionale contracteerruimte overstijgt, kan zij reeds voorafgaand aan het zorgjaar een correctie toepassen die wordt omgeslagen over alle zorgaanbieders in de regio.

Lopende het zorgjaar zijn er verschillende instrumenten om de uitgaven binnen het macrokader te beheersen. Ten eerste onderzoekt de NZa medio het zorgjaar of de gehanteerde verdeling van het beschikbare macrobudget over de regio's nog steeds voldoet met het oog op de ontwikkeling van de indicatiestelling. Ten tweede bestaat de zogeheten knelpuntenprocedure, waarbij het zorgkantoor moet aantonen dat het onvoldoende zorg kan contracteren om problematische wachtlijsten te voorkomen. De NZa toetst objectief of er aanleiding is om meer middelen in een bepaalde regio beschikbaar te stellen.

Op basis van het onderzoek naar de uitgavenontwikkeling adviseert de NZa de Minister over de eventuele inzet van de herverdelingsmiddelen en de verdeling daarvan over de regio's. Deze herverdelingsmiddelen worden vooraf binnen het macrokader gereserveerd en kunnen na instemming van de Minister worden ingezet.

Na afloop van het jaar voert de NZa een nacalculatie uit op de gerealiseerde zorgproductie. De bovengrens voor de bekostiging van de zorgproductie wordt gevormd door de productieafspraken tussen het zorgkantoor en de zorgaanbieder. Eventuele overproductie wordt niet vergoed. Overschrijdingen van het budgettaire kader van de contracteerruimte worden hiermee voorkomen.

#### *Versnelling (tussentijdse) informatievoorziening*

Tijdige en accurate financiële informatie is nodig voor een goede uitgavenbeheersing. Daarom heeft de Minister van VWS een stuurgroep ingesteld (Kamerstukken II 2012/13, 29 248 nr. 254) om de informatievoorziening te verbeteren. Deze stuurgroep richt zich primair op de informatievoorziening in de curatieve zorg. Afsproken is de verbetering van de informatievoorziening in de langdurige zorg te betrekken bij de uitwerking van de hervormingen in de langdurige zorg. Voor een adequate uitgavenbeheersing van de Wlz is het nodig dat begin maart na afloop van een jaar voldoende nauwkeurige informatie over de realisatie van de uitgaven in het afgelopen jaar beschikbaar is. Zo kan het uitgavenbeeld in de zorg betrokken worden bij de budgettaire voorjaarsbesluitvorming in het kabinet.

In de AWBZ levert de NZa voor 1 maart gegevens over de productieafspraken tussen zorgkantoren en zorgaanbieders van het voorgaande jaar. Daarmee is er al kort na afloop van het jaar inzicht in de uitgavenontwikkeling van de AWBZ. In de Wlz zal geleidelijk worden overgestapt van bevoorschotting op basis van productieafspraken naar betalingen op basis van declaraties van daadwerkelijk geleverde zorg (7.3 Bekostiging van zorgaanbieders). Daarmee is het mogelijk om kort na afloop van het jaar te beschikken over financiële informatie over de gerealiseerde zorgproductie. Onder de Wlz zal daarom op termijn uiterlijk 1 maart door het Zorginstituut een opgave van de kosten van de gerealiseerde

productie in het voorafgaande jaar moeten worden gedaan. Het Zorginstituut zal gevraagd worden om dit concreet uit te werken.

#### *Persoonsgebonden budget en contracteerruimte*

Zoals hiervoor is aangegeven, wordt het pgb opgenomen in het macrokader en beschikbaar gesteld naast de (regionale) budgettaire kaders van de contracteerruimte (zorg in natura). De beheersbaarheid van het totale budgettaire kader van de Wlz wordt hierdoor versterkt. Zorgkantoren zullen moeten monitoren welk deel van de middelen voor welke leveringsvorm wordt aangewend. Als er binnen een regio een groter beroep wordt gedaan op de pgb-middelen dan vooraf is gereserveerd, komt dit – net als bij zorg in natura – tot uiting in het onderzoek van de NZa naar de uitgavenontwikkeling, dat in mei verschijnt. Bij het beschikbaar stellen van de herverdelingsmiddelen worden de ontwikkelingen bij zorg in natura en pgb betrokken. Het is daarbij toegestaan dat middelen worden verschoven tussen de contracteerruimte en het pgb-budget.

#### *Doelmatigheidsprikkels Wlz-uitvoerders en zorgkantoren*

De Wlz zal worden uitgevoerd door Wlz-uitvoerders, die de daadwerkelijke uitvoering naar verwachting zullen overlaten aan zorgkantoren. De ex-ante verdeling van de middelen zal in de toekomst kunnen worden aangepast. Zo zullen de beschikbare middelen over minder regio's worden verdeeld als wordt overgaan tot een regionale opschaling.

De Wlz-uitvoerders worden op basis van deze wet verplicht hun werkzaamheden op een doelmatige wijze uit te voeren. Zij dienen maatregelen te treffen ter voorkoming van onnodige zorg en van uitgaven die hoger zijn dan noodzakelijk.

In de AWBZ hebben verzekeraars ook de plicht om de wet doelmatig uit te voeren. Zij hebben echter geen direct financieel belang bij een doelmatige uitvoering. De doelmatigheidsprikkels zullen daarom in de Wlz worden versterkt. Dit is in voorgaande hoofdstukken al toegelicht en wordt hier kort samengevat:

- De Wlz-uitvoerders worden uit de anonimiteit gehaald. De Wlz-uitvoerder is en blijft verantwoordelijk voor een doelmatige uitvoering van de Wlz voor eigen verzekerden, ook na het overdragen van taken.<sup>35</sup>
- Het toezicht van de NZa op de uitvoering van de wet richt zich zowel op de Wlz-uitvoerders als op het zorgkantoor die de wet in een regio uitvoert. Het toezicht en de handhaving worden geïntensiveerd.
- In de jaarlijkse monitor van de NZa, waarin zij de prestaties van zorgkantoren via benchmarking in beeld brengt, komt er meer nadruk te liggen op een doelmatige uitvoering van de wet. Zorgkantoren kunnen bijvoorbeeld laten zien dat zij zich inspannen voor een doelmatige uitvoering, door alleen zorg in te kopen bij de meest doelmatige en kwalitatief verantwoorde zorgaanbieders (selectief contracteren). Uit de rapporten van de NZa zal blijken of de doelmatigheid inderdaad verbeterd is.
- Er zal meer publiciteit worden gegeven aan de resultaten van deze benchmarking. Wanneer een zorgkantoor doelmatig werkt, kan dat ook positief afstralen op zorgverzekeraar die tot dezelfde groep behoort. Dit belang wordt versterkt door het mogelijke toekomstperspectief waarin de ouderenzorg wordt overgeheveld naar de Zvw. Indien zorgverzeke-

<sup>35</sup> Wellicht ten overvloede: dat de Wlz-uitvoerder verantwoordelijk is, wil niet zeggen dat het zorgkantoor dat de taak namens Wlz-uitvoerders uitvoert niet verantwoordelijk is.



raars graag zien dat de zware langdurige ouderenzorg op termijn wordt overgeheveld naar de Zvw, zullen zij zich in moeten spannen om aan te tonen dat verbeteringen in de doelmatigheid mogelijk zijn.

- Daar waar de NZa onvolkomenheden signaleert, kan zij het zorgkantoor en Wlz-uitvoerder een informatieverplichting opleggen of een formele aanwijzing geven. De NZa volgt kritisch in hoeverre de opgelegde verbeteringen door het zorgkantoor worden doorgevoerd.
- Als ultimatum remedium kan de Minister de aanwijzing van een Wlz-uitvoerder voor het verrichten van de administratie en/of controle intrekken, met als gevolg dat de Wlz-uitvoerders in die regio ook de uitbesteding van de overige werkzaamheden aan dat zorgkantoor zullen stopzetten en deze op zullen dragen aan de nieuwe Wlz-uitvoerder die de Minister voor de administratie en/of de controle in de desbetreffende regio zal aanwijzen.

## 7.2 Financieel kader

### *Overhevelen van zorg*

Door het inzetten op langer zelfstandig thuiswonen en door de overhevelingen en decentralisaties naar Wmo 2015, Zvw en Jeugdwet zal het aantal cliënten en de uitgaven in de Wlz fors lager zijn dan in de AWBZ. Het extramuraliseren van zorg leidt tot een overheveling van ruim € 3 miljard uit de AWBZ naar het gemeentelijk domein vanaf 2015. Daarnaast wordt ruim € 1 miljard overgeheveld naar de gemeenten vanwege de integrale verantwoordelijkheid voor de jeugdzorg. De overhevelingen naar de Zvw (langdurige GGZ, persoonlijke verzorging, extramuraal verpleging en behandeling) leiden tot een verschuiving van lasten van circa € 4 miljard van de AWBZ naar de Zvw. In totaal zijn de uitgaven in de Wlz € 10 miljard lager dan de AWBZ-uitgaven. Tabel 7.1 geeft een indicatief beeld van de verwachte Wlz-uitgaven in de periode 2015–2017, opgedeeld naar de structurele doelgroep en de cliënten die een beroep doen op de Wlz op grond van bestaande rechten. Via de reguliere begrotingsvoorbereiding zal de Tweede Kamer periodiek over de actuele cijfers worden geïnformeerd.

**Tabel 7.1 Zorguitgaven Wlz 2015–2017 (x 1 miljard)**

	2015	2016	2017
Lichte zorgzwaarte zorg in natura (V&V 1–4, GHZ (1–3))	2,8	2,2	1,8
Lichte zorgzwaarte pgb	0,2	0,2	0,2
Verblijfsgeïndiceerden extramuraal	0,7	0,4	0,4
Hoge zorgzwaarte zorg in natura (structurele doelgroep)	12,1	12,2	12,1
Hoge zorgzwaarte pgb (structurele doelgroep)	0,6	0,6	0,6
Volledig pakket thuis	0,2	0,2	0,2
Overige uitgaven	1,0	1,0	1,1
<b>TOTAAL</b>	<b>17,5</b>	<b>16,9</b>	<b>16,4</b>

In de eerste jaren zullen op basis van het overgangsrecht nog cliënten met een lichte zorgzwaarte verblijven in de Wlz. Daarnaast is er een groep die beschikt over een indicatie voor verblijf, maar op 1 januari 2015 thuis woont. Cliënten met een hoog zvp binnen deze groep behouden hun recht op zorg vanuit de Wlz. Cliënten met een laag zvp kunnen tot 1 januari 2016 alsnog kiezen voor verblijf op grond van de Wlz (zie hoofdstuk 16). De uitgaven van de Wlz zullen in de loop van de tijd gaan dalen omdat de cliënten die op basis van het overgangsrecht recht hebben op Wlz-zorg veelal door overlijden de Wlz zullen verlaten en nieuwe cliënten met lage zorgzwaarte niet de Wlz instromen. De overige uitgaven bestaan onder meer uit de posten mutatedagen (betreft een kalenderdag waarop de

plaats voor verblijf leeg is achtergelaten ten gevolge van overlijden of verhuizing van een bewoner) en vervoerskosten.

### *Taakstelling*

De inzet van het kabinet is dat de uitgaven in de Wlz kunnen worden beperkt door een meer doelmatige uitvoering. Tegen deze achtergrond is een taakstelling van € 0,5 miljard in 2017 in het uitgavenbeeld verwerkt.

Doordat de Wlz alleen bedoeld is voor de zwaardere ouderen- en gehandicaptenzorg is de verwachting op basis van huidig zorggebruik en de decentralisatie naar gemeenten, de overheveling naar de Zvw en het langer thuis wonen dat op termijn minder dan 200.000 mensen gebruik zullen maken van de Wlz-zorg. Door demografische ontwikkelingen zal dit aantal licht stijgen. Deze volumestijging wordt in de Wlz geaccommodeerd door bij het vaststellen van het budgettaire kader rekening te houden met de demografische groei. Afwijkingen van deze norm worden jaarlijks in de begroting van VWS toegelicht. Tegenover de lichte stijging op basis van demografische ontwikkelingen staat de eerste jaren nog een daling van de groep cliënten die gebruik maken van overgangsrecht. Doordat veel minder cliënten gebruik maken van Wlz-zorg kan de uitvoering van de wet ook eenvoudiger en goedkoper. Het aantal regionale budgettaire kaders en regionale uitvoerders kan op termijn worden beperkt en de inkoop kan verbeterd worden door standaardisering. Hierdoor dalen administratieve lasten en kosten van zorgaanbieders en zorgkantoren. Uit onderzoek naar de administratieve lasten van zorgaanbieders in de AWBZ blijkt dat een forse ombuiging op administratieve lasten mogelijk is.<sup>36</sup>

Daarnaast verwacht de regering dat een belangrijk deel van de ombuiging kan worden gerealiseerd door het terugdringen van de (regionale) verschillen in indicatiestelling, zorggebruik en inkooprijzen. Onderzoeken tonen aan dat er grote (onverklaarbare) regionale verschillen bestaan.<sup>37</sup> Door de rol van het CIZ te versterken, streeft de regering ernaar de regionale verschillen in indicatiestelling terug te dringen. Verder wordt ook de opbouw van de zorg in natura en pgbtarieven tegen het licht gehouden. De verschillen in de prestaties van instellingen vormen voor de regering ook aanleiding om de NZa te verzoeken de (maximum)tarieven systematisch onder de loep te nemen. In de praktijk blijkt dat de ene instelling ruim met de tarieven uit kan, terwijl deze voor een andere instelling niet toereikend zijn. Gemiddeld behalen instellingen echter een goed rendement en neemt het weerstandsvermogen toe.<sup>38</sup> Dit is voor de regering aanleiding om te veronderstellen dat er nog steeds enige ruimte zit in tariefstelling. Als Wlz-uitvoerders en zorgkantoren sterker worden geprikkeld om de wet doelmatig uit te voeren, is bovendien de verwachting dat zij de prestaties van zorgaanbieders onderling ook meer tegen het licht zullen houden. Door praktijkvariatie inzichtelijk te maken, te bespreken met zorgaanbieders en hier uiteindelijk consequenties aan te verbinden bij de zorginkoop, kunnen zorgkantoren aansturen op een doelmatiger zorgverlening. Dit hoeft overigens niet alleen tot een ombuiging van de uitgaven te leiden, maar kan ook zorgen voor kwaliteitsverbetering.

Deze maatregelen zullen bijdragen aan een doelmatige besteding van de middelen en efficiëntere uitvoering. Vanwege de grote praktijkvariatie en verschillen in doelmatigheid, heeft de regering er vertrouwen in dat de

<sup>36</sup> Op weg naar minder administratieve lasten, Onderzoek Casemix en HHM, 29 november 2011.

<sup>37</sup> Onder andere onderzoek van Cebeon (2007 en 2010) en Ape (2010)

<sup>38</sup> Financiële kengetallen zorginstellingen 2010, CBS, 27 januari 2012.

ombuiging op de Wlz kan worden behaald, zonder dat dit direct ten koste gaat van de cliënten die op de zorg zijn aangewezen.

**Tabel 7.2 Taakstelling regeerakkoord (in € 1 miljoen)**

	2013	2014	2015	2016	2017	Struc- tureel
Taakstelling BKZ <sup>1</sup>			0	- 45	- 500	- 500

<sup>1</sup> Budgettair Kader Zorg.

### *Uitvoeringskosten*

Door de decentralisatie van zorg van de AWBZ naar de gemeenten wordt een deel van de uitvoeringskosten van de huidige zorgkantoren overgeheveld naar de gemeente. Het beheerskostenbudget zal daarom vanaf 2015 worden verlaagd. Hiervoor is ruimte, omdat het aantal zorggebruikers sterk afneemt. Het voor de Wlz beschikbare budget wordt diensgevolge verlaagd met € 42 mln.

Net als de zorgkantoren zullen de Wlz-uitvoerders en zorgkantoren voor de uitvoering een budget ontvangen uit macrobudget beheerskosten Wlz. Zij zijn wettelijk verplicht een reserve uitvoeringskosten Wlz aan te houden. Ieder jaar wordt het saldo van het toegekende budget en de gemaakte uitvoeringskosten verrekend met die reserve. Indien de reserve een vooraf vastgesteld maximum (20% van het jaarbudget) overschrijdt, wordt het meerdere afgeroomd en toegevoegd aan het Flz (Fonds langdurige zorg). Deze reservemiddelen zijn en blijven altijd publieke middelen. Wanneer de aanwijzing van het zorgkantoor afloopt, wordt het saldo van de reserve verrekend met het Flz.

**Tabel 7.3 Geraamde beheerskosten AWBZ en (vanaf 2015) Wlz (in miljoenen euro's)**

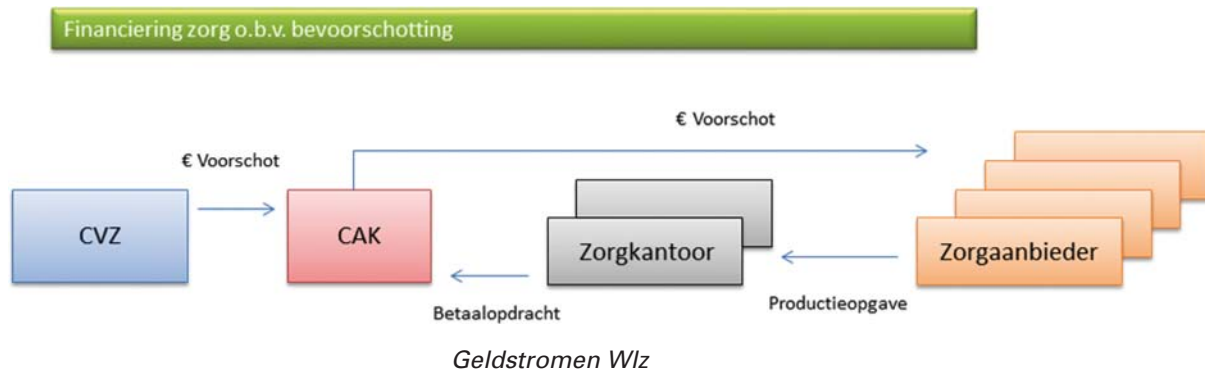
	2013	2014	2015	2016	2018
Beheerskosten AWBZ	170	175	178	178	178
Besparing i.v.m. overheveling van zorg			- 42	- 42	- 42
Beheerskosten Wlz			136	136	136

## **7.3 Bekostiging van zorgaanbieders**

### *Geldstromen AWBZ*

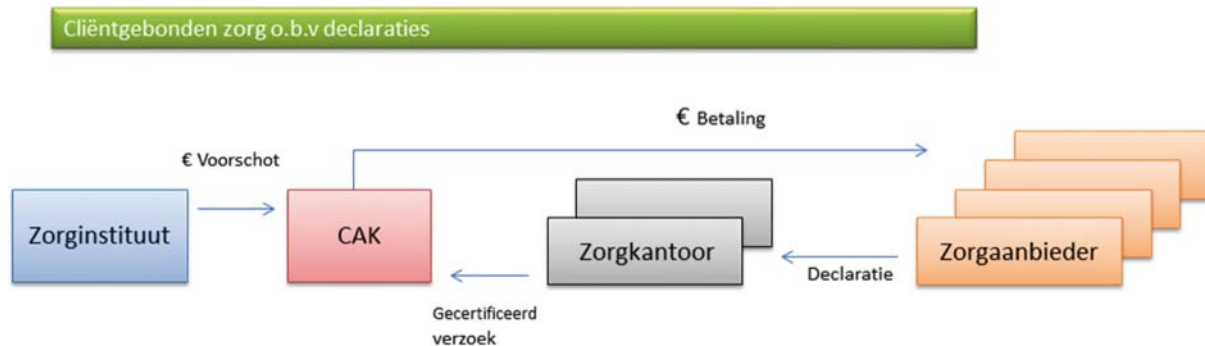
Het betalingsverkeer in de AWBZ loopt via het CAK. Het CAK ontvangt de middelen van het Zorginstituut en verstrekt deze vervolgens als voorschot aan de zorgaanbieders op grond van betaalopdrachten van zorgkantoren. Deze bevoorschotting vindt maandelijks plaats op basis van de beschikbare ruimte binnen de contracteerruimte, de productieafspraken met de zorgkantoren en de tariefbeschikkingen van de NZa. Na afloop van het jaar worden aanvaardbare kosten (instellingsbudgetten) door de NZa definitief vastgesteld bij de nacalculatie.

**Figuur 7.1 Geldstromen AWBZ**



In de Wlz blijft het Zorginstituut de fondsbeheerder en het CAK blijft het betaalkantoor. Om de cliëntvolgende bekostiging verder te versterken, zal op termijn niet meer gefinancierd worden op basis van voorschotten. In de Wlz wordt geleidelijk overgestapt op betalingen op basis van declaraties van de geleverde zorg aan de cliënt. Daarmee vindt op termijn de bekostiging volledig plaats op het niveau van de cliënt. Het CAK zal de betalingen dan baseren op gecontroleerde en goedgekeurde declaraties door het zorgkantoor.

**Figuur 7.2 Geldstromen Wlz**



Bij de invoering van de Wlz zal er nog steeds voor een deel sprake zijn van niet-clientgebonden kosten. Bij deze kosten is er geen directe relatie met de cliënt, waardoor deze niet op cliëntniveau kunnen worden gedeclareerd. Een voorbeeld is de vergoeding van kapitaallasten, die via de stapsgewijze invoering van de normatieve huisvestingscomponent (nhc) pas in 2018 volledig geïntegreerd zal zijn in het zorgtarief. Voor het grootste deel van de niet-clientgebonden kosten zullen de betalingen door het CAK nog steeds plaatsvinden op de huidige wijze via bevoorschotting. Het Zorginstituut geeft op basis van NZa-tariefbeschikkingen en door de NZa goedgekeurde budgetformulieren betaalopdrachten aan het CAK. Het CAK voorziet de zorgaanbieders maandelijks van voorschotten die op de gebruikelijke wijze worden verrekend bij de nacalculatie door de NZa.

## 7.4 Financiering en koopkrachteffecten

### *Fonds langdurige Zorg*

De Wlz zal net als de AWBZ worden gefinancierd uit inkomensafhankelijke premie, de bijdrage in de kosten van kortingen (BIKK)<sup>39</sup>, eigen bijdragen van de gebruikers van zorg die onder de Wlz valt en – in geval van exploitatietekorten – een rijksbijdrage. Deze inkomsten worden gestort in een fonds, dat wordt beheerd door het Zorginstituut. Dit fonds krijgt de naam Fonds langdurige zorg (Flz).

De inkomsten van het Flz en heffingsstructuur van de Wlz-premie worden geregeld in de Wet financiering sociale verzekeringen en in de Wet inkomstenbelasting 2001. De BIKK is er voor de volksverzekeringen Algemene Ouderdomswet en de Algemene nabestaandenwet en zal ook in de Wlz worden gecontinueerd. De uitgaven van het Flz zullen lager zijn dan de uitgaven van het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten (AFBZ), vanwege de decentralisatie van taken naar gemeenten en overheveling van aanspraken naar de Zvw. De regering stelt daarom voor om de inkomensafhankelijke premie in de 1<sup>e</sup> en 2<sup>e</sup> schijf van de inkomstenbelasting overeenkomstig te verlagen naar een constant niveau dat zo hoog is dat er eind van de kabinetsperiode naar verwachting geen tekort in het Flz resteert. Bij de start van een volgende kabinetsperiode zal moeten worden gezien of het wenselijk is de premie te verhogen of verlagen. De belastingtarieven in de 1<sup>e</sup> en 2<sup>e</sup> schijf worden met hetzelfde percentage verhoogd.

Via de premie wordt op dit moment circa 60% van de uitgaven in de AWBZ gedekt. In 2013 en 2014 is het premiepercentage voor de AWBZ 12,65 procent. De AWBZ-uitgaven zijn al geruime tijd hoger dan de inkomsten van het AFBZ. Het AFBZ kende daardoor de afgelopen jaren een negatief exploitatiesaldo. Over 2013 wordt een negatief exploitatiesaldo verwacht van € 4,5 miljard. De jaarlijkse tekorten hebben er toe geleid dat het AFBZ inmiddels een aanzienlijk negatief vermogen heeft. Ultimo 2013 bedroeg het vermogenstekort volgens de huidige inschatting € 20 miljard<sup>40</sup>. Het negatieve vermogen van het AFBZ telt mee in de EMU-schuld, het jaarlijkse exploitatietekort van het fonds telt mee in het EMU-saldo.

Om de Wlz met een schone lei te laten starten, creëert de regering een nieuw fonds voor de financiering. Het AFBZ zal worden opgeheven. Het negatieve vermogen in het AFBZ wordt via een eenmalige rijksbijdrage ten laste van 's Rijks schatkist gebracht. De definitieve afrekening vindt plaats zodra definitief bekend is wat de inkomsten en uitgaven van het fonds zijn geweest tot ultimo 2014. Dit kan pas enkele jaren na afloop door de Minister van Financiën worden vastgesteld. Hierdoor zullen de twee fondsen enkele jaren naast elkaar bestaan. Deze systematiek is ook toegepast bij de opheffing van de Algemene Kas van de Ziekenfondswet per 2010, en heeft geen consequenties voor het EMU-saldo en de overheidsschuld.

### *Eigen bijdragen*

Een deel van de zorg zal worden gefinancierd uit de eigen bijdrage van de gebruikers. In paragraaf 2.7 is toegelicht dat in de systematiek van de eigen bijdragen geen grote veranderingen optreden ten opzichte van de

<sup>39</sup> Zie artikel 15 van de Wet financiering sociale verzekeringen.

<sup>40</sup> Dit zijn schattingen, omdat de definitieve inkomsten en uitgaven voor 2013 nog niet bekend zijn.

AWBZ. Wel zal de financiële opbrengst van de intramurale eigen bijdragen als gevolg van het (verder) extramuraliseren van zorg teruglopen. De opbrengst van de intramurale bijdragen ligt nu rond de € 1,7 miljard en zal naar verwachting in 2017 € 0,3 miljard lager uitkomen. Daarnaast leidt ook de overheveling van de (extramuraal) functies persoonlijke verzorging, verpleging en begeleiding naar gemeenten en naar de Zvw tot een circa € 0,1 miljard lagere opbrengst van de eigen bijdragen ten opzichte van de AWBZ.

#### *Koopkrachteffecten*

Door de verwachte verlaging van de inkomensafhankelijke premie voor de Wlz – ten opzichte van de AWBZ-premie – en de overeenkomstige verhoging van de belastingtarieven in de 1<sup>e</sup> en 2<sup>e</sup> schijf van de inkomstenbelasting heeft de introductie van de Wlz geen directe koopkrachtgevolgen.

### **Hoofdstuk 8 Regeldruk**

Administratieve lasten en inhoudelijke kosten van naleving vormen gezamenlijk de kosten die samenhangen met regeldruk. Onder administratieve lasten worden verstaan de lasten als gevolg van informatieverplichtingen krachtens wet- en regelgeving van de overheid voor bedrijven (aanbieders), burgers en beroepsbeoefenaren. Het gaat om het verzamelen, bewerken, registreren, bewaren en ter beschikking stellen van informatie. Inhoudelijke nalevingskosten zijn de directe kosten die samenhangen met de naleving van inhoudelijke verplichtingen. Inhoudelijke verplichtingen zijn alle wettelijke verplichtingen om direct te voldoen aan normen, standaarden, gedragscodes en alle overige eisen gericht op het borgen van publieke doelen.

De inspanning van Rijk en gemeenten is er op gericht de regeldruk voor burgers en zorgaanbieders en de uitvoeringslasten/beheerskosten voor uitvoerders zoveel mogelijk te beperken. Dit gaat immers ten koste van het primaire proces: het verlenen van zorg. Dit is extra belangrijk omdat de regering daarmee een deel van de aangekondigde taakstelling van de Wlz vanaf 2017 wil realiseren. Hoe meer bespaard kan worden op de kosten die samenhangen met de regeldruk, hoe minder besparingen ten koste gaan van de zorg. Tegelijkertijd zijn er stevige waarborgen nodig voor doelmatigheid en kwaliteit, waardoor een bepaalde mate van administratieve lasten altijd zal blijven bestaan.

De kans op een succesvolle omslag in denken en handelen is groter naarmate de nieuwe regels voor burgers en professionals beter werkbaar en uitvoerbaar zijn. Dit betekent dat onnodige drempels of irritaties in de regels achterwege moeten blijven.

Hieronder volgt eerst een beschrijving van de eenmalige regeldruk die gepaard gaat met de invoering van de nieuwe wet. Daarna volgt een toelichting op de wijze waarop dit wetsvoorstel bijdraagt aan een structurele vermindering van de administratieve lasten. Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen de regeldruk voor burgers en zorgaanbieders en uitvoeringslasten voor zorgkantoren.

#### **8.1 Eenmalige regeldruk**

Dit wetsvoorstel gaat gepaard met eenmalige regeldruk. Dit is het gevolg van de invoering van de wet (kennisname) en de overdracht van zowel informatie(stromen) als werkzaamheden die hiermee gepaard gaan.



### *Kennisnemen van ontwikkelingen*

Om te zorgen dat de eenmalige lasten beperkt blijven tot een minimum, worden cliënten, hun vertegenwoordigers en cliëntenorganisaties nadrukkelijk betrokken bij de totstandkoming van deze wet. Op deze manier groeien zij mee met de ontwikkeling van de wet en komen zij niet voor verrassingen te staan. Ook wordt veel aandacht geschonken aan communicatie over de wijzigingen die de Wlz met zich meebrengt. Er zal daarom gestart worden met een grote landelijke communicatiecampagne, enerzijds door gebruik te maken van de media en anderzijds vanuit een actieve benadering van cliënten door organisaties die reguliere contacten hebben met cliënten.

### *Hergebruik bekende gegevens*

Er wordt geborgd dat relevante dossierinformatie door zorgkantoren, verzekeraars en het CIZ wordt overgedragen aan de nieuwe rechtspersonen (Wlz-uitvoerders). Hierdoor wordt voorkomen dat de overheid «naar de bekende weg vraagt» en worden cliënten en vertegenwoordigers niet belast met nieuwe vragen.

Om te zorgen dat de Wlz geruisloos en zonder een onnodige stijging van regeldruk kan worden ingevoerd, voert de regering regie op de transitie. Hiervoor is een transitieplan opgesteld, dat de nodige handreikingen zal bieden. De begeleiding bij de transitie is vraaggestuurd en zal daarom helpen de ervaren lasten verder te beperken.

Dit wetsvoorstel behelst onder andere ook beperkte wijzigingen in de uitvoeringsstructuur ten opzichte van de AWBZ. Hoewel het voorstel uiteindelijk een vereenvoudiging van administratieve processen met zich meebrengt, zal het in eerste instantie leiden tot een toename van de uitvoeringslasten. De wijziging in de uitvoeringsstructuur krijgt immers haar vertaling in een wijziging van de administratieve structuur. Indien verzekeraars de uitvoering van de AWBZ nu nog niet in een afzonderlijke rechtspersoon hebben ondergebracht, zullen incidentele investeringen gedaan moeten worden voor het oprichten van een dergelijke Wlz-uitvoerder. En de uniformering van het inkoopbeleid door zorgkantoren, kan incidenteel leiden tot regeldruk bij die zorgkantoren, waarvan de inkoopcriteria nog niet aansluiten bij de landelijk te hanteren criteria.

De cliënten die straks niet meer onder de Wlz, maar binnen de Wmo 2015, Jeugdwet of Zvw vallen, blijven wat betreft de regeldruk ten gevolge van dit wetsvoorstel buiten beschouwing. Ook cliënten die voortaan gebruik maken van de Zvw in plaats van de AWBZ, komen in de hierna volgende uiteenzetting over de regeldruk niet aan bod in dit wetsvoorstel.

## **8.2 Structurele effecten**

### *Gevolgen voor burgers*

Voor burgers betekent de Wlz een vermindering van (ervaren) administratieve lasten. De administratieve lasten zullen onder andere dalen door het goed regelen van de gegevensuitwisseling en hergebruik van deze gegevens. Dit loopt via het traject Informatievoorziening Zorg en Ondersteuning (IZO). Daarnaast wordt binnen dat traject de samenhang tussen de Jeugdwet, Wlz, Zvw en Wmo 2015 bewaakt door te komen tot standaardisatie.

Het pgb wordt vormgegeven als een trekkingsrecht en de verwerking gaat lopen via de SVB; dat biedt kansen om de administratieve lasten voor budgethouders te verlagen, vooral omdat een verantwoording zoals nu verlangd wordt, niet meer nodig is.

De administratieve lasten bij de indicatiestelling voor burgers zullen naar verwachting ook dalen. Deze afname is te verwachten doordat het CIZ in principe alleen nog een indicatiebesluit afgeeft voor onbepaalde tijd en hierdoor minder herindicaties nodig zijn. Daar staat echter tegenover dat het CIZ wel steviger zal optreden bij de indicatiestelling om fraude- en een opwaartse druk op de indicatiestelling te voorkomen. Omdat de positieve effecten op de regeldruk naar verwachting groter zijn dan de negatieve effecten van de maatregelen ter voorkoming van fraude, wordt verwacht dat de administratieve lasten bij de indicatiestelling voor de cliënt afnemen.

#### *Gevolgen voor zorgaanbieders*

Het proces van zorginkoop voor de AWBZ wordt als een forse administratieve belasting ervaren door verschillende partijen, in het bijzonder door de aanbieders van zorg.<sup>41</sup> Met het invoeren van deze wet zal deze ervaren regeldruk worden gereduceerd. Dit in lijn met de door de Tweede Kamer aanvaarde motie Van Dijk/Van t Wout, die verzoekt om te onderzoeken hoe de regeldruk bij zorgaanbieders door zorgkantoren verminderd kan worden.<sup>42</sup>

Met de relatief beperkte doelgroep van de Wlz lijkt het niet efficiënt dat nog langer wordt gewerkt met 32 regio's en 32 regionale contracteer-ruimtes. Dat vraagt immers ook om 32 financiële verantwoordingen, 32 administraties van productieafspraken met zorgaanbieders, en dergelijke. Aan ZN is daarom gevraagd om een voorstel te doen voor regionale herindeling voor de komende jaren. Opscaling op termijn draagt bij aan een doelmatige uitvoering en de gewenste uniformering in de zorginkoop. Hierdoor zullen de administratieve lasten bij de regionale zorgkantoren en zorgaanbieders lager zijn dan in de AWBZ.

De reductie van administratieve lasten zal nog versterkt worden door de uniformering ook te betrekken op het proces (wanneer moeten welke gegevens aangeleverd worden) en op de inhoud van het beleid (de inkoopcriteria en de gehanteerde formats voor het aanleveren van gegevens). Zoals in paragraaf 2.6 reeds is toegelicht, kan de regeldruk ook dalen indien de Minister bij amvb regels stelt over uniformering van de zorginkoop en kwaliteitscriteria.

In de gehandicaptenzorg is sprake van een stabiele populatie, die gemiddeld twintig tot dertig jaar zorg ontvangt, met een geringe in- en uitstroom en waarbij het gaat om een levenslange en levensbrede zorgvraag, die relatief goed voorspelbaar is. Enkele van de groepen zijn beperkt in volume, zoals de zintuiglijk gehandicapten, en vragen om een specifieke kennis en gespecialiseerde zorg. Voor deze cliënten heeft de zorgvraag dan ook nauwelijks een relatie met het regionale of lokale domein. De ervaren administratieve lasten bij de zorginkoop voor dit soort specifieke groepen kunnen worden gereduceerd als er één landelijk uniform inkoopbeleid wordt gehanteerd voor de zorginkoop. Bij het opstellen van een dergelijk landelijk inkoopkader kan worden aangesloten bij het landelijk Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg.

Ook de inkoop van de ouderenzorg wordt verder vereenvoudigd en geüniformeerd. Dit gebeurt via de in paragraaf 2.6 beschreven Zorginkoopgids en landelijke kwaliteitscriteria en kan, zoals hiervoor aangegeven, ook bij amvb worden opgelegd. Hierbij zij ook verwezen naar de door de Tweede Kamer tijdens de behandeling van de begroting VWS

<sup>41</sup> Rapport «Op weg naar minder administratieve lasten» van Casemix en bureau HHM, 29 november 2011.

<sup>42</sup> Kamerstukken II 2012/13, 30 597, nr. 304.

2013 aanvaarde motie Van Dijk die onder andere verzoekt om meer overzichtelijke, eenduidige en heldere kwaliteitsinzichten voor cliënten en zorgaanbieders.<sup>43</sup>

Ook dient zoveel mogelijk hergebruik van eerder aangeleverde gegevens plaats te vinden. Voorkomen moet worden dat bijvoorbeeld aan de NZa informatie moet worden aangeleverd in een net iets ander format, als deze informatie overeenkomt met de gegevens die zijn verstrekt in het kader van een eerder ingediende offerte voor het zorgkantoor. Ook het eenmalig aanleveren van bewijsstukken die niet jaarlijks wijzigen, kan als goed voorbeeld van hergebruik van gegevens gelden.

Op grond van het voorliggende wetsvoorstel is het mogelijk om meerjarige zorginkoopcontracten overeen te komen. De regering is ervan overtuigd dat meerjarige contracten een vliegwieltje zijn voor kwaliteit en innovatie in de zorg. Partijen weten met een meerjarige basisafpraak over en weer waar zij aan toe zijn de komende jaren. Daarin kunnen afspraken gemaakt worden over de inhoud van zorg, de visie van de zorgaanbieder en het basisbudget gekoppeld aan de geïndiceerde zorg. Dat biedt duidelijkheid en zekerheid voor de zorgaanbieders en zijn cliënten, maar ook voor de financiers. Er kunnen investeringen in de toekomst worden gedaan. Ook kan onder andere tegen een lager rentetarief worden geleend voor investeringen, krijgen meerjarige innovatieprogramma's een betere kans van slagen, kan beter gestuurd worden op de inhoud van de zorg en kunnen betere afspraken over ketenzorg worden gemaakt. Indien partijen tot meerjarige afspraken besluiten, wordt een wezenlijke bijdrage geleverd aan de reductie van administratieve lasten. Belemmering voor het overeenkomen van meerjarige afspraken bleek het feit dat de zorgkantoren de afgelopen jaren telkens jaarlijks werden aangewezen, maar ook de jaarlijks wijzigende financiële kaders c.q. het beschikbare budget. De aanwijzing van de zorgkantoren voor de administratie- en/of controletaak kan in beginsel meerjarig worden verleend. Of dit ook op korte termijn daadwerkelijk kan, is mede afhankelijk van het voorstel dat ZN doet om het aantal regio's te verminderen. Financiële kaders zullen aan (jaarlijkse) wijzigingen onderhevig blijven. Niettemin zijn meerjarige afspraken over een basisbudget mogelijk en daarnaast kunnen jaarlijks aanvullende afspraken worden gemaakt over bijvoorbeeld innovatie, groei en andere mutaties. Zorgkantoren kunnen een (meerjarig) basisbudget baseren op een bepaald percentage van de historische productieafspraken met de betreffende zorgaanbieder. Overigens zal een meerjarig contract niet ongeclausuleerd zijn. Indien bijvoorbeeld de meerjarig gecontracteerde zorgaanbieder enig jaar bewezen slechte kwaliteit van zorg levert, dient dat niet zonder gevolgen blijven voor de overeenkomst. Het zorgkantoor dient voor dergelijke gevallen een beëindigingsclausule in een meerjaren zorgovereenkomst op te nemen.

Doordat Wlz-uitvoerders en zorgkantoren te maken krijgen met een minder gedetailleerde verantwoordingsplicht tegenover de NZa, zullen zij ook minder verantwoordingsinformatie van zorgaanbieders verlangen. De experimenten met regelarme instellingen (ERAI) hebben laten zien dat dit mooie resultaten op kan leveren. In de experimenten met regelarme instellingen wordt ook proefondervindelijk ervaring opgedaan met een andere wijze van kwaliteitsverantwoording. In de experimenten wordt het welbevinden van de cliënt als vertrekpunt genomen: wat is goede zorg en hoe kan deze gemeten worden zodat aangesloten wordt bij de beleving van de cliënt? De in het experiment opgedane ervaringen zullen worden betrokken bij de ontwikkeling van de kwaliteitsindicatoren. Datzelfde geldt

<sup>43</sup> Kamerstukken II 2012/13, 33 400 XVI, nr. 61.

voor de vereenvoudiging van de inkoop van intramurale zorg. Binnen ERAI wordt door verschillende aanbieders ook daarop geëxperimenteerd. De experimenten kennen een looptijd tot eind 2014. De ervaringen en resultaten daarvan zullen vanzelfsprekend worden gebruikt om onder andere het proces van de inkoop van langdurige zorg verder te vereenvoudigen.

Tot slot worden de administratieve lasten voor zorgaanbieders verlaagd doordat de indicatiebesluiten die het CIZ neemt voor onbepaalde tijd worden afgegeven en er minder herindicaties nodig zijn. Zoals eerder aangegeven vormen de indicaties voor zzp-LVG hierop een uitzondering.

#### *Uitvoeringslasten voor Wlz-uitvoerders/zorgkantoren*

Wlz-uitvoerders krijgen de wettelijke verantwoordelijkheid om de Wlz uit te voeren voor hun verzekerden. Zoals in paragraaf 2.6 is toegelicht, krijgen zorgkantoren de taak om het werk regionaal uit te voeren. Dit werk leidt tot uitvoeringslasten. Zo hebben zorgkantoren te maken met uitvoeringslasten, omdat zij nadrukkelijk de verantwoordelijkheid hebben om er op toe te zien dat de zorg verantwoord en doelmatig wordt verleend. Indien een cliënt er voor kiest om het verzekerd pakket tot gelding te brengen buiten een instelling, dient het zorgkantoor immers vast te stellen dat dit op verantwoorde wijze kan gebeuren. Het gaat hier om invulling van de kerntaken van Wlz-uitvoerders. Zij ontvangen voor hun taak een structurele beheerskostenvergoeding (zie paragraaf 7.2).

Tegenover de initiële lasten, staat een daling van de uitvoeringslasten voor Wlz-uitvoerders. Ten opzichte van de AWBZ vermindert het aantal mensen dat recht heeft op langdurige zorg van 800.000 naar op termijn minder dan 200.000 in de Wlz. Deze volumevermindering zal een significante daling van de uitvoeringslasten met zich meebrengen. Ook op het vlak van het pgb zal zich een volumedaling manifesteren. Omdat daarnaast ook het betaalproces van het pgb is geconcentreerd bij de SVB, nemen de totale uitvoeringslasten voor de Wlz-uitvoerders/de zorgkantoren af. Ook hoeven de zorgkantoren met minder zorginstellingen te onderhandelen en productieafspraken te maken. In het verlengde van de beoogde regionale opschaling is het niet langer nodig om voor 32 regio's afzonderlijk financieel verantwoordelijk af te leggen. Een daling van de uitvoeringslasten is dus zeer waarschijnlijk. De mate waarin de uitvoeringslasten zullen afnemen, is afhankelijk de uiteindelijke regionale herindeling, waarover in overleg met de zorgverzekeraars zal worden besloten. Een ander aspect betreft de herinrichting van het toezicht door de NZa. De extensivering van het toezicht houdt in dat de NZa zich meer concentreert op enkele kernindicatoren die belangrijk zijn voor de uitkomsten. Een voorbeeld hiervan is de herziening van de prestatie-meting op uitvoerders door de NZa. Dankzij de extensivering van het toezicht zullen de uitvoeringslasten van de Wlz kunnen dalen. Alles tegen elkaar afwegend, is de verwachting gerechtvaardigd dat de uitvoeringslasten voor Wlz-uitvoerders uiteindelijk zullen dalen. Daarom kan ook een besparing worden gerealiseerd op de beheerskosten, zoals in paragraaf 7.2 al is toegelicht.

### **8.3 Kwantificering**

Met vorenstaande zijn de algemene lijnen van de gevolgen voor regeldruk van dit wetsvoorstel beschreven. Deze analyse is kwalitatief van aard. In het kader van het zichtbaar maken van de kwantitatieve effecten is er sprake van een tweetal onderzoeken. Naar het verminderen van de administratieve lasten in het proces van de inkoop van langdurige zorg is

ter uitvoering van de motie Van Dijk c.s.<sup>44</sup> een onderzoek gedaan. Het rapport (*«Op weg naar minder administratieve lasten»*) is de Tweede Kamer met begeleidende brief van 27 januari 2014 toegestuurd. Met de meest betrokken partijen worden de verbetervoorstellen nader uitgewerkt. De Tweede Kamer zal over de resultaten in het voorjaar van 2014 worden geïnformeerd. In het andere onderzoek is de focus gericht op de hervorming van de langdurige zorg en wordt zowel gekeken naar de effecten van de Wlz als de relatie met de Wmo en Zvw. De uitkomsten van dit onderzoek zijn eind maart 2014 voorzien, waarna de Tweede Kamer direct zal worden geïnformeerd.

## **Hoofdstuk 9 Fraude en oneigenlijk gebruik**

Het tegengaan van fraude en oneigenlijk gebruik in de zorg heeft hoge prioriteit. Het is ongewenst dat de kwaliteit en de betaalbaarheid van de zorg mede onder druk komen te staan doordat de beschikbare middelen op een onjuiste manier worden gebruikt. Ook de solidariteit die in ons zorgstelsel nodig is wordt door fraude en oneigenlijk gebruik bedreigd. Verrijking ten koste van de premiebetaler zet voorts de solidariteit onder het zorgstelsel onnodig onder druk. De regering is daarom van oordeel dat fraude hard dient te worden bestreden. De Minister en Staatssecretaris van VWS hebben bij brief van 15 mei 2013 de Tweede Kamer geïnformeerd over de aanpak van zorgfraude.<sup>45</sup> In deze brief wordt onder andere ingegaan op het bestaan van fraude in de zorg, welke stappen al zijn ondernomen en wat de extra inzet zal zijn om fraude te bestrijden. Ook is aangekondigd dat bezien zou worden of en op welke wijze het CIZ nadere handhavingbevoegdheden zou kunnen krijgen. Bij brief van 16 september 2013 heeft de Tweede Kamer de eerste voortgangsrapportage fraudebestrijding ontvangen.<sup>46</sup> Die laatste brief omvatte een plan van aanpak van de bestrijding van fraude en oneigenlijk gebruik in de zorg. De rijksoverheid is verantwoordelijk voor het stelsel van de langdurige zorg als geheel. De Minister van VWS heeft hierin een systeemverantwoordelijkheid. Het is belangrijk dat het systeem zo is ingericht, dat fraude zoveel mogelijk wordt voorkomen en dat er instrumenten zijn om fraude kan worden opgespoord en dat hierop kan worden gehandhaafd. Bij de vormgeving van het verzekerd pakket, indicatiestelling, bekostiging, et cetera, in de Wlz, is hiermee zoveel mogelijk rekening gehouden. Daarnaast zijn aan specifieke partijen specifieke taken toebedeeld om fraude tegen te gaan. Het gaat hierbij in het bijzonder om het CIZ, de zorgkantoren en de NZa. In onderstaande is beschreven op welke wijze verschillende actoren, de rijksoverheid, het CIZ, de zorgkantoren, de SVB en de NZa, in de Wlz een rol spelen bij het tegengaan van fraude en oneigenlijk gebruik.

### *Gegevensuitwisseling*

Fraude vormt natuurlijk niet alleen een risico binnen de grenzen van de Wlz. Ook op de grensgebieden tussen de Wlz, de Wmo 2015, de Jeugdwet en de Zvw kan sprake zijn van fraude. Dat er samenhang is tussen de zorg die vanuit verschillende domeinen wordt geleverd, is een feit. In de Wlz is de afbakening tussen de domeinen zo scherp mogelijk vormgegeven maar er blijft altijd een schaduwgebied. Er zal daarom gegevensuitwisseling nodig zijn tussen verschillende uitvoerders, zoals gemeenten, zorgverzekeraars, zorgkantoren, het CIZ et cetera. Stel bijvoorbeeld dat iemand een indicatie aanvraagt bij het CIZ en dat het CIZ een positief indicatiebesluit afgeeft waarmee deze persoon recht op zorg krijgt op

<sup>44</sup> Kamerstukken II 2012/13, 30 597, nr. 356.

<sup>45</sup> Kamerstukken II 2012/13, 28 828, nr. 30.

<sup>46</sup> Kamerstukken II 2013/14, 28 828, nr. 50.

grond van de Wlz. Dan is het belangrijk dat het zorgkantoor weet dat het een zorgplicht heeft voor die persoon en dat de gemeente en zorgverzekeraar weten dat zij binnenkort niet meer verantwoordelijk zijn voor (een deel van) de zorg en ondersteuning voor deze persoon. Door gegevens bij elkaar te brengen en uit te wisselen kan eventuele fraude worden opgespoord.

### **9.1 De rol van de rijksoverheid bij het tegengaan van fraude**

Het zorgstelsel is gebaseerd op een uitvoering door partijen die zelf hun verantwoordelijkheid nemen en de geldende wetgeving goed uitvoeren. Het is de taak van de rijksoverheid om de benodigde wet- en regelgeving zo vorm te geven, dat fraude en oneigenlijk gebruik zo veel mogelijk worden voorkomen. Het gaat in dit verband niet alleen om de AWBZ, die met dit wetsvoorstel wordt vervangen door de Wlz, maar ook om de Zvw, de Wmo 2015, de Jeugdwet en de Wmg. Deze wetgeving is continu aan verandering onderhevig, omdat de zorg zelf dat ook is. Gewenste veranderingen vragen daarom voortdurende aandacht en inspanningen van de betrokken partijen. Bij die wijzigingen van zorgwetgeving mogen uitvoeringsproblemen die oneigenlijk gebruik en fraude in de hand kunnen werken, niet uit het zicht raken. De Minister en Staatssecretaris van VWS hebben de Tweede Kamer daarom toegezegd om alle nieuwe wet- en regelgeving bij de consultatie van betrokken partijen te laten toetsen op fraudegevoeligheid. In dit verband worden de beleidsanalyses en de voorgestelde regels nadrukkelijk door de uitvoerende partijen gezien op mogelijke uitvoeringsproblemen die kunnen leiden tot oneigenlijk gebruik of zelfs fraude. Ten tijde van de consultatie van dit wetsvoorstel werd het format voor deze fraudetoets wordt nog verder ontwikkeld tot een eenduidige structuur, die uiteindelijk op alle nieuwe wet- en regelgeving kan worden toegepast. Vooruitlopend op het vaste format van de fraudetoets, is de consultatieversie van dit wetsvoorstel door externe partijen getoetst op mogelijke risico's op oneigenlijk gebruik en fraude. De uitkomsten zijn in het wetsvoorstel verwerkt.

#### *Uitkomst fraudetoets*

De Nza, het CIZ en het CAK hebben op verzoek van VWS specifiek aandacht besteed aan de fraudegevoeligheid van het wetsvoorstel Wlz. Dit heeft geleid tot verbetervoorstellen en geeft een goed inzicht in de mogelijke risico's in dit wetsvoorstel. In hoofdstuk 14 is nader aangegeven welke frauderisico's deze partijen bij de Wlz zien. In algemene zin kan worden geconcludeerd dat het risico op fraude en oneigenlijk gebruik in de Wlz kleiner is dan in de AWBZ. De Wlz kent weliswaar een aantal risico's die de AWBZ ook kent, maar de Wlz bevat ook verbeteringen ten opzichte van de AWBZ.

De risico's bevinden zich onder andere op het vlak van de bekostiging en het toezicht. Daarnaast blijft het pgb een aandachtspunt en blijven er, omdat zorg voor cliënten over verschillende domeinen heen wordt georganiseerd, schaduwgebieden tussen domeinen bestaan waardoor mogelijkheden voor zorgverzekeraars en gemeenten om kosten af te wentelen op de Wlz en vice versa niet volledig kunnen worden uitgesloten. Onder meer de Nza en het CIZ waarschuwen hiervoor (zie hoofdstuk 14).

De toegang tot de Wlz wordt minder fraudegevoelig, doordat het CIZ de indicatie zelf stelt in plaats van dit aan zorgaanbieders uit te besteden. Daarnaast dienen ook hulpverleners met een medisch beroepsgeheim het CIZ die gegevens te verstrekken, die het nodig heeft voor de indicatiestelling en voor eventuele latere (al dan niet ambtshalve) herindicatie. Het pgb wordt minder fraudegevoelig doordat trekkingsrecht wordt geïntroduceerd en het zorgkantoor betalingen vanuit het pgb strenger



gaat controleren. Overigens moet het zorgkantoor een pgb weigeren als de cliënt zich eerder niet aan plichten van pgb heeft gehouden.

Omdat het wetsvoorstel Wlz aanzienlijk is gewijzigd ten opzichte van de consultatieversie van het wetsvoorstel, acht de regering het van belang om voorliggend wetsvoorstel nogmaals te laten toetsen op fraudegevoeligheden. Dit gebeurt parallel aan de indiening van het wetsvoorstel bij de Tweede Kamer.

#### *Taskforce Integriteit Zorgsector*

De regierol van het Ministerie van VWS komt verder tot uiting in de Taskforce Integriteit Zorgsector (TIZ), bestaande uit een samenwerkingsverband tussen de NZa, de Fiscale Inlichtingen en Opsporingsdienst (FIOD), de Inspectie SZW, de IGZ, de Belastingdienst, het Openbaar Ministerie (OM), ZN, het CIZ en het Ministerie van VWS. De Taskforce heeft in een convenant in februari 2013 vastgelegd de samenwerking op het terrein van zorgfraudebestrijding te gaan versterken. Onder regie van de TIZ is in het najaar van 2013 het Expertisecentrum Zorgfraude Bestrijding (EZB) van start gegaan. Het EZB heeft twee taken. Ten eerste het opsporen van (patronen van) fraude en ten tweede het gezamenlijk aanpakken van meervoudige zorgfraudezaken.

### **9.2 De rol van het CIZ bij het tegengaan van fraude**

Met dit wetsvoorstel positioneert de regering het CIZ als sterke onafhankelijke poortwachter voor de toegang tot de Wlz. Dat is van belang om te voorkomen dat cliënten tussen wal en schip vallen en om afwenteling van zorg tussen domeinen te voorkomen, maar is ook cruciaal voor de aanpak van fraude. Daarnaast neemt de regering met dit wetsvoorstel een aantal additionele maatregelen om de bevoegdheden van het CIZ bij de aanpak van fraude te verruimen en te verduidelijken. Indien een zorgvrager een indicatie aanvraagt bij het CIZ, acht de regering het van belang dat het CIZ afdoende kan controleren of de indicatieaanvraag terecht is en/of de verstrekte informatie waarheidsgetrouw is. Hierdoor kan fraude al zo snel mogelijk worden tegengegaan. Daarnaast is het van belang dat het in kan grijpen indien het gegronde redenen heeft om aan te nemen dat een indicatie op onjuiste gronden is afgegeven. Het CIZ heeft in de AWBZ te maken met een aantal beperkingen, dat een zorgvuldige indicatieprocedure en een effectieve aanpak van fraude in de weg kan staan. Dit verandert met dit wetsvoorstel. In paragraaf 2.2.2 en 5.5 is toegelicht op welke wijze de regering de positie en handelwijze van het CIZ als poortwachter van de Wlz wil versterken. Dit gebeurt onder andere door de invloed van de zorgaanbieders op de uitkomst van het indicatieproces terug te dringen, meer persoonlijk contact te laten plaatsvinden tussen indicatiesteller en potentiële Wlz-gebruikers en het vormgeven van het CIZ als publiekrechtelijk zelfstandig bestuursorgaan. Dit laatste is het gevolg van het weghalen van de verantwoordelijkheid voor de indicatiestelling bij de gemeenten.

#### *Voorkomen van upcoding*

Het objectief vaststellen wie voor langdurige zorg in aanmerking komt, is een belangrijke pijler van het zorgsysteem. In de laatste jaren is een praktijk ontstaan waarin in de werkwijze van het CIZ vereenvoudigingen zijn aangebracht en waarbij het CIZ bij de indicatiestelling zelfs meer afstand heeft genomen in die zin, dat het de indicatie soms heeft gemandateerd aan zorgaanbieders. Deze aanpak houdt in dat besluiten zijn afgegeven via standaardindicatieprotocollen, herindicaties via taakmandaat of via de indicatiemelding verblijf 80-plus. Uit onderzoek van

het CIZ naar de omvang van upcoding bij deze gemandateerde vormen van indicatiestelling in de AWBZ, blijkt dat instellingen die zelf, via taakmandaat, hun cliënten indiceren vaker zwaardere zorg (of hogere zorgzwaartepakketten) indiceren dan strikt noodzakelijk (upcoding). Het onderzoek van het CIZ is op oktober 2013 naar de Tweede Kamer gezonden.<sup>47</sup> Het CIZ heeft onderzoek gedaan naar het fenomeen upcoding, waarbij onder upcoding wordt verstaan dat de geobjectiveerde zorgbehoefte van de cliënt niet overeenkomt met de inhoud van het door de zorgaanbieder aangevraagde indicatiebesluit. Het kan zijn dat er eigenlijk een ander recht op zorg bestaat (zoals een lager zzp) of er zelfs helemaal geen recht op zorg is.

In de Wlz zal het in beginsel niet mogelijk zijn om de indicatiestelling te mandateren. Per 1 januari 2015 zal iedere indicatiestelling door de CIZ plaatsvinden na een persoonlijk contact met de aanvrager van het indicatiebesluit. Overigens zijn ook vooruitlopend op dit wetsvoorstel in de AWBZ al maatregelen genomen om upcoding en ongewenst strategisch gedrag vanuit aanbieders te voorkomen. Zo heeft het CIZ het toetsingspercentage van de standaardindicatieprotocollen en de herindicaties in taakmandaat verhoogd en zijn de indicatiemeldingen 80+ ook onder het regime van toetsing gebracht.

#### *Verstrekking medische gegevens door medische beroepsbeoefenaren*

Het CIZ heeft medische informatie nodig van degene voor wie het indicatiebesluit wordt aangevraagd. In voorkomende gevallen betreft dit specifieke medische gegevens. Vraagt het CIZ deze op bij hulpverleners, dan weigeren dezen soms het CIZ met een beroep op het medisch beroepsgeheim de desbetreffende gegevens te verstrekken. Het medisch beroepsgeheim is een groot goed. Het is van belang om de burger een onbelemmerde toegang tot de voorzieningen van de gezondheidszorg te bieden. Het medisch beroepsgeheim gaat echter uit van volledige integriteit van alle zorgaanbieders, terwijl de praktijk laat zien dat ook zij partij kunnen zijn bij het veroorzaken of in stand houden van oneigenlijk gebruik of zelf frauduleus handelen in de zorg. In dit wetsvoorstel wordt geregeld dat zorgaanbieders het CIZ die persoonsgegevens, waaronder medische gegevens (en derhalve ook psychologische rapportages), over de cliënt moeten verstrekken, die voor het CIZ noodzakelijk zijn om een cliënt goed te kunnen te (her)indiceren. Het gaat hierbij zowel om informatie die noodzakelijk is voor (her)indicaties op aanvraag, als om gegevens die noodzakelijk zijn om te komen tot een ambtshalve herindicatie in gevallen waarin het CIZ vermoedt dat er sprake is van onregelmatigheden.

#### *Ambtshalve herindiceren*

De Wlz voorziet in de mogelijkheid om in bepaalde gevallen de indicatie voor zorg ambtshalve te herzien of in te trekken. In verband met het tegengaan van fraude en oneigenlijk gebruik, is deze bevoegdheid van het CIZ vooral gericht op de situatie waarin een indicatiebesluit is afgegeven op grond van onjuiste of onvolledige gegevens die door de verzekerde of derden zijn aangeleverd. In zo'n geval zou het CIZ immers waarschijnlijk tot een andere beslissing zijn gekomen indien het de beschikking had gehad over de juiste gegevens. Indien de gegevens opzettelijk onjuist of onvolledig zijn verleend, meestal met het oog op financieel gewin, zal sprake kunnen zijn van een strafbaar feit. Een voorbeeld hiervan was de

<sup>47</sup> Kamerstukken II 2012/13, 28 828, nr. 51.

zogenaamde Marque-zaak<sup>48</sup>, waarin valselijk medische rapportages werden opgesteld op basis waarvan mensen een persoonsgebonden budget of een arbeidsongeschiktheidsuitkering konden aanvragen. Niet alleen blijkt het medisch beroepsgeheim belemmerend te kunnen werken in het aanpakken van fraude waarbij juist ook medisch beroepsbeoefenaren zijn betrokken, maar ook was er onduidelijkheid over het melden van vermoedens van fraude en de doorwerking daarvan in indicatiebesluiten. Hoewel op grond van jurisprudentie ook zonder specifieke wettelijke grondslag aan bestuursorganen de bevoegdheid toekomt om ambtshalve een eerder genomen besluit in te trekken, vindt de regering het wenselijk te voorzien in een specifieke grondslag.

### **9.3 Taak van de Wlz-uitvoerder en het zorgkantoor bij het tegengaan van fraude**

Naast het CIZ heeft ook de Wlz-uitvoerder en zeker ook het zorgkantoor een taak bij het tegengaan van fraude. Een van deze taken is te controleren of de zorg daadwerkelijk overeenkomstig de gedeclareerde zorg geleverd wordt. Dit doet het zorgkantoor via de materiële controle. Dit is hetzelfde als in de huidige AWBZ, waarbij het zorgkantoor controleert of de door de zorgaanbieder gedeclareerde zorg ook daadwerkelijk is geleverd en/of de verzekerde op de geleverde zorg was aangewezen. Als er signalen zijn van onrechtmatigheid, stelt het zorgkantoor een onderzoek in om vast te stellen wat er precies aan de hand is en vordert het de onrechtmatig uitgekeerde gelden terug. Uiteraard heeft het zorgkantoor ook de verantwoordelijkheid om in zijn eigen bedrijfsprocessen maatregelen te treffen om oneigenlijk gebruik en fraude te voorkomen.

In het Kenniscentrum fraudebeheersing in de zorg, een initiatief van ZN, nemen zorgverzekeraars en de zorgkantoren deel. Zij melden daarin signalen van fraude die zij onderzoeken waardoor een actueel overzicht ontstaat van alle bekende fraudegevallen. Het kenniscentrum geeft de informatie weer door aan het Landelijk verzamelpunt van de NZa of het Verbond van Verzekeraars. Bovendien kan het kenniscentrum verbanden leggen tussen overeenkomstige dossiers.

### **9.4 De rol van de SVB bij het tegengaan van pgb-fraude**

In de afgelopen jaren hebben enkele zaken de media gehaald waarin sprake was van fraude met pgb's. Naast de meer algemene maatregelen in de sfeer van een solide pgb onder de AWBZ/Wlz, zijn ook specifieke maatregelen aangekondigd en genomen om fraude, oneigenlijk en onbedoeld gebruik met het pgb tegen te gaan. Het gaat hierbij om maatregelen die bedoeld zijn om te voorkomen dat mensen een pgb krijgen die niet aan de voorwaarden van het pgb voldoen en te borgen dat het pgb aan zorg (van goede kwaliteit) wordt besteed. Zo is ondermeer verplicht gesteld dat iedereen die een pgb wil face-to-face wordt geïndiceerd, dat het zorgkantoor in een bewustkeuzegesprek beziet of iemand aan de voorwaarden voldoet, zijn de weigeringsgronden aangescherpt en wordt het trekkingsrecht ingevoerd. Op de voorwaarden en weigeringsgronden wordt in de artikelsgewijze toelichting verder ingegaan.

Het trekkingsrecht houdt in dat de SVB namens de verzekerde het persoonsgebonden budget op een rekening houdt. De verzekerde vraagt de SVB uitbetalingen te doen aan zijn hulpverleners. Een uitbetaling kan alleen gedaan worden op basis van geldend zorgcontract tussen

<sup>48</sup> Zie over de Marque-zaak Kamerstukken II 2013/14, 33 750 XVI, nr. 8, p. 14, en Kamerstukken II 2013/14, 17 050, nr. 439, p. 8.

verzekerde en hulpverlener. Elk zorgcontract is op voorhand door zorgkantoor (zorginhoudelijk) en SVB gekeurd, ondermeer om te bezien of er geen sprake is van tussenkomst van malafide bemiddelingsbureaus en zorgaanbieders. De zorgcontracten moeten logischerwijs voortvloeien uit het budgetplan dat de toen nog aspirant-budgethouder aan het zorgkantoor heeft moeten overleggen om het pgb te kunnen krijgen. De verwachting is dat de toekenning van persoonsgebonden budgetten aan de verzekerde in de vorm van trekkingsrechten een remmende werking zullen hebben op fraude, maar ook zullen resulteren in een betere (administratie van de) pgb-bestedingen en lagere administratieve lasten.<sup>49</sup> Het trekkingsrecht is voor de regering een onlosmakelijk onderdeel van het solide pgb.

## 9.5 Toezicht door de NZa

De bekostiging van de zorg wordt zo ingericht, dat een aanbieder wordt geprikkeld om doelmatig zorg te verlenen. Om de risico's op fraude bij de zorglevering te beperken, is het belangrijk dat de NZa in het nieuwe kostenonderzoek dat zij op verzoek van de Minister zal uitvoeren (zie paragraaf 2.4), aandacht heeft voor de medische herkenbaarheid van de prestaties.

De omzetplafonds die de NZa in het kader van artikel 50 van de Wmg oplegt aan zorgaanbieders bij zorg in natura is een belangrijke barrière voor zorgfraude. De NZa bepaalt het plafond op basis van de productieafspraken tussen aanbieder en uitvoerder. Het wetsvoorstel handhaaft deze systematiek. Daarmee heeft de aanbieder voor de ingekochte zorg geen prikkel om meer te declareren dan de afspraak. Immers, boven de vastgestelde grens levert dat geen direct financieel voordeel op. In die zin werpt het budgetstelsel een effectieve belemmering voor fraude op.

