

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

De Voorzitter van de Tweede Kamer
der Staten-Generaal
Postbus 20018
2500 EA DEN HAAG

Bezoekadres:

Rijnstraat 50
2515 XP Den Haag
www.rijksoverheid.nl

Kenmerk

727793-133489-DMO

Uw kenmerk

2015Z02595

Bijlage(n)

5

Datum 14 april 2015
Betreft Voortgangsrapportage transitie HLZ

*Correspondentie uitsluitend
richten aan het retouradres
met vermelding van de
datum en het kenmerk van
deze brief.*

Geachte voorzitter,

Sinds 1 januari jongstleden zijn de wetten die betrekking hebben op de langdurige zorg in werking getreden. De hervorming is een enorme operatie voor iedereen die erbij betrokken is. In aanloop naar deze transitie hebben de betrokken partijen zich tot het uiterste ingespannen om één en ander zo zorgvuldig mogelijk voor te bereiden om de continuïteit van zorg en ondersteuning voor cliënten te kunnen waarborgen. Verzekeraars, zorgkantoren, gemeenten, ZBO's, zorgaanbieders, cliëntenorganisaties en mensen die werkzaam zijn in de zorg –al dan niet als mantelzorger of vrijwilliger- verdienen hier grote waardering voor.

Hoewel één kwartaal veel te kort is om tot oordelen te komen, wil ik in deze rapportage een eerste beeld schetsen van de stand van zaken, gebaseerd op monitoren en onderzoeken van diverse partijen inclusief mijzelf en de VNG,(kwalitatieve) beelden van media en het resultaat van vele overleggen met betrokken partijen.

De problemen bij de invoering van het pgb trekkingsrecht daargelaten (een grote operatie die los stond van de transitie, constateer ik dat de transitie in algemene zin tot nu toe zorgvuldig wordt uitgevoerd en daardoor beheerst verloopt. Dit is vooral te danken aan de betrokken partijen die hun verantwoordelijkheid hebben genomen in zowel de voorbereiding op de transitie als in de eerste maanden van 2015 om te zorgen dat cliënten de zorg of ondersteuning krijgen die ze nodig hebben. De nieuwe vraagstukken waar partijen (soms dagelijks) mee te maken krijgen worden gezamenlijk, tijdig en binnen de nieuwe kaders opgelost om gevolgen voor cliënten te kunnen beperken. Op basis van de mij beschikbare informatie constateer ik dat:

- de continuïteit van zorg en ondersteuning voor cliënten tijdens de transitie gewaarborgd is. De inkoop door gemeenten en zorgkantoren heeft geresulteerd in voldoende aanbod voor alle cliënten die daar op aangewezen zijn;

- de betrokken partijen de afgelopen maanden hun verantwoordelijkheid hebben genomen bij het signaleren en oplossen van eventuele problemen en onduidelijkheden om de gevolgen voor cliënten zoveel mogelijk te beperken;
- de informatievoorziening naar cliënten die zich onzeker en soms ongerust voelen over de mogelijke gevolgen van de hervormingen voor hun persoonlijke situatie nog beter moet en kan. Ik heb wethouders daarom gevraagd hier veel aandacht aan te besteden. Ook de VNG heeft benadrukt dat gemeenten zich verantwoordelijk voelen om mensen goed te informeren zodat ze op de juiste plek hun ondersteuningsvraag kunnen bespreken;
- het herzien van bestaande individuele beschikkingen voor huishoudelijke hulp in sommige gemeenten niet met de vereiste zorgvuldigheid is verlopen, waardoor inwoners zich onvoldoende gehoord voelen. Ik zal gemeenten blijven aanspreken als blijkt dat gemeenten hun verantwoordelijkheid onvoldoende invullen;
- gemeenten en aanbieders samen de verantwoordelijkheid nemen om de administratieve processen tussen gemeenten en aanbieders verder te verbeteren om eventuele rechtmatigheidsproblemen en onnodige administratieve lasten te verminderen en voorkomen. Dat is nodig omdat nu nog veel administratieve last van de verandering merkbaar is;
- de samenwerking tussen gemeenten en verzekeraars op gang is gekomen en zich zodanig ontwikkelt dat de komende jaren verdere resultaten kunnen worden geboekt waardoor de zorg en ondersteuning voor cliënten beter op elkaar wordt afgestemd. De regiosecretarissen zijn de komende periode nog beschikbaar om dit proces goed te borgen;
- de invoering van het pgb trekkingsrecht niet is verlopen zoals gepland en voorbereid, hetgeen leidt tot problemen en onrust bij cliënten en zorgverleners. Deze operatie is geen onderdeel van de transitie, maar vindt wel parallel aan de grote hervormingen plaats en heeft dus ook zijn effect op partijen en cliënten betrokken in de transitie. Zoals ik u regelmatig bericht, wordt er alles aan gedaan om het proces van trekkingsrecht pgb zo snel mogelijk te laten lopen zoals bedoeld: een solide pgb met regie van de budgethouder;
- het aantal door het UWV verleende ontslagvergunningen is met ruim 2.000 beperkt. De instroom in de WW vanuit de langdurige zorg telde in 2014 35.000 personen. Dit heeft geleid tot een stijging van het aantal lopende uitkeringen in de WW met 5.000 personen ten opzichte van 2013. In het kader van de sectorplannen wordt volop gebruik gemaakt van scholingstrajecten om personeel goed voor te bereiden op de nieuwe uitdagingen. Het gebruik van de van-werk-naar-werk-trajecten is echter beperkt;
- de continuïteit en de beschikbaarheid van cliëntondersteuning gewaarborgd is. Nagenoeg alle gemeenten hebben afspraken gemaakt met MEE-organisaties. Gemeenteraden en belangenbehartigers kunnen met een zelftest cliëntondersteuning nagaan of de cliëntondersteuning in hun gemeente voldoet aan de wettelijke vereisten.