## 9.6 Opsporing en straffketen

Hoewel de wet- en regelgeving zo veel mogelijk zal worden vormgegeven dat fraude wordt voorkomen en daar ook flankerend beleid voor is, zal fraude toch voorkomen. Het is dan van essentieel belang dat de daders ook daadwerkelijk worden opgespoord, vervolgd en bestraft. De pakkans heeft immers een groot aandeel in de afschrikwekkende werking van het strafrecht. Een aantal partijen speelt een rol bij het strafrechtelijk tegengaan van zorgfraude. De politie behandelt de meer eenvoudige zaken die passen binnen de prioriteringsafspraken die voortvloeien uit het convenant Aanpak Verzekeringsfraude. Het OM is belast met de vervolging van verdachten. Daarvoor wordt samengewerkt met de politie en met andere opsporingsdiensten. Het OM heeft ook tot taak om te zorgen dat het vonnis van de rechter wordt uitgevoerd. In het Convenant Verzekeringsfraude, gesloten door het Verbond van Verzekeraars, ZN, politie, OM en de zorgverzekeraars, is een aantal thema's benoemd waarvoor men in voorkomende gevallen om de inzet van strafrechtelijke opsporings- en vervolgingscapaciteit zal vragen.

De FIOD is belast met een aantal opsporingsonderzoeken naar ernstige zorgfraude die door NZa-toezicht aan het licht komen of die door het Kenniscentrum fraudebeheersing in de zorg van ZN bij het landelijk verzamelpunt van de NZa zijn gemeld. Bij de Inspectie SZW is een aparte eenheid ingericht (Fraudeteam pgb Inspectie) om fraude met persoonsgebonden budgetten op te sporen.

---

<sup>49</sup> Zie ook de brief aan de Tweede Kamer van 2 december 2012 over de fraude met persoonsgebonden budgetten (Kamerstukken II, 2012/13, 25 657, nr. 96).

## Hoofdstuk 10 Gegevensuitwisseling

### 10.1 Inleiding

De bestuursorganen die belast zijn met de uitvoering van de Wlz, alsmede de toezichthouders, zullen hun taken alleen op een effectieve manier kunnen uitvoeren indien zij beschikken over de juiste informatie. Zeker in een sociaal domein als de zorg is het van belang dat de gegevens waarover partijen kunnen beschikken betrouwbaar en toereikend zijn. Niet alleen is de burger op individueel niveau gediend bij een uitvoeringspraktijk die tijdig gebruik maakt van de juiste en relevante gegevens, maar ook het zorgsysteem als stelsel is hierbij gediend. Een stelsel waarin gebruik wordt gemaakt van relevante en actuele gegevens is minder gevoelig voor uitvoeringsproblemen die kunnen leiden tot verspilling, onbedoeld gebruik of fraude. Dit kan voorkomen dat het zorgstelsel verder onder druk komt te staan door dergelijke verspillende verschijnselen die ook de solidariteit in de zorg kunnen aantasten. Aan de andere kant betekent het gebruik van persoonsgegevens, door de overheid of daarbuiten, een inperking van het grondrecht van bescherming van de persoonlijke levenssfeer (artikel 10, tweede en derde lid, van de Grondwet, artikel 8 van het EVRM, artikel 8 Handvest van de grondrechten van de Europese Unie). Bij het gebruik van bijzondere persoonsgegevens, zoals medische gegevens, is er dan ook een zeker spanning tussen een verantwoorde uitvoering van de wet (effectiviteit) en de genoemde grondrechten (privacy). Vanwege de voor een goede uitvoering van het wetsvoorstel noodzakelijke verwerking van persoonsgegevens is het noodzakelijk de gegevensverwerking in het wetsvoorstel zorgvuldig te normeren en te reguleren teneinde een te grote inbreuk op de persoonlijke levenssfeer en risico's voor de bescherming van die gegevens te voorkomen. De in deze wet voorgestelde bepalingen omtrent de gegevensuitwisselingen tussen uitvoerende organen vormen de uitkomst van een belangenafweging tussen deze belangen.

De gegevensuitwisseling ten behoeve van de Wlz is grotendeels gebaseerd op de gegevensuitwisseling zoals deze onder de AWBZ plaatsvindt. Ook in de Wlz wordt er gebruik gemaakt van de AZR. Het Ministerie van VWS heeft het Zorginstituut de beheertaak van de AZR gegeven. De AZR is een systematiek voor het volgen van de cliënt in alle fasen van de Wlz-keten: van de indicatie via het toewijzen en leveren van zorg tot het vaststellen van de eigen bijdrage. De partijen die hierbij betrokken zijn, de zogenaamde ketenpartijen, wisselen in gestandaardiseerde vorm informatie uit. Elke ketenpartij geeft via de AZR de informatie door die belangrijk is voor de volgende partij in de keten. De informatieuitwisseling vindt plaats via elektronisch berichtenverkeer. Ketenpartijen maken onderling afspraken over de te hanteren standaarden, het Zorginstituut coördineert dit proces. Als partijen er onderling niet uitkomen kan de Minister van VWS bij ministeriële regeling regels stellen over deze gegevensuitwisseling.

Aan de Tweede Kamer is uitgelegd welke veranderingen nodig zijn om tot een duurzaam informatiestelsel in de zorg te komen en hoe hier regie op wordt gevoerd<sup>50</sup>. Partijen regelen onderling zelf waartoe zij in staat zijn op het gebied van informatievoorziening. Daarbij houdt men meer rekening met sectorbrede informatiestandaarden, het gebruik van kernregistraties en sectorale knooppunten. In sectorale knooppunten worden meerdere partijen bediend met gegevens uit bepaalde bronnen. Bij ministeriële regeling kunnen regels opgelegd worden die noodzakelijk zijn voor het op orde brengen van een informatiestelsel in de zorg.

<sup>50</sup> Kamerstukken II 2013/14, 32 620 nr. 93.

Aan het bestaande AWBZ-systeem zijn nieuwe vormen van verstrekking, uitwisseling, openbaarmaking en (meervoudig) gebruik van gegevens toegevoegd. Het zijn dan ook vooral deze verschillen die hierna worden toelicht.

## 10.2 Juridisch kader

In deze paragraaf wordt ingegaan op het algemene juridisch kader voor gegevensverwerking in relatie met dit wetsvoorstel. Op Europees en internationaal niveau gelden juridische kaders voor de Nederlandse privacywetgeving. Het Internationaal Verdrag ter bescherming van de Burgerlijke en Politieke rechten (IVBPR) en het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens (EVRM) bevatten artikelen die beogen de persoonlijke levenssfeer te beschermen. Zo geeft artikel 17 van het IVBPR een ieder het recht op bescherming door de wet tegen willekeurige en onrechtmatige inmenging in de persoonlijke levenssfeer. Inmenging in de persoonlijke levenssfeer is slechts toegestaan indien de verwerking van persoonsgegevens noodzakelijk is en op een gerechtvaardigde grondslag geschiedt. Artikel 8, eerste lid, van het EVRM bepaalt eveneens dat een ieder recht heeft op eerbiediging van zijn persoonlijke levenssfeer. Ook dit artikel biedt geen onbegrensd recht, maar voorziet met het tweede lid in de mogelijkheid om het recht in te perken. Een inmenging in de persoonlijke levenssfeer moet volgens dat lid bij wet zijn voorzien en noodzakelijk zijn in een democratische samenleving en een legitiem doel nastreven. De Wlz voorziet in een dergelijk legitieme doel, namelijk het beschermen van de gezondheid van de burger.

Naast deze verdragen is met name Richtlijn 95/46/EG van het Europees Parlement en de Raad van 24 oktober 1995 betreffende de bescherming van natuurlijke personen in verband met de verwerking van persoonsgegevens en betreffende het vrije verkeer van die gegevens van belang. De regels met betrekking tot het verwerken van persoonsgegevens zijn vastgelegd in de Wet bescherming persoonsgegevens (Wbp). De Wbp is een uitwerking van richtlijn 95/46/EG.

In relatie met nationale wetgeving is de Wbp ook een uitwerking van artikel 10, eerste lid, van de Grondwet. Dat artikel geeft aan dat een ieder recht heeft op eerbiediging van de persoonlijke levenssfeer en dat een beperking hiervan alleen kan geschieden bij of krachtens wet. Deze beperking vindt dus met name plaats via de Wbp. Artikel 7 van die wet bepaalt dat persoonsgegevens uitsluitend voor welbepaalde, uitdrukkelijk omschreven en gerechtvaardigde doeleinden mogen worden verzameld. Het verzamelen van persoonsgegevens moet tevens daadwerkelijk noodzakelijk zijn voor het bereiken van het doel en in verhouding staan tot dat doel. Niet alleen het doel moet het gebruik van persoonsgegevens rechtvaardigen, maar ook de wijze waarop de gegevens worden gebruikt moet gerechtvaardigd zijn.

In artikel 8 van de Wbp is een limitatief aantal gronden opgenomen die het begrip «gerechtvaardigd» nader invullen. Zo is verwerking van persoonsgegevens op grond van artikel 8 van de Wbp toegestaan indien betrokkene voor de verwerking zijn ondubbelzinnige toestemming heeft verleend (onderdeel a), de verwerking noodzakelijk is om een wettelijke verplichting na te komen waaraan de verantwoordelijke onderworpen is (onderdeel c) of de gegevensverwerking noodzakelijk is voor de goede vervulling van een publiekrechtelijke taak door een bestuursorgaan (onderdeel e). Persoonsgegevens mogen alleen worden verwerkt als de verwerking op één of meer van de gronden van artikel 8 Wbp is gebaseerd. De daarop volgende artikelen bevatten verdere voorschriften omtrent de verwerking van persoonsgegevens.



- Artikel 16 van de Wbp verbiedt in beginsel de verwerking van bijzondere persoonsgegevens over iemands gezondheid. In de daarop volgende artikelen zijn echter uitzonderingen mogelijk gemaakt. Voor dit wetsvoorstel zijn met name de artikelen 21, 23 en 24 van de Wbp van belang.
- Artikel 21 van de Wbp bevat specifieke uitzonderingen op het verbod van artikel 16 voor zover het gaat om persoonsgegevens betreffende de gezondheid. De bepaling geeft in onderdeel a van het eerste lid hulpverleners, instellingen of voorzieningen voor gezondheidszorg of maatschappelijke dienstverlening het recht om gezondheidsgegevens van iemand te verwerken, voor zover dat noodzakelijk is voor een goede behandeling of verzorging van de betrokkene dan wel voor het beheer van de betreffende instelling of beroepspraktijk noodzakelijk is. Onderdeel f van het eerste lid geeft bestuursorganen of instellingen die te hunnen behoeve werkzaam zijn dat recht, voor zover dat noodzakelijk is voor een goede uitvoering van wettelijke voorschriften die voorzien in een verzekerd pakket dat afhankelijk is van de gezondheidstoestand van de betrokkene.
- Ook artikel 23 van de Wbp kent uitzonderingen op het verwerkingsverbod van artikel 16. In het kader van een volksverzekering voor langdurige zorg als de Wlz is met name van belang dat het verbod niet geldt als de verwerking geschiedt met uitdrukkelijke toestemming van betrokkene (eerste lid, onderdeel a) of, indien het vragen van toestemming niet mogelijk is, indien de gegevens noodzakelijk zijn ter verdediging van vitale belangen van de betrokkene (eerste lid, onderdeel d). Ook met het oog op een zwaarwegend maatschappelijk belang geldt het verbod niet, indien passende waarborgen worden geboden ter bescherming van de persoonlijke levenssfeer en dit bij wet wordt bepaald (eerste lid, onderdeel f).

### **10.3 Toetsing aan het juridisch kader**

De Wlz biedt een wettelijke basis voor de uitvoering van taken in het kader van deze volksverzekering voor (zwaardere vormen van) langdurige zorg, alsmede voor de verwerking van persoonsgegevens, waaronder bijzondere persoonsgegevens, die voor die uitvoering noodzakelijk zijn. Daarmee is de beperking van de persoonlijke levenssfeer, in overeenstemming met het IVBPR, het EVRM en de Grondwet, bij de wet voorzien.

De Wlz-uitvoerder voert de Wlz uit voor zover de uitvoering niet bij of krachtens de Wlz aan anderen is opgedragen. In beginsel voert de Wlz-uitvoerder de wet uit voor de bij hem ingeschreven verzekerden uit, maar in de praktijk zullen zal één Wlz-uitvoerder als zorgkantoor de wet in een bepaalde regio uitvoeren voor alle verzekerden in die regio. Voor zijn eigen verzekerden verwerkt de desbetreffende Wlz-uitvoerder dan persoonsgegevens als verantwoordelijke in de zin van de Wbp, voor de verzekerden van andere Wlz-uitvoerders doet hij dat als bewerker in de zin van laatstbedoelde wet (de andere Wlz-uitvoerders blijven de verantwoordelijken). Daarnaast zullen de zorgkantoren de persoonsgegevens die zij voor de bij amvb nader te omschrijven administratie- en controlewerkzaamheden gebruiken, als verantwoordelijke in de zin van de Wbp verwerken. Zij verrichten dergelijke werkzaamheden immers op eigen titel. Aan de vereisten van artikel 8, onderdelen c en e, van de Wbp voldaan gezien de publiekrechtelijke taak van de Wlz-uitvoerders. Zij kunnen die hun taken immers alleen naar behoren uitvoeren indien de verwerking van persoonsgegevens mogelijk wordt gemaakt. Het zal daarbij voor een essentieel deel gaan om bijzondere persoonsgegevens, vooral gegevens betreffende de gezondheid van de verzekerde. Het verwerkingsverbod van die gegevens (artikel 16 Wbp) wordt uitgezonderd in artikel 21 Wbp. Hierdoor is er voor zorgaanbieders en zorgverleners

(artikel 21, eerste lid, onderdeel a) en voor bestuursorganen als het CIZ, het CAK, en de Wlz-uitvoerders/zorgkantoren (onderdeel f) een wettelijke basis om gegevens betreffende de gezondheid te verwerken voor de uitvoering van de Wlz.

Hierbij is van belang dat de verzekerde zelf het merendeel van de benodigde (bijzondere) persoonsgegevens zal (laten) verstrekken bij bijvoorbeeld de aanvraag van een indicatiebesluit van het CIZ. De verzekerde zal bij zijn aanvraag zijn burgerservicenummer moeten vermelden en alle informatie moeten verstrekken die van belang is voor de indicatiestelling. Ook is hij verplicht om mee te werken aan onderzoeken door of namens het CIZ. Het CIZ kan immers alleen op grond van betrouwbare (medische) gegevens een oordeel geven over de zorgbehoefte van de verzekerde en de vraag beantwoorden of de verzekerde recht heeft op Wlz-zorg. In het voorgaande hoofdstuk is reeds ingegaan op het belang van een solide indicatiestelling voor de juiste uitvoering en houdbaarheid van de Wlz.

De Wlz is in lijn met het in paragraaf 10.2 geschetste kader. Er wordt immers een legitiem doel (te weten: ervoor te zorgen dat verzekerden die zorg kunnen krijgen, die zij nodig hebben) mee gediend en de verwerking is noodzakelijk voor de uitvoering van een bij of krachtens de wet geregelde verzekering. De artikelen in hoofdstuk 9 van de Wlz hebben betrekking op gegevensverwerking en komen inhoudelijk grotendeels overeen met de huidige bepalingen van de AWBZ. In die bepalingen wordt blijk gegeven van het grote belang van een zorgvuldige omgang met persoonsgegevens en wordt geregeld welke eisen daarbij gelden. Doordat er slechts gebruik wordt gemaakt van de meest noodzakelijke, tot het minimum beperkte gegevensset, zijn de maatregelen proportioneel. Overigens wordt nog opgemerkt dat (de automatisering voor) de uitvoering van de Wlz zo dient te worden vormgegeven, dat de zorgverzekeraars en de aanvullende verzekeraars geen andere Wlz-persoonsgegevens kunnen verkrijgen dan de persoonsgegevens waarop zij ingevolge de in hoofdstuk 9 van dit wetsvoorstel opgenomen gegevensbepalingen recht hebben (tenzij de verzekerde daarvoor vrije en uitdrukkelijke toestemming heeft verleend). In de artikelsgewijze toelichting bij hoofdstuk 9 wordt nader ingegaan op de artikelen die gaan over de verwerking van gegevens.

## **Hoofdstuk 11 Innovatie door te experimenteren**

Bij het experiment met regelarme instellingen zijn goede ervaringen opgedaan met experimenten op het gebied van indicatiestelling, kwaliteitsverantwoording en uniformering van inkoopvoorwaarden. Het experiment regelarme instellingen is gestart in 2011 en zal tot en met 2014 duren. Dit experiment is opgezet om personeel in de verpleging en verzorging minder tijd kwijt te laten zijn aan papierwerk. Daardoor blijft er meer tijd over voor de zorgverlening aan de cliënt. Het experiment richt zich op regels die misschien overbodig zijn. Indien uit de evaluatie van het experiment blijkt dat regels afgeschaft kunnen worden zonder dat dit ten koste gaat van de kwaliteit van de zorg en dat dit ook niet meer kost, zullen die regels worden afgeschaft.

Het experiment heeft tot dusverre laten zien dat er een groeiende behoefte is om, onder bepaalde omstandigheden, van bepaalde wettelijke voorschriften af te kunnen wijken. Wetgeving bevindt zich altijd in een spanningsveld waarbij enerzijds behoefte is aan rechtszekerheid, rechtsgelijkheid en een duidelijke uitvoeringspraktijk, maar waarbij anderzijds ook innovatie gestimuleerd moet worden. Om innovatie mogelijk te maken en de kennis over de effecten van wetgeving te

vergroten, is het nodig om onder bepaalde condities en op kleinere schaal af te kunnen wijken van wetgeving. Bij een experiment of een pilot wordt dan uitgetoetst welke interventies een bijdrage kunnen leveren aan het oplossen van een vraagstuk. De experimenten dienen verantwoord plaats te vinden. Dat betekent dat aan inhoudelijke randvoorwaarden zal moeten worden voldaan, bijvoorbeeld opdat cliënten de zorg blijven ontvangen die zij nodig hebben.

In de afgelopen jaren is beleid ontstaan over de wijze waarop experimenten moeten worden vormgegeven. Dit beleid houdt in dat de verwachting moet bestaan dat een bepaalde regeling effectief zal zijn, maar dat de overtuiging of het directe bewijs daarvan ontbreekt. De verwachting moet daarbij bestaan dat het experiment de effecten van de voorgenomen regeling daadwerkelijk inzichtelijk kan maken. Experimenten zijn per definitie tijdelijk van aard en bevatten monitoring en evaluaties van de effecten.

In de Wlz is een experimenteermogelijkheid opgenomen. Om na te gaan of de Wlz doeltreffender kan worden uitgevoerd, kan bij amvb worden afgeweken van een deel van de artikelen in deze wet en kunnen regels worden gesteld:

- waarmee de samenwerking tussen Wlz-uitvoerders (waaronder zorgkantoren), zorgaanbieders, gemeenten, het CAK, het CIZ en de NZa kan worden verbeterd;
- waarmee de innovatie en kwaliteit van de langdurige zorg worden verbeterd;
- over een andere verantwoording over de uitgaven van het Flz;
- over het verstrekken van inlichtingen over de resultaten van het experiment;
- over de wijze waarop wordt vastgesteld of het met het experiment nagestreefde doel is behaald;
- over de voorwaarden die tijdens het experiment van toepassing zijn op personen of instanties die in het experiment een rol vervullen; en
- over de omstandigheden waaronder het experiment tussentijds kan worden ingetrokken op grond van een daartoe strekkende aanwijzing van de Minister van VWS.

## **Hoofdstuk 12 Internationaalrechtelijke aspecten**

### **12.1 Mensenrechten**

Het College voor de Rechten van de Mens is van mening dat de Wlz de rechten van burgers zal verslechteren. De AWBZ voorziet immers in verzekerde rechten op zorg, terwijl de Wmo 2015, waar een deel van de extramurale zorg van de AWBZ naartoe zal gaan, de gemeenten een grote vrijheid zal geven om te bepalen wie voor de in die wet genoemde voorzieningen in aanmerking zal komen en wat deze inhouden. Daarmee staat de overheveling op gespannen voet met de uit diverse mensenrechtenverdragen voortvloeiende verplichting<sup>51</sup> om de gezondheidszorg voor de bevolking zo mogelijk te verbeteren (en zeker niet te verslechteren). Het College heeft geadviseerd om een en ander beter te beargumenteren.

Vooropgesteld wordt dat dit commentaar van het College voor de Rechten van de Mens eerder ziet op de herziening van de langdurige zorg als geheel, dan op de Wlz in het bijzonder. De Wlz verbetert de zorg voor diegenen die aan de indicatievereisten voldoen – dat wil zeggen voor de meest zorgbehoevenden – immers juist, onder meer omdat de zorg door

<sup>51</sup> Zie onder meer artikel 2 juncto 12 van het Internationale verdrag inzake economische, sociale en culturele rechten (IVESCR).

middel van de zorgplanbespreking meer op de cliënt zal worden toegesneden en omdat het volledig pakket thuis en het persoonsgebonden budget wettelijk worden verankerd.

Indien we vervolgens de gehele herziening van de langdurige zorg in beschouwing nemen, dan kan niet worden ontkend dat het weer beheersbaar maken van de langdurige zorg één van de redenen voor deze herziening is. Zouden de kosten voor de langdurige zorg verder blijven stijgen, dan ontstaat, mede gezien het feit dat ten gevolge van de economische crisis ook andere lasten zwaarder op het inkomen van burgers drukken, het risico dat de gezonden niet meer willen bijdragen aan de zorg voor de zwakkeren. In het ergste geval leidt het wegvallen van deze solidariteit ertoe, dat er in het geheel geen langdurige zorg voor de meest kwetsbaren meer is. De regering is daarom van mening dat de ingrepen noodzakelijk zijn om, zoals artikel 4 van het IVESCR stelt, het algemeen welzijn in onze democratische samenleving in stand te houden. Juist omdat het hier gaat om het recht op gezondheid dat door de Wet op de Zorg (Wlz) bedoelde mensenrechtenverdragen wordt beschermd, is de herziening daarbij zo vormgegeven, dat de kern (of, in termen van laatstgenoemd artikel 4, de «aard») van het recht op langdurige zorg behouden blijft. Zoals eerder aangegeven, blijft voor de meest kwetsbaren in de Wlz het recht op de benodigde langdurige zorg bestaan, terwijl het recht op langdurige intramurale GGZ, verpleging en de meeste persoonlijke verzorging onderdeel zal gaan vormen van de zorgverzekering. Naar de Wmo 2015 zullen vooral die vormen van langdurige zorg worden overgeheveld, die de kern van het recht op zorg minder raken en meer in de sfeer van ondersteuning van zorgbehoevenden liggen, zoals de begeleiding en, voor zover deze op dit moment in het persoonsgebonden budget besloten ligt, de huishoudelijke verzorging.

Op grond van de Wmo 2015, zal, meer dan nu het geval is, voor de vraag of iemand in aanmerking komt voor een maatwerkvoorziening gekeken worden naar de vraag wat de cliënt zelf en wat zijn sociale netwerk kan doen en of algemene voorzieningen niet kunnen volstaan. Indien de cliënt met behulp van zijn netwerk of algemene voorzieningen echter niet in staat is tot zelfredzaamheid of participatie, dan wel beschermd wonen of opvang behoeft, zal de gemeente hem daartoe een maatwerkvoorziening dienen te verstrekken. Uiteindelijk zal derhalve ook met de Wmo 2015 worden voorzien in ondersteuning van diegenen die dit echt nodig hebben. Daarbij sluit de participatiedoelstelling die de regering met de Wmo 2015 heeft, aan bij het doel van het Internationale verdrag inzake de rechten van personen met een handicap (IVRPH) om laatstbedoelden in staat te stellen zoveel mogelijk op gelijke voet in de maatschappij te participeren. Ten slotte wordt opgemerkt dat verschuivingen in de langdurige zorg inspelen op de inmiddels in de samenleving bestaande wens van ouderen, om zo lang mogelijk thuis te blijven wonen, de regie over hun eigen leven te behouden en niet eenzaam te zijn. Gemeenten krijgen daarom de opdracht de toegankelijkheid van voorzieningen, diensten en ruimten voor mensen met een beperking te bevorderen en daarmee bij te dragen aan het realiseren van een inclusieve samenleving.

## **12.2 Langdurige zorg in een ander EU-land**

In de huidige AWBZ hebben zorgverzekeraars de mogelijkheid zorg te contracteren bij een zorgaanbieder in een andere lidstaat van de Europese Unie (EU). Bij de uitwerking van deze wet is overwogen contractering van zorg buiten Nederland wettelijk uit te sluiten en – in beginsel – geen recht op zorg te bieden bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Een dergelijke uitsluiting zou echter niet in overeenstemming zijn met het Europese recht, zodat daarvan is afgezien.

Ter toelichting moge het volgende dienen. De langdurige zorg is uitgezonderd van Richtlijn 2011/24/EU betreffende de toepassing van de rechten van patiënten bij grensoverschrijdende gezondheidszorg. Hoewel er geen Europese jurisprudentie is op het terrein van grensoverschrijdende langdurige zorg, is er geen aanleiding om aan te nemen dat langdurige zorg is uitgesloten van de bepalingen in het Verdrag betreffende de Werking van de Europese Unie (VWEU) inzake het vrij verkeer, behoudens hetgeen hierover in de navolgende paragraaf wordt opgemerkt.

Het Europees Hof van Justitie van de EU heeft in de arresten van 28 april 1998 inzake *Kohll* (Zaak C-158/96), van 28 april 1998 inzake *Decker* (Zaak C-120/95), van 13 mei 2003 inzake *Müller Fauré / Van Riet* (Zaak C-385/99) en van 12 juli 2001 inzake *Geraets-Smits en Peerbooms / VGZ en CZ* (Zaak C-157/99) een lijn ontwikkeld met betrekking tot de vergoeding van grensoverschrijdende zorg die in latere arresten verder verfijnd, maar niet meer wezenlijk veranderd is. Die lijn is als volgt:

- Vergoeding van verleende medische zorg valt binnen de werkingssfeer van de bepalingen inzake het vrij verkeer van diensten (*Kohll*);
- Lidstaten zijn in beginsel vrij wat betreft de wijze waarop zij hun ziektekostenstelsel inrichten, maar ze moeten daarbij wel rekening houden met het Verdrag tot oprichting van de Europese Gemeenschap (inmiddels het Verdrag betreffende de Werking van de Europese Unie (VWEU));
- Het stelsel mag niet dusdanig worden ingericht dat het vrij verkeer van personen, diensten en goederen wordt belemmerd;
- De vergoeding van zorg in een andere EU-lidstaat afhankelijk stellen van voorafgaande toestemming schrikt de verzekerde af om naar het buitenland te gaan en belemmert daarmee het vrij verkeer van diensten (*Kohll* en *Decker*);
- Een dergelijke belemmering van het vrij verkeer kan gerechtvaardigd worden door dwingende reden van algemeen belang, zoals het de noodzaak een financieel houdbare en voor iedereen toegankelijke gezondheidszorg te garanderen (*Kohll* en *Decker*), maar die uitzonderingsgrond is bij extramurale zorg doorgaans niet aanwezig (*Müller-Fauré*);
- Om een belemmering van het vrij verkeer te rechtvaardigen moet er – naast een dwingende reden van algemeen belang – sprake zijn van een maatregel die niet verder gaat dan noodzakelijk en moet het resultaat niet bereikt kunnen worden door minder beperkende maatregelen (proportionaliteitsvereiste).
- Een vereiste van voorafgaande toestemming bij intramurale zorg beperkt het vrij verkeer van diensten, maar deze beperking kan gerechtvaardigd zijn – want daar kunnen de financiële houdbaarheid en toegankelijkheid wèl in het gedrang komen – mits de toestemming alleen op de medische gronden in het individuele geval geweigerd kan worden (zorg niet tijdig voorhanden in eigen land) (*Smits-Peerbooms*).

In het arrest van het Hof van Justitie van de EU van 19 april 2007 inzake *Stamatelaki / OAEE* (Zaak C-444/05) lag een Griekse wettelijke regeling onder vuur die vergoeding van zorg uitsloot indien de zorg was genoten in een particuliere instelling – in binnen- of buitenland – waarmee geen overeenkomst was gesloten. Volgens het Hof was deze maatregel niet proportioneel om het doel van een financieel houdbare en voor iedereen toegankelijke gezondheidszorg te garanderen.

Leggen we een contracteerverbod van zorginstellingen in andere EU-lidstaten naast de jurisprudentielijn van het Hof van Justitie van de EU, dan lijkt een dergelijk verbod hetzelfde lot beschoren. Er zou dan immers sprake zijn van een belemmering van het vrij verkeer van

diensten. Indien de zorg bij zorgaanbieders in een andere lidstaat in beginsel niet vergoed wordt, zouden verzekerden worden belemmerd in hun mogelijkheden om zorg in te roepen bij die zorgaanbieders. Bovendien worden die buitenlandse zorgaanbieders belemmerd in hun mogelijkheden om zorg te bieden aan Nederlandse verzekerden. Weliswaar kan de belemmering worden gerechtvaardigd op grond van een dwingende reden van algemeen belang, vanwege de noodzaak een financieel houdbare en voor iedereen toegankelijke zorg te garanderen. Een complete uitsluiting gaat echter te ver, gezien het bovengenoemde arrest *Stamatelaki*, omdat hetzelfde doel kan bereikt worden door de vergoeding van intramurale zorg in een andere EU-lidstaat te onderwerpen aan een vereiste van voorafgaande toestemming.

## **12.3 Verhouding tot EU regels voor de interne markt**

### *12.3.1 Dienstenrichtlijn*

De langdurige zorg is uitgezonderd van de werkingssfeer van Richtlijn 2006/123/EG betreffende de diensten op de interne markt (hierna: de Dienstenrichtlijn) voor zover het activiteiten betreft die vallen onder het begrip «de diensten van de gezondheidszorg» uit die richtlijn. Ook de Dienstenwet is dan niet van toepassing op de langdurige zorg (artikel 2, derde lid, onder a, onderdeel 2° van de Dienstenwet). In het arrest van het Hof van Justitie van de EU van 11 juli 2013 inzake *Fermarbel* (zaak C-57/12) heeft het Hof geoordeeld dat het begrip «de diensten van de gezondheidszorg» naar de bewoording van de betreffende richtlijn bepaling (art. 2, tweede lid, onder f), alsook naar het doel en de strekking daarvan en naar de context van het stelsel van de Dienstenrichtlijn, ruim moet worden opgevat. De langdurige zorg is daarmee in beginsel uitgezonderd.

Toch kunnen bepaalde activiteiten van langdurige zorg als gevolg van datzelfde arrest buiten het bereik vallen van het begrip «de diensten van de gezondheidszorg». Voor die gevallen kan niet worden uitgesloten dat de Dienstenrichtlijn (en derhalve de Dienstenwet) van toepassing is. Het gaat dan om activiteiten die door de betreffende aanbieder als hoofdactiviteit (of onderdeel daarvan) worden verricht, zonder dat kan worden vastgesteld dat deze diensten daadwerkelijk tot doel hebben de gezondheidstoestand van patiënten te beoordelen, te behouden of te herstellen, of zonder dat deze diensten worden verstrekt door een gezondheidswerker (zoals gedefinieerd in Richtlijn 2011/24 betreffende de toepassing van de rechten van patiënten bij grensoverschrijdende gezondheidszorg). Dat betekent dat bijvoorbeeld voor het vervoer naar een plaats waar de verzekerde gedurende een dagdeel begeleiding of behandeling ontvangt, mogelijk wel onderworpen is aan de Dienstenrichtlijn en de Dienstenwet. In dergelijke gevallen zijn eventuele eisen of vergunningstelsels met betrekking tot de vrijheid van vestiging en het vrij verkeer van diensten, onderworpen zijn aan de daarin opgenomen regels.

In de praktijk zal dit echter naar verwachting zelden aan de orde zijn. De door Wlz-uitvoerders krachtens deze wet te leveren langdurige zorg, zal immers niet snel hoofdzakelijk bestaan uit activiteiten die buiten het ruime begrip «de diensten van de gezondheidszorg» vallen. Dat kan overigens wel gelden voor de vervoerder in het gegeven voorbeeld, die zich richt op het vervoeren van mensen die langdurige zorg ontvangen. Dergelijke gevallen vallen echter buiten het bereik van dit wetsvoorstel: voor de activiteiten van die vervoerders heeft dit wetsvoorstel, waarin ook geen eisen aan die activiteiten worden gesteld, geen gevolgen. De mogelijke toepasselijkheid van de Dienstenrichtlijn en de Dienstenwet is dan immers ook niet het gevolg van dit wetsvoorstel of de genoemde jurisprudentie.



### 12.3.2 Mededinging en staatssteun

Bij de voorbereiding van het wetsvoorstel en gelet op het advies van de Raad van State is aandacht besteed aan de vraag of de uitvoering van de Wlz het verrichten van economische activiteiten inhoudt wat als gevolg zou hebben dat Wlz-uitvoerders gezien kunnen worden als onderneming in de zin van het VWEU. Onder economische activiteit moet dan worden verstaan: een activiteit bestaande uit het aanbieden van goederen en diensten voor een bepaalde markt. De beantwoording van deze vraag is van belang voor de beantwoording van de vraag of de (Europese) regels voor mededinging, staatssteun en het verlenen van bijzondere en uitsluitende rechten in de zin van artikel 106 VWEU op de uitvoering van de Wlz van toepassing zijn.

Voorop staat dat de uitvoering van de Wlz door sociale elementen wordt gekenmerkt en dat – anders dan bij de Zvw – er sprake is van een verzekering van rechtswege, die door de Wlz-uitvoerders risicoloos en zonder onderlinge concurrentie op prijs wordt uitgevoerd. Een markt voor de verzekering van langdurige zorg ontbreekt daarom. De uitvoering van de Wlz betreft de uitvoering van een volksverzekering, die bestaat uit het leveren van de langdurige zorg aan verzekerden die daarop recht hebben. De verzekering heeft een verplicht karakter en is gebaseerd op nationale solidariteit. De Wlz-uitvoerder heeft geen invloed op de hoogte van de premies, die afhankelijk van het inkomen zijn en door de Belastingdienst worden geheven. De Wlz-uitvoerder draagt ook niet het risico van de verzekering. Het leveren van zorg, volgens de in het wetsvoorstel voorgeschreven leveringsvormen, is verplicht (zorgplicht) voor de Wlz-uitvoerder en deze plicht bestaat onafhankelijk van de premies. Wlz-uitvoerders concurreren niet met elkaar ter zake van het leveren van langdurige zorg, hun belangrijkste taak. Eventuele overschotten op de uitvoering vloeien terug in het Flz en komen niet ten goede aan de Wlz-uitvoerders. Gelet op deze sociale kenmerken, is de uitvoering van de sociale verzekering van de Wlz in beginsel geen economische activiteit. Wlz-uitvoerders die langdurige zorg leveren, bieden deze diensten niet aan op een markt. In zoverre handelen Wlz-uitvoerders bij de uitvoering van de Wlz niet als onderneming (vgl. het arrest van het Hof van Justitie van de EG van 16 maart 2014 inzake *AOK Bundesverband e.a. / Ichthyol-Gesellschaft Cordes, Hermani & Co e.a.* (gevoegde zaken C-264/01, C-306/01, C-354/01 en C-355/01).

Van economische activiteiten is bij de uitvoering van de in dit wetsvoorstel geregelde sociale verzekering in beginsel dus geen sprake, en bij de uitvoering daarvan handelt de Wlz-uitvoerder derhalve niet als onderneming. De regering is van mening dat dit ook geldt voor de zorginkoopactiviteiten van de Wlz-uitvoerder. Binnen het stelsel van de Wlz heeft de Wlz-uitvoerder weliswaar een zekere vrijheid om de activiteiten van zorgaanbieders te beïnvloeden, die op een markt opereren waarin zij concurreren om het kunnen geven van langdurige zorg aan verzekerden, maar dit betekent niet dat die inkoop daarmee zelf het karakter van een economische activiteit krijgt. Dat is het gevolg van het arrest van het Hof van Justitie van de EU van 11 juli 2006 inzake *FENIN / Commissie* (Zaak C-205/03 P), dat meebrengt dat de al dan niet economische aard van de inkoopactiviteit niet los kan worden gezien van het gebruik dat de Wlz-uitvoerder van de ingekochte zorg zal maken. De Wlz-uitvoerder gebruikt de ingekochte zorg volgens het wetsvoorstel voor de uitvoeren van de sociale verzekering, door het zorgen voor de zorg waarop verzekerden recht hebben. Zoals hierboven vermeld, is dat geen economische activiteit. Wel kan de regering zich voorstellen dat in de toekomst mogelijk taken worden opgedragen waarbij de vraag zich kan voordoen of deze moeten worden aangemerkt als een economische activiteit. Om die reden is een artikel in het wetsvoorstel opgenomen, op grond waarvan bij algemene maatregel van bestuur taken van Wlz-uitvoerders kunnen worden aangewezen als diensten van algemeen

economische belang. Aldus kan volledig zeker worden gesteld dat de Wlz-uitvoerders ook deze taken kunnen uitvoeren zonder dat sprake zal zijn van (verboden) staatssteun of van het vervalsen van de mededinging. Het voorgaande brengt ook mee, dat zorgverzekeraars, die de mogelijkheid krijgen om aan de eigen verzekerden – via een afzonderlijke rechtspersoon (de Wlz-uitvoerder) binnen hun groep – langdurige zorg via de volksverzekering aan te bieden, geen bijzondere of uitsluitende rechten worden toegekend. Zoals hierboven is vermeld, is het aanbieden van die zorg geen economische activiteit, zodat van een bijzonder of uitsluitend recht als bedoeld in artikel 106 VWEU tot het verrichten van die activiteit geen sprake is.

### **Hoofdstuk 13 Juridisch kader en rechtsbescherming**

Dit wetsvoorstel voorziet in een aantal bevoegdheden voor verschillende bestuursorganen om besluiten te nemen. De procedure voor bezwaar en beroep is in het nieuwe stelsel als hieronder uiteengezet. In het algemeen geldt dat, voordat een belanghebbende tegen een besluit beroep kan instellen bij de bestuursrechter, hij bezwaar dient te maken bij het bestuursorgaan dat het besluit heeft genomen (artikel 7:1 Awb).

#### *a. Beschikkingen gericht aan de verzekerde*

Voor wat betreft de verzekerde kan een globaal onderscheid gemaakt worden tussen besluiten omtrent de toegang tot de Wlz, de leveringsvormen en de eigen bijdrage. De bepalingen over de handhaving van het zorgplan en de zorgplanbespreking zijn niet direct gericht op de verzekerde, maar op de zorgaanbieders (zie onder b), al kan een cliënt die van mening is dat deze bepalingen door zijn zorgaanbieder onvoldoende worden nagekomen, daar nadat hij tevergeefs bij de zorgaanbieder heeft aangeklopt, ook bij het zorgkantoor over klagen. Bij besluiten die direct gericht zijn tot de verzekerde gaat het om de volgende beschikkingen:

- de beschikking waarin de SVB vaststelt of iemand verzekerde is;
- het indicatiebesluit van het CIZ waarin over de toegang en het verzekerd pakket wordt besloten;
- het besluit van de Wlz-uitvoerder/het zorgkantoor over de leveringsvorm (zorg met verblijf, vpt of pgb);
- het eigenbijdragebesluit van het CAK.

Er is voor gekozen om bij deze besluiten niet af te wijken van het gebruikelijke regime. Met betrekking tot een beslissing op bezwaar in het kader van deze besluiten is beroep in eerste aanleg mogelijk bij de rechtbanken. Hoger beroep is mogelijk bij de Centrale Raad van Beroep (CRvB). Het werkterrein van de CRvB strekt zich onder andere uit tot de behandeling van geschillen op het terrein van wetgeving voor oorlogsgetroffenen en de sociale zekerheid (financiële tweepartijengeschillen). De andere volksverzekeringen worden ook door de CRvB behandeld in hoger beroep, alsmede de vraag of iemand onder de kring van verzekerden valt.

#### *b. Besluiten op grond van hoofdstuk 10, paragraaf 4 (zorgplan)*

Tegen de volgende beschikkingen staat beroep open bij de rechtbank Rotterdam:

- het besluit van de Minister van VWS om de zorgaanbieder een schriftelijke aanwijzing of bevel te geven als er geen zorgplan(bespreking) plaatsvindt;
- Het besluit van de toezichthoudende ambtenaar om een last onder dwangsom op te leggen als de inzageplicht van artikel 10.4.1, eerste lid, niet wordt nageleefd;

- Het besluit van de Minister van VWS om een last onder bestuursdwang op te leggen in het kader van handhaving van het zorgplan.

Voor concentratie van dit soort beroepen bij de rechtbank Rotterdam is gekozen in aansluiting op hetgeen voor gelijksoortige zaken in het wetsvoorstel Wkkgz is geregeld. Ook op grond van de Wkkgz zullen besluiten waarmee de IGZ een bevel of aanwijzing is gegeven, besluiten tot oplegging van een last onder bestuursdwang en besluiten tot oplegging van een bestuurlijke boete bij de rechtbank Rotterdam te worden betwist. Ook omdat het hier om een klein aantal zaken gaat, is concentratie van die zaken bij één rechter wenselijk.

Hoger beroep staat open bij de Afdeling bestuursrechtspraak van de Raad van State.

#### *d. Besluiten van de Minister van VWS (m.u.v. zorgplan)*

De Minister van VWS stelt de beheerskosten van het CAK en het CIZ vast. Ook heeft de Minister van VWS de bevoegdheid om aanwijzingen te geven met betrekking tot gegevens die het CAK nodig heeft, en die aanwijzingen te handhaven. In eerste aanleg kan in beroep worden gegaan bij de Afdeling bestuursrechtspraak van de Raad van State. Dit wordt bepaald in artikel 2 van bijlage 2 van de Awb. De Afdeling bestuursrechtspraak is in eerste en enige aanleg bevoegd, zodat geen hoger beroep mogelijk is. Onder de AWBZ is de rechtsbescherming tegen deze besluiten van de Minister van VWS op dezelfde wijze vormgegeven.

#### *e. Overige besluiten*

De NZa heeft de bevoegdheid om, op aanvraag van de Wlz-uitvoerder, te besluiten dat het ontbreken van een zorginkoopovereenkomst geen gevolgen heeft voor de accountantsverklaring die de Wlz-uitvoerder met het financieel verslag moet meezenden. Voor dit besluit geldt, net als bij besluiten die gericht zijn aan de verzekerde (zie onder a), dat beroep in eerste aanleg mogelijk is bij de elf rechtbanken. Hoger beroep is mogelijk bij de Centrale Raad van Beroep.

### **Hoofdstuk 14 Consultatie en adviezen**

Een concept van het wetsvoorstel is in september 2013 voor consultatie aangeboden aan vertegenwoordigende organisaties van cliënten, professionals, zorgaanbieders, uitvoeringsorganisaties en adviesorganen. Er hebben diverse bijeenkomsten plaatsgevonden waarin het wetsvoorstel is toegelicht en waar partijen in de gelegenheid zijn gesteld om een eerste reactie te geven en vragen te stellen. Daarnaast hebben veel partijen van de gelegenheid gebruik gemaakt om schriftelijk te reageren. De regering is alle partijen die in een kort tijdsbestek advies hebben uitgebracht, zeer erkentelijk.

De voor advies voorgelegde consultatieversie van de wet is begin oktober 2013 openbaar gemaakt door plaatsing op de website van de rijksoverheid ([www.rijksoverheid.nl](http://www.rijksoverheid.nl)).

Bepaalde onderdelen van het conceptwetsvoorstel zijn ontleend aan het eerder door de regering ingediende wetsvoorstel Beginselenwet AWBZ-zorg, dat op 30 augustus 2013 is ingetrokken. Met die intrekking kwam de regering tegemoet aan de wens van een Kamermeerderheid, die op 17 juni 2013 verzocht de Beginselenwet in samenhang met het nieuwe wetsvoorstel voor de langdurige zorg te bekijken. Naar aanleiding daarvan is besloten om de bepalingen uit het wetsvoorstel Beginselenwet

AWBZ-zorg op te nemen als hoofdstuk 8 van het onderhavige wetsvoorstel. De reacties die hierop in de consultatieronde zijn gegeven, bijvoorbeeld ten aanzien van het zorgplan, zijn, gelet op de procedure die het wetsvoorstel Beginselenwet AWBZ-zorg reeds heeft doorlopen, buiten beschouwing gelaten.

In de hiernavolgende paragrafen 14.1 tot en met 14.3 wordt ingegaan op de afzonderlijke reacties. Voor de goede orde moet worden vermeld dat alle reacties betrekking hebben op de consultatieversie van het wetsvoorstel, ook waar dat niet expliciet is aangegeven. Tevens moet worden vermeld dat de consultatieversie van de wet nog werd aangehaald als Wet Langdurige Intensieve Zorg (Wet LIZ). Deze titel is inmiddels gewijzigd in Wet langdurige zorg, afgekort Wlz. In het onderstaande wordt de consultatieversie aangehaald als Wlz.

De uitgebrachte adviezen hebben op onderdelen van de wet en toelichting geleid tot aanpassingen. In paragraaf 14.4 is aangegeven op welke wijze deze reacties zijn betrokken bij de onderhavige versie van het wetsvoorstel. Omwille van de leesbaarheid is ervoor gekozen de gewijzigde onderdelen niet volledig in dit hoofdstuk te herhalen. In het onderstaande is alleen ingegaan op de hoofdlijnen van de uitgebrachte adviezen. Voor het overige wordt verwezen naar de rest van deze toelichting.

## **14.1 Cliënten, het veld en gemeenten**

### *14.1.1 Perspectief cliënten*

#### *Gezamenlijke cliëntenorganisaties*

De Chronisch Zieken en Gehandicapten Raad Nederland (CG-Raad), Het Platform VG, de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie, Per Saldo, de Centrale Samenwerkende Ouderenorganisaties en het Landelijk Platform GGZ vragen in hun gezamenlijke reactie aandacht voor de toegang tot de Wlz, de aansluiting op de Wmo 2015, het zorgplan, de rol van de verzekeraar, de positie van burgers en de bekostiging, kwaliteit en financiering van de zorg. Zo pleiten de patiëntenorganisaties voor een onafhankelijke indicatiestelling, bezwaar- en beroepsmogelijkheden in dat kader en uitbreiding van de doelgroep van de Wlz met mensen met een GGZ- of LVG-grondslag. Ook stellen zij voor voldoende capaciteit te borgen voor tijdelijke opvang voor mensen met een intensieve zorgvraag, een onafhankelijke cliëntenondersteuning en goede ondersteuning voor mantelzorgers. Tevens hebben zij voorgesteld de verantwoordelijkheden van de zorgverzekeraars te herzien en af te zien van risicodragendheid in de zorg voor mensen die langdurig beperkt zijn. Wat betreft de bekostiging plaatsen de cliëntenorganisaties een voorbehoud bij de indeling van de zorgzwaarte in drie zwaarteklassen. Voorgesteld is tevens om duidelijker te beschrijven wat wel en wat niet onder de Wlz-verzekerde zorg valt. Ook pleiten de cliëntenorganisaties voor een systeem van persoonsgebonden en persoonsvolgende bekostiging en zijn concrete voorstellen gedaan met betrekking tot het persoonsgebonden budget.

#### *ANBO*

Belangenorganisatie voor senioren, ANBO, heeft in haar reactie op het conceptwetsvoorstel aangegeven dat alleen sprake kan zijn van verbetering van de kwaliteit van langdurige zorg als de aansluiting tussen Wmo, Wlz en Zvw goed verloopt. Hiertoe dienen gemeenten, zorgverzekeraars en aanbieders goed met elkaar samen te werken en afspraken te maken over integrale zorg. ANBO heeft vragen gesteld over het voornemen uit de consultatieversie van de wet om de premie voor de

langdurige zorg niet omlaag te brengen wanneer grote delen van de AWBZ worden overgeheveld naar andere domeinen.

#### *Het LSR*

Het Landelijk Steunpunt (mede-)zeggenschap (het LSR) is verheugd dat het zorgplan een belangrijke functie krijgt bij de indicatie van zorg en dat hiermee het belang van de individuele cliënt centraal wordt gesteld. Het zorgplan is volgens het LSR een goed middel om aan te sluiten bij de wensen en behoeften van cliënten. Om het zorgplan te kunnen benutten voor toekenning van zorg, is het volgens het LSR van belang dat een aantal randvoorwaarden, waaronder een goede onafhankelijke cliëntondersteuning, goed geregeld is.

Het LSR vraagt zich af of de representant voldoende deskundigheid in huis heeft voor het bepalen van de zorgzwaarte volgens de voorgestelde indeling in drie klassen. Het LSR vraagt zich tevens af of er in de Wlz nog wel sprake is van een verzekerd recht en/of voldoende en juiste zorg voor de cliënt nog wel gewaarborgd is, indien er zoveel cliënten met een zware zorgvraag zijn in die betreffende regio, dat het voor de regio beschikbare geld tekort schiet. Het LSR pleit dan ook voor voldoende bezwaar- en beroepsmogelijkheden voor beslissingen over de toegang tot de Wlz en de toegang tot zorg. Voorts pleit het LSR ervoor om specifiekere te omschrijven welke groepen toegang hebben tot de Wlz.

#### *LOC zeggenschap in zorg*

LOC zeggenschap in zorg waardeert het uitgangspunt van de nieuwe wet, waarin kwaliteit van leven een belangrijke factor vormt, maar ziet op een aantal punten geen verbetering ten opzichte van de AWBZ. LOC zou graag zien dat de financiering binnen de nieuwe wet totaal persoonsvolgend en persoonsgebonden is, waardoor de wensen van cliënten meer centraal komen te staan en een cultuurverandering in de zorg op gang kan worden gebracht. LOC zou ook graag zien dat bewoners van instellingen of hun familie meer zeggenschap zouden krijgen over de besteding van middelen, waardoor zij, meer dan nu het geval is, zelf keuzes kunnen maken over wassen, eten, activiteiten, douchen, et cetera. Ook pleit het LOC voor een onafhankelijke cliëntondersteuning, voor openstelling van de Wlz voor GGZ-cliënten en voor wetsoverstijgend kwaliteitsbeleid.

#### *MEE Nederland*

MEE Nederland heeft zich in haar reactie op het wetsvoorstel geconcentreerd op de beschikbaarheid van onafhankelijke en professionele cliëntondersteuning voor mensen die aangewezen zijn op langdurige en intensieve zorg. Dit vraagt volgens MEE Nederland om een wettelijke borging en (continuïteit van) een goede infrastructuur van onafhankelijke en professionele cliëntondersteuning in alle gemeenten, in overeenstemming met de uitgangspunten van de Wmo 2015.

MEE Nederland heeft in haar advies gewezen op afwijkingen in de memorie van toelichting bij de Wlz ten opzichte van de Wmo 2015, onder meer als het gaat om de begripsbepaling «cliëntondersteuning» en de toegang hiertoe. Ook heeft MEE Nederland geadviseerd om het recht op onafhankelijke cliëntondersteuning uit te breiden tot ondersteuning bij alles wat nodig is voor het verkrijgen en effectueren van een passend recht op zorg. MEE Nederland heeft tevens voorgesteld om de cliëntondersteuning van mensen zonder en mensen met een indicatie voor de Wlz, in één hand te houden en bij gemeenten te beleggen. In de consultatieversie van het wetsvoorstel is de verantwoordelijkheid voor cliënton-

dersteuning van mensen met een Wlz-indicatie neergelegd bij de Wlz-uitvoerder.

#### *Alzheimer Nederland*

Door Alzheimer Nederland is gevraagd of de verwachte stijging van het aantal (alleenwonende) mensen met dementie is meegenomen in de prognose van het aantal mensen dat gebruik zal maken van de Wlz. Alzheimer Nederland pleit ervoor om, evenals in de Wmo 2015, aan de zorgstandaard en de ontwikkeling van indicatoren een centrale rol toe te kennen voor de borging van kwaliteit, door de zorgstandaard dementie toe te passen als kwaliteitslat voor de inkoop van zorg en integrale bekostiging van dementiezorg daarop te baseren. Ook pleit Alzheimer Nederland voor onderlinge afstemming van het Wmo- en Wlz-aanbod, teneinde te voorkomen dat door een ontbrekend Wmo-aanbod meer dementerende ouderen een beroep zullen moeten doen op Wlz-zorg. Alzheimer Nederland heeft in dit verband tevens gevraagd op welke manier wordt bewerkstelligd dat gemeenten, Wlz-uitvoerders en representanten samenwerken om te komen tot een op de cliënt afgestemd en gedifferentieerd aanbod.

Alzheimer Nederland heeft gevraagd naar de overgang van mensen met een AWBZ-indicatie naar de Wlz en naar de verantwoordelijkheid voor mensen die tussen de Wmo en de Wlz vallen. Alzheimer Nederland pleit voor de inzet van een casemanager, als vorm van cliëntondersteuning, die het centrale aanspreekpunt is voor mensen met dementie.

Voorts heeft Alzheimer Nederland gevraagd hoe wordt omgegaan met verergering van problemen van mensen die leiden aan progressieve dementie. Alzheimer Nederland pleit daarnaast voor verdere aanscherping van de wettelijke invloed van cliënten op het beleid van de Wlz-uitvoerder en voor recht op activiteiten voor cliënten, onder meer om overbelasting van mantelzorgers te voorkomen. Tevens is gevraagd naar de wijze waarop dementieketens in de Wlz worden versterkt.

#### *14.1.2 Perspectief branche- en beroepsbelangenorganisaties*

##### *Actiz*

Brancheorganisatie Actiz vindt het een goede zaak dat het wetsvoorstel zich richt op intensieve zorg en niet louter op intramurale zorg en dat de dialoog tussen de cliënt en de professional een belangrijke plaats heeft in het wetsvoorstel. Actiz pleit wel voor een sterkere positie van de cliënt in het wetsvoorstel. De intentie om met het wetsvoorstel te vereenvoudigen mist volgens Actiz een helder perspectief.

De in de consultatieversie opgenomen veranderingen op het terrein van de indicatiestelling en de bekostiging zijn volgens Actiz ingrijpende wijzigingen voor de cliënt die ook de bedrijfsvoering van zorgaanbieders (en uitvoerders) wezenlijk treffen. Vanwege de samenloop met een aantal andere belangrijke ontwikkelingen pleit Actiz voor een stapsgewijze implementatie. Actiz vindt dat vooraf duidelijk en bekend moet zijn waar de cliënt op grond van de volksverzekering recht op kan hebben. Actiz pleit ervoor dat het CIZ een indicatiebesluit afgeeft dat passend is bij het cliëntprofiel, zoals dat nu ook het geval is. Daarbij past een pakket met een zorgzwaarte. Het vereenvoudigen van zorgzwaarteklassen is volgens Actiz een onderwerp voor de toekomst. Actiz pleit ervoor de zorgzwaartepakketten bij de bekostiging vooralsnog te handhaven.



Actiz mist het perspectief van vereenvoudiging en vermindering van administratieve lasten dat met het wetsvoorstel wordt beoogd en pleit voor vereenvoudiging en uniformering van de zorginkoopbestekken en meerjarige zorginkoopcontracten. De (tussen-)resultaten van het experiment regelarme zorginstellingen moeten volgens Actiz betrokken worden bij de inrichting van de Wlz.

Actiz is van mening dat bij meer eigen verantwoordelijkheid en autonomie van de burger past dat diens positie wordt versterkt. Zo is Actiz voorstander van de wettelijke verankering van de keuze voor het pgb en het vpt. Actiz pleit ervoor meer ruimte voor de cliënt te laten als het gaat om de keuze tussen naturazorg of pgb en experimenten te starten rondom persoonsvolgende bekostiging voor naturazorg waarbij de cliënt bestedingsmacht heeft. Actiz vindt het van belang dat de cliënt kan kiezen voor de zorgaanbieder van zijn voorkeur. Daarbij past volgens Actiz niet een verbod op betaling van overproductie.

Actiz pleit ervoor dat Wlz-cliënten die in verzorgingshuizen verblijven vooralsnog behandeling op basis van de Zvw kunnen blijven ontvangen. Actiz vindt dat met de consultatieversie van het wetsvoorstel teveel financieel risico bij de aanbieder komt te liggen en dat de cliënt het risico loopt onvoldoende passende zorg en ondersteuning te ontvangen. Daarnaast is het volgens Actiz de vraag of het financieel kader voor de wet aansluit op de zorgvraag en de zorgomvang. Actiz maakt zich daarnaast zorgen over de aansluiting van nieuwe wetgeving rond de Wmo 2015, thuiszorg en Wlz, en daarmee van de zorg en ondersteuning voor mensen die het betreft.

#### VGN

Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN) onderschrijft de keuze van de regering om de levenslange en levensbrede zorg en ondersteuning aan de meest kwetsbare mensen met een beperking in een collectieve verzekering onder te brengen, maar heeft er onvoldoende vertrouwen in dat het wetsvoorstel leidt tot een eenvoudig systeem met minder administratieve lasten. Het perspectief dat in de consultatieversie van de wet is geschetst om, zonder onderscheid naar sectoren, de uitvoering onder te brengen bij zorgverzekeraars voor eigen verzekerden en de zorg uit de Wlz over te hevelen naar de Zvw, past volgens VGN niet bij de aard van de zorg en ondersteuning die in de gehandicaptenzorg wordt geboden.

VGN vindt het niet gewenst om de bepaling van de zorgzwaarte over te laten aan de representant. De representant krijgt in dat model volgens VGN te veel macht, omdat hij zowel de prijs, het volume als de kwaliteit van de zorg bepaalt. Alle risico zou hierdoor bij de zorgaanbieder komen te liggen. Volgens VGN wordt hierdoor bovendien de ruimte die de zorgaanbieder en de cliënt krijgen om samen de zorginhoud te bepalen in een zorgplan, ernstig beperkt. VGN pleit er om die reden voor de zorgzwaarte onafhankelijk te laten bepalen gelijktijdig met de toegang. Ook pleit VGN ervoor persoonsvolgende bekostiging in de wet op te nemen.

VGN pleit ervoor de representanten de wettelijke opdracht te geven meerjarige zorginkoopafspraken te maken, tenzij er gegronde redenen zijn dit niet te doen. VGN heeft tevens voorgesteld de representanten de opdracht te geven om voor de gehandicaptenzorg tot een landelijk uniform inkoopbeleid te komen.

## *VOBC*

De Vereniging Orthopedagogische Behandelcentra heeft haar reactie toegespitst op de consequenties van het wetsvoorstel voor jeugdigen en jongvolwassenen met licht verstandelijke beperking en ernstige gedragsproblematiek. Het VOBC heeft daarbij onderscheid gemaakt in groepen cliënten met een licht verstandelijke beperking, die volgens het wetsvoorstel al dan niet zorg op grond van de Wlz kunnen ontvangen. Kernpunten in de reacties van het VOBC zijn of er voor cliënten die in de nieuwe situatie geen beroep kunnen doen op de Wlz, wel voldoende garanties voor passende begeleiding en behandeling in de Wmo 2015 en de Zvw zullen zijn. Ook heeft het VOBC gevraagd of mensen met een licht verstandelijke beperking, die qua zorgbehoefte voldoen aan de criteria van de wet maar op termijn mogelijk veranderen, recht kunnen hebben op Wlz-zorg of andere passende zorg. Ook heeft het VOBC gevraagd of mensen met een licht verstandelijke beperking en blijvende ernstige gedragsproblematiek recht kunnen hebben op zorg uit de Wlz.

## *NVO*

De Nederlandse Vereniging voor pedagogogen en Onderwijskundigen (NVO) heeft, evenals het VOBC, aandacht gevraagd voor de groep cliënten met een licht verstandelijke beperking. De NVO kan zich vinden in het wetsvoorstel en de uitgangspunten van kwaliteit van leven en de eigen regie daarover. Dat geldt ook voor het niet toedelen van zorg op grond van stoornissen. De NVO kan zich tevens vinden in de voorgestelde driedeling in zorgzwaarten, de keuze tussen de leveringsvormen en de reguleringsmechanismen in het wetsvoorstel. De kritiek van de NVO heeft betrekking op de doelgroep kinderen en jongeren met een verstandelijke beperking, waarop in het wetsvoorstel niet wordt ingegaan. Dit laat volgens de NVO een aantal vragen over kinderdienstencentra en zorg binnen een onderwijscontext onbeantwoord. Ook wordt de groep licht verstandelijk gehandicapten volgens de NVO ten onrechte uitgesloten van de Wlz, is het wetsvoorstel sterk medisch georiënteerd en is de rol van de professional onvoldoende doordacht en uitgewerkt.

## *Mezzo*

De landelijke vereniging voor Mantelzorgers en Vrijwilligers (Mezzo) is positief over het bevorderen van de samenwerking tussen formele en informele zorg in opleidingen. Ook de mogelijkheid om het pgb te gebruiken om niet-professionals uit het sociale netwerk van de cliënt financieel voor hun diensten te belonen, wordt gewaardeerd.

Mezzo deelt niet de opvatting uit de consultatieversie van het wetsvoorstel dat de betrokkenheid van mantelzorgers lijkt te verminderen zodra iemand de eigen omgeving verlaat om in een meer beschermde omgeving, zoals een instelling, te gaan wonen. Mezzo onderschrijft daarnaast niet de volgtijdelijkheid waar in het wetsvoorstel van uit is gegaan als het gaat om achtereenvolgens zelfzorg, informele zorg en formele zorg. Van meet af aan kan formele zorg nodig zijn. Mezzo bepleit de betrokkenheid van mantelzorg en informele zorg een verplicht onderdeel te laten zijn van de zorgplanbespreking. Daarbij moet ook aan de orde komen welke ondersteuning daarbij nodig is. Voorts is Mezzo voorstander van keuzevrijheid, waarbij tegelijkertijd zowel zorg in natura als zorg met een pgb mogelijk moeten zijn. Mezzo pleit er bovendien voor om met patiëntvolgende budgetten te werken.

### *GGZ Nederland en RIBW alliantie*

GGZ Nederland en RIBW alliantie hebben in hun gezamenlijke reactie op de consultatieversie van de wet aangegeven te betreuren dat de grondslag «psychiatrie» in de Wlz niet meer tot een recht op Wlz-zorg kan leiden. Behandeling van GGZ-problematiek kan wel plaatsvinden binnen de Wlz indien deze integraal onderdeel uitmaakt van de zorgvraag waarvoor men wèl in de Wlz is terechtgekomen. GGZ Nederland en RIBW alliantie vragen zich af hoe voor mensen met comorbiditeit wordt bepaald welke grondslag dominant is en uit welk wettelijk kader hun zorg wordt bekostigd. Ook pleiten beide organisaties ervoor dat comorbiditeit wordt meegewogen bij de toegang tot de Wlz, omdat dit leidt tot een vraag om meer intensieve zorg. Bepleit is tevens een scherpe afbakening van wettelijk kaders om te voorkomen dat burgers tussen het CIZ en de gemeente heen en weer worden gestuurd of dat de zorgverzekeraar cliënten vanuit de Zvw te snel doorsluisst naar de Wlz. Naast meer duidelijkheid over de bekostiging van GGZ-begeleiding en -behandeling en overbruggingszorg hebben GGZ Nederland en RIBW alliantie ervoor gepleit dat onder psychiatrische behandeling ook specialistische psychiatrische begeleiding wordt begrepen.

### *Federatie Opvang*

De Federatie Opvang heeft in haar reactie aandacht gevraagd voor burgers die meerdere aandoeningen hebben, niet goed in een hokje zijn onder te brengen en in veel gevallen zorg mijden of onaangepast gedrag vertonen dat kan leiden tot verwaarlozing, verloedering en maatschappelijke teloorgang. De Federatie Opvang zou graag zien dat vooruitlopend op de nieuwe wet aan de hand van actuele casuïstiek wordt nagedacht hoe uitzonderingsregels achteraf voorkomen kunnen worden.

De Federatie Opvang heeft gevraagd hoe de afbakening tussen de Wlz, Wmo 2015 en Zvw wordt vormgegeven als het gaat om mensen met een psychiatrische problematiek, teneinde te voorkomen dat mensen van het kastje naar de muur worden gestuurd en afwenteling tussen deze domeinen plaatsvindt. In dit verband heeft de Federatie tevens gevraagd wat er bij de herinrichting van het stelsel gebeurt met cliënten met een dubbele grondslag (verstandelijke of somatische beperkingen gecombineerd met psychiatrische problematiek). Ook is gevraagd naar de redenering achter de voorliggendheid van de Zvw op de Wlz en van de Wlz op de Wmo. De Federatie heeft ook om verduidelijking gevraagd over zvp's GGZ 1 en 2 voor jongeren tot en met 22 jaar, voor mensen die niet beschikken over een burgerservicenummer en voor illegalen en vreemdelingen zonder verblijfsvergunning. Met betrekking tot laatstgenoemde categorie is de vraag gesteld of de zorg aan illegale vreemdelingen die wordt geleverd vanwege medische noodzaak of vanwege opname in een gedwongen kader uit de Wlz moet worden vergoed en/of er een verbinding is met de wat ingevolge de Zvw geldt voor onverzekerbare vreemdelingen. Ook heeft de Federatie gevraagd hoe de wet bevordert of vereist dat gemeenten en zorgverzekeraars/Wlz-uitvoerders samenwerken, of zorgaanbieders onder de Wlz een toelating op grond van het CIBG moeten hebben en of cumulatie van wettelijk vastgestelde eigen bijdragen in de Wmo 2015, Wlz en Zvw en de eigen bijdrage voor opvanginstellingen is uitgesloten.

### *V&VN*

De beroepsvereniging van zorgprofessionals (V&VN) heeft gevraagd of gezondheidsinformatie die wel relevant is voor de zorgverlening maar niet

voor de toegang tot de Wlz, alleen beschikbaar komt bij de zorgaanbieder c.q. zorgverlener en niet bij het CIZ of de Wlz-uitvoerder. De vereniging ondersteunt experimenten ter bevordering van innovatie, maar acht het van belang dat er ook inhoudelijke garanties worden geboden voor goede zorg. Ook heeft de vereniging aandacht gevraagd voor een zorgvuldige invoering van de wet. De aangekondigde transitie vraagt volgen V&VN tijd om medewerkers om te scholen en nieuwe medewerkers op te leiden. Ook de beschikbaarheid van veel extra wijkverpleegkundigen heeft tijd nodig. Voorts heeft de vereniging gevraagd naar de mogelijkheid van tijdelijke opname om overbelasting van mantelzorgers te voorkomen. Ook heeft de vereniging kritische vragen gesteld over de beoogde rol en verantwoordelijkheid van de representant. Voorts heeft de vereniging een voorstel gedaan voor herziening van de passage in de toelichting over zelfzorg.

### *KNMG*

Enkele bij de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) aangesloten organisaties, waaronder NVAG, Verenso en KAMG-VIA hebben gereageerd op het wetsvoorstel.

De Nederlandse Vereniging Artsen Beleid Management Onderzoek (NVAG) heeft in haar reactie belang gehecht aan nascholing en opleiding van zorgverleners aan wie eisen van kwaliteit gesteld moeten worden. De NVAG vraagt of de voor- en nadelen van de indicatiestelling door het CIZ voldoende zijn onderzocht om tot voortzetting in de huidige vorm te besluiten. Ook vraagt de NVAG zich af of het verzamelen van gegevens wel in overeenstemming is met de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO)<sup>52</sup>.

Verenso, specialisten in ouderengeneeskunde, vindt het een positieve ontwikkeling dat de kwaliteit van zorg in het verpleeghuis ook wordt doorgevoerd in de thuissituatie. Verenso is verheugd dat het de patiënt vrij staat te kiezen waar hij of zij de zorg wenst te ontvangen: in een zorginstelling of in de thuissituatie middels een vpt of pgb. Verenso is het eens met het voorstel de eindverantwoordelijkheid voor de zorg in het verpleeghuis bij de specialist ouderengeneeskunde te leggen, maar vraagt zich af hoe deze regiefunctie zich verhoudt tot de toekomstige Wet zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten<sup>53</sup> waarin staat dat de zorgaanbieder kan aanwijzen wie de zorgverantwoordelijke is. Verenso gaat ervan uit dat bij een volledig pakket thuis de continue, systematische, langdurige en multidisciplinaire zorg (CSLM-zorg) thuis geleverd wordt door een multidisciplinair team waarbij de regievoering bij de specialist ouderengeneeskunde ligt. Verenso vraagt zich af of deze multidisciplinair werkende teams onder leiding van een specialist ouderengeneeskunde ook door thuiszorgorganisaties opgezet zullen kunnen worden als deze voldoen aan de kwaliteitseisen. Niet wenselijk wordt gevonden dat de patiënt met een pgb de medische zorg kan inkopen bij een zelfstandig, individueel werkende specialist ouderengeneeskunde. Verenso stelt voor dat de pgb-houder gebruik dient te maken van een multidisciplinair team onder verantwoordelijkheid van een specialist ouderengeneeskunde. De specialist ouderengeneeskunde verbonden kan zijn aan een verpleeghuis, een thuiszorgorganisatie of een andere organisatie die voldoet aan CSLM-zorg en de kwaliteitscriteria die de Wlz stelt.

<sup>52</sup> De WGBO is te vinden in afdeling 5 van titel 7 van Boek 7 van het BW.

<sup>53</sup> Kamerstukken I 3013/14, 31 996, A.

De Koepel Artsen Maatschappij en Gezondheid (KAMG) en De Vereniging van Indicerende en adviserende Artsen (Via) is van mening dat het CIZ in zijn huidige vorm en werkwijze onvoldoende bijdraagt aan het leveren van de juiste zorg, op de juiste plek aan een burger met een bepaalde zorgvraag en zorgbehoefte. KAMG/Via ziet graag dat kwaliteitseisen worden gesteld aan de deskundigheid van de indicatiestellers en aan het proces van indiceren. KAMG/Via stelt voor dat de indicatiestelling wordt uitgevoerd door een CIZ-arts, opgeleid en geregistreerd als arts Indicatie & Advies, die goed bereikbaar is voor collegiaal overleg met behandelend artsen. Deze arts functioneert aan de voorkant van het indicatieproces en niet – zoals op dit moment – aan de achterkant, als sluitstuk van het indicatieproces. Ook stelt KAMG/Via voor om tegelijkertijd te investeren in risicoprofielen om onderscheid te maken wanneer wel of niet een indicatie aangewezen is en om eenvoudige modellen te ontwikkelen en te implementeren die behandelend artsen in staat stellen snel de benodigde medische en andere relevante gegevens eenduidig en compleet aan te leveren, waarmee de indicatie snel en adequaat door de CIZ-arts kan worden afgehandeld.

#### *14.1.3 Gemeenten*

De Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) en de samenwerkingsverbanden van grote gemeenten (G4 en G32) onderschrijven het uitgangspunt van de Wlz dat een persoon met een indicatie voor de Wlz niet meer onder de Wmo 2015 of de Jeugdwet valt. De gemeenten vinden het jammer dat op dit uitgangspunt een aantal uitzonderingen is gemaakt, waardoor afbakningsproblematiek en averechts werkende prikkels ontstaan tussen de Wmo, de Jeugdwet en de Wlz. Deze afbakningsproblematiek doet zich volgens de gemeenten onder meer voor ten aanzien van woningaanpassingen en verhuiskostenvergoedingen, de kosten van eten en drinken en wassen van kleding, de vergoeding van een scootmobiel, opvoedkundige hulp aan ouders van een kind met een Wlz-indicatie en kortdurend verblijf. Ook hebben gemeenten gepleit voor meer duidelijkheid over de afstemming van eigen bijdragen, het opnemen in de wet van een verplichting tot samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraars en voor maatregelen die zorgaanbieders ertoe bewegen meer maatwerk te leveren, bijvoorbeeld in de vorm van het vpt.

## **14.2 Reactie van uitvoerders en toezichthouders**

### *14.2.1 ZN*

ZN heeft aangegeven geen verantwoordelijkheid te kunnen nemen voor de uitvoering van de wet in de vorm waarin deze ter consultatie is voorgelegd. Principiële bezwaren bij de wet betreffen de verantwoordelijkheden van zorgverzekeraars in de gekozen uitvoeringsconstructie, de voorliggendheid van de Wlz en de afbakening ten opzichte van de Wmo 2015 en de Zvw. De verzekeraars hebben aangegeven dat het belangrijk is dat zij niet verantwoordelijk worden gemaakt voor de (regionale) uitvoering van de Wlz als zij niet beschikken over de juiste positie, instrumenten en informatie om hieraan invulling te kunnen geven. De zorgverzekeraars betwijfelen daarnaast of de beoogde strikte regulering van de toelating tot de Wlz mogelijk is. Door naast intramuraal verblijf ook zorg thuis in de eigen omgeving onder de Wlz te brengen, is de afbakening tussen de Wlz, de Wmo 2015 en de Zvw onhelder en het risico op afwenteling volgens de verzekeraars aanzienlijk. Dit risico wordt volgens de zorgverzekeraars versterkt indien bij de toegangsbepaling geen rekening gehouden wordt met de sociale omgeving van de cliënt en niet wordt getoetst of zorg uit andere domeinen kan worden geleverd. De zorgverzekeraars hechten eraan dat de wet voldoende mogelijkheden verschaft om waar nodig relevante informatie uit te wisselen van Wlz-uitvoerders met gemeenten en zorgverzekeraars en omgekeerd.

Tevens hechten zij eraan dat ruim voor de invoering van de wet volledige duidelijkheid bestaat over de solvabiliteitseisen voor de zorgverzekeraars die optreden als uitvoerder van de wet.

#### *14.2.2 CIZ*

Het CIZ staat achter de doelstellingen die ten grondslag liggen aan de wet. Wel constateert het CIZ knelpunten in de uitvoering. De invoerings- en overgangsbepalingen die samenhangen met de decentralisatie van taken naar gemeenten, zoals omschreven in de Wmo 2015 en de Wlz, zijn voor het CIZ personeels- en systeemtechnisch niet uitvoerbaar. Het CIZ heeft tevens aangegeven dat de toegangscriteria uit de consultatieversie van de wet niet voldoende zijn om een goede afbakening met de Wmo 2015 te maken. Volgens het CIZ zal dit leiden tot onnodige heen en weer verwijzingen in de uitvoering, tot een grotere doelgroep voor de nieuwe wet en tot hogere uitvoeringslasten voor de indicatiestelling. Het CIZ mist verder een voldoende geconcretiseerde uitwisseling van informatie tussen ketenpartijen om een soepele overgang naar de nieuwe situatie mogelijk te maken. Ook is het CIZ voorstander van een onafhankelijk vastgestelde duiding van de zorgzwaarte bij de start van het recht op langdurige zorg. Dit biedt volgens het CIZ een goede basis voor het gesprek tussen de cliënt en de zorgaanbieder over de invulling van het zorgplan en voor de besprekingen tussen de zorgaanbieder en de representant. De voorgenomen omvorming van stichting tot zelfstandig bestuursorgaan per 2015 stelt het CIZ naar eigen zeggen voor onoverkomelijke problemen.

Op verzoek heeft het CIZ de consultatieversie van de Wlz getoetst op fraudegevoeligheden. Volgens het CIZ moeten de toegangscriteria helder zijn geformuleerd en voldoende houvast bieden om op eenduidige wijze de toegang te bepalen voor het recht op langdurige zorg. Ook heeft het CIZ aangegeven dat bij een versterkte poortwachtersfunctie eigenstandig medisch onderzoek hoort. Voorts pleit het CIZ ervoor om de inzage van het identificatiedocument onderdeel te laten zijn van het face-to-face indicatieonderzoek door het CIZ en voor standaardverificatie van het burgerservicenummer van de cliënt door de Wlz-uitvoerder. Ook heeft het CIZ aangegeven op verzoek van de Wlz-uitvoerder ambtshalve te willen herindiceren bij een uit controle gebleken twijfel aan de terechtheid van de indicatie.

#### *14.2.3 CVZ/Zorginstituut*

De kern van de reactie van het CVZ; per 1 april 2014: Zorginstituut, op de consultatieversie van het wetsvoorstel heeft betrekking op vier punten: de relatie tussen de Wmo 2015 en de Wlz, de toegang tot de Wlz, de complexiteit van de leveringsvormen en het tijdpad voor uitvoeringstechnische zaken. Volgens het CVZ is het belangrijk dat gemeenten en zorgverzekeraars een prikkel ervaren om cliënten zo lang mogelijk thuis te laten wonen met zorg en begeleiding vanuit de Wmo 2015 en de Zvw. Dit kan volgens het CVZ door de introductie van een financiële compensatie, bijvoorbeeld op basis van shared savings. Volgens het CVZ moet verder worden voorkomen dat mensen die met inzet van hun sociale omgeving nog verantwoord en doelmatig thuis kunnen blijven wonen, zich moeten wenden tot de Wlz. Het CVZ pleit er dan ook voor om bij de toegang tot de Wlz de mogelijkheden van het cliëntstelsel, ondersteund door de Wmo en een versterkte eerste lijn, mee te wegen. Verder adviseert het CVZ om de vormgeving van de Wlz zo eenvoudig mogelijk te maken. Het CVZ stelt voor om het vpt en het pgb dezelfde zorg te laten omvatten als de Wlz-zorg in een instelling. Volgens het CVZ is het pgb alleen als overgangsmaatregel aan de orde. Ook adviseert het CVZ om alle farmaceutische en paramedische zorg, hulpmiddelen en rolstoelen onderdeel te laten zijn van de Wlz, om nieuwe afbakeningsproblemen te voorkomen. Met betrekking tot de uitvoering van de Wlz is er door het



CVZ op gewezen dat de contracteerruimte, het pgb-subsidieplafond en de productieplafonds op gespannen voet staan met het verzekeringskarakter van de Wlz. Het CVZ vindt tevens de voorgenomen uitvoering van de Wlz door Wlz-uitvoerders niet werkbaar en de bevoegdheden van de Wlz-uitvoerders en representanten niet duidelijk omschreven. Verder wijst het CVZ op veel majeure technische zaken die geregeld moeten worden en die de gehele keten van indicatiestelling, inkoop, bekostiging en financiering raken. Het CVZ is van mening dat er bij de indicatiestelling gebruik moet worden gemaakt van kwaliteitsstandaarden. Bovendien moeten de standaarden in de AZR volgens het CVZ worden aangepast om informatie-uitwisseling mogelijk te maken.

#### *14.2.4 CAK*

Het CAK heeft in zijn advies gewezen op de systeemaanpassingen die nodig zijn om de wijziging in het verzekerd pakket door te kunnen voeren. Het betreft vooral wijzigingen in de communicatie-uitingen. Het CAK is verheugd met de keuze om de eigen bijdragesystematiek voor alle drie de leveringsvormen te baseren op de systematiek voor de intramurale eigen bijdragen. Deze systematiek kent minder afhankelijkheden in de keten en leidt sneller tot een eigenbijdragebesluit.

Het CAK pleit voor een brede, generieke regeling van inkomens- en/of vermogensafhankelijke eigen bijdragen binnen het gehele zorgstelsel (de vier domeinen), met een anticumulatieregeling. Een dergelijke regeling zou de administratieve lasten verminderen. Ook stelt het CAK voor om – in verband met de overheveling van de langdurige intramurale GGZ naar de Zvw – een eigen bijdrageregeling in de Zvw in te voeren die door het CAK kan worden uitgevoerd. Ook heeft het CAK aangegeven een rol te kunnen spelen bij de gegevensuitwisseling over de domeinen Zvw, Wlz, Wmo 2015 en Jeugd, aangezien het over zorggebruikgegevens beschikt. Deze informatie-uitwisseling dient dan wel, aldus het CAK, op het niveau van de wet te worden geregeld. Ook heeft het CAK aangegeven een rol te willen vervullen bij het informeren van de cliënt over de zorg en de kosten daarvan alsmede over de transitie in de langdurige zorg.

Frauderisico's ziet het CAK in de samenhang tussen de verschillende domeinen, vooral als de afbakening niet goed geregeld is. Door gegevens bij elkaar te brengen en uit te wisselen kan volgens het CAK eventuele fraude worden opgespoord. Ook een heldere regeling voor de eigen bijdragen in de domeinen kan fraude en oneigenlijk gebruik tegengaan. Door de cliënt inzicht te bieden in zijn betalingen en geleverde zorg, kan de cliënt eventuele fraude signaleren.

#### *14.2.5 SVB*

De SVB heeft zich in haar reactie gericht op de nieuwe wettelijke taak die haar met het wetsvoorstel wordt opgedragen. In de consultatieversie van het wetsvoorstel is deze nieuwe taak omschreven als het uitvoeren van betalingen ten laste van pgb's. Volgens de SVB staat deze taakomschrijving een effectieve en efficiënte uitvoering in de weg. Zo kan de SVB volgens deze beschrijving budgethouders niet ondersteunen bij de werkgeverstaken en het uitvoeren van controles op betalingen. Als gevolg van de beperkte taakomschrijving is volgens de SVB ook de wettelijke grondslag voor het gebruik van (persoons-)gegevens te beperkt. De SVB heeft dan ook geadviseerd om de taak van de SVB ruimer te formuleren, zodat alle bestaande en toekomstige taken van de SVB hieronder kunnen worden begrepen. Ook heeft de SVB geadviseerd deze werkzaamheden expliciet te benoemen in de toelichting bij het wetsvoorstel.

#### 14.2.6 NZa

De NZa ziet in de consultatieversie van de Wlz grote risico's voor het toezicht. Ook signaleert de NZa een aantal nadelige uitvoeringsconsequenties. Zo heeft de in de consultatieversie van de wet opgenomen verantwoordelijkheidsverdeling en het ontbreken van een objectieve bepaling van de zwaarteklasse volgens de NZa grote gevolgen voor de regulering en het toezicht.

Ook voor de cliënt voorziet de NZa een risico met betrekking tot de toegang tot de Wlz. Door de scheiding van het toegangsbesluit van het zorgzwaartebesluit is onduidelijk op welke zorg de cliënt recht heeft. Ook kent de Wlz, aldus de NZa, door de gewijzigde bekostigingsstructuur met een klein aantal zwaarteklassen, mogelijkheden tot risicoselectie. Specialiseren in zwaardere cliëntencategorieën wordt hierdoor minder aantrekkelijk.

De NZa constateert daarnaast risico's op het terrein van regulering. Een van die risico's betreft de overschrijding van de regionale contracteer-ruimte via pgb-uitgaven. Daarnaast heeft de nieuwe wijze van indicatie-stelling volgens de NZa negatieve gevolgen voor de kostenbeheersing, omdat een prikkel tot doelmatigheid bij het bepalen van de zorgzwaarten ontbreekt. Hierdoor zal de representant sneller dan wenselijk is een beroep doen op de knelpuntenprocedure. Door het ontbreken van een objectieve bepaling van de zorgzwaarte is het vervolgens voor de NZa niet mogelijk te toetsen of er aanleiding is meer middelen in de regio beschikbaar te stellen. Deze objectieve bepaling van de zorgzwaarte is volgens de NZa ook nodig voor de materiële controle door de repre-sentant. Om Wlz-uitvoerders te prikkelen te sturen op een doelmatige uitvoering van de Wlz, adviseert de NZa overbruggingszorg onder de Zvw te brengen.

De voorgestelde bekostigingsstructuur vergroot volgens de NZa de kans op risicoselectie, aangezien zorgaanbieders volgens de NZa vermoedelijk sneller onderscheid zullen maken tussen cliënten en vervolgens cliënten die relatief dure zorg nodig hebben, zullen mijden. Bovendien is de overstap naar de nieuwe bekostigingsstructuur per 2015 volgens de NZa niet haalbaar. Door ontbrekende informatie kunnen de consequenties van een aantal maatregelen, bijvoorbeeld op het terrein van de invoering van de nieuwe bekostigingsstructuur en het pgb, op dit moment nog niet in zijn geheel door de NZa worden overzien.

Het door de NZa te houden toezicht wordt volgens de NZa complex doordat verantwoordelijkheden en bevoegdheden van de Wlz-uitvoerder en de representant niet goed op elkaar aansluiten. Bovendien is het volgens de NZa nog de vraag of de gekozen constructie wetstechnisch aansluit op de Algemene wet bestuursrecht. Ook vraagt de NZa zich af of de Wlz-uitvoerder de representant wel kan aansturen op zorgtoewijzing, (doelmatige) zorginkoop of toekenning van pgb, wanneer daartoe de wettelijke instrumenten ontbreken.

De Wlz kent volgens de NZa, naast eerdergenoemde risico's, nog een aantal risico's op fraude en misbruik. Zo blijft volgens de NZa in de zorglevering het risico op upcoding en onderbehandeling bestaan, evenals het risico op onterechte inkoop en declaratie. Daarnaast blijft er een risico op onterechte indicatiestelling en is de opzet van het pgb volgens de NZa nog steeds fraudegevoelig. Ook bestaan er ongewenste mogelijkheden voor zorgverzekeraars en gemeenten om kosten af te wentelen op de Wlz.

#### 14.2.7 DNB

In haar reactie op de consultatieversie van de Wlz heeft DNB aangegeven dat niet-risicodragende uitvoering van de Wlz in een aparte rechtspersoon waarvan ook de zorgverzekeraar deel uitmaakt, leidt tot additionele operationele risico's voor de groep waarvan de verzekeraar en de Wlz-uitvoerder deel uitmaken. Hierbij kan volgens DNB gedacht worden aan reputatierisico's, risico's ten aanzien van de beheerste en integere bedrijfsvoering en de specifieke risico's die samenhangen met de governance en intragroepverhoudingen. Op dit moment is het voor DNB lastig een inschatting te geven van de geaggregeerde aanvullende solvabiliteitseisen die zou kunnen voortvloeien uit de verschillende risico's die de Wlz-uitvoerders binnen de verschillende zorgverzekeringsgroepen met zich meebrengen.

De DNB heeft voorts concrete tekstvoorstellen gedaan voor de memorie van toelichting bij het wetsvoorstel, waarmee de rol van de DNB nauwkeuriger wordt beschreven.

### 14.3 Adviesorganen, diensten en inspecties

Het College voor de Rechten van de Mens, het College bescherming persoonsgegevens (CBP) de Raad voor de rechtspraak (RvdR), de Nederlandse Vereniging voor Rechtspraak (NVvR), het OM, de FIOD, het College, Actal en de Algemene Rekenkamer zijn gevraagd advies uit te brengen over het wetsvoorstel.

De NVvR heeft zich vanwege de korte reactietermijn in combinatie met de omvang van het wetsvoorstel, onthouden van advies. Ook de FIOD heeft niet geadviseerd.

#### 14.3.1 Het College voor de Rechten van de Mens

Het College voor de Rechten van de Mens is van mening dat de Wlz de rechten van burgers zal verslechteren. De AWBZ voorziet immers in verzekerde rechten op zorg, terwijl de Wmo 2015, waar delen van de op grond van de AWBZ verzekerde zorg naartoe zullen gaan, de gemeenten een grote vrijheid zal geven om te bepalen wie voor de in die wet genoemde voorzieningen in aanmerking zal komen en wat deze inhouden. Daarmee staat de overheveling op gespannen voet met de uit diverse mensenrechtenverdragen voortvloeiende verplichting om de gezondheidszorg voor de bevolking zo mogelijk te verbeteren (en zeker niet te verslechteren). Het College adviseert een en ander beter te beargumenteren. Daarnaast is het College voor de Rechten van de Mens bang dat de verdeling van de AWBZ-zorg over drie domeinen (Wlz, Wmo 2015 en Zvw) zal leiden tot verkokering en afschuifgedrag. Voorts vraagt College in welke mate mensen die in een instelling willen gaan wonen tussen verschillende zorginstellingen zullen kunnen kiezen, of ze, als ze alleenstaand zijn, de mogelijkheid zullen hebben voor een eenpersoonskamer te kiezen en zo niet, of ze mede kunnen bepalen wie hun kamergenoot wordt. Ten slotte adviseert het College voor de Rechten van de Mens om de toelichting op de artikelen over de zorgplanbespreking en het zorgplan meer in een mensenrecht perspectief te plaatsen en om in de zorgkantoren te verplichten om bij de zorginkoop te bedingen dat de gecontracteerde zorgaanbieders deze artikelen nakomen.

#### 14.3.2 Het College bescherming persoonsgegevens

Het hoofdstuk over de uitwisseling van persoonsgegevens dat in de ter consultatie voorgelegde versie van de memorie van toelichting was opgenomen, was erg kort. Het CBP merkt dan ook op een grondige beschouwing over de verwerking van persoonsgegevens, liefst in samenhang met de gegevensuitwisseling tussen de diverse domeinen, te

hebben gemist. Daarnaast constateert het CBP dat hoofdstuk 9 van het wetsvoorstel twee heel algemene verplichtingen bevat voor het verstrekken en uitwisselen van persoonsgegevens: een ieder moet deze leveren aan instanties die deze nodig hebben voor een goede uitvoering van de Wlz, en deze instanties mogen en moeten deze gegevens uitwisselen met elkaar en met andere instanties voor zover de ontvangende instanties deze gegevens nodig hebben voor een goede vervulling van de hen bij of krachtens de AWBZ/Wlz, de Zvw, de Wmo 2015 of de Jeugdwet opgedragen taken. Het CBP is van mening dat de basis voor de gegevensverwerking en -uitwisseling daarmee te algemeen is en adviseert in de artikelen specifiekere te regelen welke instanties welke (soort) persoonsgegevens voor welke doelen mogen verwerken en met elkaar mogen of moeten uitwisselen. Voorts adviseert het CBP om het uitwisselen van persoonsgegevens betreffende de gezondheid slechts mogelijk te maken tussen zorgverzekeraars en Wlz-uitvoerders.

Het CBP heeft bezwaar tegen de onherroepelijke toestemming voor het opvragen van persoonsgegevens bij derden (waaronder behandelend artsen), die de verzekerde het CIZ volgens de consultatieversie zou moeten verlenen om een indicatie te kunnen krijgen. Hetzelfde geldt voor de regel, in de consultatieversie, dat deze derden in geval van aanwezigheid van een dergelijke toestemming de gevraagde gegevens ook daadwerkelijk dienen te verstrekken. Van een in vrijheid gegeven toestemming is volgens het CBP in dit geval namelijk geen sprake. Bovendien kan het doel van de bepalingen – namelijk te bereiken dat beroepsbeoefenaren met een medisch beroepsgeheim het CIZ die persoonsgegevens over de verzekerde verstrekken, die voor het CIZ noodzakelijk zijn om tot een goede (her)indicatie te komen – ook bereikt worden door hen in een bepaling te verplichten de in die bepaling genoemde soorten persoonsgegevens aan het CIZ te verstrekken. Het medisch beroepsgeheim van artikel 7:457 BW geldt namelijk niet voor zover een wettelijk voorschrift het een beroepsbeoefenaar verplicht gegevens over zijn patiënten te verstrekken.

Voorts heeft het CBP enkele kanttekeningen bij de bepalingen, in de consultatieversie, waarmee werd geregeld dat het Wlz-uitvoerder die persoonsgegevens zou kunnen verwerken, die noodzakelijk waren om te komen tot een zorgzwaartebeesluit.

#### *14.3.3 De Raad voor de rechtspraak*

De Raad voor de rechtspraak merkt op in de memorie van toelichting een hoofdstuk over de rechtsbescherming te hebben gemist. Daarnaast is het de Raad niet duidelijk welke rechtsmiddelen de verzekerde ten dienste staan als het zorgplan onvoldoende wordt uitgevoerd. Ook vraagt de Raad op welk moment de medische beoordeling van het CIZ in rechte kan en moet worden aangevochten. De Raad voor de rechtspraak heeft er bezwaar tegen dat het beroep in zaken die voortvloeien uit hoofdstuk 8 jo. hoofdstuk 10, paragraaf 4 van het wetsvoorstel bij de rechtbank Rotterdam worden geconcentreerd. Het gaat hier volgens de Raad namelijk om reguliere handhavingzaken waarvoor geen bijzondere expertise is vereist. Ten slotte adviseert de Raad voor de rechtspraak om het artikel waarin een versnelde afhandeling van geschillen van uitsluitend geneeskundige aard is geregeld, te schrappen of beter toe te lichten.

#### *14.3.4 Het OM*

Het OM heeft geadviseerd enkele in het wetsvoorstel opgenomen strafbepalingen te schrappen, in het ene geval omdat de strafbaarstelling ook in het Wetboek van Strafrecht is geregeld, en in het andere geval omdat een bestuursrechtelijk optreden meer aangewezen is. Ook stelt het

OM voor om de bepaling te schrappen die opsporingsbeambten het recht geeft elke plaats te betreden die voor de opsporing nodig is. Dat staat namelijk ook al in het Wetboek van Strafvordering. De overblijvende strafbare feiten dienen naar de mening van het OM, indien opzettelijk gepleegd, een misdrijf op te leveren in plaats van een overtreding.

#### *14.3.5 Actal*

Actal geeft aan geen oordeel te kunnen geven over de regeldruk omdat deze in de memorie van toelichting niet wordt berekend. Ook de kwalitatieve omschrijving van de regeldruk is volgens Actal onvolledig. Daarnaast is Actal kritisch ten aanzien van de opmerking dat de effecten op de regeldruk worden meegenomen bij de eerste evaluatie van de wet, zonder dat daarbij is aangegeven wat er vervolgens met de bevindingen zal gebeuren. Alles overwegende adviseert Actal om het wetsvoorstel in zijn huidige vorm niet in te dienen.

Actal adviseert om de effecten van regeldruk kwantitatief in beeld te brengen en daarbij aan te geven hoe deze regeldruk in de oordeelsvorming over het doelbereik van het wetsvoorstel is betrokken. Actal adviseert tevens de kwalitatieve toelichting uit te breiden met de negatieve effecten op de regeldruk en om de eenmalige effecten van regeldruk zowel kwalitatief als kwantitatief in beeld te brengen, met daarbij het voorstel de inverdientijd voor deze «kosten» over maximaal vier jaar uit te spreiden. Ook de effecten voor regeldruk als gevolg van het toezicht moeten volgens Actiz worden verduidelijkt en cijfermatig onderbouwd worden.

Actal adviseert tevens om de risico's op (ervaren) regeldruk in de overgangsfase volledig in kaart te brengen en – in de toelichting – aan te geven hoe deze risico's worden voorkomen. In dit verband wordt geadviseerd om in overleg met uitvoeringsorganisaties te zorgen dat de algemene en gerichte voorlichting en informatievoorziening over de wet duidelijk maakt wat de reikwijdte van de «verplichting» van het sociale netwerk is tot het verlenen van hulp en ondersteuning bij langdurige zorg. Ook adviseert Actal ervoor te zorgen dat relevante (dossier)informatie over burgers door representanten, verzekeraars en het CIZ aan de nieuwe uitvoerders wordt overgedragen, zodat burgers bij de nieuwe uitvoerders niet opnieuw een aanvraag hoeven in te dienen en daarbij niet reeds bekende informatie hoeven te verstrekken. Actal adviseert verder ervoor te zorgen dat de Wlz-verzekeraar/representant de burgers van wie het recht op intensieve zorg op grond van de AWBZ eindigt, uitnodigt voor een gesprek of hen bezoekt om met hen over het mogelijke verzekerde pakket te spreken en te informeren. Ook is geadviseerd te bevorderen dat de onzekerheden voor de doelgroep in de overgang naar de Wlz tot een minimum beperkt worden.

Actal adviseert om de uniformering van gegevens zo vorm te geven en in te vullen, dat slechts met één set van verantwoordingsinformatie wordt gewerkt, met uniforme en eenduidige definities, die zowel door het Zorginstituut als door het departement, de toezichthouders en de verantwoordelijke uitvoerders wordt gebruikt.

#### *14.3.6 Algemene Rekenkamer*

De Algemene Rekenkamer adviseert in de memorie van toelichting te onderbouwen waarom de Wlz-uitvoerders privaatrechtelijke zbo's zullen zijn en is van mening dat artikel 10.4.1 van de Kaderwet zelfstandige bestuursorganen op de Wlz-uitvoerders van toepassing dient te zijn. Daarnaast vindt de Rekenkamer het niet vanzelfsprekend dat de Tweede Kamer geen budgetrecht op het Fonds langdurige zorg zal toekomen. Zij acht het raadzaam dat hierover bij oprichting van het fonds wordt nagedacht. Voorts verzoekt de Rekenkamer de consequenties ten aanzien van de afwikkeling van het AFBZ nader uit te werken. Ten slotte merkt de

Algemene Rekenkamer op dat een integraal beeld van de AWBZ-zorg nog niet voorhanden is, in welk verband zij adviseert om de beschikbare kennis over zowel centraal als decentraal belegde langdurige zorg te bundelen en indien nodig te verbeteren, deze beschikbaar te stellen via een open data-platform en de data die worden gedeeld via dit platform ook een centrale rol te geven in de verantwoording op lokaal en centraal niveau. Overigens begint het advies van de Rekenkamer met een meer technisch punt: zij is van mening dat in de Wlz de Rekenkamer geen geheimhouding dient te worden opgelegd, nu dit volgens de Rekenkamer ook al in de Comptabiliteitswet 2001 geregeld is.

#### **14.4 Reactie op de consultaties**

De door de geconsulteerde partijen gegeven reacties op het wetsvoorstel en de memorie van toelichting zijn betrokken bij de voorliggende, herziene, versie van het wetsvoorstel. Op onderdelen zijn de wet en de toelichting aangepast of verduidelijkt.

##### *Indicatiestelling en uitvoering*

Meerdere geconsulteerde partijen hebben gereageerd op de in de consultatieversie van het wetsvoorstel opgenomen passages over de indicatiestelling en de uitvoering door representanten. Beide onderdelen van de wet zouden niet bijdragen aan een heldere verantwoordelijkheidsverdeling en een goede beheersing van de kosten.

Naar aanleiding van de ontvangen reacties zijn de hiervoor genoemde onderdelen van de wet fundamenteel gewijzigd. Zo is de vaststelling van de zorgzwaarte niet langer toebedeeld aan de Wlz-uitvoerder. In paragraaf 2.2 en 5.5 is toegelicht op welke wijze in de objectieve en professionele indicatiestelling wordt voorzien. Het CIZ, dat met deze wet wordt omgevormd tot een publiekrechtelijk zelfstandig bestuursorgaan met rechtspersoonlijkheid, beslist over de toelating tot de Wlz en stelt de zorgbehoefte vast naar aard, inhoud en (globale) omvang. De in de consultatieversie gekozen werkwijze waarbij het CIZ wel over de toegang tot de Wlz beslist maar geen uitspraak doet over de zorgbehoefte is daarmee komen te vervallen. Tegen het indicatiebesluit van het CIZ staan bezwaar en beroep open.

Wat betreft de uitvoering van de Wlz is gekozen voor een model dat aansluit bij de huidige uitvoeringspraktijk. In paragraaf 2.6 is hieraan aandacht besteed. De in de consultatieversie gekozen uitvoeringsvariant, waarin de Wlz-uitvoerders verplicht werden zich voor de meeste van hun werkzaamheden te laten vertegenwoordigen door een representant, is komen te vervallen. Net als in de AWBZ zullen zorgkantoren in de praktijk het werk doen en het aanspreekpunt vormen voor zorgaanbieders en cliënten.

##### *Leveringsvormen*

Door meerdere geconsulteerde partijen is ook gevraagd naar de ratio van de leveringsvormen pgb en vpt naast zorg met verblijf in een instelling. Bepleit is om – in het belang van een scherpe afbakening tussen de Wlz en de Wmo – de leveringsvorm in de Wlz te beperken tot zorg met verblijf. Tegelijkertijd pleiten andere partijen voor volledige persoonsgebonden en persoonsvolgende bekostiging ter verdere versterking van de keuzevrijheid van cliënten.



De regering heeft ervoor gekozen cliënten met een Wlz-indicatie de keuze te laten of zij de zorg in een instelling, dan wel thuis met een pgb of vpt, wensen te ontvangen. De regering vindt keuzevrijheid voor cliënten belangrijk, omdat de zorg daarmee beter op hun individuele wensen en mogelijkheden kan worden afgestemd. De bekostiging in de Wlz is in die zin dan ook volledig persoonsvolgend. In de paragrafen 2.4 en 2.5 is dit nader toegelicht.

#### *Afbakening, doelgroepen en verzekerd pakket*

Meerdere partijen hebben om een heldere afbakening gevraagd van de zorg die op grond van de Wlz wordt geboden en zorg en ondersteuning uit andere domeinen. Gevraagd is tevens naar omschrijving van cliëntgroepen waarvoor Wlz-zorg bestemd is. In dit verband is ook gewezen op de afbakening van de Wlz ten opzichte van de andere domeinen en het risico op afwenteling naar de Wlz. Het gaat daarbij om een heldere afbakening van rechten op grond van de Wmo 2015, de Jeugdwet, de Zvw en de Wlz, zodat voor alle betrokken partijen helder is vanuit welk domein in een ondersteunings- of zorgvraag van burgers moet worden voorzien. In hoofdstuk 6 is nader ingegaan op de afbakening en de samenhang van de Wlz met de andere domeinen. Door meerdere partijen is tevens gevraagd waarom het ondersteuningsaanbod door gemeenten en wat de sociale omgeving van de cliënt zou kunnen doen niet worden meegevoerd bij de indicatiestelling voor de Wlz. Meerdere partijen hebben er bovendien voor gepleit om de langdurige GGZ onder de Wlz te brengen.

In de memorie van toelichting is verduidelijkt dat de wet ziet op cliënten die vanwege een somatische of psychogeriatrische beperking of een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap blijvend behoefte hebben aan permanent toezicht of 24-uur per dag zorg in de nabijheid. In paragraaf 2.2 zijn de argumenten gegeven waarom de toegangscriteria voor de Wlz volledig zijn gebaseerd op zorginhoudelijke criteria en geen afgeleide zijn van het ondersteuningsaanbod van gemeenten of van wat de sociale omgeving van de cliënt kan doen. Consequentie van het bepalen van de toegang tot de Wlz op basis van zorginhoudelijke criteria, is dat de toegang functioneel is en niet gebaseerd op specifieke doelgroepen.

Tevens is in paragraaf 2.2 uiteengezet om welke reden de regering ervoor kiest om de langdurige GGZ onder te brengen in de Zvw. De grondslag psychiatrie biedt als zodanig geen recht op Wlz-zorg. De zorg voor cliënten met louter een psychische stoornis maakt geen onderdeel uit van de wet. De langdurige GGZ wordt deels overgeheveld naar de Zvw en deels naar de Wmo 2015. Dit geldt echter niet voor mensen die naast hun somatische of psychogeriatrische aandoening of beperking of naast hun verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap op grond waarvan zij een Wlz-indicatie hebben gekregen, bijkomende psychische problemen hebben. Zij komen wél in aanmerking voor behandeling van hun psychische problemen in de Wlz indien zij op grond van die aandoening, beperking of handicap voldoen aan de gestelde criteria.

De zorg voor licht verstandelijk gehandicapte kinderen wordt ondergebracht in het jeugd domein. Indien na het bereiken van de achttienjarige leeftijd behoefte is aan integrale behandelzorg in een verblijfssetting met permanent toezicht of 24 uur zorg in de nabijheid, kan deze zorg worden gecontinueerd dan wel ingezet op grond van de Wlz. Na deze behandelperiode kan de cliënt zijn aangewezen op een andere vorm van zorg vanuit de Wlz danwel kan de cliënt worden ondersteund door de gemeente en/of zorgverzekeraar.

Meerdere partijen hebben gevraagd om een heldere omschrijving van het verzekerde pakket in de Wlz. In paragraaf 2.3 is naar aanleiding hiervan verhelderd wat onder de Wlz-verzekerde zorg valt. Daarbij is aangegeven dat de regering op termijn streeft naar een integraal pakket voor iedereen met een Wlz-indicatie. In paragraaf 2.4 is nader ingegaan op tijdelijk opname van cliënten met een intensieve zorgvraag. In de Wlz is tijdelijke opname mogelijk, voor zover het gaat om cliënten die voor de Wlz geïndiceerd zijn. Het kan daarbij gaan om cliënten die met een vpt of pgb thuis wonen, maar als gevolg van een veranderde thuissituatie tijdelijk zijn aangewezen op verblijf in een instelling.

Om te komen tot een afgestemd zorgaanbod hebben partijen nadrukkelijke gewezen op het belang van een goede samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraars. De regering is zich ervan bewust dat intensieve samenwerking tussen gemeenten, zorgverzekeraars, Wlz-uitvoerders (waaronder uiteraard ook de zorgkantoren) en zorgaanbieders onontbeerlijk is voor het tot stand brengen van zorg en ondersteuning op maat.

#### *Verzekerd recht en financieel kader*

Gevraagd is naar de raming van het aantal cliënten dat van de Wlz gebruik zal maken. In hoofdstuk 7.2 is toegelicht dat er naar verwachting op termijn minder dan 200.000 cliënten gebruik zullen maken van de Wlz. In de eerste jaren zullen op basis van het overgangsrecht nog cliënten met een lichte zorgzwaarte verblijven in de Wlz (zie het hoofdstuk over overgangsrecht verderop in deze toelichting). De uitgaven van de Wlz zullen in de loop van de tijd gaan dalen omdat deze cliënten veelal door overlijden de Wlz zullen verlaten en nieuwe cliënten met een lage zorgzwaarte niet de Wlz instromen.

Daartegenover staat dat het aantal cliënten op termijn zal toenemen als gevolg van de demografische ontwikkeling. Het karakter van de publiek-rechtelijke sociale verzekering brengt met zich mee dat het verzekeringsrisico bij de overheid ligt. In paragraaf 7.1 wordt een aantal instrumenten besproken waarmee de regering beoogd dit risico in te perken. Tegelijkertijd hebben de uitvoerders van de Wlz een zorgplicht. In een situatie waarin meer zorg nodig is dan verwacht, bijvoorbeeld door een toename van het aantal cliënten, liggen de financiële gevolgen daarvan bij de overheid.

#### *Regeldruk*

De door Actal en een aantal overige partijen gemaakte opmerkingen over de regeldruk hebben geleid tot een verduidelijking van hoofdstuk 8 van de memorie van toelichting. Nader toegelicht is wat de eenmalige en structurele kwalitatieve gevolgen zijn van het wetsvoorstel voor de regeldruk voor burgers, zorgaanbieders en Wlz-uitvoerders.

#### *Gegevensverwerking*

Naar aanleiding van het advies van het CBP is hoofdstuk 10 uitgebreid met een uiteenzetting van het juridische kader waaraan de gegevensuitwisseling dient te voldoen. Voorts zijn de door het CBP gewraakte gegevensuitwisselingsbepalingen geconcretiseerd in die zin, dat telkens genoemd wordt welke instanties voor welke doelen (gezondheids)persoonsgegevens mogen uitwisselen. Het advies van het CBP om het uitwisselen van persoonsgegevens over de gezondheid slechts toe te staan tussen zorgverzekeraars en Wlz-uitvoerders, is niet overgenomen. Aangezien louter het gegeven dat iemand in aanmerking komt voor Wlz-zorg al zo'n persoonsgegeven is, dienen dergelijke gegevens ook met

andere instanties te kunnen worden uitgewisseld. Zo zal het CIZ aan bijvoorbeeld de Wlz-uitvoerders bekend moeten kunnen maken dat een van zijn verzekerden een Wlz-indicatie heeft, en zal het CAK, wil het een eigen bijdrage kunnen heffen, moeten weten dat iemand Wlz-zorg ontvangt. Telkens geldt echter dat niet meer persoonsgegevens mogen worden verstrekt, dan de ontvanger nodig heeft om zijn taak goed te kunnen verrichten. In de artikelsgewijze toelichting zal hier nader op worden ingegaan.

In navolging van het advies van het CBP is de onherroepelijke toestemming die een verzekerde moest geven wilde hij in aanmerking kunnen komen voor een Wlz-indicatie, geschrapt. Zoals het CBP adviseert, is in plaats daarvan in de Wlz een artikel opgenomen op grond waarvan derden op verzoek van het CIZ verplicht zijn het CIZ die (gezondheids)persoonsgegevens te leveren, die voor het CIZ noodzakelijk zijn om een goed Wlz-indicatiebesluit te geven. In dat artikel is tevens geëxpliciteerd dat onder «derden» mede worden verstaan hulpverleners met een medisch beroepsgeheim. Daarmee is dan tevens zijn voorzien in een wettelijke verplichting tot gegevensverstrekking als bedoeld in artikel 7:457 van het Burgerlijk Wetboek (BW). Voorts is in dat artikel, zoals het CBP vraagt, bepaald dat het soort gezondheidsgegevens waar het om kan gaan, bij ministeriële regeling zal worden aangeduid.

### *Rechtsbescherming*

Op advies van de Raad voor de rechtspraak is een hoofdstuk «Rechtsbescherming» aan deze toelichting toegevoegd.

Indien een cliënt van mening is dat zijn zorgaanbieder de bepalingen over de zorgplanbespreking of het zorgplan niet (goed) nakomt, zal hij daarover wel eerst moeten klagen bij de zorgaanbieder zelf. Doet die niets, dan is in het wetsvoorstel Wkkgz aanvullend geregeld dat de cliënt naar de geschilleninstantie kan indien de klacht niet naar behoren door de aanbieder wordt behandeld. Wanneer de klachtafhandeling door de zorginstelling niet goed verloopt kan een cliënt vanaf medio 2014 terecht bij het Landelijk Meldpunt Zorg (LMZ). Cliënten kunnen daar terecht voor advies en begeleiding wanneer ze klachten hebben over de kwaliteit van zorg. Daarnaast kan een cliënt klagen bij het zorgkantoor. Deze dient er in het kader van zijn zorgplicht immers voor te zorgen dat de cliënt die zorg krijgt, waarop hij is aangewezen. Omdat de zorgkantoren in hun inkoopovereenkomsten dienen te bedingen dat de zorgaanbieders aan de artikelen over de zorgplanbespreking en het zorgplan voldoen (indien er een amvb over de zorginkoop komt, zal dit daarin worden geregeld), zal het zorgkantoor naar aanleiding van zo'n signaal van een verzekerde vervolgens de zorgaanbieder aan kunnen spreken. Onderneemt ook het zorgkantoor naar aanleiding van het signaal van de cliënt geen actie, dan zal deze daartegen bij het zorgkantoor in bezwaar kunnen komen en vervolgens in beroep bij de rechtbank en in hoger beroep bij de Centrale Raad van Beroep. Te verwachten is echter dat dergelijke zaken niet vaak voor zullen komen. Overigens zal de Minister een zorgaanbieder die vaker niet aan zijn verplichtingen inzake de zorgplanbespreking of het opstellen van het zorgplan voldoet, een aanwijzing kunnen geven.

Aangezien in het wetsvoorstel niet meer wordt geregeld dat de Wlz-uitvoerder een zorgzwaartebesluit neemt (in plaats daarvan bepaalt het CIZ aard, inhoud en (globale) omvang van de benodigde zorg), is het verstrekken van medische gegevens door het CIZ aan de Wlz-uitvoerder niet meer aan de orde. Indien een verzekerde het niet eens is met de medische gegevens die het CIZ aan zijn indicatiebesluit ten grondslag

legt, dient hij bij het CIZ in bezwaar te komen. Daarna staat beroep bij de rechtbank en hoger beroep bij de Centrale Raad van Beroep open.

Ten slotte is op verzoek van de Raad voor de rechtspraak is het artikel waarin een versnelde afhandeling van geschillen van uitsluitend geneeskundige aard was geregeld, geschrapt.

### *Strafbepalingen*

Naar aanleiding van het advies van het OM is besloten de strafbepalingen, die in de consultatieversie uit de AWBZ waren overgenomen, geheel te laten vervallen. Voor zover het niet nakomen van bij of krachtens de Wlz geregelde verplichtingen niet op grond van het Wetboek van Strafrecht reeds een overtreding of misdrijf oplevert (wat bijvoorbeeld het geval zal zijn bij fraude), ligt bestuursrechtelijke handhaving door de NZa op grond van de Wmg meer in de rede. Bij deze beslissing heeft mede een rol gespeeld dat de overblijvende strafbare feiten waar het OM over spreekt, bij of krachtens amvb te regelen strafbare feiten waren. Van de mogelijkheid om bij of krachtens een op grond van de AWBZ gestoelde amvb overtredingen aan te wijzen, is in de AWBZ op dit moment echter geen gebruik gemaakt. Niet aannemelijk is, dat dit onder de Wlz wel wenselijk zou gebeuren.

### *Fondsen en informatiebeleid*

Mede naar aanleiding van het advies van de Algemene Rekenkamer zijn de bepalingen om te komen tot een goede afwikkeling van het AFBZ herschreven. Voorts is in paragraaf 2.6 van deze toelichting beargumenteerd waarom de Wlz-uitvoerders privaatrechtelijke zbo's zullen zijn.

De Algemene Rekenkamer vraagt opnieuw aandacht voor de democratische besluitvorming en verantwoording over de premiemiddelen en heeft gevraagd om bij de oprichting van het Flz na te denken over de wijze waarop de begroting, controle en verantwoording van de premiemiddelen is ingericht. De uitgaven van de Wlz maken deel uit van het budgettair kader zorg (BKZ). De Minister van VWS is politiek verantwoordelijk voor de beheersing van de zorguitgaven binnen het BKZ. De verantwoording over de uitgaven binnen het BKZ door de Minister van VWS maakt deel uit van de Rijksbegrotingsvoorschriften ([www.rbv.minfin.nl](http://www.rbv.minfin.nl)). De Minister van VWS kan de hoogte van de uitgaven beïnvloeden door wijzingen aan te brengen in dit wettelijk kader, de hoogte van de eigen bijdragen, het verzekerd pakket en de tarieven. Het parlement is hierbij nadrukkelijk betrokken. Meer specifiek wordt in de Wlz de invloed van de Minister en het parlement op de uitgaven in de Wlz versterkt doordat de Minister – anders dan in de AWBZ – jaarlijks het totaal van het macrobudgettaire kader zal vaststellen, inclusief de nominale ontwikkeling, beschikbare groeimiddelen en effecten van maatregelen. Op deze wijze is de invloed van de Minister en de Eerste en Tweede Kamer in de Wlz bij het bepalen van het makro-kader en de bestemming van de middelen voldoende geborgd.

De regering is het met de Algemene Rekenkamer eens dat een bundeling wenselijk is van centraal en decentraal beschikbare informatie over toegang, gebruik en kosten van langdurige zorg. Op korte termijn zal dan ook verder worden gewerkt aan een meer integraal beeld door nieuwe gegevens te ontsluiten en openbaar te maken via de Monitor Langdurige Zorg. Dat delen van de langdurige zorg worden gedecentraliseerd en onderdeel worden van een breed sociaal domein heeft uiteraard consequenties voor de beschikbaarheid van cijfermatige gegevens zoals die thans worden verzameld op centraal niveau. Gemeenten zullen de huidige

standaarden op vrijwillige basis gebruiken. In sommige gevallen zal volstaan moeten worden met een meer geaggregeerd beeld op landelijk niveau. De redactiecommissie van de Monitor Langdurige Zorg zal mede gelet op deze ontwikkelingen adviseren over de verdere ontwikkeling van de monitor.

#### *Implementatie*

Ten behoeve van de implementatie van de Wlz en de transitie naar het nieuwe stelsel wordt een transitieplan opgesteld. In dat transitieplan wordt nader ingegaan op de fasering in de invoering, onder meer als het gaat om de aanpassing van de bekostiging. Om op beide onderdelen van de wet de gewenste stappen te kunnen zetten, is nader onderzoek nodig. Bovendien moeten alle bij de uitvoering van de wet betrokken partijen in de gelegenheid worden gesteld zich op de veranderingen te kunnen voorbereiden. In hoofdstuk 16 is een en ander toegelicht.

#### *Toekomstperspectief*

Kritische opmerkingen zijn tot slot gemaakt bij het in de consultatieversie van de wet genoemde voornemen om te bezien of verdere verbetering van de doelmatigheid mogelijk is, bijvoorbeeld door de Wlz-zorg op termijn risicodragend door zorgverzekeraars te laten uitvoeren voor eigen verzekerden. Naar aanleiding hiervan heeft de regering besloten dit voornemen in die zin te nuanceren, dat bij de beoogde risicodragende uitvoering, de zorg voor mensen met een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke beperking mogelijk buiten beschouwing wordt gelaten.

### **Hoofdstuk 15 Toekomstperspectief**

Met dit wetsvoorstel wordt een belangrijke stap gezet naar een doelmatiger en kwalitatief betere langdurige zorg voor ouderen en gehandicapten. Het betreft een eerste stap. In de HLZ-brief van 25 april 2013 aan de Tweede Kamer heeft het kabinet aangekondigd dat het een aanpak in twee fasen overweegt. In de eerste fase zou de uitvoering regionaal blijven plaatsvinden. De regering kiest er daarbij voor om de zware zorg voor ouderen en gehandicapten onder te brengen in een separaat domein, naast de Wmo 2015, de Jeugdwet en de Zvw. Deze fase is in dit wetsvoorstel nader uitgewerkt.

In tweede fase, die nog niet met dit wetsvoorstel in gang wordt gezet, wordt bezien of verdere verbeteringen in de doelmatigheid mogelijk zijn, bijvoorbeeld door delen van de Wlz over te hevelen naar andere domeinen. De regering overweegt daarbij onderscheid te maken tussen de gehandicaptenzorg en de ouderenzorg. Zoals in paragraaf 2.6 reeds is toegelicht, hebben de twee sectoren verschillende kenmerken.

De gehandicaptenzorg is een sector met een relatief kleine groep cliënten met een levenslange zorgvraag, waardoor de zorgvraag relatief goed voorspelbaar is. Het zorgaanbod is bovendien geconcentreerd (beperkt aantal aanbieders). Door de beperkte omvang en stabiliteit van de doelgroep, hecht de regering eraan dat wordt toegewerkt naar een uniform landelijk inkoopkader voor de zorg. Er zijn verschillende eindmodellen denkbaar voor deze sector. Integrale zorg voor de relatief kleine groep gehandicapten kan mogelijk volledig landelijk wordt ingekocht door één inkoper (publiek of privaat). Dit bespaart administratieve lasten, vermindert regionale verschillen en geeft daarmee meer zekerheid aan cliënten. Maar ook regionale uitvoering (door gemeenten) of risicodragende uitvoering voor eigen verzekerden met een goed verevenings-

model is niet uitgesloten. Over het meest geschikte model heeft de regering haar gedachten nog niet opgemaakt.

De zwaardere ouderenzorg is geconcentreerd in de laatste levensjaren van mensen. Daardoor is de doorstroom hoog vergeleken met de gehandicaptenzorg. Ook gaat het om veel meer mensen. Voor de ouderen die recht hebben op zorg op grond van de Wlz, geldt dat zij doorgaans ook veel gebruik maken van curatieve zorg op grond van de Zvw. Daarom is het voor deze doelgroep belangrijk dat er samenwerking en afstemming bestaat tussen de uitvoerders van Wlz en de Zvw. De regering onderzoekt de mogelijkheden om op termijn de ouderenzorg risicodragend over te hevelen naar de Zvw. Hiermee zou een schot worden weggenomen. Dit kan niet alleen zorginhoudelijke kwaliteit bevorderen, maar ook leiden tot verdere doelmatigheidswinst. Zorgverzekeraars worden dan integraal verantwoordelijk en krijgen de mogelijkheid om te sturen op de totstandkoming van zorgketens over de grenzen van de huidige domeinen heen. Verwacht wordt dat door onderbrenging van de ouderenzorg in één domein betere integrale, cliëntgerichte zorgtrajecten tot stand komen. De eventuele overheveling van aanspraken naar de Zvw verstevigt ook de relatie tussen de verzekerde en zijn verzekeraar. De verzekerde heeft één duidelijk aanspreekpunt als hij verzekerde zorg nodig heeft. Daarnaast kan hij voor ondersteuning in zijn zelfredzaamheid blijven aankloppen bij de gemeente. Verzekerden kunnen via de vrije verzekeraarkeuze in het toekomstperspectief meer invloed uitoefenen op het zorginkoopbeleid van de verzekeraar en daardoor op de kwaliteit van de zorg die zij ontvangen. Door goede afspraken te maken met zorgaanbieders, een doelmatige organisatie en goede service proberen zorgverzekeraars de beste kwaliteit tegen de gunstigste prijs te leveren en zo de meeste klanten voor zich te winnen.

Het is op korte termijn niet mogelijk om de zwaardere langdurige zorg te splitsen, de ouderenzorg risicodragend uit te laten voeren door privaatrechtelijke verzekeraars en voor de gehandicaptenzorg eventueel in een ander domein onder te brengen. Zo is de overheveling van de zware ouderenzorg of zelfs de zware, langdurige gehandicaptenzorg naar de Zvw lastig op korte termijn te realiseren, onder andere vanwege het ontbreken van een adequaat risicovereveningsmodel dat daarvoor nodig is. Overheveling naar de Zvw zonder adequate risicoverevening, kan leiden tot risicoselectie. Dat druist in tegen het doel van bescherming van de meest kwetsbaren. Overhevelen zonder risicodragendheid bij verzekeraars vormt daarentegen juist een budgettair risico voor de overheid. Ook de wijze van financiering van de Zvw vormt een aandachtspunt indien in budgettair opzicht omvangrijke delen van de zware langdurige zorg zouden worden overgeheveld naar de Zvw.

Bovengenoemd toekomstperspectief, oftewel de tweede fase, wordt daarom nog niet met de inwerkingtreding van deze wet gerealiseerd. In de HLZ-brief is aangekondigd dat een beslissing over fase twee niet voor 2017 wordt genomen. De tweede fase voor de ouderenzorg kan pas worden ingezet als de zorgverzekeraars meer ervaring hebben met een doelmatige uitvoering van de Wlz, overtuigend door zorgverzekeraars wordt aangetoond dat deze stap leidt tot aanvullende doelmatigheid en als zij klaar zijn om deze zorg vanaf de start (volledig) risicodragend voor de eigen verzekerden uit te voeren. Hiervoor is een adequaat en stabiel vereveningsmodel vereist, dat de komende jaren wordt ontwikkeld en getest. Ook kan de ouderenzorg pas overgeheveld worden naar de Zvw als de Wlz een beperktere omvang heeft gekregen door het extramuraliseringsbeleid dat reeds is ingezet, zodat onder andere de begeleiding van mensen met een relatief lichte zorg- of ondersteuningsvraag onder gemeentelijke verantwoordelijkheid valt en alleen mensen met een zware



zorgvraag recht hebben op zorg met verblijf. De inhoud van fase twee in de gehandicaptenzorg hangt af van uitvoeringsmodaliteiten die daarvoor mogelijk zijn. Deze zullen de komende jaren worden onderzocht. De regering sluit daarbij op voorhand geen modellen uit.

## **Hoofdstuk 16 Overgangssituatie, inwerkingtreding en transitie**

Een goed overgangsregime draagt bij aan een zachte landing voor de hervorming van de langdurige zorg. Met de herziening van de langdurige zorg wijzigen de doelgroepen en rechten binnen de AWBZ, Wmo en Zvw aanzienlijk. Het is van belang om tijdig aandacht te besteden aan overgangssituaties om rechtsongelijkheid, rechtsonzekerheid bij cliënten, zorgaanbieders en uitvoerende instanties te beperken.

### **16.1. Overgangsrecht voor cliënten**

De veranderingen voor bestaande cliënten kunnen globaal worden ingedeeld in twee categorieën. Ten eerste zijn er veranderingen als gevolg van verschuiving van zorg en ondersteuning naar een ander domein en ten tweede zijn er veranderingen als gevolg van wijzigingen binnen de Wlz ten opzichte van de AWBZ. In de artikelen 11.1.1 tot en met 11.1.6 is het overgangsrecht met betrekking tot de verzekerden geregeld.

#### *16.1.1 Verschuivingen tussen domeinen: Wlz, Wmo 2015, Zvw en Jeugdwet*

Bij de inwerkingtreding van de Wlz per 2015 kunnen zes groepen cliënten worden onderscheiden:

1. mensen met een indicatie voor extramurale AWBZ-zorg die overgaat naar de Wmo 2015 en/of de Zvw, of de Jeugdwet;
2. mensen met een indicatie voor verblijf dat overgaat naar de Wmo 2015, Zvw of Jeugdwet;
3. mensen met een indicatie voor verblijf die ook daadwerkelijk in een instelling verblijven;
4. mensen die een indicatie voor verblijf hebben, maar thuis wonen en daar de zorg krijgen;
5. mensen met een indicatie voor verblijf die verblijven in een kleinschalig wooninitiatief;
6. mensen die verblijven in een ADL-clusterwoning.

#### *Mensen met een indicatie voor extramurale AWBZ-zorg die over gaat naar de Wmo 2015 en/of de Zvw, of de Jeugdwet*

Mensen met een indicatie voor extramurale AWBZ-zorg gaan per 1 januari 2015 over naar Wmo 2015 en/of de Zvw, of de Jeugdwet. Er is geen reden voor overgangsrecht in het kader van de Wlz (onmiddellijke werking), wel zal binnen de nieuwe domeinen aandacht worden besteed aan deze cliëntgroepen.

#### *Mensen met een indicatie voor verblijf die over gaat naar de Wmo 2015, Zvw of Jeugdwet*

Het overgangsrecht voor cliënten die per 2015 onder verantwoordelijkheid van gemeenten vallen (beschermd wonen), is vormgegeven in de Wmo 2015. Dit houdt in dat zij recht hebben op die zorg en op de levering van die zorg door de zorgaanbieder van wie zij die zorg dan ontvangen, zelfs indien deze niet door de gemeente is gecontracteerd. In de Wmo 2015 is voorzien in een overgangstermijn van ten minste vijf jaar. De komende jaren zal zorgvuldig worden bezien op welke wijze deze zorg in de verdere toekomst vorm kan worden gegeven.

Langdurige, intramurale GGZ-zorg waarbij behandeling voorop staat, valt op dit moment vanaf het tweede verblijfsjaar onder de AWBZ. Vanaf 2015 valt deze zorg geheel onder de Zvw. Cliënten die tot 2015 op basis van de grondslag psychiatrie aanspraak hebben op AWBZ-zorg (de langdurige GGZ), komen per 2015 onder de verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraars en gemeenten. In de brief «Nadere uitwerking Hervorming Langdurige Zorg» van 6 november 2013<sup>54</sup> heeft het kabinet kenbaar gemaakt ervoor te kiezen om beschermd wonen (de huidige zzp's GGZ c) vanaf 2015 onder te brengen in de Wmo 2015. De langdurige GGZ-zorg waarbij behandeling voorop staat (de huidige zzp's ggz b) zal vanaf 2015 worden overgeheveld naar de Zvw.

Zorg voor jeugdigen met ggz-problematiek wordt onderdeel van de Jeugdwet. Zorg voor jeugdigen met een verstandelijke beperking valt, voorzover het gaat om een laag zzp, eveneens onder de Jeugdwet. Indien het gaat om zorg voor mensen met een licht verstandelijke beperking (de huidige zzp's lvg 1 t/m 5) wordt deze zorg tot de leeftijd van 18 jaar onderdeel van de Jeugdwet. Vanaf 18 jaar valt deze zorg onder de Wlz. Dit is nader toegelicht in paragraaf 2.2.1.

#### *Mensen met een indicatie voor verblijf die ook daadwerkelijk in een instelling verblijven*

De regering vindt het belangrijk dat mensen die een indicatie voor verblijf hebben en daadwerkelijk al in een instelling verblijven, deze indicatie en het daarmee verbonden recht op verblijf in een instelling, levenslang behouden. De regering eerbiedigt het verblijfsrecht van deze groep cliënten (met uitzondering van de groepen die hierboven zijn beschreven). Zij worden voor het recht op verblijf en daarmee gepaard gaande zorg gelijkgesteld met mensen die *na* invoering van de Wlz op grond van de indicatiecriteria toegang krijgen tot Wlz-zorg, ook wanneer deze reeds in een instelling verblijvende cliënten niet aan die toegangscriteria zouden voldoen (de «lage zzp's»). Uit het oogpunt van rechtszekerheid geeft dit de huidige cliënten die in een AWBZ-instelling verblijven het meeste houvast. Ook de zorgaanbieders hebben hier voordeel en meer zekerheid bij. Zij hebben hierdoor de zekerheid dat cliënten die op de datum van inwerking-treding van deze wet al op basis van een zzp bij hen wonen, de instelling niet hoeven te verlaten. Ook na afloop van de indicatieduur van het oorspronkelijke AWBZ-indicatiebesluit hoeven deze cliënten de instelling niet te verlaten. De regering heeft hierop één uitzondering gemaakt, namelijk voor meerderjarige LVG-ers. Op het moment dat de indicatieduur van het oorspronkelijke AWBZ-indicatiebesluit verstrijkt, zal er herindicatie plaatsvinden. Een deel van de populatie zal dan alsnog in de Wlz blijven omdat zij aan de toelatingscriteria voldoet, een ander deel zal voortaan een beroep doen op de gemeenten en/of zorgverzekeraars.

#### *Mensen die een indicatie voor verblijf hebben maar thuis wonen en daar de zorg krijgen*

De cliënten die onder de AWBZ een indicatie voor verblijf hebben gekregen maar op het moment waarop de Wlz in werking treedt nog thuis niet in een instelling wonen, wordt de keuzemogelijkheid geboden om alsnog te gaan verblijven in een instelling. Het gaat hierbij om circa 70.000

<sup>54</sup> Kamerstukken II 2013/14, 30 597, nr. 380.

mensen met verschillende zzp's; zowel lage als hoge.<sup>55</sup> Het betreft mensen die hun zzp-indicatie hebben laten omzetten in functies en klassen van extramurale zorg of om cliënten die gebruik maken van een pgb of een vpt.

In het overgangsrecht wordt het volgende geregeld.

Cliënten met een *hoog zzp* behouden hun recht op zorg op grond van de Wlz en kunnen binnen de Wlz er ook voor kiezen om de zorg zowel binnen als buiten een instelling geleverd te krijgen. Indien zij niet in een instelling willen verblijven, kunnen zij kiezen voor een vpt of pgb (onder de voorwaarden van de Wlz), omdat de mogelijkheid van omzetting in functies en klassen niet langer meer mogelijk is. Voor de groep cliënten met een laag zzp creëert de regering de mogelijkheid om gedurende een jaar de keuze te maken voor zorg in natura met verblijf op grond van de Wlz. Deze groep cliënten behoudt dus het recht om in een instelling te verblijven, mits er binnen een jaar wordt gekozen voor daadwerkelijk verblijf in een instelling. Er is voor hen geen mogelijkheid te kiezen voor een pgb of vpt, omdat voor hen extramurale zorg vanuit de Wmo en Zvw passend is. Als de cliënt daadwerkelijk in een instelling gaat verblijven, dan blijft de indicatie en het daarmee verbonden verblijfsrecht in beginsel levenslang behouden.