Dat veel partijen met enige tevredenheid terug mogen kijken op de afgelopen periode is mijns inziens geen reden om nu achterover te leunen. Integendeel, de hervorming vraagt de komende periode nog een forse inspanning om samen

gesignaleerde en nieuwe knelpunten op te lossen, trends en eventuele verkeerde prikkels in het systeem te ontdekken, de uitvoering verder te ontwikkelen en te vernieuwen. Waarborgen zoals het overgangsrecht, afspraken over bevoorschotting en inkoop op basis van het 'oude' systeem zullen nog vervangen moeten worden door nieuwe afspraken. Dit met als uiteindelijk doel: kwalitatief goede en toekomstbestendige zorg en ondersteuning die aansluit bij de wensen, behoeften en mogelijkheden van mensen en hun omgeving.

Leeswijzer

In deze voortgangsrapportage deel ik met uw Kamer eerste beelden van het verloop van de transitie. Dit doe ik in eerste instantie vanuit het perspectief van de cliënt, een belangrijke graadmeter voor mij of de inspanningen van alle betrokken partijen ook tot de beoogde continuïteit van zorg hebben geleid. Ten tweede zal ik ingaan op het verloop van de inrichting en uitvoering binnen de Wmo en Wlz. Over de Zvw en de Jeugdwet wordt u apart geïnformeerd. Ik informeer u in deze brief m.b.t de Wmo en Wlz over welke activiteiten ik, samen met andere partijen, onderneem om het stelsel verder te ontwikkelen en de uitvoering te optimaliseren. Hierbij baseer ik mij op diverse rapporten, monitors en vooral ook op gesprekken met gemeenten, aanbieders, verzekeraars, cliëntenorganisaties en uitvoeringsorganisaties. Hierbij is belangrijk om op te merken dat veel partijen aangegeven dat het nog te vroeg is om vast te stellen of de beoogde beleidsdoelen worden bereikt.

Als laatste komen de overkoepelende thema's aan de orde: ontwikkelingen op de arbeidsmarkt; samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraars; en monitoring en evaluatie. Deze rapportage sluit af met mijn voornemens voor een aantal technische en beleidsmatige aanpassingen van de wettelijke kaders.

Ervaringen van cliënten

Ervaringen van cliënten, hun netwerk en mensen die werkzaam zijn in de zorg zijn voor mij en de andere verantwoordelijke partijen, een belangrijke graadmeter hoe de transitie verloopt en richtinggevend voor de verdere verbetering van deze uitvoering. De afgelopen periode hebben belangenorganisaties en media diverse peilingen, enquêtes en metingen uitgevoerd naar de ervaringen van cliënten en hun netwerk met de hervorming. Uw Kamer heeft mij op 31 maart verzocht om schriftelijk in te gaan op dit onderwerp mede naar aanleiding van de berichtgeving van de NOS (Verzoek Commissie van Welzijn, Volksgezondheid en Sport). Aan dit verzoek wil ik graag voldoen.

In november vorig jaar ben ik een cliëntentafel Hlz gestart: een landelijk platform waar cliëntorganisaties signalen en casuïstiek over de toegang tot - en de continuïteit van zorg en ondersteuning kunnen inbrengen. Tot nu toe zijn er 72 verschillende issues aangekaart. 63 daarvan zijn reeds -in goede samenwerking- afgehandeld door de partijen aan tafel. Met name door gerichte communicatie, het uitbrengen van informatiekaarten of overleg met de verantwoordelijke partijen. Voor sommige openstaande issues is meer informatie nodig om de impact te kunnen bepalen, bijvoorbeeld als het gaat om het signaal dat er verschillende tarieven voor logeren worden gehanteerd bij Wtzi-erkende instellingen ten opzichte van andere instellingen. Ook zijn er issues die onderdeel zijn van overleg met cliëntorganisaties, bijvoorbeeld de vraag of de handtekening van de