De mensen met een indicatie voor een laag zzp die ervoor kiezen om thuis te blijven wonen, vallen na het moment van keuze onder de verantwoordelijkheid van de gemeenten en de zorgverzekeraars. De regering is van mening dat mensen zo lang mogelijk thuis in de eigen omgeving zorg en ondersteuning moeten ontvangen. Deze groep cliënten heeft een lichte zorgvraag die prima past bij de taken en verantwoordelijkheden van de gemeenten en zorgverzekeraars. De regering ziet daarom geen rechtvaardiging deze groep onder de Wlz te houden indien zij afzien van het verblijven in een instelling. Deze groep kan een beroep doen op de Wmo 2015 en/of zorg vanuit de Zorgverzekeringswet. Behoud van het recht op verblijf terwijl cliënten die niet willen verzilveren, zou een rechtsongelijkheid scheppen met nieuwe cliënten die mogelijk een zwaardere zorgvraag hebben, maar daarmee toch onder de verantwoordelijkheid van de gemeenten en zorgverzekeraars vallen, omdat zij niet aan de toegangs-criteria van de Wlz voldoen. Die rechtsongelijkheid kan vaak decennia (afhankelijk van hoe oud mensen worden) voortduren. Voor deze groep – mensen die nu een indicatie voor verblijf hebben, maar op 1 januari 2015 als de Wlz in werking treedt nog thuis wonen – is een afweging gemaakt tussen het bieden van rechtszekerheid aan mensen die een aanspraak op verblijf willen verzilveren en gelijke behandeling met andere verzekerden die in de toekomst onder verantwoordelijkheid van gemeenten en/of zorgverzekeraars vallen, maar wellicht ook liever intramuraal zouden willen verblijven.

Het voorgaande is gereld in artikel 11.1.1 en nader toegelicht in de toelichting bij dat artikel.

De cliënt met een laag zzp die een jaar het keuzerecht heeft om alsnog in een instelling te verblijven op grond van de Wlz, heeft tot het moment van die keuze, maar uiterlijk een jaar na inwerkingtreding van deze wet, recht heeft op voortzetting van zijn AWBZ-aanspraken. Ook in het geval de verzekerde zijn aanspraak onder de AWBZ verzilverde met een pgb, houdt

<sup>55</sup> Het gaat om:

- Lage zzp's: verpleging en verzorging (VV) zzp 1 tot en met 4, verstandelijk gehandicapt (VG) zzp 1 tot en met 3 voor volwassenen, lichamelijk gehandicapt (LG) zzp 1 en 3, zintuiglijk gehandicapt auditief en communicatief (ZGAUD) zzp 1 en zintuiglijk gehandicapt visueel (ZGVIS) zzp 1;
- Hoge zzp's: zzp VV 5 tot en met 10, zzp VG 4 tot en met 8, sterk gedragsgestoord licht verstandelijk gehandicapt (SGLVG) zzp 1, zzp LG 2 en 4 tot en met 7, zzp ZGAUD 2 tot en met 4 en zzp ZGVIS 2 tot en met 5 en LVG zzp 1 tot en met 5 voor volwassenen.

hij recht op voortzetting van dat pgb tot het keuzemoment. Zie ook de toelichting bij artikel 11.1.2.

#### *Mensen met een indicatie voor verblijf die verblijven in kleinschalige wooninitiatieven*

Sommige pgb-houders kopen met hun pgb zorg in bij een kleinschalig wooninitiatief. Mensen met een laag zpp komen conform het bovenstaande echter alleen in aanmerking voor zorg op grond van de Wlz als zij voor zorg met verblijf kiezen. Het wonen in een kleinschalig wooninitiatief gebeurt echter op basis van een pgb. Om te voorkomen dat mensen die met een pgb zorg inkopen bij een kleinschalig wooninitiatief op de datum van inwerkingtreding van de Wlz gedwongen worden te verhuizen, maakt de regering voor deze mensen een uitzondering. Zij worden aangemerkt als personen die, ondanks het feit dat zij geen hoog zpp hebben, in aanmerking voor Wlz-zorg. De regering wil namelijk voorkomen dat cliënten ten gevolge van de invoering van de Wlz hun verblijfsrecht verliezen. Het «verblijf» in een kleinschalig wooninitiatief wordt hiermee gelijkgesteld, ook al gaat het in juridische zin niet om verblijf in een instelling. Het wonen in een kleinschalig wooninitiatief is vergelijkbaar met verblijf in een instelling.

#### *Mensen die verblijven in een ADL-clusterwoning*

Mensen die in een ADL-clusterwoning wonen, hebben op grond van de AWBZ een aanspraak op ADL-assistentie. Bij de inwerkingtreding van de Wlz behouden deze mensen hun recht zolang ze woonachtig blijven in een ADL-clusterwoning. Hiermee wordt voorkomen dat zij hun recht op ADL-assistentie verliezen en de ADL-clusterwoning moeten verlaten. Dit zijn mensen die verder geen zorg uit de Wlz ontvangen. Zij zullen op grond van de Wlz alleen ADL-assistentie ontvangen. Voor hun overige zorg en ondersteuning kunnen zij een beroep doen op de gemeenten en Zvw-zorgverzekeraars.

### *16.1.2 Veranderingen in de Wlz ten opzichte van de AWBZ*

#### *Wijzigingen binnen de Wlz*

In voorgaande hoofdstukken van deze memorie van toelichting is onder andere beschreven wat er met de invoering van de Wlz verandert ten opzichte van de AWBZ op het gebied van de aanspraken, de leveringsvormen, de bekostiging en de eigen bijdrage. Daarnaast is beschreven welke aanvullende instrumenten de regering voornemens is in te zetten om de kwaliteit en betrokkenheid in de Wlz te verhogen. Cliënten die tot 2015 zorg genieten op grond van de AWBZ en die conform bovengenoemd overgangsrecht per 2015 onder de Wlz vallen, kunnen met deze wijzigingen te maken krijgen. Voor deze wijzigingen stelt de regering in beginsel onmiddellijke werking voor.

Onmiddellijke werking wil zeggen dat de veranderende eisen die op grond van deze wet worden gesteld aan onder ander de kwaliteit van zorg, de zorgplanbespreking, de betrokkenheid van mantelzorg, cliëntondersteuning et cetera per 2015 direct hun beslag krijgen. Hetzelfde geldt voor de aanspraken, de eigen bijdrage en de bekostiging. Ter illustratie:

- In hoofdstuk 2.3 is beschreven hoe de zorgaanspraken in de Wlz luiden. Onderdeel hiervan zijn de mobiliteitshulpmiddelen. Beschreven is dat de mobiliteitshulpmiddelen per 2015 niet langer vanuit de Wmo maar vanuit de Wlz worden gefinancierd (voorzover het Wlz-gerechtigden betreft). Voor cliënten die tot 2015 zorg genoten vanuit de AWBZ, die per 2015 onder de Wlz vallen en die gebruik maken van een mobiliteitshulpmiddel, kan dit hulpmiddel vanaf 2015 uit de Wlz

komen. Op grond van artikel 11.1.5 worden hiertoe regels gesteld in een ministeriële regeling.

- In hoofdstuk 2.4 is beschreven dat de Wlz drie leveringsvormen kent en dat aan die leveringsvormen voorwaarden worden gesteld. Cliënten die in de AWBZ een vpt of pgb hadden en die hun vpt of pgb in 2015 in de Wlz willen behouden, moeten per 2015 aan deze nieuwe leveringsvoorwaarden voldoen. Concreet betekent dit dat de zorg op verantwoorde wijze in de thuissituatie moet kunnen worden geleverd. Is dat niet het geval, dan moeten cliënt en zorgkantoor maatregelen treffen om te zorgen dat dit wel mogelijk is.

Cliënten kunnen ook te maken krijgen met wijzigingen in tariefstelling. De meeste cliënten zullen hiervan niet direct iets merken. Bekostiging van de zorg verloopt immers via de zorgkantoren en de zorgaanbieders. Cliënten die hiervan wel direct effect kunnen ondervinden, zijn cliënten met een pgb. Het maximumbudget voor het pgb wordt immers afgeleid van de tarieven voor zorg in natura (zie paragraaf 2.5). Naast de nieuwe instroom, die niet relevant is voor het overgangsrecht, kunnen per 2015 vier verschillende groepen pgb-houders in de Wlz worden onderscheiden:

1. Cliënten die voor 1 januari 2013 op basis van een verblijfsindicatie een pgb toegekend hebben gekregen en waarvan het pgb reeds werd afgebouwd en die het pgb onder de Wlz behouden.
2. Cliënten die voor 1 januari 2013 op basis van een verblijfsindicatie een pgb toegekend hebben gekregen en waarvoor een budgetgarantie was bepaald (de uitzonderingen op de afbouw uit categorie 1) en die het pgb onder de Wlz behouden
3. Cliënten die in 2013 en 2014 op basis van een verblijfsindicatie een pgb toegekend hebben gekregen die het pgb onder de Wlz behouden

*Cliënten die voor 1 januari 2013 op basis van een verblijfsindicatie een pgb toegekend hebben gekregen en waarvan het pgb reeds werd afgebouwd en die het pgb onder de Wlz behouden*

Er is op dit moment in de AWBZ een groep budgethouders met een verblijfsindicatie voor wie het pgb is gebaseerd op hogere tarieven dan de tarieven die onder de AWBZ gelden voor zorg in natura. Normaliter zouden pgb-tarieven juist lager moeten zijn dan tarieven voor zorg in natura, maar met zowel de invoering als bijstelling van de ZZP-tarieven in eerdere jaren zijn de pgb-verblijftarieven niet aangepast en voor pgb-houders budgetgaranties afgegeven. Het verschil tussen wat de pgb-tarieven voor deze groep cliënten nu zijn, inclusief budgetgaranties, en wat de pgb tarieven zouden moeten zijn als afgeleide van de naturatarieven onder de Wlz kan zal flink kunnen verschillen tot duizenden euro's.

In het Begrotingsakkoord 2013<sup>56</sup> was reeds afgesproken dat het pgb-tarief voor deze groep de komende jaren stapsgewijs zou worden afgebouwd. Op 5 juli 2013 is hierover een brief aan de Tweede Kamer gestuurd.<sup>57</sup> Bij de invoering van de Wlz worden deze afspraken geëerbiedigd.

In 2013 is als eerste stap hun pgb met 5% verlaagd. Ook in 2014 wordt hun pgb met 10% verlaagd. Voor deze circa 13.500 budgethouders is het volgende verdere afbouwtraject afgesproken:

- in 2015 wordt hun pgb opnieuw met 10% verlaagd t.o.v. het pgb-budget van 2014;
- in 2016 wordt voor enkele groepen budgethouders die met de stappen in 2013, 2014 en 2015 nog altijd boven de te gelden tarieven pgb Wlz

<sup>56</sup> Kamerstukken II 2011/12, 33 280, nr. 1, p. 22.

<sup>57</sup> Kamerbrief over pgb: alternatief 10-uurscriterium en afbouwtraject verblijfsgeïndiceerden, 5 juli 2013, Kamerstukken II 2012/13, 30 597, nr. 367.

zitten (vooral cliënten met een zzp op basis van een verstandelijke beperking) het restant afgebouwd.

*Cliënten die voor 1 januari 2013 op basis van een verblijfsindicatie een pgb toegekend hebben gekregen en waarvoor een budgetgarantie was bepaald en die het pgb onder de Wlz behouden*

In het kader van het Begrotingsakkoord 2013 is de afspraak gemaakt dat twee groepen cliënten bij bovengenoemde stapsgewijze tariefsverlaging worden ontzien. Zij behouden hun budgetgarantie, in die zin dat die garanties, met inbegrip van de reeds aangekondigd afbouw daarvan, worden gerespecteerd onder de Wlz. Het gaat om budgethouders die op 31 december 2012 in een pgb-gefinancierd wooninitiatief woonden (circa 20% van alle verblijfsgeïndiceerden) en om budgethouders met een zogeheten «oude» budgetgarantie. Bij het laatste gaat het om budgethouders die als gevolg van de invoering van de zzp-systematiek zonder budgetgarantie in 2007 op een lager pgb zouden zijn uitgekomen. In totaal hebben circa 5.500 budgethouders deze budgetgarantie gekregen. Bij de invoering van de de Wlz worden deze afspraken geëerbiedigd.

*Cliënten die in 2013 en 2014 op basis van een verblijfsindicatie een pgb toegekend hebben gekregen die het pgb onder de Wlz behouden*

Cliënten die tot 2015 een pgb hebben op grond van de AWBZ en het pgb in de Wlz behouden (dit zijn derhalve mensen met een verblijfsindicatie voor een hoog zzp, die ervoor kiezen hun pgb onder de Wlz voort te zetten) kunnen, als zij niet vallen onder een van de twee eerder genoemde groepen, per 2015 met andere pgb-tarieven te maken krijgen. De Minister van VWS heeft de NZa gevraagd om ten behoeve van de invoering van de Wlz een tariefsonderzoek voor «zorg in natura»- tarieven uit te voeren en de tarieven voor zorg in natura op basis hiervan vast te stellen. Het pgb-tarief in de Wlz is een afgeleide van het tarief voor zorg in natura met verblijf. Omdat de wijzigingen in tariefstelling voor deze groep naar verwachting beperkt zullen zijn, ziet de regering geen noodzaak om voor deze groep op voorhand specifiek overgangsrecht te creëren.

#### *Extramurale AWBZ-functie behandeling*

In de AWBZ bestaat de aanspraak extramurale behandeling. Deze aanspraak bestaat uit een aantal onderdelen. Allereerst kent extramurale behandeling twee vormen (behandeling-individueel en behandeling-groep), die elk hun eigen diversiteit aan cliëntgroepen kennen. Op dit moment maken 20.000 mensen gebruik van deze aanspraak. In de Wlz komt deze aanspraak, net als alle andere extramurale aanspraken, te vervallen.

Een deel van de extramurale behandeling wordt overgeheveld naar de Zvw. Hierbij gaat het om behandeling van zintuiglijk gehandicapten. Het CVZ heeft voor de extramurale zintuiglijk gehandicaptenzorg als onderdeel van het sinds 2011 lopende positioneringstraject «Verbindend Vernieuwen» op 25 juni 2013 advies uitgebracht over welke onderdelen van de zorg aan zintuiglijk gehandicapten op basis van de huidige regelgeving onder de Zvw zouden passen. Op basis van het rapport is besloten de extramurale behandeling voor volwassenen en kinderen met een zintuiglijke beperking onder te brengen in de Zvw conform het advies van het College voor Zorgverzekeringen (CVZ).

Een ander deel van de zorg behorende bij de functie behandeling wordt ondergebracht in de Jeugdwet. Hierbij gaat het om verstandelijk beperkte jeugdigen. Cliënten met de grondslag psychiatrie hebben ook nu al geen toegang tot de functie behandeling in de AWBZ, en maken dus geen gebruik van de aanspraak. Voor de overige cliënten met een indicatie



extramurale behandeling is nog geen oplossing gevonden. Het CVZ/Zorginstituut adviseert dat de zorg voor deze groep naar zijn aard onder de Zvw past, maar het gebrek aan inzicht in de zorg die deze patiënten ontvangen, maakt dat deze overheveling nog niet in gang is gezet.<sup>58</sup> Hiervoor is nader onderzoek nodig.

Om te zorgen dat de cliënten die op deze zorg zijn aangewezen niet tussen wal en schip vallen, is in het overgangsrecht van de Wlz (artikel 11.1.4, eerste lid) een artikel opgenomen op grond waarvan deze aanspraak tijdelijk kan worden voortgezet. Deze tijdelijke aanspraak geldt ook voor nieuwe cliënten.

### **16.2 Overgangstraject voor zorgaanbieders**

Het overgangstraject voor zorgaanbieders wordt mede bepaald door het overgangsrecht voor cliënten. Als het gaat om de overgang voor zorgaanbieders, vormt de (afnemende) nacalculatie op de kapitaallasten (2014 70%, 2015 50%, 2016 30% en 2017 15%) een gedeeltelijke compensatie voor eventuele leegstand. Voor het overige geldt dat de gefaseerde invoering (geleidelijke vermindering van het aantal zzp's en de invoering alleen voor nieuwe cliënten) eveneens zorgt voor een geleidelijke overgang voor zorginstellingen.

Het langer thuis wonen sluit aan bij een trend die al langer zichtbaar is en waarop instellingen zich hebben kunnen voorbereiden. Tussen 1980 en 2010 is het aantal verzorgingshuisplaatsen met ongeveer 70.000 afgenomen, terwijl het aantal 80-plussers in dezelfde tijd meer dan verdubbeld is.

Voor instellingen kan het langer thuis wonen van mensen betekenen dat ze te maken kunnen krijgen met leegstand.

Zorginstellingen kunnen eventueel een deel van hun gebouw dat niet meer wordt gebruikt, verhuren. Naast het leveren van zorg aan cliënten die thuis zorg krijgen (gecombineerd met het verhuren van woonruimtes) kunnen de zorginstellingen zich ook richten op het leveren van zorg aan de zwaardere doelgroepen (de doelgroepen die in de Wlz terechtkomen). Ook sanering van de capaciteit zal aan de orde kunnen komen.

### **16.3 Overgangstraject voor uitvoerende organen**

Hoofdstuk 11 van de wet regelt de overgangsbepalingen voor uitvoerende organen. Dit betreft vooral het CIZ, en de Wlz-uitvoerders. Voor het CIZ wordt voorzien in een overgang van personeel van de Stichting CIZ naar het zelfstandig bestuursorgaan CIZ. Tevens wordt geregeld dat archiefbeheiden, wettelijke procedures, rechtsgedingen en dergelijke van de stichting CIZ, worden overgedragen aan het zbo CIZ.

### **16.4 Inwerkingtreding en transitie**

Om daadwerkelijk tot implementatie van de Wlz over te kunnen gaan, moet de Wlz in onderliggende regelgeving worden uitgewerkt. Hiervoor moeten in 2014 door veel partijen voorbereidingen worden getroffen. De regering wil deze partijen en ook de cliënten zo snel mogelijk duidelijkheid geven.

Een duidelijk transitieplan moet organisaties helpen de hervormingen in de langdurige zorg goed uit te voeren. Het transitieplan wordt door de regering breed ingestoken, dat wil zeggen dat er een integraal plan wordt

<sup>58</sup> CVZ (2013), *Past extramurale AWBZ-behandeling onder de Zorgverzekeringswet?*, 2 september 2013 ([www.cvz.nl](http://www.cvz.nl)).

gemaakt voor de Wmo 2015, de Zvw en de Wlz, waarbinnen elk domein een apart transitieplan en spoorboekje kent. Daarnaast bevat het transitieplan een communicatieplan. Een goed transitieplan is temeer belangrijk omdat de voorbereidingstijd voor invoering van de Wlz erg kort is. In transitie is daarom aandacht voor voorbereidingen die vooruitlopend op 2015 getroffen moeten worden.

De regering streeft naar inwerkingtreding van de Wlz per 1 januari 2015. Het is de ambitie van de regering om de Wlz uiterlijk een half jaar voor invoering in het Staatsblad te publiceren. Daarnaast zal diverse organisaties gevraagd worden om beleidsregels te publiceren, direct na publicatie van de Wlz in het Staatsblad. Hierbij gaat het ondermeer om de beleidsregels indicatiestelling.

De regering streeft ernaar om lagere regelgeving die samenhangt met de Wlz zo snel mogelijk na de indiening van het wetsvoorstel bij de Tweede Kamer der Staten-Generaal gereed te hebben zodat beide Kamers het wetsvoorstel en de relevante lagere regelgeving integraal kunnen bezien. Op deze manier wordt recht gedaan aan wijzigingen die het domein van de langdurige zorg in zijn geheel ondergaat en kan het debat over de onderdelen in samenhang en over de volle breedte worden gevoerd.

Daar waar mogelijk probeert de regering, omdat er in het kader van de hervorming van de langdurige zorg per 2015 voor alle partijen (cliënten, aanbieders, uitvoeringsorganisaties et cetera) erg veel verandert, een fasering in de invoering aan te brengen. Voor de Wlz betekent dit dat onder andere de bekostiging nog niet per 2015 wordt aangepast. In hoofdstuk 2.5 is beschreven dat de regering de zzp's als bekostigingstaal wil behouden, maar dat zij wel grootscheeps onderhoud op de bekostiging wil laten uitvoeren en wil bezien of het aantal zzp's kan worden teruggebracht. Hiervoor zal de Minister van VWS de NZa verzoeken een onderzoek uit te voeren. Echter, een directe overstap naar een nieuwe bekostiging per 1 januari 2015 is niet haalbaar. De NZa kan een dergelijk onderzoek niet tijdig voltooien en het is de vraag of aanbieders, Wlz-uitvoerders of zorgkantoren in staat zouden zijn om reeds bij de inkoopronde voor 2015, die voor 1 november 2014 moet zijn afgerond, rekening te houden met nieuwe bekostigingsparameters.

## **Hoofdstuk 17 Monitoring en evaluatie**

Om de stelselverantwoordelijkheid waar te maken, wenst de regering met betrokken partijen afspraken te maken over de monitoring van de bereikte resultaten, de uitgavenontwikkeling en over het geheel van de langdurige zorg, door te meten en te benchmarken. Hierbij worden in ieder geval de zorgkantoren, de zelfstandige bestuursorganen die in deze wet een taak krijgen, zorgaanbieders en cliëntenorganisaties betrokken.

De monitor moet inzicht bieden in het functioneren van het stelsel en de vraag in hoeverre de doelstellingen van de hervorming van de langdurige zorg betreffende de Wlz worden bereikt. De monitoring biedt de informatie om verantwoording af te leggen aan de Eerste en Tweede Kamer over de behaalde resultaten. Met het oog op het in hoofdstuk 15 beschreven toekomstperspectief wordt hierbij in ieder geval aandacht besteed aan de prestaties van betrokken zorgkantoren ten opzichte van andere zorgkantoren en om van elkaar te leren. De werking van het wetsvoorstel wordt ook periodiek geëvalueerd door een onafhankelijke partij. Deze evaluatie kan mede de basis vormen voor besluitvorming over het toekomstperspectief voor de ouderen- en gehandicaptenzorg.

De eerste evaluatie vindt plaats binnen drie jaar na de inwerkingtreding van de Wlz. De Minister zal daarna telkens na vijf jaar een verslag over de doeltreffendheid en de effecten van de Wlz in de praktijk aan de Eerste en Tweede Kamer overleggen.

## **ARTIKELSGEWIJS**

Bij de opstelling van dit wetsvoorstel is verondersteld dat op het moment dat het tot wet wordt verheven en in werking treedt, de volgende wetsvoorstellen die thans in behandeling zijn bij de Staten-Generaal eveneens tot wet zullen zijn verheven en in werking zullen zijn getreden:

- de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Kamerstukken II 2013/14, 33 841, nrs. 1–3 e.v.)
- de Wet forensische zorg (Kamerstukken I 2011/12, 32 398, A)
- de Wet houdende afschaffing van de algemene tegemoetkoming voor chronisch zieken en gehandicapten, de compensatie voor het verplicht eigen risico, de fiscale aftrek van uitgaven voor specifieke zorgkosten en de tegemoetkoming specifieke zorgkosten en wijziging van de grondslag van de tegemoetkoming voor arbeidsongeschikten (Kamerstukken I 2013/14, 33 726, A)

Voorts is bij het opstellen van voorliggend wetsvoorstel rekening gehouden met de volgende wetten, die op het moment waarop dit wetsvoorstel naar de Tweede Kamer werd gezonden, nog niet in werking waren getreden:

- de Jeugdwet
- de Implementatiewet richtlijn solvabiliteit II (Stb. 2012, 679)
- de Wet van 11 december 2013 tot wijziging van de Wet cliëntenrechten zorg en andere wetten in verband met de taken en bevoegdheden op het gebied van de kwaliteit van de zorg (Stb. 2013, 578).

Ten slotte wordt in deze artikelsgewijze toelichting, anders dan in het algemene deel is gebeurd, telkens gesproken van de «Wlz-uitvoerder» indien deze op grond van het besproken wetsartikel een taak heeft gekregen. Dit laat onverlet dat de Wlz-uitvoerders die in een regio geen zorgkantoor zijn, naar verwachting hun taken voor hun in die regio wonende verzekerden aan het zorgkantoor zullen uitbesteden. Het betreft hier in ieder geval de uitvoering van hun zorgplicht, zoals het sluiten van zorginkoopcontracten met zorgaanbieders en het bemiddelen naar zorg van verzekerden. Omdat verzekerden en zorgaanbieders dientengevolge in de praktijk vooral van doen zullen hebben met de zorgkantoren, wordt in het algemeen deel van deze toelichting veelal gezegd dat de zorgkantoren iets (moeten) doen. Voor zover het zorgkantoor taken voor de andere Wlz-uitvoerders verricht, doet het dat echter slechts als opdrachtnemer van die Wlz-uitvoerders. Laatstgenoemden behouden dus de volle verantwoordelijkheid voor de hun bij en krachtens de wet opgedragen taken en zullen het zorgkantoor erop moeten aanspreken indien dat de aan hem uitbestede taken niet naar behoren verricht. Deze artikelsgewijze toelichting sluit aan op wat in de wetsartikelen is geregeld en heeft het daarom telkens waar de Wlz-uitvoerders een taak wordt opgedragen over wat de Wlz-uitvoerders (moeten) doen.

## **HOOFDSTUK 1**

### **Artikel 1.1.1**

#### *ADL-woning*

Een ADL-woning is een sociale huurwoning die deel uitmaakt van een cluster rolstoelbaar gankelijke van woningen die tot stand zijn gekomen

met subsidies uit de Regeling Geldelijke Steun Huisvesting Gehandicapten of het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten. Het gaat dus om woningen waarvoor het toenmalige CVZ tot 2009 bouwsubsidie heeft verstrekt). De woningen zijn aangepast aan de behoeften van personen met een lichamelijke beperking en zijn dus gelijkvloers en rolstoeldoor-gankelijk. Ook zijn de woningen voorzien van alarmeringssystemen zodat bij nood hulp kan komen met een zeer korte responstijd. Een ADL-cluster bestaat uit woningen die eigendom zijn van een wooncorporatie en liggen verspreid in een wijk of appartementen-complex. De voornaamste exploitant van de ADL-assistentie voor bewoners van deze woningen is Fokus (bedient bewoners van 1400 woningen).

### *Begeleiding*

Onder begeleiding worden activiteiten verstaan waarmee een persoon wordt ondersteund bij het uitvoeren van algemene dagelijkse levensverrichtingen en bij het aanbrengen en behouden van structuur in en regie over het persoonlijk leven. Begeleiding is er derhalve op gericht om de zelfredzaamheid van de verzekerde te handhaven of te bevorderen. Hierdoor kan worden voorkomen dat de verzekerde verwaarloost. In de algemene maatregel van bestuur op grond van artikel 3.3.1, tweede lid, kunnen de aard, inhoud en omvang van de verzekerde zorg nader worden geregeld. Voor wat betreft begeleiding zal dit inhouden dat nader kan worden bepaald dat het bij ondersteuning ook gaat om oefening met (praktische)vaardigheden of handelingen en het aanbrengen van structuur of het voeren van regie. De activiteiten zijn in de Wlz gericht op bevordering, behoud of compensatie van de zelfredzaamheid, zoals het leren en toepassen van kennis, communicatie, mobiliteit en tussenmenselijke interacties en relaties. Het gaat daarbij niet om de elementen die bij het Wmo-domein horen als begeleiding gericht op de maatschappelijke participatie.

### *Burgerservicenummer*

Met «burgerservicenummer» wordt bedoeld het nummer als bedoeld in artikel 1, onderdeel b, van de Wet algemene bepalingen burgerservice-nummer. Met het burgerservicenummer kan met behulp van een persoonsnummer een sluitend stelsel voor een doelmatig gebruik en beheer van persoonsgegevens worden gerealiseerd. Het gebruik van dit nummer vond sinds de inwerkingtreding van de Wet gebruik burgerservicenummer in de zorg (30 380) in 2008 reeds plaats in de AWBZ. Het «sociaal-fiscaalnummer», dat voorheen in de AWBZ relevant was voor niet-ingezetenen van Nederland die niet waren ingeschreven in de Gemeentelijke Basisadministratie Persoonsgegevens (GBA), wordt sinds de inwerkingtreding van de Aanpassingswet basisregistratie personen (Stb. 2013, nr. 316) niet meer gebruikt.

### *CAK*

Met de wet tot wijziging van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten en enkele andere wetten, in verband met de instelling van het zelfstandig bestuursorgaan CAK is aan artikel 1 van de AWBZ een onderdeel n ingevoegd. Hierin werd het CAK omschreven met de aanduiding «CAK» als een zelfstandige aanduiding en niet als afkorting (van «centraal administratieorgaan»). De omschrijving bevat een verwijzing naar het artikel in de Wlz waar het CAK wordt genoemd: artikel 6.1.1.

## *CIZ*

Met deze wet wordt het zelfstandig bestuursorgaan Centrum indicatiestelling zorg krachtens publiekrecht ingesteld. Het begrip «CIZ» is een afkorting van de naam «Centrum indicatiestelling zorg». Het CIZ is ingesteld op grond van artikel 7.1.1. De begripsomschrijving bevat daarom een verwijzing naar dat artikel.

## *Continentaal plat*

Onder «continentaal plat» wordt verstaan de exclusieve economische zone van het Koninkrijk, bedoeld in artikel 1 van de Rijkswet instelling exclusieve economische zone, voor zover deze grenst aan de territoriale zee van Nederland. Met de Wet sociale verzekeringen continentaal plat (32 383) is deze begripsomschrijving in de AWBZ gekomen om een betere sociale zekerheidsbescherming te bieden voor werknemers die werkzaam zijn op het Nederlandse deel van het continentaal plat. De bescherming onder de Wet arbeid mijnbouw Noordzee werd te beperkt gevonden. Na inwerkingtreding van die wet zijn werknemers op het continentaal plat van rechtswege verzekerd voor onder meer de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) en verplicht een verzekering te sluiten als bedoeld in de Zorgverzekeringswet (Zvw). Deze situatie moet ook in de Wlz worden voortgezet.

## *Dossier*

Indien op schriftelijke of elektronische wijze gegevens met betrekking tot de verlening van zorg aan een cliënt zijn vastgelegd, is sprake van een dossier. Deze omschrijving sluit aan bij de begripomschrijving in de Wkkgz. Volgens de toelichting bij de begripsbepaling in die wet (Kamerstukken 2010/11, 32 402, nr. 7) bevat het dossier ook zaken als het zorgplan.

## *Fonds langdurige zorg*

De financiering van de uitvoering van de Wlz geschiedt gedeeltelijk vanuit het Fonds langdurige zorg. Het CVZ beheert dit fonds, dat genoemd is in artikel 89 van de Wet financiering sociale verzekeringen. Nu wordt in dat artikel nog verwezen naar het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten.

## *Indicatiebesluit*

Het recht op zorg bestaat op grond van artikel 3.1.1, eerste lid, alleen voor zover de verzekerde naar aard, inhoud en omvang op die zorg is aangevoelen. Op grond van artikel 3.2.2 is het CIZ het bestuursorgaan dat het indicatiebesluit op verzoek van de verzekerde neemt. In artikel 1.1.1 is het begrip indicatiebesluit dan ook omschreven als het besluit van CIZ waarbij beoordeeld wordt of en in welke omvang de verzekerde in aanmerking komt voor Wlz-zorg.

## *Instelling*

Het instellingsbegrip is aan de AWBZ toegevoegd met de instelling Wet toelating zorginstellingen (27 659, hierna: Wtzi). Onder 1° wordt korttheids-halve verwezen naar het instellingsbegrip dat de Wtzi gebruikt, namelijk «een organisatorisch verband dat een toelating heeft als bedoeld in artikel 5, eerste, tweede of derde lid», het gaat in de Wtzi dus om krachtens die wet toegelaten instellingen. Ook een organisatorisch verband dat gevestigd is buiten het grondgebied van het Europese deel van Nederland en overeenkomstig de daar geldende wetgeving recht-

matig gezondheidszorg verstrekt als bedoeld bij en krachtens artikel 3.1.1, geldt als instelling (onder 2°). Dit laatste deel van de begripsomschrijving is gewijzigd met de Wet AWBZ-zorg buitenland (32 154), mede naar aanleiding van uitspraken van het Europese Hof van Justitie in de zaak Stamatalaki (C-444/05) en zaak C-8/02 (Leichtle). Met de omschrijving onder 2° wordt geregeld dat de instelling op grond van de wettelijke regeling van het land van vestiging rechtmatig zorg dient te verlenen. In het artikel wordt verwezen naar artikel 3.1.1 van dit wetsvoorstel. Dit houdt echter niet in dat instellingen die in het buitenland zorg verlenen, specifiek de zorg zoals deze op grond van dat artikel is geregeld, dienen te geven. De in het buitenland verleende zorg moet vergelijkbaar zijn met wat in Nederland langdurige zorg is.

#### *Mantelzorger*

De verlening van langdurige zorg zal doorgaans plaatsvinden door «professionele» zorgverleners, dat wil zeggen personen die de zorg vanuit een beroep of bedrijf leveren. Deze zorgverleners geven de zorg vanuit een instelling of op zelfstandige basis. Zie de toelichting op de begrippen «zorgaanbieder», «zorgverlener» en «solistisch werkende zorgverlener». Het kan echter ook voorkomen dat een verzekerde met een pgb zorg inkoop bij personen die de zorg niet bedrijfs- of beroepsmatig verlenen. Het kan van de omstandigheden van het geval afhangen of een persoon die vanuit een persoonsgebonden budget wordt betaald de zorg beroepsmatig verleent. Vaak zal het bij personen die uit de sociale kring van de verzekerde komen (meestal directe familieleden) zo zijn dat zij de zorg niet uit beroep of bedrijf leveren. Zij zijn dan ook geen solistisch werkende zorgverleners. Om deze groep personen te onderscheiden van de personen die de zorg beroepsmatig verlenen, wordt de term «mantelzorger» gebruikt. Het begrip «mantelzorgers» wordt dus gebruikt in gevallen waarin een zorgverlenende persoon juist vanuit die persoon en de verzekerde bestaande sociale relatie zorg verleent, zonder tegenprestatie. In artikel 3.3.3, tweede lid, worden de mantelzorgers genoemd zodat duidelijk is dat zij moeten worden meegenomen bij de beoordeling of de verzekerde de zorgverleners voldoende aan kan sturen en dus een persoonsgebonden budget tot verantwoord zorgverlening zal leiden.

#### *Persoonsgebonden budget*

Een persoonsgebonden budget (pgb) is een subsidie waarmee de verzekerde zelf de benodigde zorg in kan kopen, in plaats van zorg in natura. Het gaat om een volwaardige leveringsvorm binnen de Wlz. Op grond van de artikel 3.3.3 gelden voorwaarden voor het verantwoord en doelmatig gebruik van een pgb.

#### *Persoonlijke verzorging*

Bij persoonlijke verzorging gaat het om de ondersteuning bij of het overnemen van activiteiten op het gebied van de persoonlijke verzorging, gericht op het opheffen van een tekort aan zelfredzaamheid. Er vindt ondersteuning bij zelfzorg, het stimuleren om dit zelf te doen of te doen aanleren, of het overnemen van de zelfzorg plaats. Het begrip «zelfzorg» wordt nader toegelicht in de artikelsgewijze toelichting bij artikel 3.2.1, eerste lid.

#### *Sociale verzekeringsbank*

De Sociale verzekeringsbank wordt genoemd in artikel 3 van de Wet structuur uitvoeringsorganisatie werk en inkomen. De begripsomschrijving stond sinds inwerkingtreding van de wet van 26 februari 2011



tot wijziging van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten en de Zorgverzekeringswet, houdende maatregelen tot opsporing en verzekering van personen die ondanks hun verzekeringsplicht geen zorgverzekering hebben en beperking van het aantal zorgverzekeringen tot één per verzekeringsplichtige (opsporing en verzekering onverzekerden zorgverzekering) (32 150) in de AWBZ. Met die wet heeft de SVB in plaats van de zorgverzekeraars als taak te beoordelen of iemand AWBZ-verzekerd is en een verklaring van niet verzekerd zijn af kan geven. In de Wlz krijgt de SVB bovendien een taak bij de uitvoering van de persoonsgebonden budgetten.

#### *Verblijf*

Met «verblijf» wordt bedoeld verblijf in een instelling als bedoeld in artikel 3.1.1, eerste lid, onder a. verblijf houdt als aanspraak dus in het daadwerkelijke «wonen» in een instelling met inbegrip van voorzieningen die bij dat verblijf horen. Deze voorzieningen worden ook nadrukkelijk genoemd in artikel 3.1.1, eerste lid, onder a. In enkele artikelen (3.3.2, eerste lid, en 11.1.1) wordt de werkwoordsvorm «verblijft» gehanteerd. In die artikelen wordt niet verwezen naar het recht «verblijft», maar op daadwerkelijk verblijf/ woonachtig zijn in een instelling.

#### *Verpleging*

De handelingen die gericht zijn op herstel of voorkoming van verergering van een aandoening, beperking of handicap, wordt verpleging genoemd. Het gaat niet alleen om het uitvoeren van verpleegkundige handelingen door de verpleegkundige, maar ook om begeleiding of voorlichting bij de zelfzorg.

Het kenmerkende onderscheid tussen verpleging en persoonlijke verzorging ligt in de aard van de zorg. Alles wat mensen gebruikelijk aan zelfzorg uitvoeren wordt tot de persoonlijke verzorging gerekend.

#### *Verzekeraar*

Een verzekeraar is een verzekeringsonderneming als bedoeld in de eerste richtlijn schadeverzekering (Richtlijn nr. 73/239/EEG van de Raad van de Europese Gemeenschappen van 24 juli 1973 tot coördinatie van de wettelijke en bestuursrechtelijke bepalingen betreffende de toegang tot het directe verzekeringsbedrijf, met uitzondering van de levensverzekeringbranche en de uitoefening daarvan (PbEG L 228)). Een in die richtlijn bedoelde verzekeringsonderneming mag op de Europese markt slechts schadeverzekeringen aanbieden indien zij een vergunning heeft tot het uitoefenen van het schadeverzekeringsbedrijf. In de Wet op het financieel toezicht (Wft) wordt aangegeven wat onder «schadeverzekeraar» wordt verstaan. Het uitoefenen van het schadeverzekeringbedrijf is op grond van die wet alleen mogelijk indien een vergunning tot uitoefening van het schadeverzekeringsbedrijf is verleend.

#### *Vreemdeling*

Voor het begrip «vreemdeling» wordt aangesloten bij de begripsomschrijving in de Vreemdelingenwet 2000 (die ongewijzigd is overgenomen uit de Vreemdelingenwet 1998, zie Kamerstukken II 1998/99, 26 732, nr. 3). Een vreemdeling is ieder die de Nederlandse nationaliteit niet bezit en niet op grond van een wettelijke bepaling als Nederlander moet worden behandeld.

### *Woningaanpassing*

Het begrip «woningaanpassing» wordt gebruikt ter aanduiding van zowel een bouwkundige ingreep (een verbouwing) als een woontechnische ingreep (het aanbrengen van speciale voorzieningen in de woning zonder aantasting van het gebouw) in of aan een woonruimte. De inhoud van het begrip komt daarmee overeen met die in de Wmo 2015.

### *Zorg*

De term «zorg» wordt gebruikt om kort te verwijzen naar de zorg en overige diensten als bedoeld in artikel 3.1.1. Dat wil zeggen de zorg en overige diensten die op grond van de Wlz verzekerd zijn. Doorgaans zal een verzekerde die aan de indicatiecriteria voldoet recht hebben op al deze vormen van zorg, waarbij de concretisering van de daadwerkelijk te verlenen zorg in samenspraak met de zorgaanbieder van wie de verzekerde de zorg af wenst te nemen, plaatsvindt. In enkele artikelen van dit wetsvoorstel wordt het begrip «zorg» buiten deze context gebruikt. Uit de aard en toelichting op die artikelen is genoegzaam duidelijk dat hier een andere gebruik voor ogen wordt gestaan. Het gaat met name om artikel 3.2.1, eerste lid, onder b, waar «24 uur zorg in de nabijheid» als zelfstandig criterium wordt gebruikt. Zie ook de toelichting op dat artikel.

### *Zorg in natura*

In deze wet wordt van «zorg in natura» gesproken indien de zorg door eenzorgaanbieder wordt geleverd op grond van een schriftelijke overeenkomst tussen die zorgaanbieder en een Wlz-uitvoerder (artikel 4.2.2). Zorg in natura kan op twee manieren worden geleverd: met verblijf in een instelling of via een vpt. Bij beide leveringsvormen is sprake van zorg in natura. Ze vinden beide immers plaats op grond van een overeenkomst op grond van artikel 4.2.2.

### *Zorgautoriteit*

Sinds de inwerkingtreding van de Wet marktordening gezondheidszorg is de Nederlandse Zorgautoriteit de autoriteit die toeziet op de naleving van die wet. De Nederlandse Zorgautoriteit wordt genoemd in artikel 3 van de Wet marktordening gezondheidszorg.

### *Zorginstituut*

Met het begrip «Zorginstituut» wordt aangesloten bij de omschrijving die de Zorgverzekeringswet geeft. Met de wijziging van de Wet cliëntenrechten zorg en andere wetten in verband met de taken en bevoegdheden op het gebied van de kwaliteit van de zorg (33 243) is de naam van het College voor Zorgverzekeringen CVZ) gewijzigd in «Nederlands Zorginstituut» (NZi). Het NZi wordt genoemd in artikel 58, eerste lid, van de Zorgverzekeringswet. Door de uitbreiding van het takenpakket van het CVZ met taken op het gebied van de kwaliteit van zorg en vernieuwing van beroepen en opleidingen was naamswijziging van het CVZ noodzakelijk. Met de naam «Nederlands Zorginstituut» wordt recht gedaan aan het nieuwe werkterrein van het instituut.

### *Zorgplan*

Het begrip «zorgplan» is ontleend aan de Wkkgz, maar enigszins toegespitst op hetgeen met het wetsvoorstel Beginselenwet AWBZ-zorg (33 109) specifiek daarover zou worden geregeld en nu in hoofdstuk 8 van deze wet is opgenomen. Het zorgplan is de schriftelijke of elektronische

weergave van al hetgeen met een cliënt is besproken over de aanpak en doeleinden van de zorgverlening en over de wijze waarop de cliënt de zeggenschap over het eigen leven invulling wenst te geven. Artikel 8.1.1 noemt de te bespreken onderwerpen.

#### *Zorgaanbieder, zorgverlener, solistisch werkende zorgverlener*

Het begrip «*zorgaanbieder*» speelt een centrale rol in dit wetsvoorstel. Zorgaanbieders kunnen zowel instellingen zijn als solistisch werkende zorgaanbieders. Wat onder «instelling» wordt verstaan wordt toegelicht bij dat begrip. De toevoeging van het begrip «solistisch werkende zorgverlener» is dus het onderscheidende element ten opzichte van het instellingsbegrip. Met een solistisch werkende zorgverlener wordt de persoon bedoeld die weliswaar niet in dienst of via een instelling zorg verleent, maar dat zelfstandig vanuit zijn beroep doet. Hierbij kan de vraag opkomen of een persoon die zich uit een persoonsgebonden budget laat betalen beroepsmatig zorg verleent. Aan zorgverlening vanuit een persoonsgebonden budget ligt vaak een arbeidsovereenkomst of opdracht ten grondslag. Toch is deze vraag is niet altijd op voorhand te beantwoorden en zal het afhankelijk zijn van de omstandigheden van het geval. Een relevante factor is onder meer of er sprake is van een familiere-latie.

In hoofdstuk 8 van dit wetsvoorstel wordt op een aantal punten onderscheid gemaakt tussen de zorgaanbieder en de persoon die daadwerkelijk de zorg verleent. De verplichting van de zorgaanbieder vertaalt zich daar in regels waar de zorgverlener zich in de dagelijkse uitvoeringspraktijk aan zal hebben te houden. Ook zijn er regels die zich er zelfs tegen verzetten dat een ander dan de zorgverlener optreedt of, zonder expliciete wettelijke basis, kennisneemt van gegevens. Ook zijn er bepalingen die voorschrijven dat bepaalde zaken niet geschieden dan nadat de zorgaanbieder daarover heeft overlegd met een ander; ook hier gaat het natuurlijk om overleg tussen zorgverleners. Het is daarom van belang om een apart begrip te hebben voor de zorgverleners die in persoon en uit hoofde van beroep de zorg verlenen. Als zorgverlener geldt degene die persoonlijk beroepsmatig zorg verleent (dus niet als mantelzorger of vrijwilliger). Dit omvat zowel zorgverleners die als solistisch werkend zorgaanbieder zijn te beschouwen, als personen die in dienstverband of op een andere juridische basis persoonlijk in opdracht van een zorgaanbieder werken. Het begrip beperkt zich niet tot zogenoemde Big-geregistreerde beroeps-beoefenaren.

#### *Zorgverzekeraar en Wlz-uitvoerder*

In dit wetsvoorstel wordt geregeld dat de Wet langdurige zorg wordt uitgevoerd door een rechtspersoon die geen zorgverzekeraar is, en die behoort tot een groep van rechtspersonen, waarvan ook een zorgverzekeraar deel uitmaakt. Deze rechtspersoon wordt de Wlz-uitvoerder genoemd. De Wlz-uitvoerder moet rechtspersoonlijkheid bezitten om rechtsbetrekkingen te kunnen aangaan met zorgaanbieders en verzekeren en ook overigens voor de bedrijfsvoering rechtshandelingen kunnen verrichten. In de omschrijving van de Wlz-uitvoerder is geen beperking aangebracht in de in aanmerking komende vormen van rechtspersoonlijkheid, al zal bijvoorbeeld de onderlinge waarborgmaatschappij, als verschijningsvorm van de vereniging, niet in aanmerking komen. De onderlinge waarborgmaatschappij moet namelijk ingevolge artikel 2:53 BW ten doel hebben verzekeringsovereenkomsten af te sluiten met haar leden, en daarvan is bij de verzekering van rechtswege bij de AWBZ geen sprake.

## HOOFDSTUK 2

### Artikelen 2.1.1 tot en met 2.1.3

In deze artikel is de kring van verzekerden omschreven. Daarbij is aangesloten bij de huidige regeling in de artikelen 5, 5b en 5c van de AWBZ. Wat betreft de kring van verzekerden is geen wijziging beoogd. Ook bij de vaststelling van de algemene maatregelen van bestuur krachtens artikel 2.1.1, vierde en vijfde lid, zal worden aangesloten bij de algemene maatregelen van bestuur die thans van kracht zijn op grond van artikel 5, vierde en vijfde lid van de AWBZ.

### Artikel 2.2.1

Het huidige artikel 9 AWBZ regelt dat Zvw-verzekerden bij (en door) hun zorgverzekeraar worden ingeschreven voor de uitvoering van de AWBZ. Omdat uitvoering van de Wet langdurige zorg ingevolge dit wetsvoorstel dient plaats te vinden door een andere rechtspersoon dan de zorgverzekeraar, kon dit artikel niet ongewijzigd worden overgenomen in het wetsvoorstel, maar moet het worden aangepast. De strekking van het nieuwe artikel is, vergeleken met het huidige artikel 9 AWBZ, ongewijzigd gebleven.

In het voorgestelde artikel 2.2.1, eerste lid, wordt bepaald dat de zorgverzekeraar de Zvw-verzekerde ter inschrijving (voor de Wlz) aanmeldt bij een aparte rechtspersoon (de Wlz-uitvoerder) die behoort tot dezelfde groep als bedoeld in artikel 24b van Boek 2 BW. De Wlz-uitvoerder schrijft de verzekerde in. Een groep is in artikel 24b van Boek 2 van het Burgerlijk Wetboek omschreven als een «economische eenheid waarin rechtspersonen en vennootschappen organisatorisch zijn verbonden». Uit het huidige artikel 35 van de AWBZ vloeit al de verplichting voort om de uitvoering van de AWBZ gescheiden te administreren. Deze verplichting is, wat betreft de Wlz, ook in dit wetsvoorstel opgenomen (artikel 4.2.5). Het is niet uitgesloten dat een zorgverzekeraar ervoor zou kiezen alleen de Zvw uit te voeren, zonder zich op concernniveau te verbinden aan een rechtspersoon die de Wlz uitvoert. Voor de situatie waarin de zorgverzekeraar niet behoort tot een groep met een WLZ-uitvoerder (1), voor militairen in werkelijke dienst, die geen zorgverzekering als bedoeld in de Zvw kunnen sluiten maar wel AWBZ-verzekerde zijn (2), voor in het buitenland woonachtige verzekerden (3) als ook voor de situatie waarin een verzekeringsplichtige zich – in strijd met diens verzekeringsplicht – niet bij een zorgverzekeraar heeft ingeschreven (4), bepaalt het tweede lid dat de verzekerde zich zelf inschrijft bij een WLZ-uitvoerder. De WLZ-uitvoerder is verplicht hem in te schrijven.

Het derde lid verbiedt Wlz-uitvoerders om een persoon als verzekerde in te schrijven, indien op een andere Wlz-uitvoerder een inschrijvingsplicht rust. Dit draagt ertoe bij dat Zvw- en Wlz-zorg waar nodig op elkaar worden afgestemd. Verzekerden moeten derhalve een keuze maken voor uitvoering van Zvw en AWBZ door aan elkaar gelieerde rechtspersonen. Dit wordt toegelicht in paragraaf 5.5 van de memorie van toelichting. In het voorgestelde vierde lid is bepaald dat een gemoedsbezwaarde door de Svb ter inschrijving wordt aangemeld bij het door de Minister van VWS aangewezen zorgkantoor of, indien geen zorgkantoor is aangewezen, bij de Wlz-uitvoerders naar rato van hun aantal verzekerden. Hierbij wordt aangesloten bij de regeling in artikel 9d, tweede lid, van de Zvw waar het betreft de inschrijving van onverzekerden.

## **Artikel 2.2.2**

Dit artikel komt overeen met artikel 9bis, eerste en vijfde lid, van de AWBZ, het bevat alleen technische aanpassingen. De inhoud van het tweede, derde en vierde lid van dat artikel is opgenomen in artikel 9.1.1.

## **HOOFDSTUK 3**

### **Artikel 3.1.1**

#### *Eerste lid*

In dit lid wordt bepaald welke zorg is begrepen in het recht op zorg. Uiteraard geldt daarvoor steeds de voorwaarde dat die zorg voor de betreffende verzekerde ook noodzakelijk is. De verzekerde die bij voorbeeld geen persoonlijke verzorging nodig heeft, ontleent aan het artikel ook niet het recht daarop. Dat geldt ook voor de verzekerde die zich zelfstandig met de scootmobiel naar de dagbesteding kan begeven; uiteraard heeft deze verzekerde geen aanspraak op vervoer. De verzekerde die een indicatie heeft voor zorg op grond van de Wlz, maar geen geneesmiddelen nodig heeft, ontvangt uiteraard geen farmaceutische zorg. Dit wordt in de aanhef van artikel 3.2.1, eerste lid, tot uitdrukking gebracht door de formulering dat het recht bestaat «voor zover de verzekerde naar aard, inhoud en omvang op die zorg is aangewezen». Bij de concretisering van de in artikel 3.1.2 genoemde vormen van zorg in het zorgplan, gaat het er met andere woorden niet om dat al die vormen daarin een plaats krijgen, maar dat daarin worden opgenomen de vormen van zorg waarop de betrokkene is aangewezen. Deze concretisering in het specifieke geval verschilt van de huidige systematiek in de AWBZ en het daarop gebaseerde Besluit zorgaanspraken, dat erop steunt dat in het indicatiebesluit steeds wordt aangegeven welke vorm van zorg in welke omvang is geïndiceerd. Het indicatiebesluit op grond van de Wlz bevat die gegevens niet; concretisering geschiedt in het zorgplan.

Het recht op zorg kan omvatten: verblijf in een instelling, persoonlijke verzorging, begeleiding verpleging, behandeling, mobiliteitshulpmiddelen en vervoer.

#### Verblijf

De verzekerde die geïndiceerd is voor langdurige zorg heeft aanspraak op verblijf in een instelling. Het verblijf omvat niet alleen de woonruimte zelf, maar ook eten en drinken en het schoonhouden van de woonruimte. Bij verblijf in een instelling krijgt de verzekerde vaak zorg die in sterke mate samenhangt met de ruimte waarin de zorg wordt geleverd. De artikelen 3.3.2 en 3.3.3 bieden echter de mogelijkheid om de zorg ook af te nemen zonder daadwerkelijk verblijf in een instelling. In die gevallen omvat het recht op verblijf derhalve niet de woonruimte. Zie ook de toelichting op de artikelen 3.3.2 en 3.3.3.

#### Persoonlijke verzorging, begeleiding verpleging, behandeling

Hieronder wordt hetzelfde verstaan als op dit moment onder het regime van de AWBZ. De opsomming in onderdeel d is ontleend aan de artikelen 8 en 15 van het huidige Besluit zorgaanspraken (Bza). Zie ook de toelichting bij artikel 1.1.1. De medisch specifieke behandeling die onder de AWBZ in artikel 8 Bza is opgenomen, is geregeld in het eerste lid, onder c. In het algemene deel van deze toelichting is de medisch specifieke behandeling ook aangeduid als «Wlz-behandeling». In onderdeel d is de «artikel 15-behandeling» opgenomen. Daarbij gaat het

om met het verblijf gepaard gaande behandeling, waaronder wordt begrepen geneeskundige zorg van algemeen medische aard, niet zijnde paramedische zorg, behandeling van een psychische stoornis indien de behandeling integraal onderdeel uitmaakt van de behandeling van een van de in artikel 3.1.1 genoemde aandoeningen of beperkingen, farmaceutische zorg, hulpmiddelen, noodzakelijk in verband met de in de instelling gegeven zorg, tandheelkundige zorg, en kleding, verband houdende met het karakter en de doelstelling van de instelling.

#### Mobiliteitshulpmiddelen

Het individuele gebruik van een rolstoel is ten opzichte van artikel 15 Bza uit deze opsomming gehaald. In plaats daarvan is voor het individueel gebruik van mobiliteitshulpmiddelen een separaat onderdeel e opgenomen in artikel 3.1.1, eerste lid. Bij of krachtens algemene maatregel van bestuur zal nader worden bepaald op welke mobiliteitshulpmiddelen het hier gaat. Dit is nodig om de afbakening met mobiliteitshulpmiddelen die vanuit de Zvw of Wmo 2015 geleverd kunnen worden, te voorkomen.

#### Vervoer

In onderdeel f is het recht op vervoer op overeenkomstige wijze als in artikel 10 van het Besluit zorgaanspraken neergelegd. Het gaat om het vervoer van en naar een instelling waar de verzekerde begeleiding ontvangt, voor zover dit niet in de instelling van verblijf wordt verleend en het vervoer medisch noodzakelijk is.

#### *Tweede lid*

Op grond van het tweede lid kan bij algemene maatregel van bestuur de aard, inhoud en omvang van de verzekerde zorg en de overige diensten nader worden geregeld.

#### **Artikel 3.1.2**

Dit artikel komt in grote mate overeen met het huidige artikel 9, derde lid, van het Besluit zorgaanspraken AWBZ. Het eerste lid geeft de echtgenoot en de personen die daarmee zijn gelijkgesteld krachtens artikel 1.1.2, het recht om met de partner met een somatische of psychogeriatrische aandoening of beperking mee te verhuizen naar een instelling, ondanks het feit dat deze persoon zelf op grond van artikel 3.2.1, eerste lid, geen recht heeft op langdurige zorg. De aanspraak op partnerverblijf bestaat dus in afwijking van het indicatiecriterium van artikel 3.2.1, eerste lid. Hierdoor wordt voorkomen dat gehuwden en partners gescheiden van elkaar moeten gaan leven om het enkele feit dat één van hen naar een instelling moet verhuizen om de benodigde zorg te krijgen. Het recht blijft voor de meeverhuizende persoon is beperkt tot het verblijf en omvat dus niet de daarmee samenhangende zorg.

In artikel 9 van het Besluit zorgaanspraken AWBZ wordt bepaald dat de echtgenoot zijn recht op verblijf in die instelling behoudt in het geval de echtgenoot met een indicatiebesluit komt te overlijden of naar een andere instelling verhuist. Dit recht blijft ook ongewijzigd.



### **Artikel 3.1.3**

#### *Eerste en tweede lid*

In dit artikel wordt voorgesteld te bepalen dat, indien een aanpassing nodig is om de woonruimte geschikt te maken voor verblijf buiten een instelling, die aanpassing voor minderjarige verzekerden kan worden vergoed. De Wlz-uitvoerder moet, in lijn met de voorwaarden gesteld in het tweede lid van dit artikel, een oordeel geven over de doelmatigheid en duurzaamheid van deze investeringen. Bij of krachtens amvb kunnen nadere voorwaarden worden gesteld en kan invulling worden gegeven aan de voorwaarden van het eerste lid.

### **Artikel 3.2.1**

Dit artikel regelt wanneer aanspraak bestaat op zorg ingevolge deze wet. Daartoe geeft het artikel een zelfstandige «toegangsnorm» die gebaseerd is op de daadwerkelijke zorgbehoefte van de verzekerde. Met de zelfstandigheid van de norm wordt er op bedoeld dat toegang tot de Wlz niet afhangt van de vraag of de verzekerde er in slaagt andere aanspraken, zoals zorg uit de zorgverzekering of ondersteuning door de gemeente, te verwezenlijken, maar van de vraag of de verzekerde voldoet aan de voorwaarden die in dit artikel zijn geformuleerd. Het verlenen van aanspraken op grond van deze wet op de enkele grond dat een verzekerde niet door zijn zorgverzekeraar of door de gemeente wordt geholpen, zou die partijen een direct (ook financieel) belang geven bij het doorverwijzen naar de Wlz, en daarmee een te groot risico in zich bergen op afwenteling van kosten. Ook de verzekerde is gebaat bij een heldere normstelling om te voorkomen dat hij van het kastje naar de muur wordt gestuurd. Om die reden is ervan afgezien te regelen dat de Zvw en de Wmo 2015 voorliggende voorzieningen zijn ten opzichte van deze wet. Het is veeleer andersom: de verzekerde die voldoet aan de entree-eis van de Wlz zal voor zorg die verzekerd is op grond van die wet geen beroep kunnen doen op de zorgverzekering of de Wmo 2015. Aldus sluit deze wijze van regeling op het niveau van de individuele aanspraken goed aan bij de nieuwe verantwoordelijkheidstoedeling op stelselniveau: de eigen verantwoordelijkheid van de verzekerde met hulp van de zorgverzekeraar, ondersteuning door de gemeente voor wie er op eigen kracht niet meer uitkomt, en een verzekerd recht op zorg op grond van de Wlz voor de verzekerden die de zwaarste zorg nodig hebben.

#### *Eerste en tweede lid*

Het eerste en tweede lid bepalen wanneer de zorgbehoefte van de verzekerde zodanig is dat hij aanspraak heeft op langdurige zorg. Het recht bestaat voor zover hij daar naar aard, inhoud en omvang redelijkerwijs op is aangewezen. Er gelden de volgende cumulatieve eisen:

1. de zorgbehoefte vloeit voort uit een somatische of psychogeriatrische aandoening of beperking of een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap;
2. de verzekerde behoeft permanent toezicht of voortdurende zorg in de nabijheid;
3. de zorgbehoefte is blijvend, en
4. het CIZ heeft in een op aanvraag van de verzekerde genomen indicatiebesluit vastgesteld dat aan de eerste 3 eisen is voldaan.

### *«redelijkerwijs»*

Bij de in het eerste lid genoemde beoordeling of de verzekerde redelijkerwijs is aangewezen op zorg, wordt de normale, dagelijkse zorg die partners, ouders, inwonende kinderen of andere huisgenoten geacht worden elkaar onderling te bieden, in aanmerking genomen. In paragraaf 2.2.1 van het algemeen deel van deze toelichting is reeds ingegaan op deze «gebruikelijke zorg». Het CIZ kan middels beleidsregels (die in de AWBZ op grond van de artikel 11 van het Zorgindicatiebesluit en in de Wlz op grond van artikel 21 van de Kaderwet door de Minister kunnen worden vastgesteld) invulling geven aan de wijze waarop de indicatiestelling plaatsvindt. De weging van gebruikelijke zorg zal via de beleidsregels kunnen worden meegenomen door het CIZ.

#### Ad 1: de grondslagen

De zogenaamde grondslagen voor het recht op zorg zijn bekend uit de AWBZ. De psychiatrische grondslag is niet opgenomen in de aanhef van artikel 3.2.1, eerste lid, en geeft dus niet langer aanspraak op zorg ten laste van deze wet. Dit houdt verband met de overheveling van de zorg die uit deze grondslag voortvloeit naar de Zvw, waarop is ingegaan in paragraaf 6.3 van de memorie van toelichting. Hieraan zij toegevoegd dat dit niet uitsluit dat ten laste van de Wlz zorg voor een psychische stoornis wordt verleend aan een verzekerde die recht heeft op zorg op grond van deze wet in verband met een andere grondslag.

#### Ad 2: de behoefte aan permanent toezicht

Het onder 2 genoemde criterium geeft aan dat het gaat om een behoefte aan zorg die zo intensief is dat die in veel gevallen alleen in een instelling verantwoord kan worden verleend. De zorg kan echter onder omstandigheden ook elders worden verleend, zoals nader wordt toegelicht bij artikel 3.3.2. Indien de zorgbehoefte is gebaseerd op (ten minste) één van de genoemde grondslagen, verlangen de onderdelen a en b dat daarbij tevens sprake is van de in de onderdelen genoemde zorg. Onderdeel a bepaalt dat de verzekerde die aangewezen is op permanent toezicht ter voorkoming van escalatie of ernstig nadeel voor de verzekerde een aanspraak heeft op zorg op grond van de Wlz. In het tweede lid van artikel 3.2.1 wordt met begripsbepalingen inhoudt gegeven aan de cruciale begrippen «permanent toezicht» en «ernstig nadeel voor de verzekerde».

#### *«permanent toezicht»*

Onder «permanent toezicht» wordt verstaan dat onafgebroken toezicht en actieve observatie gedurende de gehele dag nodig is, dat tijdig ingrijpen mogelijk maakt. Doordat de verzekerde zorg nodig heeft op zowel te plannen data en tijdstippen als op ongeplande tijden, vaak ook in de nachtelijke uren, volstaat toezicht op afstand of een meer passieve observatie niet. Bij de personen die een behoefte aan permanent toezicht hebben kan elk moment iets (ernstig) mis gaan («ernstig nadeel voor de verzekerde», zie hieronder). Permanent toezicht heeft verschillende functies, afhankelijk van de soort problematiek. Het kan gaan om verzekerden met cognitieve beperkingen op het gebied van onder andere regievoering en regelvermogen. Hierdoor erkent en onderkent de verzekerde niet of niet altijd de noodzaak aan zorg op de relevante momenten. Hij is dus niet in staat om zelf hulp in te roepen en hulp af te wachten. Gedragsproblematiek speelt daarbij vaak een rol. De verzekerde kan echter ook fysieke problemen hebben waardoor onverwacht «gevaar» voor hem of de omgeving optreedt, zoals bijvoorbeeld het geval kan zijn

bij intensieve chronische ademhalingsondersteuning. Het bieden van fysieke zorg kan nodig zijn om tijdig ingrijpen mogelijk te maken of om complicaties bij een ziekte te voorkomen. Ook indien zorg zeer frequent en ook op ongeregelde tijden moet worden geleverd en de verzekerde zelf niet tijdig hulp kan inroepen, kan permanent toezicht nodig zijn. Permanent toezicht houdt derhalve in dat de observatie niet alleen actief is, maar impliceert tevens dat de afstand tussen verzekerde en zorgverlener zeer beperkt is. Dat is niet alleen nodig om de zorgverlening verantwoord te laten zijn, maar ook uit het oogpunt van doelmatigheid. Hierdoor zal de verzekerde in een woonomgeving moeten verblijven die daar geschikt voor is. De afstand tussen de verzekerde en de zorgverlener speelt niet zelfstandig een rol. Ook de mogelijkheden om technische hulpmiddelen (domotica), zoals camera's, kunnen een actieve observatie en tijdige zorgverlening mogelijk maken.

*«ernstig nadeel voor de verzekerde»*

In de Wet zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten (hierna: Wet zorg en dwang) wordt het begrip «ernstig nadeel voor de verzekerde» gebruikt in plaats van het gevaarscriterium, zoals al gebruikt in de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen en de Beginselenwet verpleging ter beschikking gestelden. Het begrip «ernstig nadeel voor de verzekerde» is op de doelgroep van die Wet zorg en dwang afgestemd en geeft voor mensen met dementie of een verstandelijke beperking beter dan het begrip «gevaar» aan wanneer een inbreuk op de vrijheidsrechten gerechtvaardigd is. Bovendien werd het begrip «gevaar» vaak ingevuld als «levensgevaar», dat voor de groep psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten te beperkt is (zie ook Kamerstukken II 2008/09, 31 996, nr. 3). In de Wlz wordt aangesloten bij de terminologie van de Wet zorg en dwang, met name omdat de mensen met een indicatie op grond van deze wet een sterke overeenkomst kent met die van de Wet zorg en dwang. In de Wlz kan het echter ook gaan om mensen die geen cognitieve beperkingen hebben en ook goed zelf regie kunnen voeren. Daarin verschilt de «doelgroep» van de Wlz met de Wet zorg en dwang, maar dat maakt voor de beschreven gevallen van ernstig nadeel geen verschil. Die genoemde gevallen zijn, anders als in de Wet zorg en dwang, limitatief opgesomd. Het gaat bij «ernstig nadeel voor de verzekerde» om een situatie waarin de verzekerde zich maatschappelijk te gronde richt of dreigt te richten, zichzelf in ernstige mate verwaarloost of dreigt te verwaarlozen, ernstig lichamenlijk letsel oploopt of dreigt op te lopen dan wel zichzelf ernstig lichamenlijk letsel toebrengt of dreigt toe te brengen, ernstig in zijn ontwikkeling wordt geschaad of dreigt te worden geschaad of dat zijn veiligheid ernstig wordt bedreigd, al dan niet doordat hij onder de invloed van een ander raakt. Het ClZ zal bij iedere indicatiestelling voor het betreffende individu kunnen onderbouwen waarom sprake is van een één of meer van deze situaties. Bij «ernstig nadeel voor de verzekerde» moet sprake zijn van een te verwachten risico dat de verzekerde het ernstig nadeel zal overkomen. Dit wil zeggen dat het om een reëel risico moet gaan, dat gebaseerd is op onderbouwde verwachtingen. De enkele mogelijkheid dat een bepaald gevaar bestaat of dat een bepaald gevaar relatief vaak voorkomt bij mensen met een bepaalde aandoening, is op zichzelf niet genoeg. Met het criterium van het ernstig nadeel is dan ook niet beoogd een voorzorgsbeginsel in het leven te roepen waarbij een «nul-risico» wordt nagestreefd. Dat zou ook een vertekend beeld geven van de risico's die in het leven bestaan en ook bijvoorbeeld ook bij verblijf in een instelling kan bestaan, zoals het bestaan van enig valgevaar. Bovendien moet het risico op ernstig nadeel voor de verzekerde altijd worden gezien in het licht van de mogelijkheden en beperkingen van een verzekerde. Er kunnen weliswaar risico's ontstaan door de verzekerde ook in zijn mogelijkheden te

ondersteunen, maar de ondersteuning van die mogelijkheden dragen zelf ook bij aan het welzijn en welbevinden van de verzekerde. Enig risico moet dan worden afgewogen tegen de voordelen. De mogelijkheden van de verzekerde om te herstellen na een voorval kan daarbij ook meewegen.

#### Ad 2: de behoefte aan voortdurende zorg in de nabijheid

Onderdeel b van het eerste lid geeft aan dat de verzekerde is aangewezen op zorg indien hij een behoefte heeft aan 24 uur per dag zorg in de nabijheid, omdat de verzekerde zelf niet in staat is om op relevante momenten hulp in te roepen en hij, om ernstig nadeel voor de verzekerde te voorkomen, door fysieke problemen voortdurend begeleiding of overname nodig heeft bij zelfzorg, of door zware regieproblemen voortdurend begeleiding of overname van taken nodig heeft. Met «24 uur zorg in de nabijheid» wordt bedoeld dat zorg en toezicht weliswaar gedurende de gehele dag in de nabijheid nodig is, maar daarbij is geen permanente actieve observatie nodig. Het gaat dus om een vorm van beschikbaarheid van zorg die voor een groot deel bestaat uit meer passief toezicht. De zorg is echter wel nodig op zowel geplande als ongeplande zorgmomenten. De verzekerde heeft bovendien behoefte aan zorg die *voortdurend* in de nabijheid is, bijvoorbeeld omdat hij zelf vaak niet de noodzaak van zijn behoefte aan de inzet van zorg kan inschatten of omdat er vaak op ongeplande momenten zorg nodig is. In het eerste lid, onderdeel b, onder 1°, gaat het om de verzekerde die deze behoefte heeft wegens een fysiek probleem. Hierdoor bestaat een reële verwachting dat het fysieke probleem ertoe kan leiden dat de verzekerde in de situatie zal komen dat hij niet tijdig zelf hulp in kan schakelen. Hierbij is geen sprake van regieproblemen in de zin van cognitieve problemen, maar heeft de verzekerde wél een voortdurende behoefte aan begeleiding bij, of overname van, de «zelfzorg».

#### *«zelfzorg»*

Het begrip «zelfzorg» houdt in de uitvoering van algemene dagelijkse levensverrichtingen en de persoonlijke verzorging en hygiëne, met inbegrip van de basale taken met betrekking tot de zorg die eigenlijk door de verzekerde zelf moet worden geboden. Daarbij horen bij sommige verzekerden ook de verpleegkundige zorg die de verzekerde zelf moet kunnen bieden, zoals wondverzorging of het toedienen van medicatie. Het vermogen om die handelingen zelf te verrichten kan, indien relevant, immers medebepalend zijn bij de beantwoording van de vraag of de verzekerde 24 uur per dag in de nabijheid beschikbaar moet zijn. Strikt genomen is er bij volledige overname van de zelfzorg geen sprake meer van zelfzorg, omdat niet verwacht kan worden dat de verzekerde zichzelf de zorg kan bieden. Het begrip zelfzorg geeft echter richting aan de activiteiten die moeten worden meegenomen om een verlies aan zelfredzaamheid te beoordelen. De zelfredzaamheid op deze punten, in andere woorden het vermogen om deze handelingen zelf te verrichten, is bij de verzekerden die onder onderdeel b, onder 1°, vallen, zo beperkt dat die handelingen voortdurend begeleid of overgenomen moeten worden. Problemen met betrekking tot de mobiliteit, het bewegen en verplaatsen (in en rond huis) zijn feitelijk inbegrepen.

In het eerste lid, onderdeel b, onder 2°, gaat het om de verzekerde die een behoefte aan 24 per dag zorg in de nabijheid heeft vanwege (vooral) cognitieve beperkingen, zoals gevorderde dementie, complexe niet-aangeboren hersenletsel of een ernstige verstandelijke handicap. Net als bij de toelichting op het begrip «permanent toezicht» is gedaan, moet ook hierbij worden opgemerkt dat deze beperkingen en aandoeningen niet op zichzelf beslissend zijn om aan te nemen dat er regieproblemen

zijn die 24 uur zorg in de nabijheid noodzakelijk maken om ernstig nadeel voor de verzekerde te voorkomen. Het gaat om een weging van de omstandigheden van het individuele geval, waarbij de mate van ernst van een bepaalde beperking of aandoening mede bepalend kan zijn, maar altijd in relatie tot de andere omstandigheden. Om duidelijk te maken op welke terreinen van de zelfredzaam deze regieproblemen problemen veroorzaken, is een omschrijving van het begrip «regieproblemen» opgenomen in het tweede lid.

#### *«regieproblemen»*

Met regieproblemen wordt in het eerste lid, onderdeel b, onder 2°, bedoeld dat de verzekerde beperkingen heeft in het vermogen om een adequaat oordeel te vormen over dagelijks voorkomende situaties. Het gaat in dit onderdeel echter niet om dagelijks voorkomende situaties (ADL), maar om de zelfredzaamheid op het gebied van bepaalde gebieden: de sociale redzaamheid, probleemgedrag, psychisch functioneren of geheugen en oriëntatie. Regieproblemen kunnen zich immers voordoen op alle terreinen van de zelfredzaamheid, zoals die onder andere onderscheiden worden door de wetenschappelijk gevalideerde International Classification of Functioning (ICF). De ICF onderscheidt de volgende gebieden: het leren en toepassen van kennis, algemene taken en eisen, communicatie, mobiliteit, zelfverzorging, huishouden, tussenmenselijke interacties en relaties, belangrijke levensgebieden (opleiding, beroep en werk, economisch leven, waaronder ook vrijwilligerswerk), en maatschappelijk, sociaal en burgerlijk leven. Voor de beoordeling of een verzekerde aanspraak heeft op grond van onderdeel b, onder 2°, zijn echter niet al deze gebieden relevant. Begeleiding bij de belangrijke levensgebieden, gericht op maatschappelijk, sociaal en burgerlijk leven zijn vooral typisch voor hulp die vanuit de Wmo kan worden geboden. Het is daarom niet zinvol om de behoefte op zorg op grond van de Wlz op die gebieden te baseren. Voor de regieproblemen in de zin van het eerste lid, onderdeel b, onder 2°, gaat het om de gebieden die ook genoemd worden in artikel 6 van het te vervallen Besluit zorgaanspraken AWBZ, namelijk «sociale redzaamheid», «probleemgedrag», «psychisch functioneren» en «geheugen en oriëntatie». Het is, in aanvulling op het eerste lid, onderdeel b, onder 1°, juist het probleem bij de regievoering op deze gebieden dat zal maken dat een verzekerde 24 uur per dag zorg in de nabijheid nodig heeft en waardoor hij zelf niet in staat zal zijn om op relevante momenten hulp in te schakelen.

Bij de beide gronden van het eerste lid, onderdeel b is sprake van een noodzaak dat de afstand tussen verzekerde en zorgverlener beperkt is. Actieve observatie is weliswaar niet permanent nodig, maar de hulp moet snel beschikbaar zijn.

#### Ad 3

De Wlz is bedoeld om te voorzien in de behoefte aan zorg van mensen die levenslang en levensbreed op, doorgaans intensieve, zorg zijn aangevoelen. In het tweede lid is dit uitgewerkt met de formulering dat het moet gaan om een zorgbehoefte die niet alleen intensief is, maar ook blijvend, van niet voorbijgaande aard, is. Aldus wordt zorg die op genezing gericht is, zoals bijvoorbeeld revalidatiezorg, buiten het bereik van de Wlz gehouden. In veel gevallen zal dit criterium inhouden dat er sprake is van een langdurige zorgbehoefte, die één jaar of langer zal bestaan. Dit zal echter niet altijd het geval zijn, zoals bij palliatief terminale zorg. In veel gevallen zal die zorg worden verleend aan het einde van het leven van een verzekerde die al aanspraak had op zorg als bedoeld in de Wlz. In dergelijke gevallen kan de bedoelde zorg uiteraard ten laste van de Wlz

komen. Er zullen zich echter ook situaties voordoen waarin de betrokkene nog geen zorg vanuit de Wlz ontving, maar door de zorgverzekeraar of de gemeente werd ondersteund. In dergelijke gevallen komt palliatief terminale zorg ten laste van de Zvw. Zie ook de toelichting bij het vierde lid.

#### Ad 4

Een voor het ontstaan van het recht op zorg constitutief element is dat het CIZ in een indicatiebesluit heeft vastgesteld dat de verzekerde is aangewezen op langdurige zorg. In de AWBZ speelt het indicatiebesluit dezelfde rol (vergelijk artikel 9b, eerste lid, AWBZ). In het nemen van het indicatiebesluit, bedoeld in het eerste lid, wordt alleen bepaald of de verzekerde voldoet aan de in de in het eerste en tweede lid bedoelde criteria, en mitsdien aanspraak heeft op zorg. Welke zorg passend is, en in welke omvang die is aangewezen, wordt door het CIZ bepaald op grond van de artikelen 3.1.1, eerste lid, en 3.2.1, eerste lid. Zoals hierboven aangegeven zal het CIZ bij de indicatie uitgaan van bovengebruikelijke zorg en, net als nu in de AWBZ, de dagelijkse zorg die partners, ouders, inwonende kinderen of andere huisgenote geacht worden om elkaar onderling te bieden (gebruikelijke zorg) meewegen.

#### *Derde lid*

De combinatie van een lichte verstandelijke handicap met gedragsproblemen kan zorgen voor een behoefte aan permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid. Met de juiste behandeling wordt kan vooral de gedragsproblematiek vaak worden verminderd, zodat cliënten met deze problematiek geen blijvende zware zorgbehoefte hebben. Met dit lid wordt in een separaat indicatievereiste voorzien, zodat de personen voor wie de zorg vanaf niet langer op grond van de Jeugdwet wordt geleverd, vanuit de Wlz zorg krijgen. Zie ook paragraaf 2.2.1 van het algemene deel van deze toelichting.

#### *Vierde lid*

Bij of krachtens algemene maatregel van bestuur wordt bepaald dat een verzekerde, in afwijking van het eerste lid, geen recht heeft op vormen van zorg voor zover hij krachtens een zorgverzekering of een andere wettelijke regeling recht heeft op die zorg. Het zal hierbij in ieder geval gaan om intensieve kindzorg alsmede voor palliatief terminale zorg voor verzekerden die nog geen recht hebben op Wlz-zorg. Op grond van het Besluit zorgverzekering worden deze vormen van zorg onderdeel van de aanspraak wijkverpleging. In de algemene maatregel van bestuur op grond van het vierde lid van 3.2.1 zal deze zorg worden uitgesloten van het recht op zorg vanuit de Wlz.

#### *Vijfde lid*

Op grond van dit lid kunnen bij of krachtens amvb regels worden gesteld met betrekking tot het eerste tot en met derde lid. Dit maakt het mogelijk om een nadere invulling te geven aan hetgeen in die leden wordt geregeld. Bijvoorbeeld het regelen van de «gebruikelijke zorg» zoals die gebruikt wordt voor de vraag of de verzekerde redelijkerwijs op zorg is aangewezen.



## **Artikel 3.2.2**

### *Eerste lid*

In dit lid wordt bepaald dat het recht op zorg moet worden vastgesteld door het CIZ, dat daartoe op aanvraag van de verzekerde een indicatiebesluit neemt. In artikel 1.1.1 is het begrip indicatiebesluit omschreven als het besluit van het CIZ waarbij beoordeeld wordt of en in welke omvang de verzekerde in aanmerking komt voor zorg. In de brief over de hervorming van de langdurige zorg heeft het kabinet aangegeven dat het CIZ niet meer indiceert in zzp's, maar de zorgzwaarte bepaalt. De achtergrond hiervan was dat de zzp's, die fungeren als een taal voor de bekostiging van door zorgaanbieders verleende zorg, in de praktijk werden opgevat als een aanspraak, waarin nauwkeurig is omschreven op welke zorg in welke omvang aanspraak bestaat. Ook is in regelgeving (Regeling zorgaanspraken AWBZ en Zorgindicatiebesluit) de aanspraak gekoppeld aan de zzp's. Dit leidde onbedoeld tot claims van verzekerden die meenden dat hun minder zorg werd verleend dan waarop zij volgens het zzp «recht hadden». De regering acht dit ongewenst, en heeft om die reden het voornemen hierin verandering te brengen. Aan de andere kant is de behoefte aan (door de NZa vastgestelde) prestatiebeschrijvingen als bekostigingstaal onverminderd groot. In artikel 3.2.2 wordt daarom voorgesteld om het CIZ het recht op zorg op aanvraag van de verzekerde in een indicatiebesluit vast te laten stellen. Het recht op zorg zal ingevolge artikel 3.2.1, eerste of derde lid, bestaan voor zover de verzekerde daar naar aard, inhoud en omvang op is aangewezen of, alleen met betrekking tot verblijf, voor zover iemand echtgenoot is van iemand die om somatische of psychogeriatrische redenen in een instelling verblijft. Anders dan in de huidige AWBZ-praktijk zal de indicatie niet inhouden dat het bijbehorende zpp (als bekostigingstaal) een recht geeft op een bepaald aantal uren zorg. De in de zzp's genoemde uren zijn gemiddelden die bedoeld zijn voor de bekostiging en niet de werkelijke behoefte van de verzekerde weergeven.

### *Tweede lid*

In het tweede lid van dit artikel is, net als in artikel 9b, eerste lid, van de AWBZ bepaald dat de verzekerde bij de aanvraag zijn burgerservicenummer moet vermelden.

### *Derde lid*

Artikel 4:2, tweede lid, Awb bepaalt dat de aanvrager de gegevens en bescheiden verschaft die voor de beslissing op de aanvraag nodig zijn en waarover hij redelijkerwijs de beschikking kan krijgen. De reden dat het voorgestelde derde lid in aanvulling daarop regels stelt over de informatieverschaffing is om vast te leggen dat het meewerken aan een onderzoek door het CIZ wordt begrepen onder het verschaffen van informatie (vergelijk bijvoorbeeld ook artikel 27, tweede lid, van de Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen).

### *Vierde lid*

Dit lid biedt een grondslag om bij of krachtens amvb regels te stellen over de werkwijze van het CIZ en over de inrichting en geldigheidsduur van het indicatiebesluit. Deze grondslag blijft noodzakelijk om de werkwijze rond de indicatiestelling te normeren, zoals tot op heden is gedaan in het Zib. Doordat deze regels bij of krachtens amvb kunnen worden gesteld, wordt enerzijds voldaan aan de eisen van kenbaarheid van de meer specifieke eisen die aan het indicatieproces worden gesteld, maar is het anderzijds

mogelijk om een bepaalde flexibiliteit te faciliteren met betrekking tot deze vereisten. De regels die zullen worden gesteld zullen in ieder geval zien op de procedure van aanvraag van een indicatiebesluit, het onderzoek dat daaraan ten grondslag ligt, alsmede de inhoud en vormgeving van het indicatiebesluit. Ook over de geldigheidsduur van het indicatiebesluit zullen regels worden gesteld. Dit is met name van belang voor de verzekerden met een licht verstandelijke handicap die mogelijk tijdelijk aangewezen zullen zijn op Wlz-zorg (zie ook paragraaf 2.2.2 van het algemene deel van deze toelichting).

Op grond van artikel 21 van de Kaderwet zelfstandige bestuursorganen komt aan de Minister van VWS de bevoegdheid toe om beleidsregels te stellen over de wijze waarop een zelfstandig bestuursorgaan als het CIZ zijn activiteiten uitvoert. Deze beleidsregels zullen een nadere uitwerking geven van de wijze waarop de indicatiestelling plaatsvindt. Met ingang van 1 januari 2007 wordt door de Minister reeds gebruik gemaakt van deze bevoegdheid met de op grond van artikel 11 van het Zib gestelde Beleidsregels indicatiestelling. In die beleidsregels staan onder meer de specifieke wegingskaders die van belang zijn voor de indicatiestelling.

### **Artikel 3.2.3**

Dit artikel voorziet in de mogelijkheid om in bepaalde gevallen de indicatie voor zorg te herzien dan wel in te trekken. Het herzien en intrekken van het indicatiebesluit is een discretionaire bevoegdheid van de Wlz-uitvoerder. Hiermee wordt ruimte gegeven om de te nemen beslissingen af te stemmen op de specifieke omstandigheden van het geval. Uit jurisprudentie van onder andere de Afdeling bestuursrechtspraak van de Raad van State volgt dat een bestuursorgaan ook zonder specifieke wettelijke grondslag ambtshalve de bevoegdheid toekomt een eerder genomen besluit in te trekken, als het bijvoorbeeld genomen is aan de hand van onjuiste of onvolledige gegevens. Evenwel is het wenselijk uitdrukkelijk in een grondslag te voorzien zodat het CIZ indicatiebesluiten ambtshalve kan wijzigen of intrekken in bepaalde gevallen.

Het CIZ zal dit artikel vooral toepassen indien het op grond van onjuiste of onvolledige gegevens een indicatiebesluit heeft afgegeven dat het niet zou hebben afgegeven indien het over de juiste en volledige gegevens zou hebben beschikt (onderdeel a). Dit kan het geval zijn indien de verzekerde de op hem rustende inlichtingenplicht van artikel 3.2.2, derde lid, niet of niet behoorlijk nakomt of indien iemand anders bij wie het CIZ op grond van artikel 9.12, tweede lid, gegevens heeft opgevraagd onjuiste gegevens heeft verstrekt. Op basis van de algemene beginselen van behoorlijk bestuur kan de herziening of intrekking slechts met terugwerkende kracht plaatsvinden indien de verzekerde redelijkerwijs kon begrijpen dat hij ten onrechte een onjuist indicatiebesluit heeft ontvangen. Daarnaast ligt het voor de hand dat het CIZ de verzekerde in de gelegenheid stelt de juiste gegevens aan te leveren of de onvolledige gegevens aan te vullen alvorens het indicatiebesluit wordt herzien of ingetrokken.

Ook indien de verzekerde niet langer is aangewezen op de geïndiceerde zorg kan het CIZ het indicatiebesluit intrekken (onderdeel b). Een dergelijke herziening zal naar verwachting niet of nauwelijks voorkomen, omdat de criteria voor de Wlz zo zijn geformuleerd dat in beginsel geen sprake kan zijn van zodanige verbetering van de gezondheidssituatie van de verzekerde, dat hij daardoor niet langer aan de voorwaarden voor Wlz-zorg zou voldoen.

In dit artikel zijn geen specifieke regels opgenomen met betrekking tot het herzien of intrekken van een persoonsgebonden budget. Daar zijn twee redenen voor. In de eerste plaats gaat artikel 3.2.3 over de herziening of

intrekking van een indicatiebesluit en niet over de wijze waarop het recht tot gelding wordt gebracht. Het besluit om een pgb toe te kennen staat hier los van. In de tweede plaats voorziet de Awb met de bepalingen in afdeling 4.2.6 van die wet in regels omtrent de intrekking en wijziging van de subsidieverlening en de subsidievaststelling.

#### **Artikel 3.2.4**

##### *Eerste en derde lid*

Het huidige artikel 6, vierde lid, van de AWBZ bepaalt dat bij of krachtens algemene maatregel van bestuur kan worden bepaald dat het recht op zorg slechts tot gelding kan worden gebracht indien de verzekerde bijdraagt in de kosten daarvan, en dat de bijdrage kan verschillen naar gelang de groep waartoe de verzekerde behoort en de zorg die verstrekt wordt, en mede afhankelijk kan worden gesteld van het inkomen en het vermogen van de verzekerde en diens echtgenoot. In het voorgestelde artikel 3.2.4 is deze regeling overgenomen.

Doordat wordt aangegeven dat de hoogte van de eigen bijdrage kan verschillen afhankelijk van de zorg die wordt verstrekt, kan de eigen bijdrage niet alleen verschillen naar aard en omvang van de zorg, maar ook naar leveringsvorm. Hierdoor is het mogelijk om de eigen bijdrage voor zorg in natura te laten verschillen van de eigen bijdrage voor een vpt of voor een pgb.

In de Wlz geldt voor wijzigingen van de regels met betrekking tot de eigen bijdragen een voorhangverplichting, voor zover de algemene maatregel van bestuur ziet op de in het eerste lid bedoelde vermogen.

Het derde lid verklaart het eerste en tweede lid van overeenkomstige toepassing op het recht op partnerverblijf en het recht op een woningaanpassing voor minderjarigen (respectievelijk artikel 3.1.2 en 3.1.3).

#### **Artikel 3.2.5**

In het eerste lid van dit artikel wordt een grondslag geboden om bij of krachtens algemene maatregel van bestuur te bepalen dat zorg wordt voortgezet na het tijdstip waarop de verzekering is geëindigd of dat een recht op een vergoeding bestaat voor zorg die wordt verleend na dat tijdstip. Dit kan gewenst zijn in het geval dat een verzekering eindigt door vertrek van de verzekerde naar het buitenland. In de algemene maatregel van bestuur kunnen beperkingen en voorwaarden worden gesteld aan de voortzetting van de zorg, zoals onder meer aan de wijze waarop een zodanig recht tot gelding wordt gebracht.

Het tweede lid geeft een grondslag om bij of krachtens algemene maatregel van bestuur gevallen of omstandigheden aan te wijzen waarin de kosten van het verlenen van de desbetreffende zorg in redelijkheid niet of niet volledig ten laste van de in deze wet geregelde verzekering dienen te komen. Bepaald kan worden dat in die gevallen de zorg wordt geweigerd, de zorg op een later tijdstip ingaat, een hogere bijdrage van de verzekerde wordt gevorderd dan krachtens artikel 3.2.4, eerste lid, is vastgesteld, of een vergoeding van gemaakte kosten geheel of gedeeltelijk wordt geweigerd. In de huidige AWBZ was een gelijk artikellid de grondslag voor het Besluit wachttijd bijzondere ziektekosten. Het is de bedoeling dat onder meer de bepalingen van dat besluit onderdeel worden van een Besluit langdurige zorg.

#### **Artikel 3.2.6**

De Wet forensische zorg wijzigt met artikel 7.10 de AWBZ onder meer door een artikel 9c in te voegen. Met die wet hoort forensische zorg niet meer tot de AWBZ-aanspraken. Indien iemand in een penitentiaire

inrichting, een TBS-instelling of een instelling voor gesloten jeugdzorg is opgenomen, blijft hij echter wel verzekerd voor de AWBZ en ook dus voor de Wlz. Dat komt doordat de Wlz, net als de AWBZ, een verzekering van rechtswege is. Betrokkene behoudt derhalve ook het recht op zorg in de zin van de Wlz. Het ingevoegde artikel 9c AWBZ regelt echter dat verzekerde zijn aanspraken op AWBZ-zorg in dit geval niet tot gelding zal kunnen brengen. Met artikel 3.2.6 wordt de inhoud van artikel 9c van de AWBZ overgenomen, zodat een recht op zorg niet tot gelding kan worden gebracht gedurende de periode waarin de verzekerde in een penitentiaire inrichting, een TBS-instelling of een instelling voor gesloten jeugdzorg (gesloten accommodatie) verblijft.

### **Artikel 3.2.7**

Dit artikel komt overeen met het huidige artikel 7, eerste en derde lid, van de AWBZ. Voor militairen in werkelijke dienst en militairen die buiten gewoon verlof met behoud van militaire inkomsten hebben, wordt derhalve geen wijziging voorgesteld. Wel wordt voorgesteld de afzonderlijke regeling voor gezinsleden van militairen, die in artikel 7, tweede lid, in combinatie met artikel 19 van het Besluit zorgaanspraken AWBZ is neergelegd, niet meer in de Wlz te laten terugkeren. De reden hiervoor is dat de aanspraken van gezinsleden in militaire dienst inmiddels niet meer via de militair lopen.

### **Artikel 3.3.1**

#### *Eerste en tweede lid*

De verzekerde die recht heeft op Wlz-zorg heeft in beginsel de keuzevrijheid om deze zorg op verschillende wijzen geleverd te krijgen. Grofweg gaat het om de keuze om de zorg te krijgen met zorg in natura (door de Wlz-uitvoerder gecontracteerde zorg), of de zorg met een persoonsgebonden budget zelf in te kopen. Het tweede lid bepaalt (net als in artikel 10, eerste lid, van de AWBZ) dat de verzekerde voor het tot gelding brengen van zijn recht op zorg in natura kan kiezen uit de door de Wlz-uitvoerder gecontracteerde zorgaanbieders. De keuzevrijheid van de verzekerde die zijn recht op zorg met verblijf tot gelding wil brengen, wordt begrensd door het aanbod van door de Wlz-uitvoerder gecontracteerde instellingen. De verzekerde heeft er geen recht op dat de Wlz-uitvoerder een niet gecontracteerde instelling alsnog contracteert voor verblijf. Hiermee zou immers de onlangs afgeschafte verplichting voor uitvoerders om alle zorgaanbieders die dat wensen te contracteren, worden vervangen door een verplichting om alle aanbieders te contracteren ten aanzien waarvan de verzekerde de wens daartoe te kennen geeft. Het zonder meer voorop stellen van de wens van de verzekerde in dit opzicht, zou teveel afbreuk doen aan de doelstelling om Wlz-uitvoerders te prikkelen zorg van een zo goed mogelijke kwaliteit voor een zo laag mogelijke prijs in te kopen bij zorgaanbieders.

### **Artikel 3.3.2**

#### *Eerste lid*

Zoals in paragraaf 2.4 van het algemeen deel van deze toelichting is uiteengezet, kan zorg in natura ingevolge de Wlz ook buiten een intramurale instelling worden ontvangen. Dit draagt bij aan de keuzemogelijkheden van de verzekerde. Dit uitgangspunt geldt echter niet onverkort. Ook met zorg die op een andere plaats dan in een instelling wordt verleend, zijn aanzienlijke kosten gemoeid. De middelen daarvoor moeten besteed worden aan passende en adequate zorg. Het is met andere

woorden naar het oordeel van de regering niet aanvaardbaar als zorg zonder verblijf wordt gefinancierd, indien om zorginhoudelijke redenen de kwaliteit van de zorg tekortschiet. De alternatieve «leveringsvormen» staan in de artikelen 3.3.2 en 3.3.3. Kenmerkend voor beide alternatieve leveringsvormen is weliswaar dat er geen sprake is van daadwerkelijk verblijf in een instelling.

De leveringsvorm die nu in de AWBZ al bekend staat het «volledig pakket thuis» (vpt) is geregeld in artikel 3.3.2. Hoewel de verzekerde niet daadwerkelijk in een instelling verblijft, maar de zorg buiten de instelling «thuis» ontvangt, heeft hij op grond van het artikel 3.3.2 wel degelijk recht op «verblijf» als bedoeld in artikel 3.1.1, eerste lid, onder a. Dat er geen sprake is van verblijf in een instelling doet hier niet aan af, het recht op de zorg die onderdeel uitmaakt van verblijf krijgt de verzekerde dus buiten de instelling geleverd, dus met uitzondering van de woonruimte. Ook in het huidige Besluit zorgaanspraken AWBZ (artikel 14) wordt de term «verblijf» bij deze constructie niet verlaten.

Net als in de AWBZ is er bij een vpt geen recht op het met verblijf gepaard gaande behandeling (voorheen «artikel 15-behandeling»). Nu mobiliteitsmiddelen niet langer onder die behandeling valt, maar apart als recht is opgenomen, vallen deze mobiliteitshulpmiddelen wél onder het vpt. Het eerste lid van artikel 3.3.2 regelt dat ten aanzien van een verzekerde die een aanvraag doet om zorg zonder daadwerkelijk verblijf in een instelling te verkrijgen, de Wlz-uitvoerder kan besluiten dat de verzekerde dat recht op zorg tot gelding kan brengen buiten de instelling (ten huize van de verzekerde). De verzekerde doet de aanvraag ingevolge artikel 3.3.2 bij de Wlz-uitvoerder, dan wel het zorgkantoor. Of de aanvraag kan worden gehonoreerd is afhankelijk van de vraag of wordt voldaan aan de vereisten die in die het tweede lid zijn gesteld. Om die reden bepaalt het eerste lid van artikel 3.3.2 dat de Wlz-uitvoerder *kan* besluiten de aanvraag in te willigen. Daarmee is echter niet bedoeld aan te geven dat het een Wlz-uitvoerder bij de toepassing van artikel 3.3.2 vrij staat andere afwegingen te betrekken dan de criteria die zijn genoemd in het tweede lid.

#### *Tweede lid*

Het voorgestelde tweede lid bepaalt dat er twee gronden zijn op grond waarvan de Wlz-uitvoerder kan besluiten dat de zorg niet zonder daadwerkelijk verblijf in een instelling kan worden geboden.

De eerste grond is dat de Wlz-uitvoerder op zorginhoudelijke overwegingen tot het oordeel komt dat de zorg niet op verantwoorde wijze kan worden verleend op de door de verzekerde beoogde wijze. Daarvan kan bijvoorbeeld sprake zijn als de zorg dermate complex of intensief is, dat die alleen verantwoord kan worden geboden in een setting waar gespecialiseerde zorgverleners doorlopend beschikbaar zijn of bijzondere en kostbare voorzieningen zoals een snoezelruimte of apparatuur aanwezig zijn (onderdeel a).

De tweede grond is dat de kosten van de zorg op de gekozen locatie hoger zijn dan wat die zorg zou hebben gekost indien die zou worden verleend aan een verzekerde die in een instelling verblijft. Om die vergelijking te kunnen maken wordt het zzp-tarief vergeleken met de kosten van de zorg op de beoogde locatie. Het budget wordt zal worden bepaald op basis van een «opgeschoond» zzp-tarief, waarbij kosten die niet zien op het zorgcomponent in mindering worden gebracht. Het tweede lid biedt daarom een grondslag op bij ministeriële regeling delen van het tarief (het zzp) in mindering te brengen, waaronder de kapitaallasten. De omstandigheid dat de verzekerde eventueel genoeg zou willen nemen met minder zorg dan passend is te achten, om zodoende binnen deze norm te blijven, vormt geen aanleiding om aan een eventuele zodanige wens tegemoet te komen. Het is niet aanvaardbaar om willens en wetens ten

laste van de Wlz zorg te bekostigen die tekortschiet, ook niet als de verzekerde daar een voorkeur voor heeft.

#### *Derde lid*

In het derde lid is bepaald dat bij of krachtens algemene maatregel van bestuur kunnen regels worden gesteld met betrekking tot dit artikel.

### **Artikel 3.3.3**

#### *Eerste lid*

De verzekerde die de voorkeur geeft aan de inschakeling van zorgverleners die niet door Wlz-uitvoerders gecontracteerd zijn, kan die uitvoerder vragen om in plaats van zorg in natura een pgb te ontvangen. Dit kan bijvoorbeeld het geval zijn als de verzekerde wil dat personen uit de eigen sociale kring de zorg (deels) verlenen. Bij of krachtens algemene maatregel van bestuur worden hier regels over gesteld.

Anders dan bij het vpt is het bij een pgb niet mogelijk om het «verblijf» in de zin van artikel 3.1.1, eerste lid, onder a, tot gelding te brengen. Het eerste lid van artikel 3.3.3 noemt echter nadrukkelijk de mogelijkheid om het pgb te gebruiken voor huishoudelijke hulp dat een onderdeel vormt van dat recht op verblijf. Sinds 2009 is het op grond van de Regeling subsidies AWBZ ook al mogelijk om met een pgb huishoudelijk hulp in te kopen. Uiteraard zal de Wlz-uitvoerder, bij de bepaling van de hoogte van het benodigde budget, bezien in welke mate de verzekerde is aangewezen op de huishoudelijke hulp. Indien de gezinssituatie van de verzekerde zo is dat de huishoudelijke hulp van rekening van familie of huisgenoten moet komen, maakt huishoudelijke hulp geen deel uit van het recht op grond van artikel 3.1.1, eerste lid.

Met het persoonsgebonden budget kunnen de zorgvormen «persoonlijke verzorging», «begeleiding» en «verpleging» (artikel 3.1.1, eerste lid, onder b) en «vervoer» (onder f) worden ingekocht. Het persoonsgebonden budget komt daarmee in plaats van de zorg in natura voor die zorgvormen. Op grond van de AWBZ en de Regeling subsidies AWBZ is het voor verzekerden momenteel niet mogelijk om het recht «behandeling» vanuit het persoonsgebonden budget zelf in te kopen. De inkoop van «behandeling» blijft ook in de Wlz niet mogelijk met een pgb, om de volgende redenen. De behoefte aan behandeling, zowel de specifieke behandeling als de algemene medische behandeling, is zeer slecht op voorhand in te schatten en kan enorm variëren van persoon tot persoon of bij een en dezelfde persoon in de tijd. De verstandelijk gehandicapte verzekerde kan bijvoorbeeld een belangrijke persoonlijke levensgebeurtenis («life event») meemaken, of in een periode komen waarin veel gezondheidsproblemen tegelijk bestaan. Het is onwenselijk dat de verzekerde dan volstaat met minder dan de noodzakelijke behandeling omdat het budget niet toereikend is. Daar komt bij dat behandeling geen zorg is die in de regels door een ander dan een professional met bepaalde vaardigheden kan worden verleend. Omdat het niet mogelijk is om met een persoonsgebonden budget vormen van behandeling in te kopen, zal de verzekerde voor die zorg gebruik moeten maken van zorg in natura, alsook voor de mobiliteitshulpmiddelen.

Het pgb wordt aan de verzekerde in de vorm van een trekkingsrecht verleend. De verzekerde krijgt niet langer een bedrag op zijn rekening overgemaakt waaruit hij de zorgverleners zelf betaalt, maar een «tegoed» aan zorg dat wordt beheerd door de Sociale verzekeringsbank en waaruit de zorgverleners op aangeven van de verzekerde worden betaald. De



verzekerde sluit, net als in het huidige pgb, zelf overeenkomsten met de zorgverleners. Zie ook de toelichting op het achtste lid.

#### *Tweede lid*

Het persoonsgebonden budget wordt alleen verleend indien daarmee zal worden voorzien in toereikende zorg van goede kwaliteit (onderdeel a). Bij of krachtens algemene maatregel van bestuur kunnen op grond artikel 3.3.2, derde lid, hierover regels worden gesteld. Indien deze regels worden gesteld zijn zij derhalve van toepassing op zowel het vpt als het pgb.

Uit een aantal uitspraken van rechtbanken en de Centrale raad van Beroep (hierna: CRvB) is gebleken dat aan het zorgkantoor op grond van artikel 4:35, eerste lid, aanhef en onder b en c, van de Awb, niet de bevoegdheid toekwam om, ter voorkoming van oneigenlijk gebruik en fraude, een persoonsgebonden budget op voorhand te weigeren in de situatie dat de verzekerde niet in staat werd geacht om voldoende regie over de zorg en het budget te kunnen voeren (zie onder andere Rechtbank Rotterdam van 26 april 2012, LJN: BW4961). De Regeling subsidies AWBZ kende deze weigeringsgrond niet. Uit de toelichting bij artikel 4:35 van de Awb blijkt dat de aan een subsidie verbonden verplichtingen zekere capaciteiten en bekwaamheden bij de subsidieontvanger veronderstellen. In bepaalde gevallen kan het bovendien zo kan zijn dat aangenomen mag worden dat een verzekerde deze capaciteiten mist. Dit mag echter volgens de rechtspraak niet betekenen dat op voorhand wordt aangenomen dat de verzekerde het gebrek aan regie niet zou kunnen compenseren door middel van hulp van derden. De CRvB heeft in hoger beroep in die zaak bovendien aangegeven dat de kring van derden die hulp kan verlenen niet beperkt mag worden tot wettelijk vertegenwoordigers, partners of inwonende kinderen. Van belang is of de betrokken derde de capaciteiten heeft om de hulp te bieden. (CRvB 10 juli 2013, ECLI:NL:CRVB:2013:784). Het tweede lid, onder b, bepaalt dat de Wlz-uitvoerder het persoonsgebonden budget alleen verleent indien de verzekerde naar het oordeel van de Wlz-uitvoerder in staat is op eigen kracht, of met behulp van een vertegenwoordiger (een wettelijke vertegenwoordiger, zoals ouders, een curator, een bewindsvoerder of een mentor, of een schriftelijk gemachtigde), de aan het budget verbonden taken en verplichtingen op verantwoorde wijze uit te voeren. Hiermee is voor de Wlz-uitvoerder duidelijker dat het oordeel met betrekking tot de eigen regie niet alleen gebaseerd kan zijn op de capaciteiten van de verzekerde zelf, indien deze over een vertegenwoordiger beschikt.

Voorts is in het tweede lid (onderdeel c) bepaald dat de verzekerde in staat dient te zijn de functie te vervullen van «spin in het web» rond de zorg die aan hem verleend wordt. Bij zorg in natura rust de verantwoordelijkheid voor een goede coördinatie in sterkere mate op de Wlz-uitvoerder en de zorgverleners, bij het persoonsgebonden budget is dit aan de verzekerde zelf, al dan niet met hulp van de vertegenwoordiger. Ten slotte wordt het persoonsgebonden budget slechts verleend indien de verzekerde kan motiveren dat hij de zorg niet in natura geleverd wenst te krijgen (tweede lid, onderdeel d). Hierdoor heeft het zorgkantoor de mogelijkheid om geen pgb te verlenen als de verzekerde onvoldoende blijkt heeft kunnen geven van zijn voorkeur voor een pgb boven de gecontracteerde zorg in natura, al dan niet via een vpt. Het gaat er om dat de verzekerde een goed geïnformeerd een beslissing kan nemen, zich heeft georiënteerd op de beschikbare zorg in natura, en daarna een weloverwogen beslissing neemt. Het zorgkantoor kan constateren dat er geen sprake is van een motivering. Het is echter niet zo dat de Wlz-uitvoerder zich een oordeel zal vormen over de voorkeur voor een pgb, de wens van de verzekerde staat

voorop. De Wlz-uitvoerder moet er enkel op toezien dat de verzekerde een bewuste keuze maakt voor een pgb (bijvoorbeeld door een bewuste keuze gesprek) en de verzekerde niet afziet van zorg in natura zonder de consequenties te onderkennen of onvoldoende geïnformeerd te zijn. In het te overleggen budgetplan zal de verzekerde aangeven hoe hij van plan is om zijn budget te besteden. Daarbij kan ook worden aangegeven hoe hij zal voldoen aan de overige aan hem gestelde eisen voor een goede pgb-besteding.

#### *Derde lid*

Artikel 3.3.3, derde lid, geeft aan de Wlz-uitvoerder de bevoegdheid om een persoonsgebonden budget te weigeren. De onder a genoemde grond is van toepassing indien de verzekerde zich bij de eerdere verstrekking van een persoonsgebonden budget niet heeft gehouden aan de opgelegde taken verplichtingen én de Wlz-uitvoerder van oordeel is dat de verzekerde op eigen kracht of met hulp van een vertegenwoordiger ook niet in staat zal zijn om te voldoen aan de aan het budget verbonden verplichtingen. Indien de verzekerde blijkens de basisregistratie personen niet beschikt over een woonadres of hem rechtens zijn vrijheid is ontnomen, wordt hem eveneens een persoonsgebonden budget geweigerd (onderdelen b en c).

Het gaat bij deze gronden niet om een discretionaire bevoegdheid zoals bij de weigeringsgronden van artikel 4:35 van de Awb. In enkele uitspraken van rechtbanken met betrekking tot het persoonsgebonden budget is geoordeeld dat het inperken van de discretionaire bevoegdheid die de Awb aan het subsidieverlenende bestuursorgaan biedt, zoals de bevoegdheid om het persoonsgebonden budget in bepaalde gevallen te weigeren, lager vast te stellen of terug te vorderen (de artikelen 4:35, 4:46 en 4:57 Awb), niet in lagere regelgeving tot gebonden bevoegdheden gemaakt mogen worden. De bepalingen in de Regeling subsidies AWBZ die doelbewust een dergelijke inperking van de bevoegdheden beoogden, zijn in die uitspraken niet verbindend verklaard. Ook de Centrale Raad van Beroep heeft in uitspraken van 30 januari 2008 (LJN: BC4321), 14 februari 2008 (zaaknummer 06-2863 AWBZ) en 22 september 2012 (LJN: BK5767) geoordeeld dat de in de Awb geregelde discretionaire bevoegdheid om een subsidie lager vast te stellen en terug te vorderen, niet bij ministeriële regeling tot een verplichting gemaakt mogen worden. De bepalingen in de Regeling subsidies AWBZ die de verplichtingen voorschreven waren daarom niet verbindend volgens de CRvB.

De Afdeling bestuursrechtspraak van de Raad van State (verder: ABRvS) heeft in vergelijkbare subsidiezaken daarentegen geoordeeld dat een door de Awb geboden discretionaire bevoegdheid weliswaar inhoudt dat daar een belangenafweging aan ten grondslag dient te liggen, maar dat die belangenafweging kan worden begrensd door de desbetreffende bijzondere subsidieregeling. In een dergelijke regeling kan immers zijn bepaald dat het bestuursorgaan in bepaalde gevallen een gebonden bevoegdheid heeft. In die gevallen is voor een (aanvullende) belangenafweging geen plaats meer.

De regering stelt vast dat de met de regeling subsidies AWBZ beoogde invoering van een gebonden bevoegdheid van de uitvoerder niet het beoogde effect heeft gehad. Om die reden wordt er thans voor gekozen om de belangenafweging op het niveau van de wet zelve te beperken zodat er gebonden bevoegdheden ontstaan bij de toepassing van artikel 3.3.3, derde lid.

De in het derde lid voorgestelde specifieke regeling komt echter niet in de plaats van de regeling in artikel 4:35 van de Awb. Weliswaar wordt met de voorgestelde regeling beoogd af te wijken van het regime van de Awb op het punt van de discretionariteit, maar de voorgestelde regeling beoogt overigens slechts aan te vullen op de weigeringsgronden van de Awb. Het

gaat in artikel 3.3.3, tweede lid, dus niet om een limitatieve opsomming van situaties waarin de subsidie geweigerd mag worden. Indien een weigering van een persoonsgebonden budget niet gebaseerd kan worden op artikel 3.3.3, tweede lid, maar wel een van de weigeringsgronden van artikel 4:35 van de Awb van toepassing is, kan de Wlz-uitvoerder in voorkomend geval een persoonsgebonden budget weigeren met toepassing van dat artikel.

#### *Vierde lid*

In de brief over de hervorming van de langdurige zorg van 25 april 2013 heeft het kabinet aangegeven dat een van de voorwaarden waaronder een persoonsgebonden budget mogelijk moet blijven, is dat aan het persoonsgebonden budget lagere kosten zijn verbonden dan aan zorg in natura. In dit lid wordt bepaald dat het persoonsgebonden budget ten hoogste een deel van de zorgcomponent uit een zzp bedraagt, volgens bij algemene maatregel van bestuur te stellen regels.

#### *Vijfde lid*

Om redenen van uniformiteit en doelmatigheid en ter voorkoming van fraude is ervoor gekozen de betaling van de door de Wlz-uitvoerders verleende budgetten centraal te doen plaatsvinden door de Sociale Verzekeringsbank. In afwijking van artikel 4:89, eerste lid van de Awb, geschiedt de betaling van het pgb niet door bijschrijving op de rekening van de verzekerde, maar houdt de Wlz-uitvoerder het budget in rekening-courant bij de SVB aan. Tot de uitvoerende taken van de SVB behoren naast het verrichten van de betalingen voor persoonsgebonden budgetten ook het registreren, adviseren, afdragen van belasting, administreren, toetsen op de door de Wlz-uitvoerder gestelde voorwaarden en het faciliteren van verplicht werkgeverschap. Dit brengt met zich dat Wlz-uitvoerders de SVB informatie zullen moeten verstrekken omtrent de verleende budgetten en dat de SVB aan de Wlz-uitvoerders rekenschap zal moeten afleggen over de uitvoering. De kosten die de SVB voor de uitvoering van de in het vijfde lid geregelde taak maakt, zullen ingevolge de in artikel 12.3.1, onderdeel L, voorgestelde wijziging van artikel 90, tweede lid, van de Wet financiering sociale verzekeringen uit het Fonds langdurige zorg worden gefinancierd.

#### *Zesde lid*

Artikel 4:37 van de Awb biedt het bestuursorgaan dat de subsidie verleent de mogelijkheid om aan de subsidieontvanger verplichtingen op te leggen met betrekking in dat artikel genoemde onderwerpen. Artikel 4:38 bepaalt dat ook andere verplichtingen opgelegd kunnen worden die strekken tot verwezenlijking van het doel van de subsidie. Ter precisering van die bepalingen en de grondslag in het eerste lid, geeft het zesde lid van artikel 3.3.3 aan dat de bij of krachtens het eerste lid te stellen regels in ieder geval betrekking hebben op:

- a) de gevallen waarin en de voorwaarden waaronder de verzekerde aan wie een persoonsgebonden budget wordt verstrekt, de mogelijkheid heeft om zorg te betrekken van een mantelzorger of een natuurlijke persoon die niet beroeps- of bedrijfsmatig zorg verleent, of die persoon vanuit het persoonsgebonden budget te betalen;
- b) verplichtingen die aan de verzekerde worden opgelegd met betrekking tot taken van de verzekerde als werkgever of opdrachtgever die voortvloeien uit de besteding van het persoonsgebonden budget;
- c) de gevallen waarin, onverminderd het tweede en derde lid, verzekerden worden uitgesloten van de verlening van een persoonsgebonden budget;

- d) de wijze waarop de Sociale verzekeringsbank het trekkingsrecht en het budgetbeheer uitvoert, en
- e) de vorm en inhoud van het door de verzekerde te overleggen budgetplan.

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

Onderdeel a maakt het mogelijk om voorwaarden te stellen aan de mogelijkheid om met een persoonsgebonden budget zorg te ontvangen van een mantelzorger of «niet-professionele» zorgverlener. Hierdoor is het bijvoorbeeld mogelijk om duidelijke kwaliteitseisen te stellen aan «niet-professionele» zorgverleners of om een verdere monetaarisering van de mantelzorg tegen te gaan. Onderdeel b geeft een grondslag voor regels over de taken die een budgethouder krijgt in de hoedanigheid van werkgever of opdrachtgever. Met onderdeel c kunnen gevallen worden aangewezen waarin verzekerden geen persoonsgebonden budget kunnen ontvangen. Dit kan bijvoorbeeld het geval zijn bij bepaalde groepen verzekerden met een intensieve zorgvraag voor wie alleen zorg in natura bij specifieke instellingen beschikbaar is en voor wie geen kwalitatief verantwoorde zorg thuis kan worden geboden. Het betreft voornamelijk verzekerden die een behoefte hebben aan een integraal zorgpakket waarbij behandeling een relatief groot en ook onlosmakelijk onderdeel vormt van de overige zorg. In de huidige Regeling subsidies AWBZ zijn bepaalde cliëntengroepen reeds uitgesloten van een persoonsgebonden budget. Met onderdeel d bestaat een grondslag om regels te stellen over de wijze waarop de SVB het trekkingsrecht uitvoert.

#### **Artikel 3.3.4**

De verzekerde die recht heeft op zorg in natura ingevolge de Wlz en het verblijf afneemt, kan kiezen uit het door de Wlz-uitvoerder gecontracteerde zorgaanbieders (artikel 3.3.1, tweede lid). Dit artikel strekt er in hoofdzaak toe te regelen dat zorg in natura op grond van de Wlz alleen wordt verleend in Nederland of binnen de EU, EER en Zwitserland. Buiten dat gebied kan een Wlz-uitvoerder geen zorgaanbieders contracteren. In uitzonderingsgevallen kan de verzekerde ten laste van de Wlz kosten van zorg geheel of gedeeltelijk vergoed krijgen die wordt betrokken van een niet gecontracteerde zorgaanbieder buiten Nederland, maar binnen de EU, EER en Zwitserland. Bij algemene maatregel van bestuur wordt bepaald onder welke omstandigheden een toegekend pgb buiten Nederland kan doorlopen; hierbij wordt geen onderscheid gemaakt tussen Europa en de rest van de wereld.

#### *Eerste lid*

Het huidige artikel 10 van de AWBZ is geënt op de situatie dat die wet ook aanspraken biedt op extramurale zorg. In het wetsvoorstel Wlz is echter niet langer sprake van in functies en klassen ingedeelde extramurale zorg. De Wlz biedt aanspraken aan verzekerden die geïndiceerd zijn voor zeer zware zorg. Aan veel mensen zal die zorg alleen adequaat intramuraal kunnen worden geboden in een instelling. Daarnaast geeft dit wetsvoorstel de ruimte om de benodigde zware zorg waar mogelijk en gewenst ook te verkrijgen zonder het recht op verblijf tot gelding te brengen. Dat doet er echter niet aan af dat de zorg op grond van de Wlz wezenlijk verschilt van de extramurale zorg die bekend is uit de AWBZ. Om die reden zal de zorg op grond van de Wlz praktisch gesproken alleen in Nederland geleverd kunnen worden. Wlz-uitvoerders zullen er naar de verwachting van de regering niet toe overgaan om zorg in het buitenland

te contracteren. In verband met het Europese recht is het echter niet mogelijk om het contracteren van zorg in EU-landen of landen die behoren tot de EER te verbieden. Weliswaar is de Richtlijn 2011/24/EU betreffende de toepassing van de rechten van patiënten bij grensoverschrijdende gezondheidszorg niet van toepassing op de langdurige zorg, maar het door het EU-Werkingsverdrag geborgde vrij verkeer van diensten verzet zich tegen het instellen van een dergelijk verbod. Wel laat het Europese recht toe het contracteren van EU-zorgaanbieders te binden aan de beperking dat de zorg binnen Nederland niet tijdig verkregen kan worden en dat voorafgaande toestemming is verleend.

Voor wat betreft zorg buiten de EU en de EER ziet de regering echter geen reden om er in te voorzien dat ook buiten dat gebied zorg kan worden gecontracteerd. Het eerste lid voorziet hierin. Hiermee wordt de lijn voortgezet die ten grondslag lag aan de wet AWBZ-buitenland, waarin artikel 10 AWBZ met ingang van 1 januari 2013 werd gewijzigd.

#### *Tweede lid*

Dit lid geeft een regeling voor gevallen waarin een verzekerde buiten Nederland, maar binnen het genoemde Europese gebied, in plaats van zorg de kosten van in het buitenland ontvangen zorg gerestitueerd kan krijgen. Voorwaarde daarvoor is dat de verzekerde de zorg die hij behoeft in Nederland niet kan krijgen, en dat de Wlz-uitvoerder tevoren toestemming heeft verleend. In de algemene maatregel van bestuur, te stellen op grond van dit lid, zal worden bepaald dat voor zover de zorg waarop de verzekerde op grond van deze wet recht heeft spoedeisend is, binnen het grondgebied van het Europese deel van Nederland niet binnen een redelijke termijn kan worden verleend en de Wlz-uitvoerder voorafgaand aan het buiten Nederland ontvangen van de zorg daarvoor toestemming heeft verleend, recht heeft op gehele of gedeeltelijke restitutie van de kosten, voor zover die in de Nederlandse marktomstandigheden passend zijn te achten. Op dit moment zijn dergelijke regels gesteld in artikel 20 van het Besluit zorgaanspraken.

#### *Derde lid*

Dit lid bepaalt dat een door de verzekerde verschuldigde eigen bijdrage in mindering wordt gebracht op de vergoeding die hij op grond van het tweede lid ontvangt. In de AWBZ is dit geregeld in artikel 12, derde lid.

#### *Vierde lid*

Het voorgestelde vierde lid bepaalt in onderdeel a dat bij algemene maatregel van bestuur regels kunnen worden gesteld over de gevallen waarin en voorwaarden waaronder de verlening van een persoonsgebonden budget als bedoeld in artikel 3.3.3 buiten Nederland tijdelijk kan worden voortgezet. Thans is deze grondslag te vinden in artikel 10, derde lid, onderdeel b, van de AWBZ.

Het voorgestelde nieuwe onderdeel brengt geen beperking aan tot tijdelijke voortzetting van het pgb binnen Europa. Opmerking hierbij verdient dat het pgb niet het karakter van een vrij besteedbare uitkering heeft, maar moet worden aangemerkt als een verstrekking in 883/2004. Een dergelijke verstrekking is niet exporteerbaar. Voorts is degene die zich in een andere land vestigt niet langer een ingezetene, en niet langer verzekerd.

Het ligt in de bedoeling bij de opstelling van de algemene maatregel van bestuur de regeling op dit punt in het Besluit zorgaanspraken als uitgangspunt te nemen. Daarin is ook het aspect van de tijdelijkheid uitgewerkt.

In onderdeel b van het voorgestelde vierde lid wordt de mogelijkheid gecreëerd om regels te stellen gesteld over indicatiestelling in het buitenland, net als in het huidige artikel 10, derde lid, onderdeel d, van de AWBZ.

De voorgestelde regeling verschilt daarmee op de volgende punten van artikel 10, derde lid, van de AWBZ:

1. Onderdeel a van dat lid is niet overgenomen in artikel 3.3.4. Dit onderdeel bepaalt dat bij algemene maatregel van bestuur kan worden bepaald wanneer een verzekerde zijn recht op zorg tot gelding kan brengen bij een niet gecontracteerde aanbieder. Verzekerden kunnen hun recht slechts tot gelding brengen bij gecontracteerde aanbieders
2. Onderdeel c van dat lid is evenmin overgenomen in artikel. De reden daarvoor is dat het derde lid van artikel 3.3.4 al de grondslag geeft voor bij algemene maatregel van bestuur te stellen regels.
3. In het vijfde lid is als onderdeel c opgenomen de mogelijkheid bij algemene maatregel van bestuur regels te stellen over de op grond van het derde lid op de vergoeding in mindering te brengen eigen bijdrage. De AWBZ biedt daarvoor thans de grondslag in artikel 12, vijfde lid.

## **HOOFDSTUK 4**

### **Artikel 4.1.1**

*Eerste, tweede, derde en vierde lid*

De eerste drie leden van dit artikel zijn ontleend aan artikel 33 van de AWBZ. In de huidige AWBZ vindt de uitvoering van de wet plaats door een zorgverzekeraar die zich aanmeldt voor de uitvoering. De zich aanmeldende zorgverzekeraar is onderworpen aan toezicht op grond van de Wft. Dit wetsvoorstel wijzigt die situatie. De rechtspersoon die zich aanmeldt voor de uitvoering van de Wlz is immers geen zorgverzekeraar, maar een andere rechtspersoon. Daaruit vloeit voort dat de beoordeling dat die rechtspersoon op zijn taak is berekend (anders dan in de huidige situatie) nog niet heeft plaatsgevonden in het kader van de Wft. Deze beoordeling, die het karakter heeft van een toelatingsbeslissing, dient derhalve alsnog te geschieden. Het eerste lid schrijft voor dat een Wlz-uitvoerder deel moet uitmaken van een groep (als bedoeld in artikel 24b van Boek 2 van het Burgerlijk Wetboek) waarvan ook een of meer zorgverzekeraars deel uitmaken. Een zorgverzekeraar kan de Wlz niet binnen de eigen rechtspersoon uitvoeren. Op grond van de EU-schadeverzekeringsrichtlijnen en de Wft is het de zorgverzekeraar namelijk niet toegestaan om nevenactiviteiten uit te oefenen die te grote risico's met zich brengen voor de uitoefening van de hoofdactiviteit verzekeren. DNB houdt daarop toezicht. Om die reden wordt dwingend voorgeschreven dat deze activiteiten van elkaar moeten worden gescheiden.

Naar verwachting zal niet voor iedere zorgverzekeraar als bedoeld in de Zvw, een Wlz-uitvoerder worden opgericht. Ook onder de huidige AWBZ is het immers al zo, dat een aantal groepen waarin meerdere zorgverzekeraars deelnemen (bijvoorbeeld de CZ-groep) de daadwerkelijke uitvoering van de AWBZ voor al degenen die een zorgverzekering hebben bij de tot die groep behorende zorgverzekeraars (CZ, Delta Lloyd Groep en OHRA) laat lopen via één rechtspersoon.

Uit het huidige artikel 35 van de AWBZ vloeit de verplichting voort om de uitvoering van de AWBZ gescheiden te administreren. Deze verplichting is ook in dit wetsvoorstel opgenomen (artikel 4.2.5). In het vierde lid wordt bepaald dat de rechtspersoon die zich aanmeldt, de Wlz niet eerder kan



uitvoeren dan nadat de NZa heeft vastgesteld dat de rechtspersoon in voldoende mate is voorbereid op de uitvoering van de wet. Voor die beoordeling door de NZa zullen bij amvb worden gesteld.

#### *Vijfde en zesde lid*

Het voorgestelde vijfde en zesde lid van artikel 4.1.1 regelen dat beleidsbepalende personen (bestuurders en sleutelfunctionarissen) geschikt en betrouwbaar moeten zijn. De tekst van deze leden, en van het voorgestelde artikel 31a van de Wmg, is in belangrijke mate afgestemd op de artikelen 2:31, 3:8 en 3:9 van de Wft, die voor de zorgverzekeraars gelden. DNB houdt toezicht op de naleving van de Wft door zorgverzekeraars.

Aangezien de AWBZ wordt uitgevoerd door zorgverzekeraars, was aldus ook voorzien in een toets op de geschiktheid en betrouwbaarheid van de beleidsbepalers voor de AWBZ. De uitvoering van de Wlz wordt echter opgedragen aan de Wlz-uitvoerders, die geen verzekeraar zijn in de zin van de Wft. Omdat de Wft derhalve van toepassing is op Wlz-uitvoerders, is wordt in de Wlz zelf voorzien in de eis dat de beleidsbepalende personen geschikt moeten zijn en dat hun betrouwbaarheid buiten twijfel staat. De NZa toetst dit.

De rechtspersoon die de Wlz wil uitvoeren is op grond van het eerste lid gehouden daarvan een melding te doen aan de NZa. Deze melding kan de Wlz-uitvoerder alleen doen als hij ervoor heeft zorg gedragen dat de te benoemen personen aan de in het vijfde lid opgenomen eisen voldoen. Deze verplichting blijft ook na de melding van toepassing bij nieuwe benoemingen.

De NZa houdt toezicht op de naleving van de wet door Wlz-uitvoerders. De naleving van artikel 4.1.1 maakt daarvan uiteraard onverkort deel uit. Artikel 78 Wmg maakt het mogelijk dat de NZa een aanwijzing geeft aan een Wlz-uitvoerder die niet voldoet aan het bepaalde bij of krachtens deze wet. Bij niet naleving van de aanwijzing beschikt de NZa over verdergaande mogelijkheden tot handhaving (artikelen 80 en 84 Wmg), waaronder het opleggen van een last onder dwangsom. Op grond van het voorgestelde artikel 31a van de Wmg zullen bij amvb gesteld over de wijze waarop de betrouwbaarheid van de betrokken personen wordt vastgesteld. Het ligt in de bedoeling de in deze amvb op te nemen regels te enten op het bepaalde in Hoofdstuk 2 van het Besluit prudentiële regels Wft. Aldus wordt bereikt dat in dit opzicht voor zorgverzekeraar en Wlz-uitvoerders dezelfde eisen gelden. Voorts zal in de amvb worden geregeld dat de NZa het oordeel van DNB bij haar afweging betreft indien de aspirant bestuurder eerder al door DNB is getoetst. De NZa en DNB dienen hier samenwerkingsafspraken over te maken (zie ook art. 17, eerste lid, Wmg).

#### **Artikel 4.1.2**

Dit artikel bevat een aantal voorschriften waaraan de statuten van een Wlz-uitvoerder en daarmee ook die van een zorgkantoor, moeten voldoen.

Allereerst is geregeld dat de statuten de Wlz-uitvoerder het beogen en uitkeren van winst moeten verbieden. Er is voor gekozen om zowel het beogen als het uitkeren te verbieden, omdat niet uitgesloten kan worden dat een Wlz-uitvoerder hoewel hij geen winst beoogt, aan het einde van een kalenderjaar toch een overschot op de uitvoering van de Wlz heeft dat uitgekeerd zou kunnen worden indien de Wlz dat niet verbodt.

Artikel 4.1.2, onderdeel a, verbiedt dat daarom. Overschotten op de uitvoering dienen te worden toegevoegd aan de reserve en voor zover het maximum voor deze reserve wordt overschreden terug te worden gestort in het Flz.

Met de onderdelen b en c van het eerste lid van dit artikel wordt aan de invloed van verzekerden op het beleid op dezelfde wijze invulling gegeven als in artikel 28 van de Zvw. Invloed van verzekerden op het beleid bij de uitvoering van de verzekering, is een belangrijk uitgangspunt van de sociale verzekering. Dit uitgangspunt is neergelegd in verscheidene door Nederland geratificeerde internationale verdragen die normen stellen over de vorm en inhoud van de sociale verzekering. Het betreft de ILO-verdragen nrs. 102 (Verdrag betreffende minimumnormen van sociale zekerheid), 121 (Verdrag betreffende uitkeringen bij bedrijfsongevallen en beroepsziekten) en 130 (Verdrag betreffende de geneeskundige verzorging en uitkeringen bij ziekte) en de Europese Code inzake sociale zekerheid van de Raad van Europa.

Voor de huidige zorgverzekeraars is dit uitgangspunt verwoord in de Zvw door het voorschrift dat zorgverzekeraars in de statuten waarborgen bieden voor een redelijke mate van invloed van de verzekerden op het beleid. Dit wetsvoorstel voorziet erin dat ook in de AWBZ voor de realisering van dit uitgangspunt een bepaling wordt opgenomen.

### **Artikel 4.1.3**

Dit artikel is de tegenhanger van artikel 4.1.1. waar artikel 4.1.1 regels stelt over de toelating van een Wlz-uitvoerder, heeft artikel 4.1.2 betrekking op de beëindiging van de uitvoering van de Wlz op verzoek van de uitvoerder.

#### *Eerste en derde lid*

In het eerste lid is geregeld dat de Wlz-uitvoerder de uitvoering van de wet niet rauwelijks kan staken, maar het voornemen tot beëindiging van de uitvoering aan de NZa moet melden. Dit geeft de mogelijkheid tot het treffen van de nodige maatregelen om in de zorg van de bij de Wlz-uitvoerder ingeschreven verzekerden te kunnen blijven voorzien. Op grond van het derde lid kan de Wlz-uitvoerder met inachtneming van bij algemene maatregel van bestuur te stellen regels worden verplicht de uitvoering te continueren zolang las voor een goede afwikkeling nodig is.

#### *Tweede lid*

In dit lid is geregeld dat de (procedurele) verplichtingen die op de aanmelding van toepassing zijn, eveneens van (overeenkomstige) toepassing zijn bij de afmelding.

### **Artikel 4.1.4**

Aangezien de activiteiten van de Wlz-uitvoerder niet kunnen worden aangemerkt als verzekeren in de zin van de Europese schadeverzekeringsrichtlijnen, en de Wlz-uitvoerder geen schadeverzekeraar is, is de Wft niet van toepassing. Daarom luidt het voorgestelde artikel anders dan artikel 39 van de AWBZ. Het voorgestelde eerste lid van artikel 4.1.4 komt overeen met de tekst van artikel 49 van de AWBZ, zoals dat voor de inwerkingtreding van de Invoerings- en aanpassingswet Zorgverzekeringswet op 1 januari 2006 luidde.

Het toezicht is erop gericht te voorkomen, dat een Wlz-uitvoerder niet aan zijn verplichtingen kan voldoen. Desalniettemin kan een faillissement van een Wlz-uitvoerder nooit helemaal worden uitgesloten. Het sociale karakter van de Wlz komt onder meer hierin naar voren, dat artikel 4.1.4 bepaalt dat in dit soort gevallen het Zorginstituut de vorderingen die de verzekerden op de Wlz-uitvoerder heeft, volledig voldoet. Dit geldt ook voor de vorderingen die zorgaanbieders op de Wlz-uitvoerder hebben. De

reden hiervoor is, dat de Wlz-uitvoerders hun verzekerden zorg laten leveren door door die Wlz-uitvoerders gecontracteerde zorgaanbieders en dat die zorgaanbieders hun rekeningen direct aan de Wlz-uitvoerder zenden. In dat licht bezien is het logisch, dat als de Wlz-uitvoerder niet meer bij machte is te betalen, de vorderingen van de zorgaanbieders alsnog door het Zorginstituut worden voldaan.

#### **Artikel 4.2.1**

##### *Eerste lid*

Het eerste lid bevat de belangrijkste taak van de Wlz-uitvoerder, te weten dat hij ervoor zorgt dat de bij hem ingeschreven verzekerden hun recht op zorg tot geding kunnen brengen. Tot deze «zorgplicht» behoort overigens ook het informeren van verzekerden over wat hun rechten precies inhouden en welke keuzen zij hebben.

In dit verband bepaalt onderdeel a van het eerste lid dat de Wlz-uitvoerder de verzekerde informeert over de drie wijzen waarop hij in beginsel zijn recht tot gelding kan brengen: hij kan zorg in natura met verblijf, zorg in natura zonder verblijf (dat wil zeggen: een vpt) of een pgb krijgen (zie ook hoofdstuk 3, paragraaf 3). Daarbij dient de Wlz-uitvoerder de verzekerde die interesse heeft in een vpt of een pgb, wel te wijzen op de daaraan verbonden voorwaarden. Komt de verzekerde naar verwachting van de Wlz-uitvoerder voor alle drie de mogelijkheden in aanmerking (dat wil zeggen: kan het vpt of het pgb volgens de Wlz-uitvoerder verantwoord worden verleend), dan geeft hij de verzekerde de vrije keuze tussen die mogelijkheden.

Overigens impliceert onderdeel a niet, dat de Wlz-uitvoerder de verzekerde zijn informatie dient op te dringen. Indien – wat vaak het geval is – een verzekerde al vantevoren weet dat hij in een gecontracteerde zorginstelling wil gaan wonen en dat deze hem binnen redelijke termijn plaats kan bieden, kan hij zich na ontvangst van het indicatiebesluit direct bij die zorginstelling voegen. De Wlz-uitvoerder hoeft zich dan niet in te spannen om hem alsnog de andere leveringsvormen onder de aandacht te brengen.

Onderdeel b, onder 1°, van het eerste lid, bevat de kern van de zorgplicht voor verzekerden die kiezen voor zorg in natura: de Wlz-uitvoerder dient ervoor te zorgen dat de verzekerde binnen redelijke termijn en bovendien binnen redelijke afstand van waar hij wenst te gaan wonen (als de verzekerde voor zorg met verblijf kiest en dus in een zorginstelling wil gaan wonen) dan wel bij hem thuis (als een vpt zal worden geleverd) de zorg ontvangt waarop hij is aangewezen. Hiertoe dient de Wlz-uitvoerder zorgaanbieders te contracteren, die de zorg namens hem aan de verzekerden zullen leveren<sup>59</sup>. De zorg dient op redelijke termijn beschikbaar te zijn. Doorgaans zullen de zogenoemde «Treetermijnen» richtinggevend zijn voor wat een redelijke termijn is. Wat een redelijke afstand is, zal afhangen van de vorm van zorg die de verzekerde nodig heeft (sommige zeer gespecialiseerde vormen van Wlz-zorg zijn slecht op enkele plaatsen in Nederland beschikbaar), en van de plaats waar hij wenst te gaan wonen (is dat een klein dorp waar geen zorginstelling staat of één zorginstelling

<sup>59</sup> In het voorstel van wet houdende Wijziging 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.) wordt het zorgverzekeraars en zorgkantoren op grond van een in de Wmg op te nemen artikel verboden om zelf AWBZ-zorg te verlenen of zeggenschap te verwerven in een zorgaanbieder.

staat die hem echter niet binnen redelijke termijn kan plaatsen, dan zal de verzekerde genoeg moeten nemen met een zorginstelling in de nabijheid van het dorp). De plicht van de Wlz-uitvoerder om de zorg te contracteren waarop de bij hem ingeschreven verzekerden aangewezen zijn, impliceert dat die zorg van goede kwaliteit dient te zijn. Verzekerden zijn immers per definitie nooit aangewezen op matige of slechte zorg. Derhalve is het de taak van de Wlz-uitvoerder om in de gaten te houden of zijn gecontracteerde zorgaanbieders wel zorg van voldoende kwaliteit leveren, en hierover zondig afspraken te maken in de zorginkoopcontracten. Aangezien het nakomen van de bepalingen over de zorgplanbesprekingen en het zorgplan (zie hoofdstuk 8 van voorliggend wetsvoorstel) onderdeel vormt van het leveren van kwalitatief goede zorg, dient de Wlz-uitvoerder ook daaraan in zijn zorginkoopcontracten aandacht te besteden (zie ook art. 4.2.2, tweede lid, onderdeel b). De verantwoordelijkheid van de Wlz-uitvoerder voor de kwaliteit van de zorg die hij aan zijn verzekerden laat verlenen, laat overigens onverlet dat de zorgaanbieders zelf op grond van diverse wetten (zoals de Kwaliteitswet zorginstellingen, de Wet op de Beroepen in de individuele gezondheidszorg, in de toekomst de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg, en ook de artikelen 8.1.1 tot en met 8.1.3 van voorliggend wetsvoorstel) uiteraard eerstverantwoordelijk zijn voor de kwaliteit van de zorg die zij leveren.

De Wlz-uitvoerder dient er naar te streven dat er binnen redelijke afstand van waar de cliënt wil gaan wonen of binnen redelijke afstand van zijn huis meerdere gecontracteerde zorgaanbieders zijn die de benodigde zorg op redelijke termijn kunnen verlenen. Is dat het geval, dan geeft de Wlz-uitvoerder op grond van onderdeel b, onder 2°, de cliënt de mogelijkheid daar tussen te kiezen. De formulering van dit subonderdeel impliceert dat de Wlz-uitvoerder de verzekerde daartoe desgewenst informeert over de verschillende geschikte aanbieders, de verschillen daartussen en de wachttijden.

Onderdeel b, onder 3°, geeft de Wlz-uitvoerder de taak om een verzekerde die in een instelling wil gaan wonen of een vpt zal ontvangen desgewenst naar een zorgaanbieder te bemiddelen die de zorg binnen redelijke termijn kan verlenen. Ook hier geldt (ingevolge onderdeel b, onder 1°, uiteraard weer) dat de aanbieder op redelijke afstand dient te liggen van waar betrokkene wil gaan wonen dan wel, in geval van een vpt, de zorg bij hem thuis kan verlenen.

Onderdeel c geeft aan wat de zorgplicht inhoudt indien iemand voor een pgb in aanmerking komt. Dit beperkt zich in wezen tot de plicht ervoor te zorgen dat het geld dat nodig is om de door de budgethouder gecontracteerde zorgaanbieders te betalen, tijdig ter beschikking staat van de SVB (die ingevolge de trekkingsrechten immers de daadwerkelijke uitbetalingen verricht).

#### *Tweede lid*

Op grond van het tweede lid kunnen bij amvb regels worden gesteld over de wijze waarop de Wlz-uitvoerder hun informatieplicht, bedoeld in het eerste lid, onderdeel a, of b, onder 2°, dan wel hun bemiddelingsactiviteiten, bedoeld in het eerste lid, onderdeel b, onder 3°, invullen.

Zoals in hoofdstuk 5 van het algemeen deel van deze toelichting is aangegeven, wordt overwogen om te bepalen dat zorgbemiddeling niet mag worden uitbesteed aan zorgaanbieders. Dit zal in de hier bedoelde amvb geregeld kunnen worden.

Het tweede lid geeft geen mogelijkheid om regels te stellen over de wijze waarop de Wlz-uitvoerder voldoet aan het eerste lid, onderdeel b, onder 1°, of aan onderdeel c. De artikelen 4.2.2 (over zorginkoop) en 3.3.3 (over het pgb) voorzien daar namelijk al voldoende in.

## **Artikel 4.2.2**

### *Eerste lid*

Artikel 4.2.2 geeft een uitwerking van de wijze waarop de Wlz-uitvoerder zijn plicht, bedoeld in artikel 4.2.1, eerste lid, onderdeel b, onder 1°, dient uit te voeren: hij dient daartoe zorg in te kopen bij zorgaanbieders. Zorgaanbieders zijn, ingevolge artikel 1.1.1 zowel zorginstellingen als solistisch werkende zorgverleners. Het inkopen van zorg geschiedt door middel van schriftelijke overeenkomsten die voldoen aan hetgeen bij of krachtens voorliggend artikels wordt bepaald.

Aangezien een Wlz-uitvoerder altijd verzekerden zal hebben die hun zorg in natura wensen te ontvangen, en derhalve zijn zorgplicht altijd het sluiten van zorginkoopovereenkomsten met zorgaanbieders zal omvatten, begint het eerste lid met de melding dat hij dit «ter uitvoering van zijn zorgplicht» dient te doen in plaats van «ter uitvoering van artikel 4.2.1, eerste lid, onderdeel b, onder 1°». Dat laatste is specifiek, maar minder leesbaar.

De inhoud van artikel 4.2.2 is grotendeels gelijk aan die van de artikelen 15 en 16 AWBZ.

Het is de taak van Wlz-uitvoerders om binnen de door de overheid vastgestelde financiële kaders te voorzien in de zorgvraag van hun verzekerden door hen zorg te bieden van goede kwaliteit voor een daarbij aansluitende prijs. Daarbij past niet dat op Wlz-uitvoerders de verplichting zou blijven rusten om te contracteren met alle zorgaanbieders die de wens daartoe te kennen geven. Omgekeerd is het dan ook niet langer aangevoelen om zorgaanbieders te verplichten met alle Wlz-uitvoerders die daarom verzoeken een contract af te sluiten. Om die reden zijn de artikelen 16b en artikel 16c van de AWBZ, waarin de zogenaamde contracteerplicht en de omgekeerde contracteerplicht waren geregeld, niet overgenomen in dit wetsvoorstel.

### *Tweede en derde lid*

Deze leden komen overeen met wat in artikel 16 en artikel 15, tweede lid, AWBZ is geregeld.

### *Vierde en vijfde lid*

Het vierde lid bepaalt dat de verzekerde recht behoudt op ononderbroken voortzetting van de gecontracteerde zorg, indien de betreffende zorgaanbieder niet opnieuw wordt gecontracteerd. Deze bepaling is met name van grote betekenis voor verzekerden die intramuraal in een instelling verblijven: zonder deze bepaling zouden zij na afloop van het contract moeten verhuizen. In principe gelden in geval van voortzetting van zorg bij een niet meer gecontracteerde zorgaanbieder de voorwaarden van de zorginkoopovereenkomst toen deze er nog wel was. Het is echter mogelijk dat de aard, omvang of de prijs van de zorg zodanig verandert, dat het handhaven van de oorspronkelijke voorwaarden van de overeenkomst niet langer in het belang van de verzekerde zou zijn en dat toch enige bijstelling noodzakelijk is. Het vijfde lid geeft de mogelijkheid om voor dit soort gevallen regels te treffen.

#### *Zesde lid*

Zoals in hoofdstuk 5 van het algemene deel van deze toelichting is aangegeven, wordt overwogen om bij amvb regels vast te stellen die bij de zorginkoop gehandteerd moeten worden. Het kan hierbij gaan om regels die op dit moment in de Zorginkoopgids van ZN zijn opgenomen en om door het Kwaliteitsinstituut op te stellen kwaliteitscriteria. Dit artikellid geeft de mogelijkheid om een dergelijke amvb op te stellen (onderdeel a). Op grond van onderdeel a kunnen voorts, in aanvulling op hetgeen daarover al in het tweede lid is geregeld, nadere regels worden gesteld ten aanzien van de inhoud van de overeenkomsten.

Wat betreft onderdeel b het volgende. De Wlz-uitvoerders dient zijn verzekerden die daar gezien een indicatiestelling van het CIZ recht op heben, te voorzien van zorg van goede kwaliteit. Kwaliteitsaspecten kunnen onder meer zijn dat de zorg binnen de ruimte die de indicatiebeschikking laat, wordt afgestemd op de behoeften, mogelijkheden en beperkingen van de verzekerde en op de wijze waarop bij de zorgverlening mantelzorgers en andere vrijwilligers betrokken kunnen worden. Het ligt daarbij voor de hand dat de Wlz-uitvoerders inzicht verwerven en behouden in de mate van tevredenheid van verzekerden over de aan hen op grond van deze wet verleende zorg.

#### *Zevende lid*

Met dit lid wordt het, zoals aangekondigd in paragraaf 12.3.2 van het algemeen deel van deze toelichting, mogelijk gemaakt om de zorginkoop aan te merken als dienst van algemeen economisch belang.

### **Artikel 4.2.3**

#### *Eerste lid*

De belangrijkste taak van de Wlz-uitvoerders, namelijk het verrichten van werkzaamheden ter vervulling van hun zorgplicht, is geregeld in de artikelen 4.2.1 en 4.2.2. Het eerste lid van artikel 4.2.3 draagt vervolgens de rest van de uitvoering van de Wlz aan de Wlz-uitvoerders op, voor zover deze uitvoering althans niet bij of krachtens de wet (dit kan de Wlz zijn, maar in theorie ook een andere wet) aan anderen wordt opgedragen. Voorbeelden van taken die de Wlz aan anderen opdraagt, zijn het vaststellen van de vraag of iemand verzekerd is (opgedragen aan de SVb), het nemen van de indicatiebeschikking (opgedragen aan het CIZ), het vaststellen en innen van eigen bijdragen (opgedragen aan het CAK) en het betalen van zorgaanbieders die een pgb-houder met zijn pgb heeft ingehuurd (opgedragen aan de SVB). Krachtens het tweede lid van voorliggend artikel, waarop hieronder zal worden ingegaan, wordt ook de administratie en/of de controle van de op grond van de Wlz aan verzekerden te verlenen of verleende zorg aan een Wlz-uitvoerder opgedragen. Die Wlz-uitvoerder, die in de praktijk «het zorgkantoor» heet, zal de administratie als zelfstandige bevoegdheid voor alle verzekerden die wonen in de regio waarvoor hij met de desbetreffende taken is belast, uitvoeren.

Dat er in de Wlz nogal wat werkzaamheden aan anderen dan de Wlz-uitvoerder worden opgedragen, laat onverlet dat er nog heel wat taken bij de Wlz-uitvoerders berusten. Zoals reeds aangegeven, vloeit hun belangrijkste taak voort uit hun zorgplicht. Daarnaast dienen zij echter bijvoorbeeld ook na te gaan of een verzekerde die dat wenst, een vpt of pgb kan worden verleend, dienen zij controlewerkzaamheden te



verrichten en dienen zij bezwaren met betrekking tot het tot gelding brengen van het recht op zorg te behandelen en op te treden in beroepszaken.

#### *Tweede lid en derde lid*

In het tweede lid wordt geregeld dat de administratie en/of controle van de zorg per (bij amvb te bepalen) regio wordt verricht door een door Onze Minister (bij beschikking) aan te wijzen Wlz-uitvoerder. In ieder geval de administratie zal aan aangewezen Wlz-uitvoerders worden opgedragen. Of, en in welke mate controle rechtstreeks aan die uitvoerders zal worden opgelegd, zal bij de amvb worden bepaald. De Wlz-uitvoerders die de administratie en/of controle op grond van dit lid opgedragen krijgen, verrichten deze onder eigen verantwoordelijkheid en voor alle verzekerden in de regio.

Zoals in hoofdstuk 5 is aangegeven, verwacht de regering dat de Wlz-uitvoerders die in een bepaalde regio niet voor het verrichten van de administratie en/of controle zijn aangewezen, hun werkzaamheden aan de aangewezen Wlz-uitvoerder uitbesteden. Die zal daarmee het «zorgkantoor» gaan heten. Het gaat daarbij om werkzaamheden in kader van de uitvoering van de zorgplicht (de artikelen 4.2.1 en 4.2.2) en om de werkzaamheden bedoeld in het eerste lid.<sup>60</sup> Het zorgkantoor zal derhalve zowel werkzaamheden verrichten waarvoor het zelf eindverantwoordelijk is (namelijk voor zover het de administratie en/of controle uitvoert voor de zorg van alle verzekerden in de regio en voor zover het de taken, bedoeld in de artikelen 4.2.1, 4.2.2 en het eerste lid uitvoert voor de eigen verzekerden in de regio) als werkzaamheden verrichten waarvoor de overige Wlz-uitvoerders eindverantwoordelijk zijn (namelijk voor zover het in de regio de taken, bedoeld in de artikelen 4.2.1, 4.2.2 en het eerste lid, verricht namens de overige Wlz-uitvoerders). Dat laatste laat overigens onverlet dat het zorgkantoor de verantwoordelijkheid heeft om de aan hem uitbestede taken goed te verrichten, zodat ook het zorgkantoor aangesproken zal kunnen worden bij een slechte taakuitoefening. In de amvb en de aanwijzing kunnen ook nadere voorwaarden aan de bij de amvb geregelde administratie- of controletaken worden gesteld.

Zoals uit het algemeen deel van de memorie van toelichting blijkt, bestaat het voornemen om het aantal zorgkantoorregio's op langere termijn te verminderen. Dat kan betekenen dat de administratie en/of controle van de zorg in bepaald deel van Nederland onder de reikwijdte van een ander zorgkantoor komt te vallen. Daarnaast kunnen er ook andere redenen zijn op grond waarvan er voor een regio een andere Wlz-uitvoerder voor de administratie en/of controle moet worden aangewezen (bijvoorbeeld indien een Wlz-uitvoerder ophoudt te bestaan of in het in het vierde lid beschreven geval). De laatste zin van het tweede lid geeft de mogelijkheid om in de amvb of in de aanwijzingen regels te stellen om in dergelijke gevallen van «wijziging van zorgkantoor» regels te stellen om een goede overdracht – van bijvoorbeeld persoonsgegevens van de betrokken cliënten en van de zorginkoopcontracten – te bereiken.

---

<sup>60</sup> Het sluiten van zorginkoopovereenkomsten namens de overige Wlz-uitvoerders zal plaats moeten vinden op basis van een volmacht aan het zorgkantoor, het nemen van beschikkingen namens deze Wlz-uitvoerders zal aan het zorgkantoor moeten worden gemandateerd, en feitelijke werkzaamheden kunnen op grond van een overeenkomst van opdracht door het zorgkantoor worden verricht. In de wetstekst en in deze toelichting wordt voor al deze juridische vormen van overdracht van bevoegdheid het woord «uitbesteden» gebruikt.

Het derde lid maakt het mogelijk om bij amvb regels aan uitbesteding van taken door de Wlz-uitvoerders te stellen. Gedacht kan bijvoorbeeld worden aan een regel die het de Wlz-uitvoerders gebiedt om de zorgbemiddeling slechts aan het zorgkantoor uit te besteden onder de voorwaarde dat dat de bemiddeling niet op zijn beurt aan een zorgaanbieder uitbesteedt. Indien de overige Wlz-uitvoerders hun taak om ervoor te zorgen dat hun verzekerden de zorg krijgen waarop zij zijn aangewezen (art. 4.2.1, eerste lid, onderdeel b, 1<sup>o</sup>) en daarmee onder meer de zorginkoop aan het zorgkantoor uitbesteden, zal in wezen sprake zijn van «dooruitbesteding». Immers, de Wlz voorziet in een naturaverzekering, wat betekent dat een verzekerde met een CIZ-indicatie (tenzij hij een pgb krijgt) *jegens de Wlz-uitvoerder waarbij hij ingeschreven is*, recht heeft op de geïndiceerde zorg. Deze heeft de plicht om ervoor te zorgen dat zijn verzekerde deze zorg tijdig krijgt. Ter voldoening aan dit deel van de zorgplicht zal de Wlz-uitvoerder zorg echter, uitzonderingen daargelaten, niet zelf zorg verlenen maar deze zorg namens hem laten verlenen door gecontracteerde zorgaanbieders. Het verlenen van zorg wordt dus door middel van de zorginkoopcontracten uitbesteed aan de zorgaanbieders. Indien de Wlz-uitvoerder het sluiten van de zorginkoopcontracten met zorgaanbieders aan een zorgkantoor uitbesteedt, verleent de zorgaanbieder dus uiteindelijk de zorg op basis van «dooruitbesteding». Om die reden is in het derde lid tevens aangegeven dat de Wlz-uitvoerder bij uitbesteding van zijn in het eerste lid bedoelde taken ook de bij en krachtens artikel 4.2.2 aan de zorginkoop en de zorginkoopcontracten gestelde regels in acht neemt. Anders gezegd: besteedt hij de zorginkoop uit aan zorgkantoren, dan verplicht hij de zorgkantoren bij de zorginkoop de bij en krachtens artikel 4.2.2 gestelde regels in acht te nemen.

Op grond van artikel 6.1.2, onderdeel c, betaalt het CAK zorgaanbieders namens de Wlz-uitvoerders. Zij dienen het CAK derhalve betalingsopdrachten te geven. Ook deze taak zullen de Wlz-uitvoerders die voor een regio niet als zorgkantoor zijn aangewezen, naar verwachting aan het zorgkantoor uitbesteden, dat vervolgens weer uitbesteedt aan het CAK («dooruitbesteding»), terwijl de Wlz-uitvoerder die voor de regio het zorgkantoor is, de betalingsopdrachten voor in de regio aan zijn eigen verzekerden geleverde zorg wèl direct aan het CAK zal geven. Wat betreft de betalingsopdrachten geldt wel het volgende. Wlz-uitvoerders (en dus ook de zorgkantoren) zijn rechtspersonen die een bij of krachtens de wet geregelde taak uitoefenen en daartoe geheel of gedeeltelijk worden bekostigd uit de opbrengst van bij of krachtens de wet ingestelde heffingen, als bedoeld in artikel 91, eerste lid, onderdeel d van de Comptabiliteitswet 2001. Artikel 45, eerste lid, van de Comptabiliteitswet 2001 maakt het mogelijk dat bij of krachtens algemene maatregel van bestuur Wlz-uitvoerders worden aangewezen die ten behoeve van een doelmatig en risico-arm kasbeheer hun liquide middelen rentedragend aanhouden in 's Rijks schatkist («schatkistbankieren»). De algemene maatregel van bestuur die op grond van dit artikel is vastgesteld, is het Aanwijzingsbesluit rechtspersonen met een beperkte kasbeheerfunctie. Op grond van artikel 4, eerste lid, van dit besluit kunnen Wlz-uitvoerders worden aangewezen die schatkistbankieren. Van deze bevoegdheid zal in de toekomst gebruik worden gemaakt door het treffen van een besluit van de Minister van Financiën in overleg met de staatsecretaris van VWS.

#### *Vierde lid*

Op grond van de Wmg zal de NZa een Wlz-uitvoerder die zijn taken, heeft uitbesteed aan een zorgkantoor dat deze niet goed uitvoert, een aanwijzing kunnen geven. Deze zal inhouden dat die Wlz-uitvoerder er binnen de in de aanwijzing gestelde termijn voor zal moeten zorgen dat het zorgkantoor de uitbestede taken alsnog recht- en doelmatig gaat

verrichten. Daarnaast kan de NZa de Wlz-uitvoerder die in de desbetreffende regio het zorgkantoor is en die derhalve zijn taken voor zijn eigen verzekerden in die regio onder eigen verantwoordelijkheid verricht, via een aanwijzing rechtstreeks op de slechte uitvoering aanspreken.

Indien het zorgkantoor binnen de termijn die de NZa in de aanwijzingen op zal nemen niet alsnog voldoende is gaan functioneren, meldt de NZa dit ingevolge het in artikel 12.2, onderdeel R, voorgestelde vierde lid van artikel 79 Wmg aan de Minister. Hij zal dan kunnen besluiten dat de Wlz-uitvoerders hun taken als bedoeld in het eerste lid niet meer aan het desbetreffende zorgkantoor mogen uitbesteden. Uiteraard zal dan gelijktijdig de aanwijzing van het desbetreffende zorgkantoor voor de administratie en/of controle, bedoeld in het tweede lid, worden beëindigd. Daarvoor zal hij dan naar verwachting een andere Wlz-uitvoerder aanwijzen. Dat laatste zal er op zijn beurt weer toe leiden, dat ook de Wlz-uitvoerder met het disfunctionerende zorgkantoor zijn taken als bedoeld in het eerste lid uit zal gaan besteden aan de nieuwe aangewezen Wlz-uitvoerder.

Wellicht ten overvloede wordt opgemerkt dat Onze Minister een aanwijzing van een Wlz-uitvoerder voor het regionaal verrichten van de administratie en/of controle ook om andere redenen in kan trekken dan wegens disfunctioneren. Dit kan bijvoorbeeld gebeuren op eigen verzoek of nadat tot een geringer aantal regio's is gekomen. Dit geschiedt dan echter op grond van het tweede lid.

#### *Vijfde lid*

Die lid leidt ertoe dat uitbestedingsovereenkomsten – waaronder de zorginkoopovereenkomsten – die in strijd met de daarvoor bij en krachtens de wet gestelde regels zijn gesloten, nietig zijn.

#### **Artikel 4.2.4**

Dit artikel komt overeen met artikel 34 van de AWBZ. In paragraaf 7.1 van de memorie van toelichting wordt aandacht besteed aan de mogelijkheden om de doelmatigheid van de uitvoering te verbeteren.

#### **Artikel 4.2.5**

##### *Eerste lid*

Het eerste lid van het voorgestelde artikel bepaalt dat de Wlz-uitvoerder ter zake van de uitvoering van deze wet een administratie voert die gescheiden is van de overige activiteiten die plaatsvinden in de groep als bedoeld in artikel 24b van Boek 2 van het Burgerlijk Wetboek, waartoe de Wlz-uitvoerder behoort. De reden van deze wijziging ten opzichte van het huidige artikel 35 AWBZ is, dat laatstgenoemd artikel ervan uitgaat dat de zorgverzekeraar zowel zorgverzekeringen aanbiedt als de AWBZ uitvoert. Omdat de uitvoering van Zvw en Wlz als gevolg van het onderhavige wetsvoorstel in verschillende rechtspersonen dient plaats te vinden, is dit niet langer aan de orde.

##### *Tweede lid*

Wlz-uitvoerders hebben op grond van artikel 4.2.1, eerste lid, de taak de Wlz uit te voeren (voor zover deze uitvoering niet aan andere rechtspersonen is opgedragen). Zoals in het voorgaande is aangegeven, zullen naar verwachting de Wlz-uitvoerders die in een regio geen zorgkantoorfunctie hebben, het werk in die regio uitbesteden aan de als zorgkantoor

aangewezen Wlz-uitvoerder. Het tweede lid brengt met zich dat de Wlz-uitvoerders naast hun eigen Wlz-taken en de Wlz-taken die zij als zorgkantoor in opdracht van andere Wlz-uitvoerders verrichten, geen andere werkzaamheden mogen verrichten, tenzij deze taken hen bij of krachtens een andere wet worden opgedragen. Bij dat laatste kan op dit moment met name worden gedacht aan een verplichting om gegevens te verstrekken die noodzakelijk zijn voor de uitvoering van zo'n andere wet. Het tweede lid leidt ertoe dat een Wlz-uitvoerder geen zorgverzekeringen als bedoeld in de Zvw of aanvullende verzekeringen zal kunnen aanbieden en uitvoeren.

### **Artikelen 4.3.1 en 4.3.2**

Deze artikelen komen overeen met de huidige artikelen 36 en 37 van de AWBZ. Op grond van artikel 4.3.2, eerste lid, onderdeel a, is de aangewezen Wlz-uitvoerder de rechtspersoon die tot naleving is verplicht.

### **Artikel 4.4.1**

In dit onderdeel worden de Wlz-uitvoerders uitgezonderd van de werkingssfeer van de Kaderwet zelfstandige bestuursorganen (Kaderwet zbo's). De Wlz-uitvoerder heeft, voor zo ver publiekrechtelijke taken worden uitgevoerd, de hoedanigheid van een (privaatrechtelijk) zelfstandig bestuursorgaan, net als de zorgkantoren die de huidige AWBZ uitvoeren. De Kaderwet zbo's is bij inwerkingtreding niet van toepassing geworden op de bestaande zorgkantoren.

De NZa vervult als toezichthouder op grond van de Wmg een belangrijke rol bij het toezicht op zorgverzekeraars en Wlz-uitvoerders.

Zonder nadere regeling zou op de Wlz-uitvoerder het bepaalde in Hoofdstuk 4, Afdeling 3, van de Kaderwet zbo's van toepassing zijn geworden. Artikel 37 van de Kaderwet bepaalt dat de artikelen 26 tot en met 35 van toepassing zijn indien een zelfstandig bestuursorgaan uitsluitend de opgedragen wettelijke taken en daaruit onmiddellijk voortvloeiende werkzaamheden uitvoert.

De genoemde artikelen hebben betrekking op de verantwoordelijkheid van de Minister bij begroting, het beheer en verantwoording, en regelen aangelegenheden als het goedkeuren en vaststellen van de begroting van het zelfstandig bestuursorgaan, de opstelling van het jaarverslag enz. Deze onderwerpen vinden echter al sinds jaar en dag een gelijkwaardig equivalent in regels die zijn gesteld bij of krachtens de AWBZ, de Wmg, de Wet financiering sociale verzekeringen (Wfsv) en het daarop gebaseerde Besluit Wfsv. Die regels worden uitgevoerd door de NZa en het Zorginstituut. Deze sectorspecifieke regels zijn – op vergelijkbare wijze als in de huidige AWBZ – afgestemd op de positie die Wlz-uitvoerders ingevolge dit wetsvoorstel in het zorgstelsel zullen innemen, en met de uitvoering ervan is ruime ervaring opgedaan.

Tegen die achtergrond is het ongewenst om de uitvoeringspraktijk en de verantwoordelijkheidstoedeling in dit opzicht te wijzigen, door er het regime van de Kaderwet zbo's voor in de plaats te stellen. Het voorgestelde artikel impliceert dat de bestaande sectorspecifieke wetgeving van toepassing blijft, in plaats van het bepaalde in de artikelen 26 tot en met 35 van de Kaderwet zbo's. In materieel opzicht is de sectorspecifieke wetgeving gelijkwaardig aan het regime van de Kaderwet zbo's.

## **HOOFDSTUK 5**

### **Artikelen 5.1.1, 5.1.2 en 5.1.3**

Deze artikelen over de taken van het CVZ (vanaf 1 april 2014 Zorginstituut Nederland) komen overeen met de artikelen 41, 42, 43 en 47 van de AWBZ. Een wijziging wordt niet beoogd.

### **Artikel 5.1.4**

In de huidige AWBZ heeft het Zorginstituut de verantwoordelijkheid over het tactisch beheer en releasebeheer van de AWBZ-brede zorgregistratie (AZR). Met dit artikel wordt nadrukkelijk opgenomen dat het Zorginstituut werkzaamheden uitvoert voor de gezamenlijke zorg van de elektronische gegevensuitwisseling zoals dat krachtens artikel 9.1.6, eerste lid, plaatsvindt. Bij amvb zal worden bepaald welke taken het Zorginstituut zal uitvoeren.

Op grond van het tweede lid van artikel 9.1.6 kan bij ministeriële regeling overigens worden bepaald dat de elektronische gegevensuitwisseling plaatsvindt binnen een elektronische infrastructuur. In dat geval zal in de amvb op grond van artikel 5.1.4, alsmede in de ministeriële regeling grond van artikel 9.1.6, worden aangegeven welke taken het Zorginstituut heeft bij die elektronische infrastructuur.

### **Artikelen 5.2.1, 5.2.2 en 5.3.3**

Deze artikelen over de planning, financiering en verslaglegging van en door het Zorginstituut komen overeen met de artikelen 45 en 46 van de AWBZ, met dien verstande dat daarin de wijzigingen zijn verwerkt die de Veegwet VWS 2013 in deze artikelen aanbrengt. Tot die wijzigingen behoort een nieuw artikel 44a AWBZ. Dat artikel is opgenomen als artikel 5.2.1.

## **HOOFDSTUK 6**

Dit hoofdstuk komt overeen met Hoofdstuk VII van de AWBZ, dat met ingang van 1 januari 2013 in werking is getreden.

In artikel 6.1.2 is in combinatie met de artikelen 11.2.1 tot en met 11.2.3 rekening gehouden met het vervallen van de tegemoetkomingen en uitkeringen, bedoeld in artikel 49, onderdelen d en e, van de AWBZ. In artikel 6.1.2 is ten opzichte van de AWBZ ook een taak toegevoegd, namelijk de vaststelling en inning van de ouderbijdrage op grond van de Jeugdwet.

In artikel 6.2.6 worden op het CAK dezelfde verplichtingen tot het opstellen van een financieel verslag en een uitvoeringsverslag gelegd, die ook op Wlz-uitvoerders van toepassing zijn. Ook deze wijziging vloeit voort uit de wijziging van artikel 37 van de AWBZ in de Veegwet VWS 2013.

## **HOOFDSTUK 7**

### **Artikel 7.1.1**

Het CIZ bezit rechtspersoonlijkheid en kan dus aan het civielrechtelijke rechtsverkeer deelnemen. Hierdoor kan het CIZ onder meer ook zelfstandig personeel aannemen en bezittingen en schulden hebben. Op grond van het zevende lid zal het CIZ, in afwijking van artikel 15 van de Kaderwet zbo's, personeel aannemen op grond van arbeidsovereenkomsten naar burgerlijk recht. Artikel 7.1.1, eerste lid, stelt het CIZ in, zodat het CIZ een publiekrechtelijk zbo is. Het tweede lid geeft een

bevoegdheid aan de Minister van VWS om de vestigingsplaats te bepalen. Dit maakt het mogelijk om de vestigingsplaats van het CIZ eventueel ook zonder wetswijziging te wijzigen. Momenteel is het CIZ gevestigd in Driebergen. Momenteel bestaat geen aanleiding om de vestigingsplaats van het CIZ te wijzigen.

Hoofdstuk 2 van de Kaderwet zbo's geeft enkele bepalingen omtrent de vormgeving van publiekrechtelijke zbo's zoals het CIZ. Het onderhavige wetsvoorstel bevat hierdoor zelf geen bepalingen over onder meer benoeming en ontslag van leden of over hun nevenfuncties. De Minister van VWS heeft reeds op grond van artikel 12 van de Kaderwet de bevoegdheid en taak om leden van het CIZ te benoemen en eventueel te schorsen en te ontslaan. De Minister is hierdoor in staat om de kwaliteit van het bestuur van het CIZ te beïnvloeden. Artikel 13 van de Kaderwet bepaalt bovendien dat een lid van een publiekrechtelijk zbo geen nevenfuncties mag vervullen die ongewenst zijn met het oog op een goede vervulling van zijn functie of de handhaving van zijn onafhankelijkheid of van het vertrouwen daarin. Hoewel het vervullen van andere functies door CIZ-leden niet per definitie ongewenst is, moet vermeden worden dat een andere, tegelijkertijd beklede (neven)functie in de weg staat aan een goede functie vervulling bij het CIZ. Het hebben of aanvaarden dergelijke functies moet daarom ook bij de Minister worden gemeld, zodat ook voldaan kan worden aan de verplichte openbaarheid van de nevenfuncties. De leden van het CIZ kunnen in ieder geval geen lidmaatschap hebben van het Zorginstituut, van de Nederlandse Zorgautoriteit, van het bestuur van een zorg- of Wlz-uitvoerder-, of van het bestuur van een gemeente.

In het derde tot en met zesde lid worden, in aanvulling op de bepalingen van hoofdstuk 2 van de Kaderwet zbo's, enkele eisen gesteld aan de vormgeving van het CIZ. Dit betekent dat het CIZ, net als het CAK, uit ten hoogste drie leden kan bestaan, onder wie in ieder geval een voorzitter. De voorzitter van het CIZ zal het CIZ in en buiten rechte vertegenwoordigen. De bestuursleden van het CIZ worden benoemd op grond van de deskundigheid die nodig is voor de uitoefening van de taken van het CIZ alsmede op grond van maatschappelijke kennis en ervaring. Zij zullen derhalve in ieder geval voldoende deskundigheid moeten hebben van de (langdurige) zorg en de bestuurlijke omgeving waarin het CIZ zich bevindt. De leden van het CIZ worden, wederom in lijn met de leden van het CAK, benoemd voor ten hoogste vier jaar. Omdat het ongewenst is om een onbeperkte herbenoeming van de CIZ-leden mogelijk te maken, kan een eventuele herbenoeming ten hoogste twee maal en telkens voor ten hoogste vier jaar plaatsvinden.

### **Artikel 7.1.2**

#### *Eerste lid*

Zelfstandige bestuursorganen hebben als kenmerk dat zij niet onder volledige politieke verantwoordelijkheid werkzaam zijn. Om die reden hebben zij een gesloten huishouding, hetgeen inhoudt dat hun taken en bevoegdheden zijn beperkt tot die taken en bevoegdheden waarvoor het betreffende zbo is ingesteld. Het CIZ kan dus niet zelfstandig zijn taken en bevoegdheden uitbreiden, beperken of delegeren. In het geval een zbo een (neven)activiteit wenst uit te oefenen die niet onmiddellijk voortvloeit uit de wettelijke taak en daar ook niet onlosmakelijk mee is verbonden, is het uitgangspunt dat de betreffende activiteit ten minste de goedkeuring of instemming van de Minister behoeft. Artikel 8 van de Kaderwet biedt daar enige ruimte voor, omdat dat artikel het aanvaarden van een mandaat met de goedkeuring van de betrokken Minister mogelijk maakt. De Minister kan de goedkeuring onthouden wegens strijd met het recht of op de grond dat de te mandateren bevoegdheid naar het oordeel van de



Minister een goede taakuitoefening door het zelfstandig bestuursorgaan kan belemmeren. Artikel 32 van de Kaderwet geeft bovendien aan dat in voor bepaalde beslissingen de voorafgaande instemming van de betrokken Minister nodig is, waaronder het door dat zelfstandig bestuursorgaan oprichten van dan wel deelnemen in een rechtspersoon. Hiermee kan worden voorkomen dat het CIZ activiteiten gaat ontplooiën die niet behoren tot de terreinen waarop het CIZ taken heeft.

Artikel 7.1.2, eerste lid, bepaalt dat het CIZ de taak heeft om op onafhankelijke wijze de indicatiebesluiten te nemen als bedoeld in artikel 3.2.2, eerste lid. Het CIZ doet dit op aanvraag door of namens de verzekerde, zonder daar kosten voor in rekening te brengen.

#### *Tweede lid*

Naast de taken die het CIZ heeft bij de uitvoering van deze wet, is het CIZ ook belast met taken in het kader van de Wet zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten (31 996, hierna: Wet zorg en dwang). De Wet zorg en dwang biedt een uniforme regeling voor het verlenen van zorg aan mensen met een psychogeriatrische aandoening, zoals dementie, of een verstandelijke beperking, ook als zij daar niet mee instemmen. De Wet zorg en dwang voorziet in een uitgebreide procedure die moet worden gevolgd voordat dwang of onvrijwillige zorg kan worden toegepast. De Wet zorg en dwang geeft nadrukkelijk taken en bevoegdheden aan een onafhankelijk orgaan dat een goed beeld heeft van de zorgbehoefte van een cliënt. Omdat het CIZ deze zorgbehoefte ook bij de AWBZ-indicatie afgeeft, is in de Wet zorg en dwang aangesloten bij het CIZ als AWBZ-indicatiesteller. De vraag of een cliënt in een ernstig nadelige situatie kan komen als gevolg van zijn psychogeriatrische aandoening of verstandelijke beperking, kan immers het beste door het CIZ worden beantwoord (Kamerstukken II 2008/09, 31 996, nr. 3). Met het onderhavige wetsvoorstel blijven de taken en bevoegdheden in het kader van de Wet zorg en dwang ook bij het CIZ. In het kader van die wet gaat het om twee verschillende beslissingen. In de eerste plaats kan het CIZ een besluit tot opname en verblijf zonder rechterlijke machtiging geven als bedoeld in artikel 19, eerste lid, van de Wet zorg en dwang. Het gaat hierbij om de situatie waarin een persoon niet willens en wetens kan instemmen met opname, maar zich daar ook niet tegen verzet. In de tweede plaats speelt het CIZ een in de procedure die gevolgd moet worden als een cliënt zich wél verzet tegen opname. In deze gevallen kan die verzekerde uitsluitend via de rechter of – in een crisissituatie – via een inbewaringstelling door de burgemeester worden opgenomen. Het CIZ heeft hier de bevoegdheid om de rechter om een machtiging tot opname en verblijf te verzoeken (artikel 24, eerste lid, van de Wet zorg en dwang).

#### *Derde lid*

Het derde lid van artikel 7.1.2 bepaalt, in aanvulling op de rechtstreeks op grond van het eerste lid aan het CIZ toebedeeld taken, dat bij of krachtens algemene maatregel van bestuur aan het CIZ werkzaamheden kunnen worden opgedragen die verband houden met de taken die bij wet zijn opgedragen. Het kan hierbij gaan om taken die vergelijkbaar zijn met indicering in de zin van artikel 3.2.2, zoals de boordeling of een verzekerde in aanmerking komt voor ADL-assistentie op grond van artikel 10.1.3 of voor een tijdelijk recht op extramurale zorg (via een subsidie door het Zorginstituut op grond van artikel 11.1.4).

#### *Vierde lid*

Ingevolge artikel 10:3 van de Algemene wet bestuursrecht kan een bestuursorgaan mandaat verlenen, tenzij bij wettelijk voorschrift anders is bepaald of de aard van de bevoegdheid zich tegen de mandaatverlening verzet. Bij de pogingen om de indicatiestelling in de AWBZ te vereenvoudigen, is hebben zorgaanbieders, mede via mandaat, mogelijkheid gekregen om voor verzekerden aanvragen in te dienen en soms snel tot zorgverlening over te kunnen gaan. Zoals aangegeven in paragraaf 2.2.2. van het algemene deel van deze toelichting zullen in de Wlz geen herindicaties onder taakmandaat bestaan. Daarom wordt in het vierde lid van artikel 7.1.2 bepaald dat geen mandaat kan worden verleend aan iemand die niet werkzaam is onder verantwoordelijkheid van de mandaatgever met betrekking tot het nemen van het indicatiebesluit. Het vijfde lid voorziet echter in een grondslag om bij algemene maatregel van bestuur tóch categorieën van besluiten aan te wijzen waarvoor het verbod op mandaatverlening niet geldt. Hoewel er momenteel geen voornemens zijn om in bepaalde gevallen mandaat van de indicatiestelling mogelijk te maken, biedt de Wlz hiermee voldoende flexibiliteit om mogelijk in de toekomst anders te besluiten.

### **Artikel 7.1.3**

#### *Eerste lid*

De inhoudt van dit artikel is gelijk aan het huidige artikel 50 van de AWBZ en het voorgestelde artikel 6.1.3, waardoor dezelfde verplichting komt te gelden voor CIZ om een bestuursreglement vast te stellen, net als artikel 50 AWBZ en artikel 6.1.3 dat met betrekking tot het CAK regelen. In het bestuursreglement kunnen regels worden opgenomen over de wijze van besluitvorming, de taakverdeling tussen de leden, een eventuele cliëntenraad en dergelijke. Het reglement behoeft op grond van artikel 11 van de Kaderwet in artikel 11 van de Kaderwet zelfstandige bestuursorganen de goedkeuring behoeft van de Minister, die de goedkeuring uitsluitend kan onthouden wegens strijd met het recht of op de grond dat het reglement naar het oordeel van de Minister een goede taakuitoefening door het CIZ kan belemmeren.

#### *Tweede lid*

Evenals de vergaderingen van het CAK, het Zorginstituut en de NZa, zijn ook de vergaderingen van het bestuur van het CIZ niet openbaar, tenzij in het bestuursreglement anders is bepaald.

### **Artikel 7.2.1**

Hoofdstuk 3 van de Kaderwet voorziet in enkele algemene bepalingen over de informatievoorziening en de sturing en toezicht. Meer specifiek worden algemene bepalingen gegeven over het werkprogramma, de begroting, het jaarverslag, de jaarrekening en het budget van zbo's. Die bepalingen zijn rechtstreeks van toepassing op het CIZ als publiekrechtelijk zbo. In aanvulling daarop staan in paragraaf 7.2 enkele artikelen die specifiek betrekking hebben op het van het CIZ. Daarbij is zoveel mogelijk aangesloten bij de bepalingen over het CAK omdat ook CAK een publiekrechtelijk zbo is dat op grond van dit wetsvoorstel wordt ingesteld. Dit houdt onder meer in dat het CIZ jaarlijks vóór 1 november een werkprogramma en een begroting aan de Minister van VWS stuurt (artikel 7.2.1, eerste lid). Over het werkprogramma zijn in de Kaderwet geen bepalingen opgenomen. Artikelen 6.2.1, tweede tot en met vijfde lid, dat betrekking heeft op het werkprogramma en de begroting van het CAK,

wordt met artikel 7.2.1, tweede lid, van overeenkomstige toepassing verklaard op het CIZ. Het werkprogramma van het CIZ behoeft derhalve de goedkeuring van de Minister en bevat een omschrijving van de activiteiten die het CIZ wil gaan verrichten. Zoals reeds is vermeld in paragraaf 5.6 is het werkprogramma voor de Minister van belang vanuit de politieke en budgettaire verantwoordelijkheid van de Minister voor het goed functioneren van het zbo, in dit geval het CIZ. Het werkprogramma bevat een omschrijving van alle werkzaamheden die het CIZ in het volgende kalenderjaar wil verrichten, zodat de Minister daar een volledig beeld van heeft. Het gaat dus niet alleen om een omschrijving van de taken die rechtstreeks uit artikel 7.1.2 voortvloeien, maar ook van de taken die via mandaat bij het CIZ zijn belegd.

Net als het CAK moet ook het CIZ op grond van artikel 26 van de Kaderwet jaarlijks aan de Minister een begroting moet toezenden. De artikelen 27 en 28 van de Kaderwet geven aan wat de inhoud en vormgeving van de begroting moet zijn. Artikel 6.2.1, vierde lid, is uiteraard alleen van overeenkomstige toepassing voor zover het de beheerskosten van het CIZ betreft. Het CIZ heeft immers geen taak op grond van de Wtcbg. De beheerskosten die betrekking hebben op eventuele activiteiten die in mandaat worden uitgevoerd, maken logischerwijs wél onderdeel uit van de bedoelde beheerskosten.

Met het derde lid wordt artikel 6.2.3 van overeenkomstige toepassing verklaard op het CIZ. Dat artikel is inhoudelijk gelijk aan het huidige artikel 51b van de AWBZ dat reeds op het CAK van toepassing is.

### **Artikel 7.2.2**

Het CIZ maakt kosten voor de uitvoering van zijn wettelijke taken. Vanuit 's Rijks kas ontvangt het CIZ daarom een bedrag voor de beheerskosten die onder andere gemaakt worden voor de huisvesting, het personeel en ICT. Net als bij de beheerskosten van het CAK controleert de Minister de beheerskosten, omdat ook deze kosten afkomstig zijn uit de begroting. Artikel 7.2.2 bepaalt dat de Minister het budget voor beheerskosten vaststelt vóór 1 december van het jaar, voorafgaand aan het jaar waarop het budget betrekking heeft. Het werkprogramma en de begroting van het CIZ worden derhalve eerder aan de Minister gestuurd (artikel 7.2.1, eerste lid).

Artikel 6.2.2 is van overeenkomstige toepassing op het budget voor de door het CIZ te maken beheerskosten. Dit houdt in dat het budget voor beheerskosten wordt gedekt uit 's Rijks kas (artikel 6.2.2, tweede lid) en dat het CIZ over ten hoogste een derde gedeelte van het in het budget opgenomen bedrag voor beheerskosten dat laatstelijk voor hem voor een geheel jaar is vastgesteld, in het geval het budget niet is vastgesteld voor 1 januari van het kalenderjaar waarop de begroting betrekking heeft (artikel 6.2.2, derde lid). Het CIZ mag bovendien met betrekking tot de beheerskosten geen verplichtingen aangaan of uitgaven doen die leiden tot overschrijding van het in het budget opgenomen bedrag voor de beheerskosten (artikel 6.2.2, vierde lid). Aan de Minister komt, doordat artikel 6.2.2, vijfde lid van overeenkomstige toepassing wordt verklaard, de bevoegdheid het in het budget opgenomen bedrag voor de beheerskosten te wijzigen.

### **Artikel 7.2.3**

De artikelen 6.2.4 tot en met 6.2.6 stellen regels met betrekking tot het werkprogramma, de begroting, het budget, het jaarverslag, de jaarrekening en de te vormen egaliseringsreserve van het CAK. Deze artikelen hoeven niet te worden herhaald voor wat betreft het CIZ, maar worden van overeenkomstige toepassing verklaard op het CIZ. In het eerste lid van artikel 7.2.3 wordt artikel 6.2.5 van overeenkomstige toepassing

verklaard op het werkprogramma, de begroting, het budget, het jaarverslag, de jaarrekening en de te vormen egaliseringsreserve van het CIZ. Het tweede lid bepaalt dat de artikelen 4.3.1, eerste tot en met vierde lid, en 6.2.6, eerste lid, van overeenkomstige toepassing zijn op het financieel verslag van het CIZ. Hierbij wordt echter een uitzondering gemaakt voor de tweede volzin van artikel 4.3.1, eerste lid, omdat in het financieel verslag geen sprake zal zijn van een onderscheid tussen de beheerskosten en de kosten van verstrekking van zorg en vergoedingen. Het derde lid van artikel 7.2.3 verklaart de artikelen 4.3.2 en 6.2.6, tweede lid, van overeenkomstige toepassing op het uitvoeringsverslag van het CIZ. De bevindingen van de accountant over de uitvoering bedoeld in artikel 4.3.2, derde lid, onder b, hebben in relatie tot het CIZ uiteraard betrekking op de verplichtingen die op het CIZ berusten.

## **HOOFDSTUK 8**

### **Artikel 8.1.1 en 8.1.3**

De bewoners van instellingen zijn, omdat zij zijn aangewezen op hun verblijf in die instelling, in combinatie met hun eigen beperkingen, in hoge mate van de zorgaanbieder afhankelijk wat betreft de mogelijkheden om hun leven zoveel mogelijk naar eigen inzicht in te richten. De artikelen 8.1.1. en 8.1.3 bepalen welke rechten de verzekerde heeft om hem zo veel mogelijk zeggenschap te geven over zijn leven als hij is aangewezen op langdurige zorg. Deze artikelen zijn ook van toepassing indien de verzekerde het integrale pakket van zorg met een vpt thuis krijgt. Ook deze client is immers in grote mate afhankelijk van de zorgaanbieder. Artikel 8.1.1 waarborgt de zeggenschap van de verzekerde door de zorgaanbieder te verplichten om afspraken te maken over de zorgverlening. Ook de wijze waarop dit moet worden geëvalueerd en geactualiseerd moet worden besproken (artikel 8.1.1, eerste lid).

In het tweede lid zijn de toegevoegde gespreksonderwerpen, die betrekking hebben op het inrichten van het eigen leven, en die cruciaal zijn voor de kwaliteit van bestaan als verplicht gespreksonderwerp vastgelegd. Daarbij is inspiratie gezocht bij de eerder genoemde kwaliteitskaders. In het Kwaliteitskader voor de gehandicaptenzorg worden acht domeinen onderscheiden: lichamelijk welbevinden, psychisch welbevinden, interpersoonlijke relaties, deelname aan de samenleving, persoonlijke ontwikkeling, materieel welzijn, zelfbepaling en belangenbehartiging. Daarnaast zijn er vier randvoorwaarden: zorgafspraken en ondersteuningsplan, cliëntveiligheid, kwaliteit van medewerkers en organisatie en samenhang in zorg en ondersteuning. In het Kwaliteitskader voor de ouderenzorg worden vier aspecten van kwaliteit van leven onderscheiden: lichamelijk welbevinden en gezondheid, mentaal welbevinden, woon- en leefsituatie en participatie. Daarnaast is er aandacht voor de kwaliteit van de zorgverleners, de kwaliteit van de zorgorganisatie en de zorginhoudelijke kwaliteit en veiligheid. Volledigheid van te bespreken onderwerpen is niet nagestreefd, de besprekingen in het kader van het zorgplan mogen niet vervormen tot het langslopen van een afvinklijst.

De in het tweede lid genoemde onderwerpen worden hieronder nader toegelicht.

#### *Zeggenschap van de verzekerde over de inrichting van zijn leven*

De verzekerde moet – binnen de grenzen van redelijkheid en billijkheid – zelf kunnen bepalen hoe zijn dagindeling en leefomgeving eruit zien. Wat en wie hij belangrijk vindt in het leven en wat dat betekent voor het leven

van elke dag. Er is niet gekozen voor de term «regie voeren», omdat niet alle verzekerden zelf de regie kunnen voeren. De regie kan ook gevoerd worden door een familielid of een verzorgende die vraagt hoe laat de verzekerde wil opstaan, wat hij die dag van de week wil doen en met wie of hij bij de voor- of achternaam wil worden aangesproken. Die vraagt wat de verzekerde zelf kan en waar hij hulp bij nodig heeft. Een zeer belangrijk aspect van het onderwerp zeggenschap is de rol is mantelzorgers en vrijwilligers hebben in de inrichting van het leven van de verzekerde. Het gaat erom dat de verzekerde of, als het niet anders kan, zijn vertegenwoordiger, de keuzes maakt. Om te benadrukken dat niet voorbij kan worden gegaan aan de betrokkenheid van mantelzorgers en vrijwilligers, is in artikel 8.1.1, tweede lid, onder a, dit onderwerp met name genoemd. Zeggenschap over de inrichting van het leven is echter een overkoepelend begrip dat de overige onderwerpen deels omvat, maar ook een bredere betekenis heeft. Naast de overige genoemde onderwerpen kan het onderwerp zeggenschap een belangrijke kapstokfunctie vervullen voor aspecten van de inrichting van het leven die in de overige onderwerpen mogelijk niet zijn vervat.

#### *De mogelijkheid om dagelijks te douchen, tijdige hulp bij toiletgang en het tijdig verwisselen van incontinentiemateriaal*

Als de verzekerde dat wil, moet hij dagelijks kunnen douchen, ook als hij daarbij vanwege zijn beperking hulp nodig heeft. De wens van de verzekerde staat hierbij centraal. Dagelijks douchen is voor de verzekerde vanzelfsprekend geen plicht. Het gaat erom dat er afspraken over gemaakt worden. Als de verzekerde dat liever heeft, kan hij ook hulp krijgen bij het op een andere manier wassen. Als de verzekerde naar het toilet moet, moet hij niet op een toiletronde hoeven te wachten, maar moet hij snel geholpen worden als hij het niet alleen kan. Ook moet incontinentiemateriaal tijdig verwisseld worden. Met «tijdig» wordt bedoeld, tijdig voor de individuele verzekerde in zijn specifieke situatie.

#### *Voldoende en gezonde voeding en drinken*

Het uitgangspunt is dat de verzekerde genoeg te eten en te drinken krijgt. Als hij niet zelf kan eten en drinken, moet de hulp zodanig zijn dat hij de gelegenheid en tijd krijgt om voldoende voeding en vocht binnen te krijgen. Eten dat smakelijk is, zullen verzekerden met meer smaak en dus beter op eten. Het eten moet gezond zijn volgens de gangbare normen en het ligt in de rede dat de maaltijden voldoende gespreid zijn over de dag. Het spreekt vanzelf dat uitdroging en ondervoeding worden voorkomen en op de houdbaarheidsdatum van eten en drinken wordt gelet.

#### *Een schone en verzorgde leefruimte*

De instelling is het thuis van de verzekerden. De verzekerden moeten zich er dan ook daadwerkelijk thuis voelen. Een verzorgde leefruimte, zowel de eigen kamer, als de gemeenschappelijke ruimten, is daarbij een belangrijk aspect. De kamer, het sanitair en de gemeenschappelijke leefruimte moeten schoon zijn en er verzorgd uitzien. Er moet ruimte zijn voor bezoek; de verzekerde moet zich thuisvoelen met de medewerkers en met medebewoners.

#### *Respectvolle bejegening, passend bij de eigenheid van de verzekerde, en veilige en aangename sfeer*

Een verzorgde leefruimte en een aangename en veilige sfeer zijn onderdeel van het domein woon- en leefsituatie in de termen van de kwaliteitskaders. De zorgverleners hebben aandacht voor hoe het met de

verzekerde gaat, geven antwoord op zijn vragen en zijn beleefd. Er moet een sfeer zijn waarin verzekerden het durven te zeggen als iets niet naar hun zin gaat. Mensen hebben respect en aandacht voor elkaar in al hun verscheidenheid, ook als het gaat om verschillen in etniciteit, ras, levensovertuiging, culturele achtergrond of seksuele geaardheid. Respectvolle en passende bejegening en het hierna volgende beleven van godsdienst of levensovertuiging behoren tot het domein van het mentaal welbevinden. Met de formulering «passend bij de eigenheid van de verzekerde» wordt bedoeld op de noodzaak dat ook rekening gehouden wordt met diens seksuele geaardheid.

#### *Beleven van godsdienst of levensovertuiging*

Verzekerden moeten de mogelijkheid hebben hun godsdienst of levensovertuiging te beleven. Op grond artikel 6 van de Wkkgz is het voor zorgaanbieders die verblijfszorg leveren verplicht om geestelijke verzorging aan te bieden. Het kunnen beleven van godsdienst of levensovertuiging is ruimer. Het geeft bewoners van instellingen de mogelijkheid om te bidden voor het eten, een hoofddoekje of keppeltje te dragen of feesten te vieren. Bij de zorg en bijvoorbeeld de voeding zal zoveel mogelijk met de godsdienst of de levensovertuiging rekening moeten worden gehouden.

#### *Een zinvolle daginvulling en beweging*

Wie liever helpt bij het koffie schenken dan bingo speelt, moet in principe die gelegenheid krijgen. Er zijn voldoende activiteiten en verzekerden en familieleden worden daarover geïnformeerd. Mensen die dat willen, krijgen hulp bij een actieve deelname aan de samenleving. Mensen worden gestimuleerd om te (blijven) bewegen. Wie nog kan lopen, hoeft niet in een rolstoel naar de activiteiten te worden gebracht. De zeggenschap over de dagindeling, de daginvulling en aandacht voor ontwikkeling (hierna) maken deel uit van het domein participatie (ouderenzorg) dan wel zelfbepaling, deelname aan de samenleving en persoonlijke ontwikkeling (gehandicaptenzorg).

#### *De mogelijkheid om dagelijks in de buitenlucht te verkeren*

De verzekerde die daar behoefte aan heeft, moet regelmatig naar buiten kunnen, bijvoorbeeld om een wandelingetje te maken, een kopje koffie drinken in het dorp of even een luchtje scheppen op de binnenplaats. Het is mogelijk om een zinvolle daginvulling, beweging en buitenlucht op die manier met elkaar te combineren. Het is niet de bedoeling is dat een verzekerde slechts één keer per maand of één keer per week buiten kan zijn, terwijl diegene vaker in de buitenlucht zou willen zijn. De verzekerde die veilig alleen naar buiten kan gaan, kan dat doen zo vaak als hij wil. Uiteraard moet in goed overleg tussen verzekerde en zorgaanbieder bezien worden hoe het beste aan de wens van de verzekerde tegemoet gekomen kan worden indien hij vanwege zijn beperking hulp nodig heeft bij het naar buiten gaan: kan een zorgverlener met hem gaan wandelen of kan een mantelzorger of vrijwilliger dat doen? Of kan de verzekerde met een groep verzekerden en begeleiders naar het park of kan de verzekerde in de binnentuin een poosje alleen buiten zijn? De conditie van de verzekerde en weersomstandigheden nopen uiteraard tot een flexibele omgang met de afspraken op dit punt.



## *Ontwikkeling en ontplooiing*

Aandacht voor ontwikkeling en ontplooiing is vooral van belang in de gehandicaptenzorg. Dit onderwerp is nauw verwant aan dat van een zinvolle daginvulling. Mensen die zich willen en kunnen ontwikkelen, moeten daar de gelegenheid voor krijgen in hun werkzaamheden en activiteiten van alledag.

Ten slotte wordt nog het volgende opgemerkt. Hoewel het beleid erop is gericht iedere alleenstaande bewoner van een instelling een eigen kamer te geven<sup>61</sup>, is er nog een relatief klein aantal tweepersoonskamers. Mocht een cliënt die in een tweepersoonskamer verblijft het niet met zijn kamergenoot kunnen vinden, dan kan uiteraard ook hiervoor in de zorgplanbespreking een oplossing worden gezocht.

De uitkomsten van de besprekingen tussen de verzekerde (of diens vertegenwoordiger) en de zorgaanbieder moeten binnen zes weken worden vastgelegd in het zorgplan. De zorgaanbieder moet, zodra het zorgzorgplan is vastgesteld, terstond een afschrift van het zorgplan aan de verzekerde of aan diens vertegenwoordiger verstrekken. Aan dit vereiste wordt voldaan indien de zorgaanbieder het origineel van het zorgplan bij de verzekerde thuis bewaart. Bovendien moet de zorgaanbieder op verzoek van de verzekerde of diens vertegenwoordiger een afschrift verstrekken van het zorgplan. Deze verplichtingen zijn neergelegd in artikel 8.1.3, eerste en zesde lid, en zorgen er voor dat de verzekerde altijd de beschikking heeft over de tekst van het zorgplan. Hierdoor is de verzekerde ook in staat om familie of vrienden in de gelegenheid te stellen om het afschrift in te zien of om daarover te beschikken.

Het zal voorkomen dat de zorgaanbieder de verzekerde niet in staat acht om zelf tot een redelijke waardering van zijn belangen in verband met de zorgverlening te komen. Als de zorgaanbieder vindt dat daar sprake van is, legt hij in het zorgplan vast op welke punten en in welke mate de verzekerde niet zelf een verantwoorde afweging kan maken. De zorgaanbieder zal daarbij tevens aangeven welke persoon betrokken wordt bij het zorgplan, zodat de belangen van de verzekerde voldoende worden behartigd. Artikel 8.1.3 geeft aan wie in welke gevallen de vertegenwoordiger van de verzekerde betrokken is. In het geval dat rekening gehouden moet worden met een schriftelijke wilsverklaring van een inmiddels wilsonbekwame verzekerde als bedoeld in artikel 8.1.2, vijfde lid, moet dit ook in het zorgplan worden vastgelegd. Het kan ook voorkomen dat de verzekerde of diens vertegenwoordiger geen toestemming geeft voor de zorgverlening. Het derde lid van artikel 8.1.3 bepaalt dat de zorgaanbieder deze wilsuitering ook weergeeft in het zorgplan. Omgekeerd is denkbaar dat de zorgaanbieder niet in staat is met alle wensen van de verzekerde rekening te houden. Dat zal hij dan in de bespreking aan de verzekerde moeten laten weten om te bezien welke alternatieven er zijn. Ook dit zal in het zorgplan moeten worden vastgelegd (artikel 8.1.3, vierde lid). Het vijfde lid van artikel 8.1.3 bepaalt bovendien dat, ook als de verzekerde niet bereid is met de zorgaanbieder te overleggen, de zorgaanbieder toch in een zorgplan moet vastleggen welke inhoudelijke doelen hij met de zorgverlening in een bepaalde periode wil bereiken en op welke wijze hij zoveel mogelijk rekening houdt met wat de wensen van de verzekerde zouden kunnen zijn. Ook in dat geval maken de beschreven doelen deel uit van het zorgplan.

Aan de wensen van de verzekerde die in een instelling verblijft moet zoveel mogelijk tegemoet worden gekomen. De zorgaanbieder moet de weloverwogen wensen van de verzekerde respecteren, tenzij dat in

<sup>61</sup> Kamers met meer dan twee personen zijn niet meer toegestaan.

redelijkheid niet van de zorgaanbieder verlangt kan worden. De wensen van de verzekerden vinden dus wel een grens in wat redelijk is gezien de mogelijkheden van de verzekerde, de eisen van goed zorgverlenerschap en van de rechten van andere verzekerden of een goede en ordentelijke gang van zaken binnen de instelling (artikel 8.1.1, derde lid). Het vierde lid van artikel 8.1.1 maakt bovendien duidelijk dat de zeggenschap van de verzekerde over zijn eigen leven niet in kan houden dat de verzekerde recht kan krijgen op meer zorg dan waarop hij redelijkerwijs is toegevozen. De daadwerkelijke behoefte aan zorg en welzijnsaspecten van het recht op zorg blijft leidend.

Op grond van het vijfde lid van artikel 8.1.1 zal de zorgaanbieder overeenkomstig de in het zorgplan neergelegde afspraken daarover, in nieuwe besprekingen met de verzekerde of diens vertegenwoordiger tenminste tweemaal per jaar de afspraken in het zorgplan moeten evalueren en bijwerken. De evaluatie van het zorgplan vindt bij voorkeur plaats in aanwezigheid van de betrokken disciplines (bijvoorbeeld de verpleeghuisarts). Indien één of meerdere van de betrokken disciplines niet aanwezig kunnen zijn, worden deze voorafgaand aan de zorgplanbespreking geraadpleegd. Het zesde lid van artikel 8.1.1 geeft de verzekerde of degene die hem daarbij vertegenwoordigt (dit zijn gezien de definitie van «vertegenwoordiger» in artikel 1.1.1 de personen, bedoeld in artikel 8.1.2, eerste lid) bij de initiële bespreking alsmede bij de evaluatie- en actualisatiebesprekingen van het zorgplan desgevraagd recht op cliëntondersteuning. Het is de Wlz-uitvoerder die hiervoor moet zorgen.

### **Artikel 8.1.2**

Dit artikel geeft aan dat de verplichtingen van de aanbieder die voortvloeien uit de artikelen 8.1.1 en 8.1.3 in verschillende gevallen moeten worden nagekomen jegens andere personen dan de verzekerde. Artikel 8.1.2 stelt regels over de betrokkenheid van de wettelijke vertegenwoordigers bij het tot gelding brengen van rechten jegens de zorgaanbieder door of voor bepaalde groepen van jeugdigen en wilsonbekwamen. In deze bepaling zijn, in iets andere bewoordingen, de eerste vijf leden van artikel 7:465 BW overgenomen, die aangeven in welke gevallen de zorgaanbieder de verplichtingen jegens een ander moet nakomen in plaats van de verzekerde, of naast hem bij de uitvoering van deze artikelen wordt betrokken. De regering heeft aangekondigd dat het voornemens is de rechten betreffende het inzagerecht van nabestaanden, de bewaartermijn van het medisch dossier en de verplichting om in het dossier aantekening te maken van beslissingen, waarvoor de cliënt wilsonbekwaam wordt geacht, nog deze kabinetsperiode nader wettelijk te regelen in een afzonderlijke wijziging van de Wet op de geneeskundige behandelovereenkomst (WGBO).

Het eerste lid regelt dat bij de bespreking van het zorgplan van personen die niet volwassen zijn of die niet in staat zijn te achten tot een redelijke waardering van hun belang, ook andere personen moeten worden betrokken. In de onderdelen tot en met e zijn vijf verschillende situaties uitgewerkt. Zo is in onderdeel b vastgelegd dat, indien een verzekerde tussen de twaalf en zestien jaar is, niet alleen met hem moet worden gesproken, maar ook met zijn ouders of voogd. De zorgaanbieder moet in beginsel beide ouders bij de zorgplanbespreking betrekken. Indien één van de ouders niet aanwezig is, zal het afhangen van de omstandigheden van het geval welke inspanning de zorgaanbieder moet leveren om met de ontbrekende ouder in contact te treden. Bij ingrijpende vraagstukken zal deze inspanning groter moeten zijn dan bij niet ingrijpende zaken. Ingevolge artikel 8.1.2 moet de zorgaanbieder zijn verplichtingen jegens minderjarige jonger dan twaalf jaar of jegens wilsonbekwame ouderen

nakomen jegens de ouders, voogd, mentor, etc. Dat de verzekerde in voorkomend geval niet in staat wordt geacht tot een redelijke waardering van zijn belangen inzake een bepaalde kwestie, hoeft er echter niet aan in de weg te staan dat de verzekerde toch zoveel mogelijk bij de bespreking wordt betrokken. Het is zelfs wenselijk de verzekerde maximaal de gelegenheid te geven zich uit te spreken. Dat doet niet af aan de verantwoordelijkheid van de zorgaanbieder en de vertegenwoordiger om tot een verantwoorde afweging te komen. Op dit punt gaat zal de Wlz de betrokkenheid van de verzekerde dan het huidige Besluit zorgplanbespreking AWBZ-zorg, dat het mogelijk maakt ook zonder de verzekerde met de vertegenwoordiger te spreken.

Artikel 8.1.2 is zodanig geformuleerd dat het zorgplan slechts met een vertegenwoordiger naast of in plaats van de verzekerde mag worden besproken, indien de verzekerde ter zake van de concreet aan de orde zijnde zaak niet in staat is te achten tot een redelijke waardering van zijn belangen. Dat kan derhalve per onderdeel van het zorgplan verschillend uitpakken. Net als bij artikel 7:456 van het Burgerlijk Wetboek wordt rekening gehouden met de mogelijkheid dat een patiënt ten aanzien van sommige zaken wel en ten aanzien van andere zaken niet de reikwijdte van een te nemen beslissing inzake een verrichting kan overzien. De zorgaanbieder is bij patiënten vanaf 16 jaar slechts gehouden zijn verplichtingen na te komen jegens een ander dan de patiënt zelf, als de patiënt ter zake van de verplichting waar het in concreto over gaat, niet in staat kan worden geacht tot een redelijke waardering van zijn belangen. In een dergelijk geval is er dus op grond van artikel 8.1.2, eerste lid, onder c en e, van dit wetsvoorstel is, voor 16- tot 18-jarigen, geen vertegenwoordigersrol weggelegd voor de ouders of voogd en evenmin, voor meerderjarige patiënten, voor de curator of mentor dan wel een van de andere aangewezen vertegenwoordigers. De toelichting bij artikel 1653u BW (het huidige artikel 7:465 BW), dat materieel gelijk is aan artikel 8.1.2, zegt daarover expliciet dat het feit dat een patiënt onder curatele staat, nog niet hoeft te betekenen dat hij elk inzicht in zijn eigen situatie mist en vervolgt met «Indien de betrokkene in een concreet geval, bij voorbeeld ten aanzien van de vraag of een bepaalde verrichting dient plaats te vinden, wel tot een redelijke waardering van zijn belangen in staat kan worden geacht, zal hij zelf kunnen optreden».

Het tweede lid maakt een uitzondering op het betrekken van de vertegenwoordiger van de verzekerde voor het geval dat niet verenigbaar zou zijn met de zorg van een goed zorgverlener.

Het derde lid houdt in dat de vertegenwoordiger zich als een goed vertegenwoordiger moet opstellen. Hij zal daarom zoveel mogelijk hebben te handelen naar de veronderstelde wensen, voorkeuren, mogelijkheden en beperkingen van de verzekerde.

De zorgaanbieder moet goede zorg verlenen. Dit kan onder omstandigheden zelfs betekenen dat de zorgaanbieder de mening van de minderjarige verzekerde zwaarder laat wegen dan die van diens vertegenwoordiger. In het vierde lid is daarom vastgelegd dat de zorgaanbieder het standpunt van een verzekerde, ouder dan elf jaar, indien dat anders is dan het standpunt van zijn vertegenwoordiger en de verzekerde daaraan weloverwogen vasthoudt, moet respecteren. Dat betekent dat hij in elk geval geen afspraken maakt die niet met dat standpunt zijn te verenigen. Het vijfde lid van artikel 8.1.2 bepaalt dat indien een wilsonbekwame verzekerde van zestien jaar of ouder eerder, toen van wilsonbekwaamheid nog geen sprake was, schriftelijk heeft vastgelegd wat zijn wensen onder de gegeven omstandigheden zouden zijn, de vrijheid van de zorgaanbieder om van die wensen af te wijken kleiner is. Hij mag slechts om gegronde redenen daarvan afwijken.

## HOOFDSTUK 9

### Artikel 9.1.1

#### *Eerste lid*

Ten opzichte van AWBZ is het artikel (10a AWB) vervallen waarin werd bepaald op welke wijze de zorgaanbieder de identiteit van verzekerde vaststelt. De Wet gebruik burgerservicenummer in de zorg voorziet reeds in bepalingen die dat regelen. De artikelen 4 tot en met 12 van de Wet gebruik burgerservicenummer in de zorg zien op het gebruik van het burgerservicenummer (BSN) door de zorgaanbieders die Zvw- of Wlz-zorg leveren. Artikel 4 van die wet bepaalt dat de zorgaanbieder het BSN van een verzekerde gebruikt met het doel te waarborgen dat de in het kader van de verlening van zorg te verwerken persoonsgegevens op die persoon betrekking hebben. De zorgaanbieder stelt daartoe de identiteit van de verzekerde vast aan de hand van een identificatiebewijs dat de verzekerde desgevraagd ter inzage geeft (artikelen 5 en 6 Wet gebruik burgerservicenummer in de zorg).

Artikel 9.1.1 biedt een soortgelijke bepalingen voor het gebruik van het BSN door Wlz-uitvoerders in het kader van de Wlz. De artikelen 4 en 6 tot en met 9 worden in artikel 9.1.1, eerste lid, van overeenkomstige toepassing verklaard op de Wlz-uitvoerders. De artikelen 10 tot en met 12 worden in gewijzigde vorm overgenomen. Hierdoor is de Wlz-uitvoerder bevoegd en verplicht om in zijn administratie het BSN van zijn verzekerden te gebruiken voor de uitvoering van deze wet. De Wlz-uitvoerder zal het BSN aan de hand van een identificerend document vaststellen, gebruiken en opnemen in de administratie. De Wlz-uitvoerder bewaart het burgerservicenummer gedurende zeven jaren na het einde van de inschrijving van de verzekerde (artikel 2:10, derde lid, Burgerlijk Wetboek, zie ook artikel 68 Zvw).

#### *Tweede lid*

In artikel 5 van de Wet gebruik burgerservicenummer in de zorg wordt bepaald wanneer de zorgaanbieder de identiteit en het van de cliënt vaststelt. Dit lid geeft een soortgelijke bepaling die specifiek ziet op de Wlz-uitvoerder en zijn taken. De Wlz-uitvoerder stelt de identiteit en het BSN van de verzekerde op grond van dit lid vast indien de persoon zich ter inschrijving bij de Wlz-uitvoerder meldt of voor zover dat redelijkerwijs nodig is ter uitvoering van artikel 12 van de Wet algemene bepalingen burgerservicenummer.

#### *Derde lid*

Dit lid bepaalt dat bij gegevensuitwisseling tussen de Wlz-uitvoerders en de in de artikelen 9.1.2 tot en met 9.1.5 genoemde personen en instanties het BSN wordt gebruikt, voor zover die personen en instanties tot gebruik van dat nummer bevoegd zijn. Dit lid komt overeen met artikel 52, vierde lid, van de AWBZ en artikel 86, vierde lid, van de Zvw. Welke personen en instanties bevoegd zijn om het BSN in de zorgsector te gebruiken is kenbaar via de registers die op grond van hoofdstuk 3 van de Wet gebruik burgerservicenummer zijn ingesteld.

#### *Vierde en vijfde lid*

Deze leden bieden grondslagen om regels te stellen over het gebruik van het BSN in de Wlz-keten. Het vierde lid bepaalt dat bij ministeriële regeling kan worden bepaald aan welke beveiligingseisen de het gebruik van het burgerservicenummer door de Wlz-uitvoerder, alsmede de

opname daarvan in zijn administratie, moet voldoen. Op grond van het eerste lid zijn de artikelen 4 en 8 van de Wet gebruik burgerservice-nummer in de zorg van overeenkomstige toepassing verklaard zodat de zorgaanbieder bevoegd om deze gegevensverwerking te verrichten. Artikel 10 van de Wet gebruik burgerservicenummer in de zorg biedt een grondslag voor regels over opname in van het BSN in de administratie van de zorgaanbieder en het vermelden van het BSN aan een zorgaanbieder, een indicatieorgaan (het CIZ) of een zorgverzekeraar, waaronder begrepen de Wlz-uitvoerder (resp. artikelen 8 en 9 van de Wet gebruik burgerservicenummer in de zorg). Het vierde lid biedt een soortgelijke grondslag voor het stellen van regels.

Het vijfde lid biedt een grondslag om bij algemene maatregel van bestuur vormen van zorg als bedoeld in artikel 3.1.1, alsmede categorieën van Wlz-uitvoerders en in de artikelen 9.1.2 tot en met 9.1.4 genoemde personen en instanties te kunnen uitzonderen van de toepassing van het bepaalde bij of krachtens eerste tot en met derde lid. Artikel 2 van de Wet gebruik burgerservicenummer in de zorg biedt een deels overlappende grondslag. Het vierde lid is ruimer in de zin dat de regels ook betrekking kunnen hebben op andere personen en instanties dan aanbieders, indicatieorganen en zorgverzekeraars in de zin van die wet.

#### *Zesde lid*

In dit lid is bepaald dat het CIZ de identiteit van de verzekerde controleert bij de aanvraag van een indicatiebesluit. Aldus is gewaarborgd dat de gegevens die het CIZ beoordeelt, betrekking hebben op de te indiceren persoon.

### **Artikel 9.1.2**

#### *Eerste en achtste lid*

In dit artikel wordt de gegevensverstrekking tussen de ketenpartijen van de Wet langdurige zorg geregeld. In de huidige AWBZ wordt voor de gegevensuitwisselingen tussen de ketenpartijen, het CIZ, de zorgverzekeraar, de zorgaanbieder en het CAK via de AZR-systematiek vormgegeven. AZR staat voor «AWBZ-brede zorgregistratie» waarin de verzekerde wordt gevolgd in de fasen van de keten: het indiceren van de zorgbehoefte, het toewijzen en het leveren van de zorg en het opleggen van de eigen bijdrage (de primaire processen). De ketenpartijen hebben ieder taken en bevoegdheden in deze keten en behoeven daarvoor informatie van andere ketenpartijen.

Met het eerste lid worden de actoren genoemd die de gegevens onderling verstrekken. Voor deze partijen wordt daarmee de zwijgplicht van artikel 7:457 BW met voldoende grondslag doorbroken. De Wbp kent een stelsel van limitatief opgesomde grondslagen. Uit oogpunt van kenbaarheid worden de doelen voor de gegevensverstrekking ook in de Wlz zelf opgenomen. In het eerste lid worden de doelen expliciet genoemd. Hierbij is allereerst uitgegaan van de primaire processen van de keten, maar worden ook specifieke doelen genoemd in het kader van de goede uitvoering en beheersbaarheid van deze wet.

Bij de primaire processen in de Wlz gaat het om:

- de indicatiestelling. Het gaat hier om zowel het nemen van indicatiebesluiten als het achterliggende onderzoek door het CIZ, waarvoor het CIZ (medische) gegevens ontvangt van medisch beroepsbeoefenaren (zie onderdeel a);

- het sluiten van schriftelijke overeenkomsten met zorgaanbieders, bedoeld in artikel 4.2.2, (onderdeel b);
- de zorgplicht van de Wlz-uitvoerder, genoemd in artikel 4.2.1. Deze zorgplicht houdt met name in dat de verzekerde zijn recht op zorg geldend kan maken bij een door de Wlz-uitvoerder gecontracteerde zorgaanbieder. Het komt daarbij voor dat de Wlz-uitvoerder een bemiddelende rol heeft, ondersteuning biedt aan verzekerden en wachtlijsten moet opmaken of juist overbruggingszorg aanbiedt (onderdeel c);
- de beoordeling door de Wlz-uitvoerder of de zorg op verantwoorde wijze met een vpt of pgb kan worden verleend (onderdeel d);
- de zorglevering. In de Wmg wordt het woord «prestatie» gebruikt om de levering van zorg door een zorgaanbieder aan te duiden. In onderdeel d wordt de term «zorglevering» wat breder bedoeld, zoals de benodigde meldingen die plaatsvinden in het kader van de zorgverlening. Het gaat kortom om de levering van de zorg zelf en de alles wat met het proces van zorglevering te maken heeft (onderdeel e);
- het in rekening brengen van tarieven voor de geleverde prestaties en het daartoe ontvangen en verrichten van de betalingen of vergoedingen aan zorgaanbieders van de geleverde prestaties, of de vergoeding van zorgkosten aan een verzekerde, (onderdeel f);
- de vaststellingen de inning van eigen bijdragen door het CAK, bedoeld in artikel 3.2.4, (onderdeel g).

In de onderdelen g tot en met i worden handelingen die met de primaire processen samenhangen:

- het namens een Wlz-uitvoerder of het Zorginstituut verrichten van betalingen door het CAK aan zorgaanbieders (onderdeel h);
- het verrichten van controle of fraudeonderzoek door de Wlz-uitvoerders (onderdeel i);
- het uitoefenen van het verhaalsrecht (onderdeel j).

Het achtste lid biedt een grondslag om bij ministeriële regeling te bepalen tot welke gegevens de verplichting zich uitstrekt en op welke wijze dit wordt vormgegeven.

In de perceptie biedt art 68a, tweede lid, van de Wmg slechts voor aanvullende verzekeringen in het kader van de Zvw een bevoegdheid voor de zorgaanbieders en zorgverzekeraars om gegevens aan elkaar te verstrekken met het oog op het in rekening brengen en afrekenen van de geleverde zorg. Daarom wordt in onderdeel e van het eerste lid dit doel nadrukkelijk genoemd, zoals dat voor de voor de basisverzekering van de Zvw nadrukkelijk in artikel 87 van die wet is geregeld.

#### *Tweede lid*

Met dit lid wordt in een krachtens artikel 8 Wbp vereiste rechtmatige grondslag voorzien voor het scheppen van een specifieke wettelijke verplichting voor derden, waaronder geheimhouders, verstrekken van persoonsgegevens, waaronder persoonsgegevens betreffende de gezondheid. De medische gegevens krijgt het ClZ van medisch beroepsbeoefenaren (hulpverleners, instellingen of voorziening voor gezondheidszorg, termen uit 21 Wbp) waarop doorgaans een medisch beroepsgeheim rust. De regeling in artikel 457, eerste lid, van Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek (BW) brengt met zich mee, dat de derde bij wie die gegevens berusten vervolgens nog kan besluiten de betreffende gegevens niet te verstrekken, ondanks de gegeven toestemming. Dit kan er in de praktijk toe leiden dat gegevens toch niet beschikbaar komen, ook in gevallen waarin de zorgverlener zelf voorwerp van onderzoek is. Het laten



voortduren van die situatie is met het oog op een juiste allocatie van de schaarse financiële middelen ongewenst. Misbruik en fraude dienen zoveel mogelijk voorkomen te worden. Om die reden bepaalt het voorgestelde tweede lid dat in een dergelijk geval de zorgverlener geen eigen, zelfstandige afwegingsruimte toekomt. De derde volzin van artikel 457, eerste lid, van Boek 7 van het BW bepaalt reeds dat gegevens kunnen worden verstrekt zonder toestemming, of zonder toets op de persoonlijke levenssfeer van een ander, indien het bij of krachtens de wet bepaalde daartoe verplicht. Het thans voorgestelde tweede lid is een dergelijke wettelijke verplichting. Op grond van dit lid zijn deze personen verplicht om gegevens, waaronder betreffende de gezondheid, aan het CIZ te verstrekken, voor zover die nodig zijn voor de indicatiestelling. Hiermee wordt derhalve voorzien in een wettelijke grondslag om de verstrekking zonder inachtneming van de beperkingen, bedoeld in de eerste twee volzinnen van artikel 457, eerste lid, van Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek te laten geschieden. Hierdoor wordt gewaarborgd dat gegevens die noodzakelijk zijn voor de beoordeling van het recht op prestaties ingevolge de Wlz altijd beschikbaar kunnen zijn, en de beoordeling van dat recht niet afhankelijk is van de vraag welke gegevens de verzekerde of de zorgverlener wel of niet wenst te verstrekken. De regering acht deze inbreuk op de persoonlijke levenssfeer van de verzekerde gerechtvaardigd. Bij deze afweging betreft de regering de volgende aspecten:

- de verstrekking beperkt zich tot gegevens die noodzakelijk zijn voor de beoordeling van een wettelijk recht die (mede) afhankelijk is van de gezondheidstoestand van de verzekerde;
- alleen verzekerden die voldoen aan de wettelijke voorwaarden behoren in aanmerking te komen voor prestaties op grond van de wet; zowel de schaarse financiële middelen als de noodzaak om het draagvlak voor deze volksverzekering te behouden vergen een adequate aanpak van misbruik en fraude;
- het belang van een juiste allocatie van de beschikbare middelen is zo groot, dat het proportioneel is aan de voorgestelde inbreuk op de persoonlijke levenssfeer;
- het hiervoor genoemde belang kan niet op een andere wijze, die het recht op de persoonlijke levenssfeer minder belast, worden gerealiseerd.

Zie ook paragraaf 9.2 van het algemeen deel van deze toelichting.

#### *Derde lid*

Dit lid komt overeen met artikel 53, tweede lid, van de AWBZ. Het geeft de mogelijkheid voor het CIZ en de zorgaanbieder of elkaar persoonsgegevens te verstrekken, waaronder medische persoonsgegevens, voor zover de verzekerde daartoe uitdrukkelijk toestemming heeft verleend. Het gaat hierbij om gegevens die niet noodzakelijk zijn voor de uitvoering van de taken die genoemd zijn in het eerste lid. Hierdoor kan een zorgaanbieder zo snel mogelijk het indicatiebesluit ontvangen, dat hij nodig heeft om de zorgverlening te kunnen aanvangen. In het geval de verzekerde al weet naa welke zorgverlener hij zou willen, wordt tijdsverlies vermeden. Omdat niet gesteld kan worden dat deze onmiddellijk toezending van onder meer het indicatiebesluit voor dit doel noodzakelijk is voor de uitvoering van de Wlz, is er voor gekozen om deze gegevensverstrekking alleen plaats te laten hebben in het geval de verzekerde daar uitdrukkelijk mee heeft ingestemd.

#### *Vierde lid*

Het geval kan zich voordoen dat een zorgaanbieder zorg heeft verleend, anders dan op grond van een overeenkomst met de Wlz-uitvoerder. Dit kan plaatsvinden door zorginkoop via een pgb, of door restitutie als vergoeding van de zorg die in het buitenland is ontvangen.

#### *Vijfde lid*

Dit lid komt overeen met artikel 53, vierde lid, van de AWBZ. Personen die werkzaam zijn ten behoeve van een zorgaanbieder of het CIZ zijn verplicht aan die zorgaanbieder of aan het CIZ de persoonsgegevens te verstrekken die zij nodig hebben om te kunnen voldoen aan hun verplichtingen krachtens het eerste, derde of vierde lid. Met dit lid wordt de zwijgplicht voor het personeel van zorgaanbieders, zoals een verpleeghuisarts, of een arts die het CIZ adviseert bij de indicatiestelling.

#### *Zesde lid*

In dit lid wordt bepaald dat personen die werkzaam zijn bij een Wlz-uitvoerder en voor wie niet reeds uit hoofde van ambt of beroep een geheimhoudingsplicht geldt, verplicht zijn tot geheimhouding van de gegevens die zij op grond van het eerste en vierde lid ontvangen. Op deze personen geldt derhalve een geheimhoudingsplicht, behoudens voor zover enig wettelijk voorschrift hen mededeling toestaat. Dit lid komt overeen met artikel 53, vijfde lid, van de AWBZ.

#### *Zevende lid*

Met dit lid wordt voorgesteld specifiek aan te geven welke gegevens noodzakelijk zijn voor de controle, bedoeld in het eerste lid. Die wijziging van onder meer de AWBZ volgt op problematiek zoals aanwezig bij de zogenaamde Europsyche-casus (Kamerstukken II 2012/13, 29 689, nrs. 397, 413 en 428), waarbij de instelling Europsyche via een verlengde armconstructie «alternatieve behandelingen» declareerde via de in de ggz gehanteerde systematiek van diagnose behandelingcombinaties (dbc). Het is voor zorgverzekeraars lastig gebleken om dergelijke misstanden op te sporen via de materiele controle.

#### *Achtste lid*

Het zorgvuldig uitoefenen van die bevoegdheid tot materiële controle en het daarbij noodzakelijkerwijs verkrijgen van inzicht in medische persoonsgegevens is uitgewerkt in de ministeriële regelingen op basis van de artikelen 68a Wmg, 87 Zvw en 53 AWBZ. Voor wat betreft de AWBZ wordt de grondslag voor deze regels, neergelegd in het achtste lid van artikel 9.1.2.

### **Artikel 9.1.3**

#### *Eerste en derde lid*

Het is evident dat als de zorg vanuit de Wmo 2015, Zvw en de Jeugdwet door een andere aanbieder wordt geleverd dan de Wlz-zorg, de zorgaanbieders onderling waarborgen dat een verantwoorde gegevensoverdracht plaatsvindt. Op grond van artikel 9.1.3. zal voor bij het overdragen van zorginhoudelijke persoonsgegevens toestemming van de verzekerde worden gevraagd.

Dit artikel verplicht de bestuursorganen die deel uitmaken van de keten, om aan andere partijen (buiten de Wlz-keten) desgevraagd gegevens te

leveren. Het gaat hierbij onder andere om het uitwisselen van gegevens om tot een goede afstemming te komen tussen de Wlz en de Zvw. In onderdeel a van het eerste lid wordt dan ook bepaald dat gegevensverstrekking tussen de ketenpartijen en de zorgverzekeraars en het Zorginstituut plaatsvindt om de afstemming met de Zvw te waarborgen. Het is immers van belang dat zorg en ondersteuning vanuit de Zvw aansluit bij de zorg uit de Wlz. De zorgverzekeraar en de zorgaanbieders dienen te bijvoorbeeld te weten wanneer de zorg vanuit de Wlz precies is gestart en wat deze inhoudt. Alleen dan kan de Zvw-zorg daarop worden afgestemd zodat de verzekerde goed afgestemde zorg ontvangt. Ook kunnen eventuele dubbele verstrekkingen worden voorkomen. Ook is voor de verzekeraars voor de uitvoering van de Zvw van belang te weten welke leveringsvorm de verzekerde heeft gekozen. Een verzekerde die Wlz-zorg ontvangt op basis van een vpt, pgb of verblijft in een instelling die niet is toegelaten voor behandeling, heeft vanuit de Zvw bijvoorbeeld aanspraak op mondzorg, farmaceutische zorg, bepaalde hulpmiddelen en integrale eerstelijnszorg zoals huisartsen die plegen te bieden. Dat is niet het geval als de verzekerde is opgenomen in een Wlz-instelling met behandeling.

Het doel waarmee de uitwisseling van persoonsgegevens tussen Wlz-uitvoerders en gemeenten plaatsvindt, zo concreet en nauwkeurig mogelijk moet worden omschreven. In het derde lid is daarom, net als voor de persoonsgegevensuitwisseling tussen de Zvw-verzekeraar en de Wlz-uitvoerder, aangegeven dat de gegevensuitwisseling tussen een Wlz-uitvoerder en de gemeente kan plaatsvinden met het doel de zorg vanuit de Wlz met de ondersteuning of hulp vanuit de Wmo 2015 of de Jeugdwet af te stemmen alsmede dubbele verstrekkingen te voorkomen. Voor de afstemming van Wlz-zorg op de ondersteuning vanuit de Wmo 2015 of de hulp vanuit de Jeugdwet is de nadrukkelijke toestemming van de verzekerde vereist. Voor deze gegevensuitwisseling wordt dus aangesloten bij het vereiste van voorafgaande toestemming zoals dat in de Wmo 2015 geldt. Het staat de verzekerde daardoor vrij om toestemming te geven voor de afstemming tussen zorg vanuit de Wlz en hulp vanuit het gemeentelijk domein. Indien de verzekerde deze toestemming niet geeft, kan dit uiteraard wel gevolgen hebben voor de integraliteit van de zorgverlening.

Voorafgaande toestemming van de verzekerde is echter niet vereist voor zover het gaat om de melding door het CIZ aan de gemeente dat de verzekerde een indicatiebesluit heeft gekregen dat hem recht geeft op Wlz-zorg. Dit wordt geregeld in artikel 4.2.5, derde lid, van de Wmo 2015, zoals dat lid komt te luiden na wijziging middels artikel 12.15, onderdeel E. Het is voor de uitvoering van de Wmo 2015 en de Jeugdwet van groot belang dat gemeenten kunnen nagaan of een verzekerde een toewijzend of afwijzend indicatiebesluit heeft ontvangen. Indien de verzekerde een recht op Wlz-zorg tot gelding kan brengen, kan de gemeente immers hulp of zorg weigeren of aanpassen (artikel 2.3.5, zesde lid, van de Wmo 2015 en 1.2, vierde lid, van de Jeugdwet). Hierdoor kan worden voorkomen dat dubbele verstrekkingen of fraude plaatsvinden. Deze mededeling wordt dus beperkt tot «dat-informatie», zodat niet meer informatie wordt verstrekt dan nodig is om de gemeentelijke hulp te weigeren of aan te passen. Indien de gemeente de hulp wil blijven voortzetten, ook nadat een Wlz-indicatie is afgegeven, zal de gemeente op grond van het tweede lid om toestemming moeten vragen om de gegevens te ontvangen om die hulp op de Wlz-zorg af te stemmen. Vanwege de vereiste proportionaliteit zal niet in alle gevallen waarin het CIZ een indicatiebesluit afgeeft, automatisch een mededeling aan de gemeente worden gedaan. De gemeente wordt alleen in kennis gesteld als dat nodig is. Dit voorkomt dat gemeenten ook informatie verwerken in situaties waarin geen afstemming

nodig is. Ook wordt voorkomen dat gemeenten onderling telkens gegevens dienen uit te wisselen als een verzekerde verhuist naar een andere gemeente.

De gegevensverstrekking aan het Zorginstituut kan tevens plaatsvinden in het kader van de taak van het Zorginstituut om de rechtmatige uitvoering van de Wlz zelf te bevorderen, zoals geregeld in artikel 5.1.1 (onderdeel b). De SVB wordt in onderdeel c genoemd, zodat de SVB over de noodzakelijk gegevens kan beschikken voor de uitvoering van het trekkingsrecht (artikel 3.3.3, vijfde lid) en als verantwoordelijke van de verzekerdenadministratie (artikel 35 van de Wet structuur uitvoeringsorganisatie werk en inkomen). Bij de taken als trekkingsrechtuitvoerder zal de SVB de gegevens moeten krijgen die nodig zijn om de persoon te kunnen identificeren, de hoogte van zijn persoonsgebonden budget, de aanwendingsrichting van het budget, de partij die het budget heeft toegekend, de contracten die de budgethouder sluit met de hulpverleners en de rekeningen van de hulpverleners.

De NZa wordt niet genoemd in het eerste lid, omdat aan de NZa reeds op grond van artikel 61, 62 en 66 van de Wmg de benodigde gegevens worden verstrekt.

#### *Tweede lid*

Dit lid is spiegelbepaling van het eerste lid. Het lid regelt dat de partijen genoemd in het eerste lid, onder a tot en met c, op hun beurt alle gegevens moeten verstrekken aan de bestuursorganen in de keten.

#### *Vierde lid*

De in het eerste tot en met derde lid bedoelde gegevens en inlichtingen worden op verzoek verstrekt in schriftelijke vorm of in een andere vorm die redelijkerwijs kan worden verlangd, binnen een termijn die schriftelijk wordt gesteld bij het in het eerste lid bedoelde verzoek. Dit lid komt overeen met artikel 54, tweede lid, AWBZ en artikel 88, tweede lid, van de Zvw.

#### *Vierde en vijfde lid*

Het vijfde en zesde lid bestaan al in het huidige AWBZ en Zvw (resp. artikel 55, vijfde en zesde lid, en 89, vijfde en zesde lid, van die wetten.

#### *Zesde lid*

Dit lid biedt een grondslag om bij ministeriële regeling nadere regels te stellen met betrekking tot het eerste, tweede, derde of vijfde lid van artikel 9.1.2.

### **Artikel 9.1.4**

#### *Eerste en tweede lid*

Artikel 9.1.4 is grotendeels gelijk aan artikel 56 van de AWBZ en artikel 90 van de Zvw. In het eerste lid wordt bepaald dat de NZa en het Zorginstituut bij regeling kunnen bepalen welke gegevens en inlichtingen periodiek door de Wlz-uitvoerders en het CAK moeten worden verstrekt. Het gaat hierbij niet om persoonsgegevens in de zin van de Wbp. Het tweede lid regelt dat de te stellen regels, zijnde algemeen verbindende voorschriften, kunnen inhouden wanneer en op welke wijze de inlichtingen worden verstrekt, en dat het Zorginstituut en het CAK kunnen

vragen dat een externe accountant de juistheid van de verstrekte gegevens bevestigt.

#### *Derde lid*

Op grond van het derde lid kan bij ministeriële regeling worden bepaald welke statistische gegevens de zorgverzekeraars verzamelen betreffende vormen van zorg.

#### *Vierde lid*

Een zorgverzekeraar en het CAK zijn op grond van dit lid, dat gelijk is aan het tweede lid van artikel 55 WBZ, verplicht om op verzoek van het Zorginstituut of de NZa aan personen die zijn aangewezen door het verzoekende orgaan, inzage in alle bescheiden en andere gegevensdragers te geven of ter beschikking te stellen voor het nemen van afschrift. De Wlz-uitvoerder of het CAK zijn verplicht daartoe medewerking te verlenen voor zover het verzoekende orgaan dat nodig acht voor de uitoefening van de taken van dat orgaan.

### **Artikel 9.1.5**

Dit artikel is gelijk aan artikel 57 van de AWBZ en bepaalt in het eerste lid dat het Zorginstituut en de NZa desgevraagd aan de Minister van VWS, aan het College bouw of het College sanering, de voor de uitoefening van de taken van die colleges benodigde gegevens verstrekken. Op grond van het tweede lid moeten het Zorginstituut en de NZa daartoe toegang en inzage in hun zakelijke gegevens en bescheiden bieden, voor zover dat voor de taakvervulling van de colleges redelijkerwijs noodzakelijk is.

### **Artikel 9.1.6**

#### *Eerste lid*

De wettelijke basis voor de elektronische uitwisseling van gegevens wordt in het eerste lid van dit artikel gegeven (vergelijkbaar met het huidige artikel 57a van de AWBZ). Het gaat hier om de gegevens die binnen het AZR-systeem worden gedeeld op grond van artikel 9.1.2 en om intersectorale gegevensuitwisseling met onder meer de Belastingdienst, de gemeentelijke basisadministratie of de SVB.

#### *Tweede lid*

Het tweede lid biedt de mogelijkheid om, indien nodig, ministeriële regels te stellen over die gegevensuitwisseling. Het gaat daarbij onder meer om de aard en omvang van de gegevensverstrekking en de wijze waarop die in de infrastructuur plaatsvindt. In de AWBZ had het CVZ (nu Zorginstituut) op grond van artikel 57a, tweede lid, de bevoegdheid om dergelijke regels te stellen. Van die bevoegdheid werd geen gebruik gemaakt. Het CVZ en de betrokken ketenpartijen spreken onderling standaarden af en het proces om hiertoe te komen is neergelegd in een convenant. Het Ministerie van VWS is geen partij bij het convenant betrokken partij. Deze praktijk kan worden voortgezet, maar het is gewenst om, indien nodig, bij ministeriële regeling regels te kunnen stellen waaraan de ketenpartijen zich moeten houden.

### **Artikel 9.1.7**

Dit artikel is geënt op het bestaande artikel 57b van de AWBZ. De onderdelen van dat artikel die de toepasselijkheid van de Wft veronder-

stelden, zijn in gewijzigde vorm overgenomen in artikel 9.1.7. De Wft is immers niet van toepassing op deze wet. Het betreft het eerste, derde, vierde en vijfde lid.

Wat betreft het vierde lid, onderdeel c, en het zesde lid wordt nog het volgende opgemerkt. Ingevolge artikel 91, eerste lid, onderdeel d, van de Comptabiliteitswet 2001 (Cw 2001) heeft de Algemene Rekenkamer de in dat artikel geregelde bevoegdheden jegens – onder meer – de Wlz-uitvoerders. Onderdeel c van het vierde lid van artikel 9.1.7 zorgt ervoor dat degenen aan wie de Rekenkamer bij het uitoefenen van die bevoegdheden informatie vraagt, die informatie niet op grond van de in het eerste lid geregelde geheimhoudingsplicht mag weigeren. Zorgt er vervolgens voor dat de Algemene Rekenkamer dergelijke vertrouwelijk informatie niet in zijn mededelingen als bedoeld in artikel 91, twaalfde tot en met vijftiende lid, Cw 2001, mag opnemen. Dat laat uiteraard onverlet dat de Rekenkamer bij het doen van zo'n mededeling wel rekening mag houden met de vertrouwelijke informatie. Anders gezegd: komt de Rekenkamer bijvoorbeeld op basis van een onderzoek als bedoeld in artikel 91, vierde lid, Cw 2001, bij een Wlz-uitvoerder waarin zij de beschikking krijgt over vertrouwelijke informatie van die uitvoerder tot de conclusie dat een bepaald onderdeel van de Wlz niet wordt uitgevoerd, dan kan de Rekenkamer wel in een mededeling opnemen dat dat deel niet wordt uitgevoerd, maar mag zij niet de vertrouwelijke informatie citeren of weergeven die haar tot deze conclusie hebben doen komen.

Anders dan de Rekenkamer in zijn advies stelt, is het zesde lid van voorliggend artikel niet overbodig naast artikel 91, vijftiende lid van de Cw 2001. Laatstgenoemd artikellid regelt slecht dat vertrouwelijke gegevens niet opgenomen mogen worden in een rapport of verslag dat naar de Koning en de Staten-Generaal gaat. De geheimhoudingsplicht van het zesde lid van voorliggend artikel geldt voor alle mededelingen als bedoeld in artikel 91, twaalfde tot en met vijftiende lid, van de Cw 2001.

### **Artikel 9.2.1**

#### *Eerste lid*

Op grond van artikel 9.2.1 kunnen bij of krachtens amvb regels worden gesteld over beleidsmatige en beheersmatige informatie. Daarmee kan worden bepaald welke gegevens gebruikt kunnen worden bij de monitoring van de uitvoering van deze wet (eerste lid). Het gaat hierbij om gegevens die door de zorgaanbieders aan Wlz-uitvoerders, de zorgautoriteit en Onze Minister worden verstrekt (onderdeel a), alsmede om gegevens die door Wlz-uitvoerders aan de zorgautoriteit en Onze Minister worden verstrekt (onderdeel b).

#### *Tweede en derde lid*

De in het eerste lid bedoelde gegevens zijn *geen* persoonsgegevens als bedoeld in de Wbp. De regels op grond van dat lid worden bovendien niet gesteld dan nadat met door zorgaanbieders of de Wlz-uitvoerders voorgedragen koepelorganisaties, overleg is gevoerd over de inhoud van de gegevens en standaardisering van de wijze waarop de gegevens worden verstrekt (tweede lid). Bij of krachtens amvb kan echter worden bepaald dat het overleg plaatsvindt met andere organisaties en instanties.



## HOOFDSTUK 10

### Artikel 10.1.1

#### *Eerste lid*

In dit artikel wordt de mogelijkheid geboden om bij algemene maatregel van bestuur bij wijze van experiment tijdelijk af te wijken van de Wlz, om daarmee een doeltreffender uitvoering te bereiken. De afwijkingsmogelijkheid heeft geen betrekking op de kring van verzekerden en de aanspraken. Deze elementen vormen de kern van de Wlz. Voor afwijking daarvan acht de regering regeling in een wet in formele zin aangewezen.

#### *Tweede lid*

In dit lid wordt de mogelijkheid van de wet af te wijken geregeld en begrensd. De voorgestelde regeling laat toe dat het experiment wordt beperkt tot een of meer regio's of een of meer specifieke zorgaanbieders of groepen van verzekerden. Inherent aan experimenteren is dat ervan geleerd wordt. Om die reden is het cruciaal dat de doelen van het experiment helder worden bepaald en dat wordt vastgesteld of het beoogde doel is behaald.

#### *Derde, vierde, vijfde en zesde lid*

In het voorgestelde derde lid wordt een voorhangprocedure voorgescreven voor de algemene maatregel van bestuur die betrekking heeft het experiment. Hiermee is parlementaire betrokkenheid gewaarborgd. Op grond van het vierde lid wordt het experiment geëvalueerd en neemt de Minister een standpunt in over de voortzetting ervan. Gelet op het uitgangspunt dat afwijking van de wet in lagere regelgeving alleen tijdelijk aangewezen kan worden geacht, is bepaald dat voortzetting niet kan plaatsvinden in de vorm van een experiment. De algemene maatregel van bestuur die de wettelijke basis vormt voor het experiment vervalt binnen drie jaar na inwerkingtreding, tenzij binnen die termijn een wetsvoorstel is ingediend om het experiment om te zetten in een wettelijke regeling. Als dat wetsvoorstel wordt ingetrokken of verworpen, wordt de algemene maatregel van bestuur onverwijld ingetrokken.

### Artikel 10.1.2

De Tweede Kamer heeft een wetsvoorstel tot «Wijziging van de Zorgverzekeringswet, de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten en enkele andere wetten teneinde de bekostiging van anonieme e-mental health structureel te regelen en de anonieme financiering van zorg aan ernstig bedreigde cliënten mogelijk te maken» (Kamerstukken II 2012/13, 33 675, nrs. 1 t/m 3) in behandeling. Dat wetsvoorstel voorziet onder meer in de mogelijkheid om een ministeriële regeling op te stellen op grond waarvan het Zorginstituut AWBZ-zorg vergoedt die zorgaanbieders geleverd hebben aan cliënten die zo ernstig bedreigd worden, dat zij volstrekt anoniem dienen te blijven. Te denken valt aan vrouwen die op de vlucht zijn voor hun (ex-)partner die hen heeft mishandeld, aan allochtone vrouwen die te maken dreigen te krijgen met eergelateerd geweld en aan de slachtoffers van loverboys. Hoewel de vormen van zorg die op grond van de Wlz verzekerd worden naar verwachting niet vaak door de betrokken groep afgenomen zullen worden, valt niet uit te sluiten dat hier toch een enkele keer behoefte aan bestaat. Om die reden is de in de AWBZ op te nemen mogelijkheid om een ministeriële regeling op te stellen ingevolge welke dergelijk zorg wordt vergoed zonder dat degene aan wie de zorg geleverd is bekend wordt, ook in de Wlz opgenomen. Voor een verdere

toelichting op artikel 10.1.2 wordt verwezen naar de memorie van toelichting bij eerdergenoemd wetsvoorstel.

### **Artikel 10.1.3**

Het Besluit zorgaanspraken AWBZ bevat een tijdelijke aanspraak op ADL-assistentie (artikel 34 van dat besluit). In hoofdstuk 6 van het algemene deel van deze toelichting is reeds aangegeven van het wenselijk is om het ADL/Fokus-concept ook onder de Wlz mogelijk te maken. Daarom wordt in het eerste lid van dit artikel aangegeven dat het Zorginstituut subsidies zal verstrekken aan aanbieders van ADL-assistentie in en rondom ADL-woningen. In artikel 1 van dit wetsvoorstel wordt omschreven wat wordt verstaan onder een ADL-woning. ADL-assistentie houdt in dat gedurende het gehele etmaal direct oproepbare assistentie bij algemene dagelijkse levensverrichtingen in en om de ADL-woning wordt verleend. Ook alarmopvolging bij een noodoproep wordt daaronder begrepen.

Het CIZ zal beoordelen of de verzekerde voldoet aan de voorwaarden die op grond van het eerste lid bij of krachtens algemene maatregel van bestuur worden gesteld. Deze taak zal aan het CIZ worden toebedeeld in de algemene maatregel van bestuur op grond van artikel 7.1.2, derde lid.

In het tweede lid wordt nadrukkelijk bepaald dat verzekerden die ADL-assistentie ontvangen, geen recht hebben op het verzekerde pakket aan zorg als omschreven in artikel 3.1.1. Indien de verzekerde naast ADL-assistentie zorg behoeft, kan hij dit betrekken vanuit de Wmo 2015 en de Zvw.

### **Artikelen 10.2.1 tot en met 10.2.5**

Deze artikelen komen overeen met de artikelen 65 tot en met 65d van de AWBZ. De wijzigingen zijn redactioneel van aard.

### **Artikelen 10.3.1 tot en met 10.3.3**

Deze artikelen komen overeen met de artikelen 58, 61 en 64 van de AWBZ. De wijzigingen zijn redactioneel van aard.

### **Artikel 10.4.1**

Het toezicht op de naleving van hoofdstuk 8, paragraaf 1, van deze wet wordt op grond van artikel 10.4.1 gelegd bij het Staatstoezicht op de volksgezondheid (hierna: IGZ). De handhavingsinstrumenten van de IGZ zijn in grote mate gelijk aan de maatregelen die de IGZ op grond van hoofdstuk 4 van de Wkkgz kan nemen. In het derde lid is verwoord dat de IGZ niet verplicht is handhavend op te treden als geen sprake is van een situatie die voor de veiligheid van verzekerden of de zorg een ernstige bedreiging kan betekenen, of wanneer niet anderszins het belang van goede zorg vereist dat wordt opgetreden (vgl. artikel 24, vijfde lid, Wkkgz).

### **Artikel 10.4.2 en 10.4.3**

Indien de bepalingen van deze wet niet worden nageleefd, moet daartegen kunnen worden opgetreden. Daarom is analoog aan de Wkkgz bepaald dat de Minister een aanwijzing of de IGZ een bevel kan geven, indien de artikelen 8.1.1, 8.1.2 of 8.1.3 niet worden nageleefd (artikel 10.4.2).

In artikel 10.4.3, tweede lid, is geregeld dat de Minister bestuursdwang kan toepassen als een aanwijzing of bevel niet wordt opgevolgd.

Artikel 10.4.3, eerste lid, maakt het mogelijk dat de Minister met bestuurs-

dwang optreedt tegen een zorgaanbieder of een zorgverlener die de IGZ niet de vereiste inzage in stukken geeft.

#### **Artikel 10.4.4**

Op grond van artikel 10.4.4, eerste lid, is de Minister tevens bevoegd een zorgaanbieder een aanwijzing te geven indien het die zorgaanbieder niet voldoet aan de verplichting op grond van artikel 9.1.2, eerste lid, om de andere ketenpartijen de benodigde gegevens te verschaffen die zijn nodig hebben voor de uitvoering van hun taken. Op grond van het tweede lid kan de Minister de zorgaanbieder een last onder dwangsom opleggen als niet wordt voldaan aan de aanwijzing.

### **HOOFDSTUK 11**

#### **§ 11.1 Overgangsrecht verzekerden**

##### **Artikel 11.1.1**

In de artikelen 11.1.1 tot en met 11.1.6 wordt het overgangsrecht met betrekking tot de aanspraken van verzekerden geregeld. Deze overgangsregels werken aanvullend op het gestelde overgangsrecht in de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015. Zie daarover paragraaf 16.1.1 van het algemene deel van deze toelichting.

Bij de vormgeving van het overgangsrecht in de Wlz staan twee vragen centraal:

1. Beschikt de verzekerde bij inwerkingtreding van deze wet reeds over een AWBZ-indicatie voor verblijf?
2. Hoe verzilvert de verzekerde de verblijfsindicatie?

Hierna wordt uiteengezet welk overgangsrecht in artikel 11.1.1 is getroffen aan de hand van die twee vragen.

##### *Eerste en tweede lid*

In het eerste en tweede lid van artikel 11.1.1 wordt geregeld welke bestaande verblijfsindicaties blijvend worden geëerbiedigd. Verzekerden die reeds een verblijfsindicatie op grond van de AWBZ hebben, worden daardoor ontzien. Dit geeft hen rechtszekerheid. Het eerste lid regelt de eerbiedigende werking voor verzekerden met een indicatie voor een «hoog» zorgzwaartepakket. Het gaat hier om verzekerden die (naar alle waarschijnlijkheid) met de nieuwe toegangscriteria van de Wlz ook zorg vanuit deze wet zouden kunnen krijgen. Voor zover het gaat om mensen met een indicatie van een zzp LVG, geldt dit overgangsrecht alleen voor meerderjarigen. Minderjarige verzekerden met een zzp LVG komen onder de Jeugdwet te vallen.

Het is gewenst om deze verzekerden zekerheid te bieden en automatisch toegang te geven tot zorg vanuit de Wlz. Hiermee is ook geregeld dat zij recht hebben op verblijf in een instelling, aangezien verblijf in beginsel onderdeel uitmaakt van het recht op langdurige zorg.

Het tweede lid biedt een aparte regeling voor verzekerden die een verblijfsindicatie hebben voor een «laag» zorgzwaartepakket. Deze zorgzwaartepakketten zijn voor een belangrijk deel in de afgelopen jaren al «geëxtramuraliseerd» met de Regeling houdende wijziging van de Regeling zorgaanspraken AWBZ in verband met het beperken van de aanspraak op ZZP's (Stcrt. 2012, nr. 26775). Verzekerden met een dergelijk zorgzwaartepakket kunnen doorgaans met behulp van een voorziening vanuit de Wmo thuis blijven wonen. In beginsel zouden verzekerden met een laag zorgzwaartepakket daarom niet onder de Wlz vallen. Een

aanzienlijk aantal verzekerden in deze groep woont echter al in een instelling en verzilvert dus het recht op verblijf. Voor deze groep voorziet het tweede lid in eerbiedigende werking van de verblijfsindicatie. Overigens zou een herindicatie voor de verzekerden die onder het overgangsrecht van het eerste en tweede lid vallen, geen gevolgen hebben voor de vraag of zij zijn aangewezen op Wlz-zorg. Een uitzondering hierop wordt gemaakt voor de verzekerden met een LVG-indicatie. Bij hen is immers doorgaans sprake van een blijvende behoefte aan Wlz-zorg. Zij zullen op een bepaald moment worden geherindiceerd om te bezien het krijgen van zorg vanuit de Wlz nog passend is (en bijvoorbeeld een VG-indicatie krijgen), of dat zij beter vanuit de Wmo 2015 en de Zvw geholpen kunnen worden.

### *Derde lid*

In aanvulling op het tweede lid schrijft het derde lid overgangsrecht voor met betrekking tot de verzekerden met een «laag» zorgzwaartepakket. Zoals al aangegeven verblijft een aanzienlijk aantal verzekerden met een dergelijk zorgzwaartepakket in een instelling. Er zijn echter ook veel verzekerden met een «laag» zorgzwaartepakket die *niet* in een instelling verblijven, maar het recht tot gelding brengen met een persoonsgebonden budget of door omzetting van het zorgzwaartepakket naar losse functies en klassen. Ongeveer 65.000 van de 360.000 personen met een verblijfsindicatie is niet opgenomen in de zorginstelling. Hiervan kiezen 21.000 mensen voor een persoonsgebonden budget. Ruim 30.000 mensen met een verblijfsindicatie hebben thuiszorg in natura. Het komt ook voor dat verblijfsgeïndiceerden voor sommige functies voor natura kiezen en voor andere het persoonsgebonden budget als leveringsvorm. Met de start van het indiceren in zzp's in juli 2007 is expliciet de keuze gemaakt om ook verblijf te indiceren in gevallen waarin de cliënt niet opgenomen wil worden. De verzekerde is aangewezen op beschermende woonomgeving, permanent toezicht of een therapeutisch leefklimaat, maar een noodzaak tot opname in een instelling is er vaak niet. Bij het overgrote deel van deze groep is het is een bewuste keuze geweest om «duurzaam thuis te blijven» of opname uit te stellen. In juridische zin hebben zij, gedurende de geldigheidsduur van hun indicatiebesluit, echter wel het recht op verblijf in een instelling.

Een verzekerde in deze groep verblijfsgeïndiceerden krijgt ingevolge het derde lid van artikel 11.1.1 de mogelijkheid om alsnog te kiezen voor verblijf in een instelling, mits die persoon gedurende de geldigheidsduur van het indicatiebesluit, maar vóór 1 januari 2016, aan de Wlz-uitvoerder schriftelijk kenbaar aanspraak te doen op langdurige zorg (onderdeel a). Hierdoor wordt deze groep verzekerden een jaar extra de tijd gegund om toch in een instelling verblijven, terwijl zij eerder (vaak bewust) de keuze hebben gemaakt om de zorg extramuraal geleverd te krijgen. Onder de voorwaarden van de Wlz zouden zij, aangenomen dat het indicatiebesluit een actuele weergave is van de zorgbehoefte van de verzekerde, geen recht hebben op zorg op grond van de Wlz, maar zijn aangewezen op zorg en ondersteuning vanuit de Zvw en Wmo 2015. Met het overgangsrecht van het derde lid wordt derhalve het recht op verblijf gerespecteerd, voor zover de verzekerde daadwerkelijk binnen een jaar kiest voor verblijf in een instelling (onderdeel b). De verzekerde kan in dit geval dus niet kiezen uit de verschillende leveringsvormen zonder verblijf. Voor de verzekerden met een «laag» zorgzwaartepakket die thuis zorg wensen te (blijven) ontvangen staan de mogelijkheden uit de Wmo, de Zvw en de Jeugdwet open. De periode van een jaar zal ruim voldoende zijn voor de verzekerde om, eventueel met behulp van zijn sociale omgeving, een goed geïnformeerde keuze te maken. Het in de Regeling houdende wijziging van de Regeling zorgaanspraken AWBZ in verband met het beperken van de aanspraak op ZZP's (Stcrt. 2012, nr. 26775) bepaalde overgangsrecht zal in

lijn met artikel 11.1.1 worden gewijzigd. In de toelichting bij die regeling was reeds aangekondigd dat, in het kader van uitvoering van de maatregelen van het Regeerakkoord 2012 (verdere extramuralisering), de wenselijkheid van dat overgangsrecht opnieuw zou worden bezien. Ook voor de overgangsregeling van dit lid geldt dat, voor zover het ziet op mensen met een zzp LVG, dit alleen van toepassing is op meerderjarigen. Minderjarige verzekerden met een zzp LVG vallen onder de reikwijdte van de Jeugdwet.

#### *Vierde lid*

Voor verzekerden die op het moment van inwerkingtreding van deze wet woonachtig zijn in een kleinschalig wooninitiatief geldt het volgende:

- Indien de pgb-houder een indicatie heeft met een «hoog» zorgzwaartepakket, heeft hij op grond van artikel 11.1.1, eerste lid, recht op Wlz-zorg. Het is vervolgens aan de Wlz-uitvoerder om te beoordelen of de zorg verantwoord geleverd kan worden met een persoonsgebonden budget in het kleinschalig wooninitiatief (artikelen 3.3.3).
- Onverkorte toepassing van artikel 11.1.1, tweede lid, zou voor houders van een persoonsgebonden budget met een «laag» zzp met zich meebrengen dat zij alleen recht hebben op langdurige zorg indien zij gaan verblijven in een instelling. Het vierde lid biedt echter een specifieke regeling voor een bepaalde groep pgb-houders die hun pgb gebruiken om in een kleinschalige wooninitiatief te gaan wonen.

De rechtvaardiging van deze uitzondering ligt in de gedachte dat cliënten niet uit de instelling hoeven te gaan vanwege de nieuwe wet. Het wonen in een kleinschalig wooninitiatief is hiermee zodanig vergelijkbaar, dat ook verzekerden in die situatie moeten worden ontzien.

#### *Vijfde lid*

Het eerste tot en met vierde lid zijn van overeenkomstige toepassing op een verzekerde die op grond van artikel 11.1.6 een indicatie krijgt voor verblijf. Zie voor een verdere toelichting de toelichting bij artikel 11.1.6.

### **Artikel 11.1.2**

#### *Eerste lid*

In artikel 11.1.1 wordt geregeld welke rechten in de Wlz kunnen worden ontleend aan een geldend AWBZ-indicatiebesluit, voor zover het gaat om de vraag of de verzekerde in aanmerking komt voor zorg op grond van de Wlz. In artikel 11.1.2 worden, in afwijking van de onmiddellijke werking, voor sommige groepen verzekerden, genoemd in artikel 11.1.1, specifieke regelingen getroffen met betrekking tot de aard, inhoud en omvang van de zorg waarop onder de Wlz recht bestaat. Voor de verzekerden, bedoeld in het eerste lid van artikel 11.1.1, geldt onmiddellijke werking: de Wlz is onverkort van toepassing, ook met betrekking tot de leveringsvormen. Voor die verzekerden zijn in beginsel alle leveringsvormen mogelijk, mits wordt voldaan aan de betreffende eisen die aan die leveringsvorm worden gesteld.

In het eerste lid van artikel 11.1.2 wordt geregeld dat de verzekerde die op grond van artikel 11.1.1, derde lid, gedurende een jaar kan kiezen voor verblijf in een instelling op grond van de Wlz, tot het moment van die keuze, maar uiterlijk tot een jaar na inwerkingtreding van deze wet, recht heeft op voortzetting van zijn aanspraken bij en krachtens de AWBZ. In het geval de verzekerde zijn aanspraak onder de AWBZ had omgezet in een pgb, houdt hij recht op voortzetting van dat pgb. Daarbij wordt rekening gehouden met budgetgaranties, zoals die voor bepaalde verzekerden worden gegeven op grond van artikel 2.6.6a van de Regeling subsidies

AWBZ en in de Wlz worden afgebouwd op grond van artikel 11.1.4, tweede lid.

#### *Tweede lid*

In dit lid worden regels gesteld waardoor de aanspraak op ADL-assistentie die verzekerden op grond van artikel 34 van het Besluit zorgaanspraken AWBZ (Bza) hebben, bij de inwerkingtreding van deze wet wordt geërbiedigd. De aanspraak op grond van het Bza wordt in de Wlz omgezet tot een recht op ADL op grond van artikel 10.1.3.

#### *Derde en vierde lid*

In het derde lid wordt geregeld dat verzekerden die op grond van artikel 11.1.1, eerste lid, een recht hebben op langdurige zorg, dit recht blijven houden nadat de geldigheidsduur van hun indicatiebesluit is verlopen. Er zal dus geen herindicatie plaatsvinden op grond van de toegangscriteria van artikel 3.2.1. Het vierde lid verklaart het derde lid ook van toepassing op verzekerden die op grond van het 11.1.1, tweede lid tot en met vierde lid, worden gelijkgesteld met verzekerden die voldoen aan de criteria van artikel 3.2.1. Voor hen geldt respectievelijk dat zij in een instelling moeten verblijven (onderdeel a), een keuze hebben gemaakt voor verblijf (onderdeel b) en in een kleinschalig wooninitiatief verblijven (onderdeel c).

### **Artikel 11.1.3**

In de artikelen 11.1.1 en 11.1.2 worden overgangsregeling getroffen voor bepaalde groepen verzekerden die onder de AWBZ al zorg ontvingen. Daarmee wordt nadrukkelijk duidelijkheid verschaft over de rechten die zij aan bepaalde indicaties of verleende zorg kunnen verlenen na inwerkingtreding van de Wlz. Ook deze verzekerden zullen eigen bijdragen verschuldigd zijn. Dit artikel maakt het mogelijk om met betrekking tot de eigen bijdragen die de verzekerden die onder het overgangsrecht vallen, regels stellen bij of krachtens algemene maatregel van bestuur. Ook deze eigen bijdragen kunnen verschillen naar gelang de groep waartoe de verzekerde behoort en de zorg die verstrekt wordt, en kunnen mede afhankelijk gesteld worden van het inkomen en vermogen van de verzekerde en diens echtgenoot.

### **Artikel 11.1.4**

#### *Eerste lid*

Het eerste lid biedt een grondslag om door het Zorginstituut subsidies aan instellingen te verlenen zodat verzekerden tijdelijk hun recht op extramurale behandeling kunnen voortzetten, voor zover het gaat om het verlenen van extramurale behandeling aan verzekerden met een somatische of psychogeriatrische aandoening, een lichamelijke beperking of om een meerderjarige verzekerde met een verstandelijke beperking. Deze subsidie is bedoeld als tijdelijke recht vanuit de Wlz en ziet op zowel huidige AWBZ cliënten als op verzekerden die na inwerkingtreding van deze wet een behoefte hebben aan intramurale zorg vanuit de Wlz. Zie ook paragraaf 16.1.2 van het algemene deel van deze toelichting.

#### *Tweede lid*

Dit artikel biedt in het tweede lid een grondslag om bij ministeriële regeling regels te stellen over de voorzetting van het verlenen van garantiebedragen voor de hoogte van een pgb. Krachtens de AWBZ is in



de Regeling subsidies AWBZ geregeld dat verzekerden onder omstandigheden recht hebben op een ophoging van het pgb (garantiebedragen). In artikel 2.6.6a van de Regeling subsidies AWBZ wordt geregeld wie een dergelijke ophoging van het persoonsgebonden budget krijgt. In de Regeling van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, van 12 december 2012, houdende wijziging van de Regeling subsidies AWBZ in verband met aanpassingen ten behoeve van het jaar 2013, is een eerste deel van een afbouwregime van de budgetgaranties geregeld. Dit afbouwregime maakte onderdeel uit van de afspraken in het Begrotingsakkoord 2013. In de toelichting bij die wijzigingsregeling is dat afbouwregime nader toegelicht.

Deze garantiebedragen, alsmede de afbouw daarvan, kunnen op grond van dit lid nadrukkelijk worden geregeld bij ministeriële regeling.

#### *Derde lid*

Krachtens het derde lid kunnen de te stellen regels over de subsidies verschillend worden vastgesteld voor groepen verzekerden. Hierdoor kan onder meer rekening worden gehouden met de aangekondigde afbouw van de budgetgaranties voor bepaalde groepen.

#### **Artikel 11.1.5**

In de situatie dat een verzekerde op grond van de Wmo reeds een hulpmiddel gebruikte vóór de inwerkingtreding van deze wet, maar bij de inwerkingtreding ervan op grond van artikel 11.1.1 recht heeft op zorg op grond van de Wlz, kan het gewenst zijn om die verzekerde de mogelijkheid te geven om dat hulpmiddel te blijven gebruiken. Dit kan op grond van dit artikel bij ministeriële regeling worden bepaald. Daarbij zal worden aangegeven om welke hulpmiddelen het gaat en onder welke omstandigheden de verzekerde het gebruik van het hulpmiddel voort kan zetten.

#### **Artikel 11.1.6**

Verzekerden die voor de inwerkingtreding van de Wlz een indicatie aanvragen, krijgen een indicatiebesluit dat zal worden beoordeeld aan de hand van de criteria van de AWBZ. Het CIZ moet aanvragen die op grond van de AWBZ worden gedaan dus ook afdoen naar het recht van de AWBZ. Met artikel 11.1.6 wordt dit nadrukkelijk bepaald voor de gevallen waarin het CIZ volgens de AWBZ een indicatiebesluit afgeeft voor verblijf. In het geval een verzekerde op grond van dit artikel een indicatie krijgt voor verblijf, geeft het overgangsrecht van artikel 11.1.1 aan welke rechten aan deze indicatie worden verleend. Op grond van het vijfde lid van artikel 11.1.1 is dat artikel van overeenkomstige toepassing op de verzekerden die een indicatiebesluit krijgen met toepassing van artikel 11.1.6. Op grond van artikel 7.1, tweede lid, van de Wmo 2015, wordt zo spoedig mogelijk een besluit worden genomen op aanvragen die leiden tot een indicatiebesluit voor extramurale zorg. Deze aanspraken op zorg zonder verblijf worden vervolgens op grond van artikel 7.3, eerste lid, Wmo 2015, geëerbiedigd.

## **§ 11.2 Overgangsrecht uitvoerders en afwikkeling Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten**

### **Artikel 11.2.1**

#### *Eerste lid*

Met het eerste lid wordt de AWBZ ingetrokken. Met uitzondering van het tweede lid van dit artikel regelt de rest van voorliggende paragraaf de gevolgen van die intrekking voor situaties die zijn ontstaan voor de intrekkingdatum, de wijze waarop rechten en verplichtingen van de zorgverzekeraars en de verbindingskantoren overgaan op de Wlz-uitvoerders en de zorgkantoren, en de afwikkeling van het AFBZ. Het overgangsrecht voor de verzekerden die voor de intrekking van de AWBZ AWBZ-zorg genoten, is geregeld in paragraaf 11.1.

#### *Tweede lid*

In artikel de AWBZ is bepaald dat die wet wordt uitgevoerd door zorgverzekeraars als bedoeld in de Zvw, die zich overeenkomstig artikel 33 van de AWBZ hebben aangemeld voor de uitvoering van die wet. Zorgverzekeraars dienen op grond van de Wft te beschikken over een vergunning voor de uitvoering van het schadeverzekeringsbedrijf. Dat betekent onder meer dat degenen die het beleid binnen die zorgverzekeraar bepalen, geschikt moeten zijn voor hun taken en dat hun betrouwbaarheid buiten twijfel dient te staan (artt. 2:31 juncto 3:8 en 3.9 Wft). De zorgverzekeraar die de AWBZ wenst uit te voeren, is op grond van artikel 33 van de AWBZ verplicht zich daartoe bij de NZa aan te melden. Voor deze melding golden geen nadere eisen.

Met dit wetsvoorstel wordt de uitvoering niet langer opgedragen aan de zorgverzekeraar, maar aan de Wlz-uitvoerder. Dat is een van de zorgverzekeraar te onderscheiden rechtspersoon. De Wlz-uitvoerder die de Wlz wil uitvoeren heeft niet de hoedanigheid van zorgverzekeraar. Hij beschikt niet over een Wft-vergunning, en behoeft daarover ook niet te beschikken, omdat de Wft niet op de Wlz-uitvoerder van toepassing is.

In verband hiermee voorziet het wetsvoorstel in het vierde, vijfde en zesde lid van artikel 4.1.1 in regels waaraan bij de melding moet worden voldaan. Dat betekent dat bij de inwerkingtreding van dit wetsvoorstel de Wlz-uitvoerder moet voldoen aan eisen waaraan de zorgverzekeraars in hun hoedanigheid van uitvoerder van de AWBZ thans nog niet behoeven te voldoen.

Omdat met de voldoening aan deze eisen door de Wlz-uitvoerder en de toetsing door de NZa enige tijd gemoeid kan zijn, bepaalt dit artikel dat de NZa het een Wlz-uitvoerder die deel uitmaakt van een verzekeraars-concern waarin voor de inwerkingtreding van deze wet de AWBZ werd uitgevoerd, op diens verzoek kan toestaan de Wlz gedurende maximaal een jaar uit te voeren zonder dat zij heeft vastgesteld dat de Wlz-uitvoerder voldoende is voorbereid op de uitvoering van de Wlz of dat de personen die het beleid bij die uitvoerder bepalen deskundig en betrouwbaar zijn. Dit laat uiteraard onverlet dat de Wlz-uitvoerder voldoende voorbereid moet zijn en dat de beleidsbepalers betrouwbaar en deskundig dienen te zijn; slechts de vaststelling, door de NZa, dat dat zo is mag maximaal een jaar worden uitgesteld, zodat de Wlz-uitvoerder ook een aantal maanden extra heeft om bij de NZa informatie aan te leveren op grond waarvan zij deze vaststelling kan verrichten.

## **Artikel 11.2.2**

### *Eerste lid*

Het eerste lid zorgt ervoor dat voor de afwikkeling van op de AWBZ gebaseerde aanspraken, rechten en verplichtingen het recht van toepassing blijft zoals dat voor intrekking van de AWBZ luidde. Hetzelfde geldt voor vraagstukken die kunnen ontstaan bij het uitvoeren van de in voorliggende paragraaf opgenomen afwikkelingsbepalingen. Het recht dat aldus zal worden toegepast, betreft natuurlijk eerst en vooral de bij en krachtens de AWBZ gestelde. Zo strekt het eerste lid er aldus bijvoorbeeld toe dat de rechten en verplichtingen die uit het Administratiebesluit Bijzondere Ziektekostenverzekering voortvloeiden voor de zorgkantoren, ook na het – met het intrekken van de AWBZ – vervallen van dat besluit van toepassing blijven ter zake van van de afwikkeling van de AWBZ. Hetzelfde geldt voor de rechten en verplichtingen die uit anderen hoofde (bijvoorbeeld krachtens artikel 44 van de AWBZ) op de zorgkantoren rustten. Bezwaren over de vaststelling van een over 2014 verstrekt pgb, bijvoorbeeld, zullen moeten worden afgedaan op basis van de pgb-regels zoals die over dat jaar golden. Daarnaast zijn met name voor een goede afwikkeling van de AWBZ-taken die de zorgverzekeraars en de verbindingkantoren hadden alsmede voor een goede afsluiting van het AFBZ, de bij en krachtens de Wfsv gestelde regels zoals deze luiden op de dag voor de intrekking van de AWBZ van belang.

De toepasselijkheid van (o.a.) het bij en krachtens de AWBZ gestelde op situaties die voor de intrekking van de AWBZ zijn ontstaan, betekent in ieder geval, dat de verantwoording over het jaar voorafgaande aan de intrekking op de bij en krachtens de AWBZ geregelde wijze dient te worden opgeleverd (zie de artikelen 36 en 37 AWBZ voor de zorgverzekeraars en het CAK, artikel 10 van het Administratiebesluit Bijzondere Ziektekostenverzekering juncto laatstgenoemde AWBZ-artikelen voor de rechtspersonen, bedoeld in artikel 40 AWBZ, en de artikelen 44a en 45 AWBZ voor het Zorginstituut). Artikel 11.2.8 bevat regels over de verantwoording ter zake van de afwikkeling van de AWBZ over jaren na de intrekking daarvan.

In artikel 11.2.3 wordt geregeld op welke instanties de uit het eerste lid voortvloeiende verplichtingen en rechten overgaan.

### *Tweede lid*

Het eerste lid definieert het begrip «zorgverzekeraar» voor de toepassing van deze paragraaf. Hierdoor behoeft dit begrip in de volgende artikelen niet steeds uitgeschreven te worden, en wordt de leesbaarheid van de paragraaf vergroot.

De zorgverzekeraar is de rechtspersoon die zich op grond van artikel 33, eerste lid, van de AWBZ had gemeld voor de uitvoering van die wet. In het onderhavige wetsvoorstel heeft het begrip zorgverzekeraar een andere betekenis (nl. de zorgverzekeraar in de zin van de Zvw). Omdat het overgangsrecht ziet op de zorgverzekeraar als uitvoerder van de AWBZ in de «oude» situatie, heeft het begrip zorgverzekeraar in dit artikel dezelfde betekenis die het in de AWBZ heeft.

### *Derde lid*

In het derde lid is op de bestuursorganen die bij de uitvoering van de AWBZ een taak hadden en de verbindingkantoren, de verplichting gelegd zorg te dragen voor een zorgvuldige afwikkeling van de uitvoering van de AWBZ. De bedoelde bestuursorganen zijn de zorgverzekeraars in de zin

van de uitvoerders van de AWBZ alsmede het de SVB, CIZ, het CAK, het Zorginstituut en de NZa. De kern van dit lid wordt gevormd door de woorden «overeenkomstig de bepalingen van deze wet». Daarbij is tot uitdrukking gebracht dat zij daarbij te werk moeten gaan volgens het recht zoals dat luidde voor de intrekking van de AWBZ (daartoe verplicht het eerste lid van dit artikel) en, voor zover die daarvan afwijken, volgens de nog volgende artikelen van voorliggende paragraaf. Het voorliggende artikel impliceert onder meer een opdracht aan de NZa om toezicht te houden op een goede afwikkeling van de AWBZ.

### **Artikel 11.2.3**

Ingevolge de Wlz zullen de zorgverzekeraars in juridische zin geen rol meer hebben bij de uitvoering. De rol van de rechtspersonen, bedoeld in artikel 40 AWBZ (de verbindingskantoren), gaat grotendeels over op de voor een regio aangewezen Wlz-uitvoerders. Uit artikel 11.2.2, eerste lid, volgt dat de afwikkeling van de AWBZ plaatsvindt volgens de regels die voor de intrekking van de AWBZ golden. Zonder nadere maatregelen zou daar niet veel van terecht komen, aangezien de zorgverzekeraars als uitvoerders van de AWBZ en de rechtspersonen, bedoeld in artikel 40 AWBZ, niet meer zouden bestaan. Om die reden wordt in voorliggend artikel geregeld op welke nieuwe partijen de taken van de zorgverzekeraars in hun rol van AWBZ-uitvoerder en de taken van de rechtspersonen, bedoeld in artikel 40 AWBZ, overgaan. Opgemerkt wordt dat het wat het laatste betreft slechts gaat en kan gaan over de taken die bij of krachtens de AWBZ aan deze rechtspersonen zijn opgedragen (te weten: het verrichten van de administratie en/of controle en het verstrekken van pgb's). Het is aan de zorgverzekeraars om vóór de inwerkingtreding van deze wet na te gaan of zij hun (privaatrechtelijke) uitbestedingscontracten met de zorgkantoren moeten vervangen of wijzigen.

#### *Eerste lid*

Dit lid bepaalt dat de uit de (afwikkeling van de) AWBZ voortvloeiende rechten en verplichtingen van een zorgverzekeraar (die de AWBZ uitvoerde, zie art. 11.2.2, tweede lid) van rechtswege overgaan op de Wlz-uitvoerder waarbij de verzekerde is ingeschreven (eerste volzin). Voor de afwikkeling van deze rechten wordt die Wlz-uitvoerder dan beschouwd als de zorgverzekeraar die de AWBZ uitvoerde (tweede volzin).

#### *Tweede, derde en vierde lid*

De rechten en plichten van een rechtspersoon als bedoeld in artikel 40 AWBZ die in het Administratiebesluit Bijzondere Ziektekostenverzekering en in het aanwijzingsbesluit van de administratie-instellingen bijzondere ziektekosten zijn opgenomen, gaan over op de Wlz-uitvoerder die op grond van artikel 4.2.3, tweede lid, voor een regio wordt aangewezen. Dit is de meest voor de hand liggende en werkbare oplossing, aangezien de regio-indeling in het eerste jaar waarin de Wlz geldt (vrijwel)<sup>62</sup> gelijk zal zijn aan die in het laatste jaar van de AWBZ en ik voornemens ben voor dat jaar voor iedere regio zoveel mogelijk de Wlz-uitvoerder aan te wijzen die deel uitmaakt van de zorgverzekeraarsgroep die voorheen het zorgkantoor voor de desbetreffende regio leverde.

Het derde lid leidt ertoe dat de afwikkeling van pgb-kwesties die voor de intrekking van de AWBZ zijn opgekomen, geschiedt onder verantwoordelijkheid van de Wlz-uitvoerder waarbij de verzekerde is ingeschreven. Dat

<sup>62</sup> Niet uit te sluiten valt namelijk dat door samenvoeging van gemeenten enkele voormalige afzonderlijke gemeenten van de ene regio naar de andere gaan.

hoeft derhalve niet de Wlz-uitvoerder te zijn die als zorgkantoor is aangewezen voor de regio waarin de verzekerde woont. Hiervoor is gekozen omdat onder de Wlz de Wlz-uitvoerder waar de verzekerde is ingeschreven en niet meer het zorgkantoor voor de regio waar de verzekerde woont, verantwoordelijk is voor verstrekking van pgb's (waarbij het overigens wèl zo kan zijn dat de Wlz-uitvoerder waarbij de verzekerde is ingeschreven, tevens de aangewezen Wlz-uitvoerder en daarmee het zorgkantoor is voor de regio waarin de verzekerde woont). Evenzo worden onder de AWBZ aan een zorgkantoor gerichte pgb-aanvragen en onder de AWBZ door het zorgkantoor genomen pgb-besluiten beschouwd als aanvragen gedaan bij en besluiten genomen door deze Wlz-uitvoerder. Een en ander laat onverlet dat de op grond van het derde en vierde lid verantwoordelijke Wlz-uitvoerder de daadwerkelijke uitvoering van de pgb-regels weer kan uitbesteden aan de Wlz-uitvoerders die in de regio als zorgkantoor zijn aangewezen.

#### *Vijfde lid*

Dit lid vloeit logisch voort uit de vorige leden.

#### *Zesde lid*

Dit lid regelt dat in zaken waarin de Nationale ombudsman een gedraging van een zorgverzekeraar of een zorgkantoor (persoonsgebonden budget) als bestuursorgaan AWBZ onderzoekt, de Wlz-uitvoerder in de plaats treedt van de zorgverzekeraar of het zorgkantoor. De Wlz-uitvoerder is immers de opvolger van de zorgverzekeraar als verantwoordelijke voor de uitvoering van de AWBZ, en de opvolger van het zorgkantoor als verantwoordelijke voor de uitvoering van het persoonsgebonden budget.

#### *Zevende en achtste lid*

In het zevende lid is geregeld dat de Wlz-uitvoerder of de op grond van artikel 4.2.3, tweede lid, aangewezen Wlz-uitvoerder die in de plaats treedt van de zorgverzekeraar of het zorgkantoor, van die zorgverzekeraar of dat zorgkantoor de archiefbescheiden ontvangt, die noodzakelijk zijn voor de uitvoering van zijn taken. Deze bepaling is bijvoorbeeld van belang voor de overdracht door het zorgkantoor aan de op grond van artikel 4.2.3, tweede lid, aangewezen Wlz-uitvoerder van (persoons)gegevens die voor de administratie en/of controle van belang zijn.

Het achtste lid zorgt ervoor dat archiefbescheiden inzake (de uitvoering van) het persoonsgebonden budget, die berusten bij een zorgkantoor, door dat zorgkantoor direct mogen worden overgedragen aan de ingevolge artikel 4.2.3, tweede lid, aangewezen Wlz-uitvoerder, voor zover de voor de verstrekking van het pgb ingevolge het derde lid verantwoordelijke Wlz-uitvoerder de daadwerkelijke uitvoering van het pgb aan de desbetreffende regionale Wlz-uitvoerder heeft uitbesteed of gemandateerd. Hiermee kan worden voorkomen dat de pgb-gegevens eerst naar de Wlz-uitvoerders moeten om vervolgens, nadat de Wlz-uitvoerders de pgb-uitvoering hebben uitbesteed en gemandateerd aan de voor de regio's aangewezen Wlz-uitvoerders, weer naar laatstbedoelde Wlz-uitvoerders te moeten worden overgeheveld.

Aldus kiezen het zevende en achtste lid voor de vanuit privacy-optiek gezien minst belastende wijze van gegevensoverdracht.

#### **Artikel 11.2.4**

Voor het uitvoeren van de AWBZ ontvangen de zorgverzekeraars en de zorgkantoren op grond van het Besluit Wfsv jaarlijks een beheerskosten-

budget van het Zorginstituut. Dit komt ten laste van het AFBZ. Aangezien de zorgverzekeraars hun werkzaamheden vrijwel geheel hebben uitbesteed aan de zorgkantoren en die zorgkantoren rechtstreeks worden gefinancierd niet alleen voor de uitvoering van hun eigen taken (administratie en/of controle en uitvoering van het pgb), maar ook voor de uitvoering van de taken die zij in opdracht van de zorgkantoren verrichtten, is het beheerskostenbudget voor de zorgverzekeraars gering (in 2014 ging het om € 4 mln. voor alle zorgverzekeraars tezamen, bedoeld voor met name hun verzekerdenadministratie). Om die reden is het in het Besluit Wfsv niet geregeld dat de zorgverzekeraars in hun rol van AWBZ-uitvoerder een reserve voor de uitvoering van de AWBZ moeten aanhouden, dat voor die reserve een maximum geldt en dat het bedrag waarmee de reserve dat maximum overschrijdt, in het AFBZ moet worden afgestort. Voorts is niet geregeld dat een restant van de beheerskosten aan het AFBZ moet worden teruggestort indien de zorgverzekeraar zijn taak van AWBZ-uitvoerder zou opgeven. Omdat de beperkte bedragen die de zorgverzekeraars ontvangen – omdat ze goed op de nog zelf door hen verrichte taak van het bijhouden van wie verzekerd is aansloten – nauwelijks hebben geleid tot overschotten of tekorten op hun uitvoering en mede gezien het voorgaande, wordt voorgesteld geen afwikkelingsregels te stellen ter zake van hun beheerskosten. Dat betekent dat zij eventuele overschotten die zij in hun rol van AWBZ-uitvoerder hebben, kunnen houden en dat zij eventuele tekorten niet vergoed krijgen. Rechtspersonen als bedoeld in artikel 40 AWBZ, daarentegen, ontvangen jaarlijks een zodanig budget voor beheerskosten (in 2014 ging het voor alle rechtspersonen tezamen om € 170 mln.), dat hiervoor bovenbedoelde regels inzake de reserves wèl nodig zijn en daarom ook zijn gesteld (zie artt. 4.5 en 4.6 Besluit Wfsv). Bovendien is in artikel 4.5, zevende lid, van dat besluit geregeld, dat de rechtspersoon zijn reserve bij het eindigen van de aanwijzing als bedoeld in artikel 40 AWBZ in het AFBZ stort. Met de inwerkingtreding van de Wlz zullen alle aanwijzingen ingevolge artikel 40 AWBZ vervallen. Zonder nadere maatregelen zou dit betekenen dat de rechtspersonen, bedoeld in artikel 40 AWBZ hun reserves terug zouden moeten storten in het AFBZ. Dat zou betekenen dat er geen geld zou zijn voor de uitvoering van hun afwikkelingstaken die zij op grond van artikel 11.2.2 en 11.2.3 hebben. Bovendien zouden de ingevolge artikel 4.2.3, tweede lid, Wlz aangewezen Wlz-uitvoerders vanaf nul opnieuw een reserve voor hun beheerskosten moeten opbouwen. Besloten is daarom om in het eerste lid van artikel 11.2.4 te regelen dat een door een rechtspersoon als bedoeld in artikel 40 AWBZ voor een bepaalde regio opgebouwde reserve uitvoering AWBZ als reserve uitvoering Wlz ten goede komt aan de Wlz-uitvoerder die ingevolge artikel 4.2.3, tweede lid, zal worden aangewezen als het zorgkantoor voor de desbetreffende regio. Aangezien het mijn voornemen is om in ieder geval voor het eerste jaar waarin de Wlz van kracht zal zijn per regio een Wlz-uitvoerder aan te wijzen uit de zorgverzekeraarsgroep die voordien het zorgkantoor voor de desbetreffende regio leverde, betekent dit dat de reserves aldus bij de overgang van de AWBZ en de Wlz binnen de groep blijven. Het tweede lid zorg er vervolgens voor dat de voor de regio aangewezen Wlz-uitvoerder niet alleen zijn beheerskosten voor de Wlz ten laste van deze reserve kan brengen, maar ook de beheerskosten die hij maakt voor de afwikkeling van de AWBZ.

Opgemerkt wordt dat de omvang van de reserve die overgaat, ingevolge artikel 4.6 Besluit Wfsv maximaal gelijk is aan 20% van het beheerskostenbudget van het zorgkantoor over het jaar voorafgaande aan het jaar waarin de Wlz in werking treedt. Anders gezegd: indien een rechtspersoon als bedoeld in artikel 40 AWBZ ultimo dat jaar een beheerskostenbudget heeft dat hoger is dan dit bedrag, dient het het meerdere aan het AFBZ af



te storten voordat het restant door de voor de regio aangewezen Wlz-uitvoerder kan worden gebruikt.

Ten slotte wordt nog opgemerkt dat de hier geregelde overgang van reserves niet betekent dat premiegeld naar het private domein kan worden weggesluisd. In artikel 4.1.2, eerste lid, wordt geregeld dat Wlz-uitvoerders (en dus ook de Wlz-uitvoerder die ingevolge artikel 4.2.3, tweede lid, voor een regio is aangewezen als zorgkantoor) geen winst mogen uitkeren, terwijl in het Besluit Wfsv, overeenkomstig aan wat nu in artikel 4.5, zevende lid, van dat besluit is geregeld, zal worden opgenomen dat een Wlz-uitvoerder die zijn aanwijzing verliest, zijn reserve in het Flz zal moeten storten.

#### **Artikel 11.2.5**

##### *Eerste lid*

De overeenkomsten die zorgkantoren (namens de zorgverzekeraars) met zorgaanbieders in het kader van de AWBZ hebben gesloten, hebben betrekking op de levering van zorg door zorgaanbieders aan AWBZ-verzekerden in de regio. Ook onder de AWBZ zullen zorgcontracten met zorgaanbieders moeten worden gesloten. Mede omdat de Wlz ten opzichte van de AWBZ minder zorg verzekert, is het echter zeer goed mogelijk dat de Wlz-uitvoerders of de zorgaanbieders bestaande contracten willen opzeggen of wijzigen. Voor het geval een van beide partijen daaraan niet wil meewerken, bepaalt het eerste lid dat beide partijen het recht hebben bestaande overeenkomsten met een termijn van twee maanden op te zeggen, ook voor zover die overeenkomst anders bepaalt.

##### *Tweede lid*

In het tweede lid is geregeld dat de zorgaanbieders die op grond van een overeenkomst in het kader van de AWBZ nog een vordering hebben op de zorgverzekeraar/het zorgkantoor, hun declaratie uiterlijk twee jaar na het intrekken van de AWBZ aan de Wlz-uitvoerder dienen te zenden die de taak van het zorgkantoor in de desbetreffende regio heeft overgenomen. Hebben zij dit binnen deze termijn niet gedaan, dan vervalt hun vorderingsrecht. Deze afwijking van de algemene regeling in het Burgerlijk Wetboek is redelijke, noodzakelijk en gerechtvaardigd in het licht van het belang van een zorgvuldige en voortvarende afwikkeling van de AWBZ.

##### *Derde en vierde lid*

Hoewel de AWBZ een naturaverzekering is (dat wil zeggen een verzekering op grond waarvan de verzekerde die een indicatiebesluit heeft jegens de zorgverzekeraar aanspraak kan maken op de zorg die hij volgens het indicatiebesluit nodig heeft), is restitutie (vergoeding van kosten van de genoten zorg) niet geheel uitgesloten. Het derde lid bepaalt dat een zorgaanbieder die geen zorgcontract met de zorgverzekeraar (of namens hem het zorgkantoor) of, in het geval van een pgb, met de budgethouder heeft, zijn rekening binnen twee maanden moet zenden aan de verzekerde dan wel direct aan de Wlz-uitvoerder die in de relevante regio het zorgkantoor is opgevolgd. De termijn van twee maanden is kort, maar te rechtvaardigen nu het gaat om een in principe aan de verzekerde

te richten rekening. Deze heeft er immers belang bij om snel te weten waar hij aan toe is.<sup>63</sup>

Indien de rekening naar de verzekerde is gezonden, geeft het vierde lid hem vervolgens een jaar om deze naar deze Wlz-uitvoerder door te zenden. Doet hij dat niet, dan kan hij jegens de Wlz-uitvoerder geen aanspraak meer maken op vergoeding van de rekening.

#### *Vijfde en zesde lid*

Het vijfde lid bepaalt dat de Wlz-uitvoerder de declaraties die hij ingevolge het eerste tot en met derde heeft ontvangen, binnen drie maanden na ontvangst ervan ter betaling doorzendt aan het CAK. Dat geeft de Wlz-uitvoerder voldoende tijd om na te gaan of de declaraties wel terecht zijn. Het CAK, ten slotte, zorgt ervoor dat hij de zorgaanbieder betaalt binnen drie maanden nadat hij daartoe de te betalen nota van de Wlz-uitvoerder ontving.

#### **Artikel 11.2.6**

Het eerste lid verplicht een zorgaanbieder die op grond van een overeenkomst met een pgb-houder AWBZ-zorg heeft geleverd, uiterlijk twee maanden na het leveren van die zorg de rekening op te sturen naar de pgb-houder.

Met ingang van 1 januari 2014 is in de Regeling subsidies AWBZ de mogelijkheid van het verlenen van een pgb in de vorm van een trekkingsrecht ingevoerd. In zo'n geval betaalt de pgb-houder niet zelf de zorgaanbieder die hij heeft gecontracteerd, maar zendt hij de nota aan de SVB, die dat namens hem doet. Vanaf 1 juli 2014 dient ieder nieuw pgb als trekkingsrecht te worden verleend. Daarnaast kunnen ook pgb's die per 1 januari 2014 al verleend waren, in trekkingsrechten worden omgezet.

Het tweede lid van artikel 11.2.6 bepaalt dat budgethouders die een pgb in de vorm van een trekkingsrecht hebben, de nota's van hun zorgaanbieders binnen twee maanden na ontvangst ervan ter betaling door moeten zenden aan de SVB. Een verzekerde die de nota niet binnen twee maanden na betaling ervan doorzendt aan de SVB, zal deze zelf aan de zorgaanbieder moeten voldoen. Hij kan zijn pgb daarvoor dus niet meer gebruiken.

Voor verzekerden die voor 1 januari 2014 al een pgb hadden dat op dag voor de inwerkingtreding van deze wet nog niet in een trekkingsrecht is omgezet, geldt dat zij zelf de zorgaanbieder ten laste van hun budget zullen moeten betalen. Daarvoor zal de betalingstermijn gelden die zij met de desbetreffende zorgaanbieder hebben afgesproken. Vervolgens dienen zij zich overeenkomstig het daarover in artikel 2.6.9 van de Regeling subsidies AWBZ geregelde, over het gebruik van hun pgb te verantwoorden.

Overigens wordt opgemerkt dat artikel 11.2.6 ook geldt voor verzekerden die na de intrekking van de AWBZ, al dan niet tijdelijk, hun pgb behouden. Na de intrekking van de wet zal dat pgb immers een pgb op grond van de Wlz zijn. Dit geldt zelfs voor de verzekerden die ingevolge het overgangsrecht van artikel 11.1.2, eerste lid, nog gedurende maximaal een jaar hun

<sup>63</sup> Overigens wordt opgemerkt dat de termijn van twee maanden niet kan worden opgelegd aan zorgaanbieders van verdragslanden, aangezien dat in strijd zou komen met de verdragen (verdragen gaan boven nationaal recht en dus ook boven artikel 11.2.5, derde lid). De rekening van aanbieders in dergelijke landen loopt via de verbindingsorganen van het desbetreffende verdragsland en van Nederland.

pgb mogen houden als zouden de AWBZ-regels nog gelden. Immers, ook hun pgb wordt op grond van (het overgangsrecht van) de Wlz en niet op grond van de AWBZ voortgezet. Aan het feit dat ook mensen die onder de Wlz wederom een pgb ontvangen, zich moeten houden aan de afwikkeltermijnen van hun onder de AWBZ verstrekte pgb, zal in de communicatie aan de pgb-houders aandacht worden besteed.

#### **Artikel 11.2.7**

Op grond van artikel 11.2.5 zal de Wlz-uitvoerder nota's voor onder de AWBZ verleende zorg die twee jaar na de intrekking van de AWBZ binnenkomen, niet meer hoeven te betalen. Ingevolge het vijfde lid van dat artikel zullen alle te betalen nota's binnen twee jaar en drie maanden bij het CAK moeten zijn aangekomen (en weer drie maanden later moeten zijn betaald). Verzekerden die AWBZ-zorg hebben ontvangen, zijn daarvoor doorgaans een eigen bijdrage verschuldigd. Artikel 11.2.7 geeft het CAK drie jaar de tijd om deze te heffen. Zelfs indien de nota vlak voor de deadline van twee jaar en drie maanden bij het CAK ter betaling binnenkomt, heeft het CAK derhalve nog negen maanden om de eigen bijdrage daarover te innen. Eigen bijdragen die niet binnen drie jaar na intrekking van de AWBZ zijn opgelegd, kunnen ingevolge dit artikel niet meer rechtsgeldig worden geheven. De verzekerde hoeft deze dus niet meer te betalen. Eigen bijdragen die wel voor deze deadline geheven zijn, kunnen wel nog na de deadline geïnd worden. Het CAK dient daartoe inningswerkzaamheden te (laten) verrichten.

#### **Artikel 11.2.8**

Uiterlijk zes jaar na de intrekking van de wet zenden de Wlz-uitvoerders en het CAK de NZa en het Zorginstituut een eindverslag en een financieel verslag over de afwikkeling van de AWBZ. Het gaat hier om verslagen over de jaren nadat de AWBZ is ingetrokken.

De in onderdeel b opgenomen voorwaarden waaraan het financieel verslag dient te voldoen, zijn gelijk aan de voorwaarden van artikel 36, tweede lid, AWBZ.

In de verslagen leggen alle in de aanhef van het artikel genoemde instanties verantwoording af over de afwikkelingswerkzaamheden waarvoor zij ingevolge artikel 11.2.3 verantwoordelijk zijn. Een Wlz-uitvoerder die voor één of meer regio's de rechtsopvolger is van het zorgkantoor, verantwoordt zich derhalve niet alleen over de afwikkeling van de AWBZ voor al zijn verzekerden (met uitzondering van de administratie- en/of controlewerkzaamheden die in dat verband zijn verricht voor de zorg voor zijn verzekerden in regio's waar hij niet het zorgkantoor is), maar ook over de afwikkeling van de administratie en/of controle van de AWBZ-zorg voor alle verzekerden in de regio's waarvoor hij ingevolge artikel 11.2.3, tweede lid, de verbindingskantoortaak heeft overgenomen. Daarnaast zal hij zich tegenover de andere Wlz-uitvoerders in de regio moeten verantwoorden over de afwikkelingswerkzaamheden AWBZ die hij in opdracht van die Wlz-uitvoerders verricht. Dat laatste zullen de overige Wlz-uitvoerders bij de uitbesteding van hun taken bedingen. Deze overige Wlz-uitvoerders hebben die verantwoording immers nodig voor hun eigen verantwoording ter zake van de afwikkeling van de AWBZ.

Voor een toelichting op het tweede lid wordt verwezen naar de toelichting op artikel 12.1.1, onderdeel g (artikel 31 van de Wmg).

### **Artikel 11.2.9**

Vervolgens rapporteert de NZa binnen een jaar na ontvangst van de verslagen, bedoeld in artikel 11.2.8, per Wlz-uitvoerder, over de rechtmatigheid van de afwikkeling van de AWBZ. Daarbij geeft zij bovendien per Wlz-uitvoerder een verklaring af over de rechtmatigheid van de posten die de Wlz-uitvoerders in hun financiële verantwoordingen, bedoeld in het vorige artikel, heeft opgenomen. Het artikel laat bewust in het midden of de NZa afzonderlijke rechtmatigheidsrapportages en -verklaringen dient te maken voor de taken die een Wlz-uitvoerder die ingevolge artikel 4.2.3, tweede lid, voor de regio zijn aangewezen als zorgkantoor, onder eigen verantwoordelijkheid uitvoert dan wel één rapportage en verklaring opstelt per Wlz-uitvoerder. Kiest de NZa voor het laatste, dan is het natuurlijk wel wenselijk dat in de rapportage en zondig de verklaring onderscheid wordt aangebracht tussen de taken van de Wlz-uitvoerder voor zijn eigen verzekerden en de taken van de Wlz-uitvoerder als zorgkantoor voor de niet-eigen verzekerden. Indien de NZa uitgaven of besparingen op beheerskosten van een Wlz-uitvoerder als niet verantwoord heeft aangemerkt, vermeldt zij dat in de verklaring.

Daarnaast rapporteert de NZa over de rechtmatigheid van de wijze waarop het CAK de eigen bijdragen AWBZ heeft afgewikkeld. Ook hierover stelt de NZa een verklaring op.

### **Artikel 11.2.10**

Artikel 11.2.10 bepaalt dat het saldo van het AFBZ zoals dat luidt op 1 januari van het achtste jaar na de intrekking van de AWBZ ten bate of ten laste van 's Rijks schatkist komt. Daarmee zal het AFBZ zijn opgeheven.

### **Artikel 11.2.11**

Artikel 11.2.11 bevat de regels over de financiële afwikkeling van de AWBZ door het Zorginstituut. Het gaat hierbij zowel om de afwikkeling van zijn eigen uitvoeringswerkzaamheden (met name het verstrekken van subsidies op grond van artikel 44 AWBZ, waaronder het pgb) als om de afwikkeling van het AFBZ, waarvan het Zorginstituut de fondsbeheerder is. Het artikel is gemodelleerd naar artikelen 45 en 46 van de AWBZ.

### **Artikel 11.2.12**

Ook het Zorginstituut kan ter zake van de afwikkeling van de AWBZ inkomsten of uitgaven hebben. Ingevolge voorliggend artikel komen deze ten bate of ten laste van het AFBZ of, nadat dit is opheven, ten laste van 's Rijks schatkist. Zoveel mogelijk zal voorkomen worden dat kosten nog ten laste van 's Rijks schatkist moeten worden gebracht, maar een en ander valt niet geheel uit te sluiten. In dat verband moet voornamelijk worden gedacht aan nota's van zorgaanbieders in verdragslanden, die nog jaren kunnen najlen. Nederland mag namelijk ingevolge de verdragen niet eenzijdig een deadline bepalen voor welke AWBZ-nota's moeten zijn ingediend, willen ze nog vergoed worden.

### **Artikel 11.2.13**

Dit lid biedt de mogelijkheid bij ministeriële regeling zo nodig regels te stellen die noodzakelijk zijn voor een goede afwikkeling van de AWBZ. Op dit moment bestaat geen voornemen tot het stellen dergelijke regels. Met het oog op onvoorziene omstandigheden is het echter wenselijk dat regels zo nodig wel gesteld kunnen worden.

## **§ 11.3 Invoeringsbepalingen met betrekking tot het CIZ**

### **Artikel 11.3.1**

In artikel 11.3.1 wordt bepaald dat er een overgang van personeel van de Stichting CIZ naar de zbo CIZ plaatsvindt. Het personeel van het publiekrechtelijk zelfstandig bestuursorgaan CIZ vallen, in afwijking van artikel 15 van de Kaderwet niet als rijksambtenaren onder het ARAR/BBRA. Het personeel van het CIZ zal zijn privaatrechtelijke arbeidsovereenkomst behouden en geen ambtenarenstatus krijgen. Deze afwijking van het de Kaderwet is eerder ook al toegepast op het CAK, de UWV, en de SVB. De bepalingen van titel 10 van Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek betreffende de arbeidsovereenkomst zijn op de overeenkomst van toepassing (tweede lid).

Het tweede lid van artikel 11.3.1 bepaalt dat de overgang van de in het eerste lid bedoelde personeelsleden plaatsvindt met een rechtspositie die als geheel ten minste gelijkwaardig is aan die welke voor elk van hen gold bij de stichting Centrum indicatiestelling zorg.

### **Artikel 11.3.2**

Dit artikel bepaalt dat er een rechtsovergang onder algemene titel om niet plaatsvindt van de vermogensbestanddelen van de stichting CIZ naar het zbo CIZ, zonder dat een besluit, akte of mededeling is vereist. Dit voorkomt dat er aparte overeenkomsten moeten worden gesloten tussen de stichting, het zbo CIZ en de Minister van VWS over de overname van vermogensbestanddelen. Omdat de overname onder algemene titel plaatsvindt, zet het zbo CIZ de volledige rechtspositie van de stichting CIZ voort. Ook de verplichtingen van de stichting gaan mee over. Bij de overgang van vermogensbestanddelen van de stichting CIZ naar de zbo CIZ blijft heffing van overdrachtsbelasting achterwege, aldus het tweede lid.

### **Artikel 11.3.3**

Archiefbescheiden met betrekking tot zaken die bij de instelling van het zbo CIZ nog niet zijn afgedaan door de stichting CIZ, worden overgedragen aan het zbo CIZ om die zaken af te doen. De overdracht van de archiefbescheiden maakt het voor het zbo CIZ bovendien mogelijk om historisch onderzoek te doen betreffende zaken die bij de instelling van het zbo CIZ al zijn afgedaan.

### **Artikel 11.3.4**

In dit artikel wordt bepaald dat, op het moment van instelling van het zbo CIZ, lopende wettelijke procedures en rechtsgedingen, respectievelijk de onderzoeken door de Nationale ombudsman die lopen bij de stichting CIZ, worden afgehandeld door het zbo CIZ.

### **Artikel 11.3.5**

Dit artikel bepaald dat de rechtspersoonlijkheid van het CIZ vier jaar na inwerkingtreding van deze wet vervalt. Zie ook hoofdstuk 5, paragraaf 5, van deze toelichting. Het zevende lid kan daarmee ook vervallen.

## **HOOFDSTUK 12**

Veel van de in dit hoofdstuk voorgestelde wijzigingen strekken ertoe om in andere wetten verwijzingen naar de AWBZ, respectievelijk de zorgverzekeraar, te vervangen door een verwijzing naar de Wet langdurige zorg, respectievelijk de Wlz-uitvoerder.

Hierna zal bij de voorgestelde wijzigingen alleen een toelichting worden gegeven bij voorstellen die niet louter technisch van aard zijn, dan wel voor een goed begrip nadere toelichting vereisen.

### **§ 12.1 Volksgezondheid, Welzijn en Sport**

#### **Artikel 12.1.1 (Wet marktordening gezondheidszorg)**

##### **Onderdeel A, onder 2**

Er zij op gewezen dat door de verwijzing in artikel 1, eerste lid, onderdeel e, van de Wmg naar het voorgestelde artikel 1.1.1 van de Wet langdurige zorg, onder de Wlz-uitvoerder tevens wordt begrepen de Wlz-uitvoerder in zijn rol van op grond van artikel 4.2.3, tweede lid, aangewezen uitvoerder.

##### **Onderdeel B**

In artikel 16, onderdeel d, worden verwijzingen naar de AWBZ-verzekeraars en de verbindings/zorgkantoren gewijzigd. De verwijzing naar de AWBZ-verzekeraars wordt vervangen door een verwijzing naar de Wlz-uitvoerders. De verwijzing naar de verbindings/zorgkantoren, bedoeld in artikel 40 van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, kan komen te vervallen.

##### **Onderdeel G**

Artikel 31, onderdeel a Wmg zorgt ervoor dat de NZa regels kan stellen met betrekking tot de controle door Wlz-uitvoerders en, voor zover betrekking hebbend op de uitvoering van de in artikel 6.1.2 Wlz bedoelde taken, door het CAK. Aangezien ook de rechtspersonen die de Minister van VWS op grond van artikel 4.2.3, tweede lid, Wlz rechtstreeks met de regionale administratie en/of controle zal belasten Wlz-uitvoerders zullen zijn, betekent dit dat de NZa ook regels zal kunnen stellen over de controle, door dergelijke rechtspersonen, op de administratie en/of controlewerkzaamheden waarmee zij belast zijn.

Het kan wenselijk zijn dat een Wlz-uitvoerder die voor een of meer regio's van Nederland is aangewezen als Wlz-uitvoerder die voor alle verzekerden in die regio(«s), dus ook voor verzekerden van andere Wlz-uitvoerders, de administratie en/of controle van de verleende zorg verricht, in zijn financieel verslag, bedoeld in artikel 4.3.1 Wlz en/of zijn uitvoeringsverslag, bedoeld in artikel 4.3.2 van die wet, gescheiden rapporteert. Zo zou hij in het ene deel van zijn financieel verslag in kunnen gaan op de werkzaamheden waarvoor hij ten aanzien van zijn eigen verzekerden verantwoordelijk is en in het andere deel op de administratie en/of controlewerkzaamheden die hij verricht voor alle verzekerden in «zijn» regio(«s). Of hij zou in het ene deel kunnen rapporteren over de werkzaamheden die hij voor zijn eigen verzekerden verricht of laat verrichten (zowel in «zijn» regio(«s) als in de regio's waarvoor hij geen aanwijzing als bedoeld in artikel 4.2.3, tweede lid, Wlz heeft) en in het andere deel over de administratie en/of controlewerkzaamheden die hij in «zijn» regio's voor verzekerden van andere Wlz-uitvoerders verricht. Om



een zo transparant mogelijke verslaglegging te krijgen, geeft onderdeel b geeft de NZa de bevoegdheid ter zake de beste indeling voor te schrijven. Een en ander laat onverlet dat Wlz-uitvoerders voor de taken die zij uitbesteden, in hun financieel verslag en uitvoeringsverslag zelf zullen moeten rapporteren. De NZa is derhalve niet bevoegd om te regelen dat dat niet hoeft. Als Wlz-uitvoerder A het uitvoeren van zijn zorgplicht (waaronder het contracteren van zorgaanbieders) voor zijn verzekerden die wonen in regio B uitbesteedt aan Wlz-uitvoerder C die ingevolge een aanwijzing als bedoeld in artikel 4.2.3, tweede lid, verantwoordelijk is voor de administratie en/of controle van de zorg voor alle verzekerden in die regio, zal Wlz-uitvoerder A derhalve bij Wlz-uitvoerder C moeten bedingen, dat de laatste hem rapporteert over het werk dat hij in naam van Wlz-uitvoerder A verricht. Wlz-uitvoerder A zal daar dan vervolgens in zijn financieel verslag en zijn uitvoeringsverslag op moeten ingaan.

Onderdeel c van artikel 31 Wmg verwijst naar het accountantsverslag, bedoeld in artikel 36 van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten. Artikel 4.3.1 van de Wlz komt materieel overeen met artikel 36 van de AWBZ.

### **Onderdeel H**

De NZa houdt toezicht op de naleving van de Wet langdurige zorg door Wlz-uitvoerders. De naleving van artikel 4.1.1 maakt daarvan uiteraard onverkort deel uit. Artikel 78 Wmg maakt het mogelijk dat de NZa een aanwijzing geeft aan een Wlz-uitvoerder die niet voldoet aan het bepaalde bij of krachtens de Wet langdurige zorg. Bij niet naleving van de aanwijzing beschikt de NZa over verdergaande handhavingsmogelijkheden (artikelen 80 en 84 Wmg), waaronder het opleggen van een last onder dwangsom. Op grond van het voorgestelde artikel 31a van de Wmg zullen bij amvb regels worden gesteld over de wijze waarop de geschiktheid en betrouwbaarheid van de betrokken personen, bedoeld in artikel 4.1.1, vijfde lid, wordt vastgesteld. Het ligt in de bedoeling de in deze algemene maatregel van bestuur op te nemen regels te enten op het bepaalde in Hoofdstuk 2 van het Besluit prudentiële regels Wft. Aldus wordt bereikt dat in dit opzicht voor zorgverzekeraar en Wlz-uitvoerders dezelfde eisen gelden.

### **Onderdeel L**

In de budgettaire beheersing van de AWBZ is een cruciale rol weggelegd voor de landelijke en regionale contracteerruimten. Voor de AWBZ stelt de Minister van VWS jaarlijks de contracteerruimte vast in een Aanwijzing contracteerruimte. De grondslag voor die aanwijzingen aan de NZa is gelegen in artikel 7 van de Wmg. De rolverdeling tussen de NZa en VWS met betrekking tot de vaststelling en verdeling van de contracteerruimte is heroverwogen en heeft tot de conclusie geleid dat het wenselijk is de Minister van VWS zelf de budgettaire ruimte voor de Wlz vast te laten stellen. Dit bevordert de budgettaire beheersing en het inzicht in zorguitgavenkaders. Het eerste lid van het voorgestelde artikel 49e Wmg bepaalt daarom dat de Minister van VWS jaarlijks een budgettaire ruimte vaststelt voor de op grond van de Wlz verzekerde zorg in natura alsmede voor de verlening van persoonsgebonden budgetten.

Op grond van het tweede lid verdeelt de NZa de door de Minister vastgestelde budgettaire ruimte over regio's. In het geval van een verdeling over regio's betreft het een bedrag dat beschikbaar is voor het contracteren van de in een aangewezen gebied gevestigde zorgaanbieders en voor het verlenen van persoonsgebonden budgetten aan in dat gebied woonachtige verzekerden.

De zorgautoriteit gebruikt het deel van het toepasselijke beschikbare bedrag dat bestemd is voor het contracteren van zorgaanbieders voor de vaststelling van de productieafspraken tussen een zorgaanbieder en Wlz-uitvoerders. Die vastgestelde productieafspraken en de door de zorgaanbieder daadwerkelijk gerealiseerde productie vormen twee belangrijke grootheden voor de vaststelling door de zorgautoriteit van de aanvaardbare kosten van een zorgaanbieder voor dat kalenderjaar. De zorgautoriteit stelt na afloop van het kalenderjaar een sluittarief dan wel een vereffeningbedrag voor de zorgaanbieder vast om de opbrengsten van die aanbieder te doen aansluiten bij zijn aanvaardbare kosten. Een zorgaanbieder kan een voor hem vastgesteld sluittarief in aanvulling op de overeengekomen tarieven voor geleverde zorg declareren. De zorgaanbieder moet een jegens hem te declareren vereffeningbedrag op vordering van de betrokken Wlz-uitvoerder aan die uitvoerder betalen. De zorgautoriteit beschikt over de bevoegdheden om een sluittarief en een vereffeningbedrag vast te stellen op grond van artikel 50, eerste lid, respectievelijk artikel 56b van de Wmg. De zorgautoriteit moet betrekking tot de uitoefening van die bevoegdheden ingevolge artikel 57, eerste lid, van de Wmg, beleidsregels vaststellen.

#### **Onderdeel N**

Onderdeel d van artikel 58, vierde lid, kan vervallen, omdat het onderdeel verwijst naar de contracteerplichten van de artikelen 16b, eerste lid, en 16c, eerste lid, van de AWBZ welke zijn komen te vervallen. Overigens was de contracteerplicht vanaf 1 januari 2012 reeds afgeschaft met een wijziging van artikel 21 van het Besluit zorgafspraken AWBZ (Staatsblad 2011, nr. 665). Bij dat besluit is aangekondigd dat bij een volgende gelegenheid de AWBZ daarop zou worden aangepast. In de Wlz komen de contracteerplichten dan ook niet terug. De verwijzingen naar artikel 12, tweede en derde lid, in onderdeel d van artikel 58, vierde lid, zijn opgenomen in onderdeel c.

#### **Onderdeel Q**

Voor een toelichting op het voorgestelde artikel 78, derde lid, van de Wmg, wordt verwezen naar de toelichting op artikel 4.2.1, vierde lid.

#### **Onderdeel U**

Door de toevoeging van artikel 31 Wmg aan de opsomming van artikel 81 Wmg wordt een eerder ontstane situatie hersteld.

### **Artikel 12.1.2 (Zorgverzekeringswet)**

#### **Onderdeel A**

In artikel 1 van de Zvw wordt de in de Wet langdurige zorg geregelde definitie van een Wlz-uitvoerder opgenomen op de plaats van het uitgewerkte onderdeel s.

In onderdeel w is de verwijzing naar het CAK aangepast. In de Wlz wordt het CAK genoemd in artikel 6.1.1, eerste lid.

#### **Onderdeel G**

De eerste in dit onderdeel voorgestelde wijziging van artikel 89, eerste lid, voorziet erin dat ook Wlz-uitvoerders verplicht zijn de zorgverzekeraars informatie te verschaffen indien dat noodzakelijk is voor de uitvoering van de zorgverzekering of van de Zvw.

Voor de tweede wijziging wordt verwezen naar de toelichting bij artikel 9.1.3, eerste lid.

## **Onderdeel H**

Bij het opstellen van artikel 9.1.7, dat inhoudelijk gelijk is aan artikel 57b Zvw, is geconstateerd dat de verwijzing, in het zesde lid, naar artikel 91, elfde tot en met veertiende lid, van de Comptabiliteitswet 2001 inmiddels onjuist is, aangezien inmiddels bij wet van 21 juli 2007 (derde wijziging van de Comptabiliteitswet 2001; Stb. 2007, 294) in artikel 91 van die wet onder vernummering van de latere artikelliden een nieuw zesde lid is ingevoegd. In het nieuwe artikel 9.1.7 wordt nu verwezen naar artikel 91, twaalfde tot en met vijftiende lid, van de Comptabiliteitswet 2001. Voorliggende wijziging strekt ertoe een soortgelijke verwijzingsfout ook in de Zvw te herstellen.

## **Artikel 12.1.3 (Invoerings- en aanpassingswet Zorgverzekeringswet)**

### **Onderdeel A**

Artikel 2.2.5 van de Invoerings- en aanpassingswet Zorgverzekeringswet (I&A-wet Zvw) regelt dat (met name) missionarissen die zich daartoe tijdig bij het Zorginstituut hebben aangemeld, tegen een maandelijkse bijdrage tijdens hun verblijf in Nederland aanspraak hebben op een vergoeding van de kosten van geneeskundige zorg alsof zij een zorgverzekering hebben. In geval van bezwaar- en beroepszaken geldt daarbij, omdat het hier gaat om een publiekrechtelijk geregelde vergoeding, het recht zoals dat geldt ten aanzien van besluiten inzake een aanspraak op zorg ingevolge de AWBZ, met uitzondering van artikel 58 van die wet. In de toekomst zal in dergelijke zaken het Wlz-recht gelden, met uitzondering van de opvolger van artikel 58 AWBZ, te weten artikel 10.3.1.

### **Onderdeel B**

Artikel 2.5.9 is uitgewerkt en vervalt daarom.

### **Onderdeel C**

Tegelijk met de invoering van de Zvw op 1 januari 2006, is de vrijwillige AWBZ-verzekering afschaft. Dit was een verzekering voor mensen die met een Nederlandse socialezekerheidsuitkering in het buitenland waren gaan wonen. De artikelen 3.1.2 tot en met 3.1.6 van de I&A-wet Zvw bevatten overgangsrecht dat erop neerkomt dat mensen die tot die datum een vrijwillige AWBZ-verzekering hadden, op dat moment ook werkelijk met AWBZ-zorg overeenkomende zorg gebruikten, en die zich tijdig bij het Zorginstituut hadden aangemeld, voor rekening van het AFBZ recht hebben op voortzetting van de vergoeding van hun zorg (of van AWBZ-zorg die daarop aansluit), voor zover deze met AWBZ-zorg overeen komt. (Voor mensen die op grond van het EU-recht of biltaterale verdragen al recht hebben op de zorg van hun woonland voor rekening van Nederland, beperkt de vergoeding zich overigens tot de meerkosten.)

Zoals bekend, zal een deel van de zorg die op grond van de AWBZ verzekerd was, in het kader van de herziening van langdurige zorg naar de Wmo 2015 worden overgeheveld en een ander deel naar de Zvw. In artikel 7.3 van het wetsvoorstel Wmo 2015 staat dat de hier bedoelde personen nog gedurende maximaal een jaar na deze overheveling recht hebben op vergoeding van zorg die naar die wet wordt overgeheveld (dit is de zorg die in artikel 7.1 Wmo 2015 wordt genoemd). In die zin is het

overgangsrecht voor de hier bedoelde personen niet anders dan voor personen die in Nederland wonen. Na dat jaar zal de vergoeding eindigen. Daarbij heeft de regering ten eerste laten meewegen dat ook in Nederland wonende personen na dat jaar niet automatisch meer in aanmerking komen voor voortzetting van de zorg (hun woongemeente zal dat moeten beoordelen). Ten tweede wordt slechts de lichtere zorg van de AWBZ naar de Wmo 2015 overheveld, en ten slotte vindt de regering het onwenselijk dat zorg die tot de sociale voorzieningen (zoals de Wmo 2015) is gaan behoren, ook buiten Nederland wordt verstrekt.

De uitsluiting, na het eerste jaar, van de vergoeding van zorg die naar de Wmo 2015 wordt overheveld, wordt bereikt door toevoeging van een tweede lid aan artikel 3.1.2 van de I&A-wet Zvw.

#### **Onderdeel D**

De personen, bedoeld in artikel 3.1.2 I&A-wet Zvw, zijn ingevolge artikel 3.1.3, vierde lid, van die wet voor de vergoeding van de zorg die zij in het buitenland genieten op dit moment een eigen bijdrage verschuldigd, als zouden zij AWBZ-verzekerd zijn. Omdat de zorg die deze personen vergoed krijgen, in de toekomst voor verzekerden deels op grond van de Wlz gefinancierd zal worden en deels op grond van hun zorgverzekering, wordt dit lid zo gewijzigd, dat de personen, bedoeld in artikel 3.1.2 van de I&A-wet Zvw in bij en krachtens de Wlz geregelde eigen bijdragen verschuldigd zijn indien zij een vergoeding ontvangen voor zorg die voor verzekerden op grond van de Wlz verzekerd is, en de eigen betalingen op grond van de zorgverzekering verschuldigd zijn indien zij een vergoeding ontvangen voor zorg die voor verzekeringsplichtigen op grond van hun zorgverzekering verzekerd is. Het gaat bij laatstbedoelde zorg om zorggebonden eigen betalingen en om het verplicht eigen risico. Om te voorkomen dat (met overeenkomstige toepassing van art. 13 Zvw) ook een korting in mindering wordt gebracht omdat betrokkene naar een niet-gecontracteerde aanbieder is gegaan (dat is namelijk per definitie het geval aangezien de betrokkene zijn zorg in het buitenland geniet en geen zorgverzekeraar heeft), is bepaald dat het Zorginstituut de eigen bijdragen moet heffen alsof betrokkene een restitutiepolis zou hebben gehad.

#### **Onderdeel E**

De overgangsregeling voor voormalig vrijwillig AWBZ-verzekerden zal vanaf de datum waarop de Wlz in werking treedt uit het Flz worden gefinancierd.

#### **Onderdeel G**

Verwezen wordt naar de toelichting op onderdeel A, die van overeenkomstige toepassing is.

#### **Onderdeel H**

De hier genoemde artikelen zijn uitgewerkt en kunnen dus vervallen. Specifiek wat betreft het vervallen van artikel 3.1.7 wordt opgemerkt dat de diensten van de MEE-organisaties in de toekomst op grond van de Wmo 2015 door de gemeenten zullen kunnen worden ingekocht.

#### **Artikel 12.1.4 (Jeugdwet)**

In het geval een verzekerde aanspraak heeft op zorg vanuit de Wlz, is de Wlz voor deze zorg voorliggend op de Jeugdwet. Met onderdeel A, onder 3, wordt een vierde lid toegevoegd aan artikel 1.2 van de Jeugdwet. Dit lid is vergelijkbaar met artikel 2.3.5, zesde lid, van de Wmo 2015. Met die bepalingen wordt de gemeente de mogelijkheid gebonden om een voorziening te weigeren indien de verzekerde met betrekking tot zijn problematiek een recht op Wlz-zorg heeft, of wanneer gegronde redenen bestaan om aan te nemen dat de verzekerde een indicatie voor Wlz-zorg zou kunnen krijgen, maar weigert mee te werken aan het verkrijgen van een indicatiebesluit. Zie paragrafen 6.1. en 6.2 van het algemeen deel van deze toelichting.

#### **Artikel 12.1.5 (Wet maatschappelijke ondersteuning 2015)**

Met onderdeel E wordt artikel 2.3.5, derde lid, van de Wmo 2015 zo gewijzigd dat het CIZ zonder toestemming van de Wlz-verzekerde mededeling mag doen van het feit dat het CIZ een indicatiebesluit heeft afgegeven dat aan de verzekerde het recht geeft op zorg vanuit de Wlz.

#### **Artikel 12.1.7 (Wet gebruik burgerservicenummer in de zorg)**

##### **Onderdeel A**

In onderdeel A is bij de definitie van Wlz-uitvoerder aangesloten bij het begrip, zoals omschreven in de Wlz.

Onderdeel d van artikel 1 van de Wet gebruik burgerservicenummer in de zorg bevat verwijzingen naar het CIZ en het Bureau jeugdzorg. Dit wordt gewijzigd in een verwijzing naar het CIZ, genoemd in artikel 7.1.1, eerste lid, Wlz. Hoewel hiermee wordt aangegeven dat het CIZ het enige indicatieorgaan in de zin van de Wet gebruik burgerservicenummer in de zorg is, wordt in de rest van de wet de meervoudsvorm «indicatieorganen» gehandhaafd. Het gaat daarbij onder andere om de bepalingen met betrekking tot het register van indicatieorganen. Dit heeft het voordeel, dat in het geval dat een indicatieorgaan zou worden toegevoegd aan onderdeel d, de wet op andere punten niet opnieuw hoeft te worden aangepast.

Voor een toelichting op onderdeel A, subonderdeel 3, wordt verwezen naar de hierna volgende toelichting.

#### **Artikel 12.1.7, onderdeel A, subonderdeel 3, artikel 12.9 (Wet publieke gezondheid), artikel 12.1.10 (Geneesmiddelenwet), en artikel 13.1.1, tweede lid**

Deze voorgestelde wijzigingen betreffen de in het Besluit zorgaanspraken AWBZ geregelde aanspraken op een neonatale hielprik (artikel 17 van dat besluit) en de vaccinaties uit het (Rijks)vaccinatieprogramma (artikel 18 van dat besluit). Beide aanspraken worden omgezet in een onder verantwoordelijkheid van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport uit te brengen aanbod ter zake. Dit wordt geregeld in een nieuw artikel 4a in de Wet publieke gezondheid. De AWBZ geldt niet voor de openbare lichamen Bonaire, Sint Eustatius en Saba. Ook artikel 4a zondert de eilanden uit van toepassing. Op grond van artikel 68d van de Wet publieke gezondheid hebben de bestuurscolleges al een plicht om een vergelijkbaar vaccinatieprogramma aan te bieden aan de bevolking.

In verband met bovengenoemde wijziging is het tevens noodzakelijk om artikel 90 van de Geneesmiddelenwet aan te passen en daarin te verwijzen naar het (Rijks)vaccinatieprogramma, bedoeld in artikel 4a van de Wet publieke gezondheid. Tevens is artikel 1 van de Wet gebruik burgerservice-nummer in de zorg aangepast opdat de zorg, bedoeld in artikel 4a van de Wet publieke gezondheid, hierin tot uitdrukking komt, in plaats van de nu geldende verwijzing naar de AWBZ.

De voorgestelde regeling ter zake heeft een tijdelijk karakter (tot 1 januari 2018) ter overbrugging naar een voor te stellen permanente regeling. Hieraan wordt op dit moment gewerkt, maar het is nog niet precies duidelijk hoe deze er uit zal zien.

## **§ 12.2 Financiën**

### **Artikel 12.2.1 (Wet op het financieel toezicht)**

De Wlz-uitvoerder is geen schadeverzekeraar als bedoeld in de Europese Verzekeringsrichtlijn. Om die reden is de Wft niet van toepassing op de Wlz-uitvoerder. Door de Wlz-uitvoerder toe te voegen aan de in artikel 1:6 van de Wft genoemde organisaties waarop de Wft niet van toepassing is, is dit expliciet bepaald. Ten aanzien van organisaties als de Sociale Verzekeringsbank, het UWV en de ziekenfondsen van weleer, is dit reeds in artikel 1.6 van de Wft bepaald.

### **Artikel 12.2.4 (Wet op de omzetbelasting)**

Dit artikel bevat een technische wijziging van de Wet op de omzetbelasting 1968. De diensten die in artikel 11, eerste lid, onderdeel g, van de Wet op de omzetbelasting 1968 genoemd worden, zijn vrijgesteld voor zover deze zorg *buiten een instelling* aan een de verzekerde met een indicatiebesluit wordt verleend. De zorg die op grond van de Wlz *binnen een instelling* wordt geleverd is reeds vrijgesteld op grond van het eerste lid, onderdeel c van dat artikel. Het gaat om de diensten, genoemd in artikel 3.1.1, eerste lid, onder a, b en c, van de Wlz, namelijk verpleging, persoonlijke verzorging, begeleiding, behandeling en verblijf. Net als in de AWBZ kan het recht op «verblijf» ook genoten worden zonder daadwerkelijk verblijf in een instelling middels een volledig pakket thuis. In paragraaf 2.3.1 van het algemene deel van de toelichting wordt hier nader op ingegaan.

Ook huishoudelijke hulp wordt als dienst genoemd in artikel 11, eerste lid, onderdeel g. In het geval de verzekerde met een persoonsgebonden budget zelf de zorg inkoop, kan hij namelijk ook het budget besteden aan huishoudelijke hulp. Ook dit is gelijk aan de huidige AWBZ en de regeling subsidies AWBZ.

### **Artikel 12.2.5 (Wet toezicht accountantsorganisaties)**

In artikel 1, eerste lid, onderdeel p, van de Wet toezicht accountantsorganisaties wordt aangegeven wat in het kader van die wet onder het begrip «wettelijke controle» wordt verstaan. In de bijlage bij die bepaling wordt verwezen naar de controle van een financiële verantwoording die verplicht is gesteld op grond van de AWBZ. Met dit artikel wordt de verwijzing naar de bepalingen van de AWBZ aangepast zodat verwezen wordt naar de relevante bepalingen uit de Wet langdurige zorg. Het gaat om de artikelen 4.3.1, tweede lid, en 5.2.2, derde lid, van de Wlz, welke bepaling voor zover relevant materieel gelijk zijn aan de artikelen 36, tweede lid, en 45, derde lid, van de AWBZ.



## **§ 12.3 Sociale Zaken en Werkgelegenheid**

### **Artikel 12.3.1 (Wet financiering sociale verzekeringen)**

#### **Onderdelen A, B, C, E, F, I en L**

In artikel 2, onderdeel a, van de Wfsv worden de volksverzekeringen aangewezen. Met de wijziging in onderdeel B van dit artikel wordt de Wet langdurige zorg als volksverzekering aangewezen in plaats van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten. In onderdeel A wordt de naam van het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten met het oog hierop omgezet in het Fonds langdurige zorg. Met onderdeel C wordt aangegeven dat, voor de toepassing van hoofdstuk 1 en paragraaf 2 van hoofdstuk 7 van de Wfsv, onder de verzekering langdurige zorg wordt verstaan de verzekering, bedoeld in hoofdstuk 3 van de Wlz. Ook in de artikelen 11, 12, 61 en 90 van de Wet financiering sociale verzekeringen wordt de term «Algemene verzekering bijzondere zorg» vervangen door de term verzekering «langdurige zorg» (onderdelen E, F, I en L).

#### **Onderdeel D**

In de Wlz wordt geen mogelijkheid opgenomen om een nominale premie te innen, zoals dat nog mogelijk is op grond van artikel 17 van de AWBZ. Nu dat artikel vervalt en ook materieel niet terugkomt in de Wlz, kan artikel 5 van de Wfsv komen te vervallen.

#### **Onderdeel L**

##### **onder 2, onder c**

In artikel 90 van de Wfsv wordt bepaald dat eigen bijdrage die verschuldigd is op grond van de Wlz (artikelen 3.2.4 en 11.1.3) ten gunste komt van het Flz.

##### **onder 2, onder f**

Op grond van de Wlz zal het pgb als subsidie blijven bestaan. In artikel 90, tweede lid, kan de verwijzing naar het pbg echter vervallen, omdat het pgb onder artikel 90, tweede lid, onderdeel a, van de Wfsv valt. Ook de kosten van het pgb worden immers gemaakt ten behoeve van de uitvoering van de Wlz en vallen onder de omschrijving van onderdeel a. Onderdeel f wordt geschrapt, waardoor de uitgaven ten behoeve van subsidies verstrekt voor zwangerschapsafbrekingen in de zin van de Wet afbreking zwangerschap niet langer ten laste van het fonds kunnen komen. Voortaan komen deze kosten ten laste van de begroting. In verband hiermee is ook het vierde lid van artikel 90 geschrapt.

#### **Onderdeel M**

Artikel 90, derde lid, van de Wfsv bepaalt dat uit het Flz middelen kunnen worden gebruikt voor het vormen en in stand houden van een reserve. Aan artikel 91, eerste lid, wordt een volzin toegevoegd op grond waarvan bij amvb kan worden bepaald dat Wlz-uitvoerders een reserve kunnen vormen, waarmee rekening wordt gehouden bij de vaststelling van de jaarlijkse uitkering. Hierdoor krijgen Wlz-uitvoerders een prikkel om de wet doelmatig uit te voeren. Bij de bedoelde maatregel zullen regels worden gesteld over de bestemming van de reserve, de (maximale) omvang ervan, en de voorwaarden waaronder de reserve mag worden aangehouden. Uitgangspunt is dat de gevormde reserve moet worden ingezet voor de uitvoering van de Wlz.

## **Artikel 12.3.2 (Wet structuur uitvoeringsorganisatie werk en inkomen)**

### **Onderdeel B, onder 2, en C**

Artikel 34, vierde lid, wordt zo aangepast dat de Wlz-uitvoerder nadrukkelijk wordt genoemd. Hiermee kan ook de Wlz-uitvoerder de SVB verzoeken om informatie over de verzekeringsstatus van de verzekerde te verstrekken voor zover deze informatie noodzakelijk is voor de uitvoering van de Wlz. Het gaat hier om een technische wijziging omdat onder de AWBZ de verzekeraar dezelfde positie heeft. Ook in artikel 54 wordt de Wlz-uitvoerder als zodanig ingevoegd (onderdeel C).

## **§ 12.4 Veiligheid en Justitie**

### **Artikel 12.4.5 (Algemene wet bestuursrecht)**

#### **Onderdelen A tot en met D**

In de artikelen 2 en 9 van bijlage 2 en artikel 2 van bijlage 3 bij de Awb wordt de Wlz in plaats van de AWBZ opgenomen in de opsomming. Materieel brengt dit geen wijziging in de thans bestaande situatie. De besluiten van de Minister van VWS op grond van hoofdstuk 10, paragraaf 4, worden echter uitgezonderd in de artikelen 2 en 9 van bijlage 2. Dit houdt verband met de concentratie van die zaken bij de rechtbank Rotterdam (zie hoofdstuk 13 van het algemeen deel van deze toelichting).

In artikel 7 van bijlage 2 bij de Awb (Bevoegdheidsregeling bestuursrecht-spraak) wordt geregeld dat tegen een besluit, genomen op grond van een in dat artikel genoemd voorschrift of anderszins in dat artikel omschreven, beroep kan worden ingesteld bij de rechtbank Rotterdam. Met onderdeel B wordt paragraaf 4 van hoofdstuk 10 van de Wet langdurige zorg in de alfabetische rangschikking opgenomen. De rechtbank Rotterdam wordt hiermee bevoegd kennis te nemen van beroepen tegen besluiten op grond van die paragraaf.

## **§ 12.5 Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties**

### **Artikel 12.5.2 (Ambtenarenwet)**

Artikel 2 van de Ambtenarenwet geeft aan op wie titel III van die wet niet van toepassing is. Dat artikel is technisch gewijzigd zodat naar de juiste grondslag van het publiekrechtelijk zbo CAK wordt verwezen. Bovendien worden de voorzitter en de leden van het CIZ aan het artikel toegevoegd, zodat titel III van de Ambtenarenwet ook op hen niet van toepassing is. Het personeel van het CIZ blijft op grond van artikel 11.3.1, derde lid, in dienst van het CIZ op arbeidsovereenkomst naar burgerlijk recht. Hiermee verkeert het personeel in dit opzicht in dezelfde positie als het personeel van het CAK.

### **Artikel 12.5.4 (Wet normering bezoldiging topfunctionarissen publieke en semipublieke sector)**

Dit betreft een technische wijziging. Artikel 33 van de AWBZ wordt vervangen door artikel 4.1.1 van de Wlz (aanmelden als uitvoerder van die wetten).

## **HOOFDSTUK 13**

### **Artikel 13.1.1**

Het eerste lid bepaalt dat de Wlz in werking treedt op een bij koninklijk besluit te bepalen datum. Indien nodig kan bovendien besloten worden om sommige delen van deze wet eerder in werking te laten treden dan andere, al zal dat wegens de onderlinge samenhang van de hoofdstukken slechts in zeer beperkte mate mogelijk zijn. Zoals bekend, is de streefdatum voor de inwerkingtreding van de Wlz 1 januari 2015.

Voor een toelichting op het tweede lid wordt verwezen naar de toelichting op artikel 12.1.7, onderdeel A, subonderdeel 3, artikel 12.9 (Wet publieke gezondheid), artikel 12.1.10 (Geneesmiddelenwet), en artikel 13.1.1, tweede lid.

### **Artikel 13.1.2**

Het is wenselijk te bepalen dat de Wet langdurige zorg periodiek wordt geëvalueerd. Daarom is in dit artikel een evaluatiebepaling opgenomen die bepaalt dat de wet binnen drie jaar na de inwerkingtreding van deze wet, en vervolgens telkens na vijf jaar, wordt geëvalueerd. Deze evaluaties gaan in op de doeltreffendheid en de effecten van deze wet in de praktijk. Hierdoor kan, onder meer, worden bekeken in welke mate de doelstellingen van de wet zijn verwezenlijkt, welke neveneffecten optreden, en of de wet goed en eenduidig uitgevoerd wordt of kan worden. De evaluaties zullen aan de beide Kamers der Staten-Generaal gezonden.

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

De Minister voor Wonen en Rijksdienst,  
S.A. Blok