mantelzorger volstaat om aan de eisen van de Wlz te voldoen, op het moment dat een cliënt dat niet meer kan. Er is al een oplossing gevonden voor de stagnatie die optrad in het aanvragen van Wlz indicatiebesluiten door zorgaanbieders namens verzekerden, omdat in de aanvraagmodule van het CIZ de verplichting was opgenomen om een afschrift van een geldig identiteitsbewijs te uploaden. In nauw overleg met het CIZ en de betrokken brancheorganisaties is de situatie onderzocht en is naar een oplossing gezocht. In artikel 9.1.1, zesde lid, van de Wet langdurige zorg (Wlz) is geregeld dat het CIZ aan de hand van inzage van een identiteitsbewijs van de aanvrager nagaat of hij of zij degene is die hij of zij zegt te zijn. Echter zorgaanbieders waar verzekerden verblijven op het moment dat zij voor hen een aanvraag voor Wlz-zorg indienen bij het CIZ, hebben de identiteit van die verzekerden bij binnenkomst reeds gecheckt en als bewijs daarvan is het burgerservicenummer in de administratie opgenomen en wordt op de aanvraag vermeld. Dat nummer dient als afdoende bewijs van iemands identiteit in het elektronisch verkeer tussen zorgverzekeraars, zorgkantoren, zorgaanbieders en het CIZ.

Meldingen die binnen komen bij het door mij mogelijk gemaakte meldpunt 'het juiste loket' bij Ieder(In) en PerSaldo, voor mensen die zich van 'kastje naar de muur' gestuurd voelen in de zorg, worden ook op de cliënttafel besproken wanneer het meer dan alleen een incident betreft. In totaal zijn er 210 meldingen binnen gekomen bij dit meldpunt sinds 1 januari. Op enkele na zijn al deze meldingen afgehandeld, wat inhoudt dat de verantwoordelijke instantie actie heeft ondernomen richting de cliënt. De achtergrond en onderbouwing van berichtgeving zoals 'Mensen verdwalen in nieuwe zorgregels' (NOS.nl, 28 maart 2015) heb ik opgevraagd, maar helaas nog niet ontvangen. Door zelf het onderzoek en de achterliggende verhalen in te zien, kan ik een beeld vormen van de signalen die cliënten, via de NOS enquête, afgeven. Deze signalen van cliënten zelf zal ik serieus meewegen in de activiteiten die ik met de verantwoordelijke partijen inzet in deze periode.

Uit verschillende peilingen (zoals o.a. het signaalrapport 'Veranderingen in zorg' uit maart van NPCF, IederIn en LP GGZ¹) komt het signaal dat de verantwoordelijkheidsverdeling op de grenzen tussen Wlz, Zvw en Wmo nog niet altijd voldoende duidelijk doorvertaald is in de praktijk, waardoor er meer dan nodig wordt doorverwezen. Dat is onwenselijk, zeker vanuit het oogpunt van de cliënt. Met het wekelijks actualiseren van de draaiboeken voor aanbieders op www.hervorminglangdurigezorg.nl en de website voor cliënten www.hoeverandertmijnzorg.nl wordt de verduidelijkende informatie vanuit de cliëntentafel direct breed gecommuniceerd naar alle partijen die er mee aan de slag moeten. De gratis beschikbare, levensbrede (onafhankelijke) cliëntondersteuning is een belangrijke waarborg voor cliënten die met hun ondersteuningsvraag hun weg tussen de verschillende partijen niet goed kan vinden.

In februari en maart zijn gemeenten, middels de praktijkdagen vanuit het Transitiebureau, in detail geïnformeerd over de afbakening tussen de wetten en welke verantwoordelijkheid gemeenten hierin hebben. Er is door de VNG onlangs nog een informatiekaart uitgebracht over 'Spoedzorg' en welke partij welke verantwoordelijkheid daarin heeft. In mijn brief aan wethouders zal ik gemeenten ook

¹ www.iederin.nl

wijzen op hun brede verantwoordelijkheid in het ondersteunen van cliënten in het de toegang tot de juiste zorg en ondersteuning. Net zoals ik volop inzet op voorlichting naar Wlz-uitvoerders, CIZ, brancheorganisaties, waaronder de Landelijke Vereniging van Huisartsen, om de Subsidieregeling Eerstelijnsverblijf 2015 extra onder de aandacht te brengen. Hier kom ik later in deze brief op terug. Een ander aandachtsgebied dat hierbij een rol speelt, is de samenwerking tussen gemeenten en verzekeraars die nog niet altijd en overal vanzelfsprekend is. Verder op in deze voortgangsrapportage schrijf ik meer over de stand van zaken op dit punt.

Er zijn de afgelopen periode via de Helpdesk Aanbieders en de cliëntentafel veel meldingen binnengekomen die betrekking hebben op de uitvoering van het trekkingsrecht pgb. Voor de voortgang van de uitvoering van het trekkingsrecht verwijs ik u naar de correspondentie met uw Kamer hierover en de debatten die ik hierover regelmatig met uw Kamer voer.

Uit de peilingen en enquêtes blijkt ondermeer dat mensen nog steeds onzeker zijn over hun zorg en niet altijd weten waar ze terecht kunnen met hun ondersteuningsvragen. Niet alle peilingen en enquêtes bevatten achtergrondinformatie van de respondenten. Dit belemmert mij in het wegen van de signalen en in het verbinden van conclusies of, en zo ja waar de huidige informatievoorziening van partijen nu aan schort. Gaat het om cliënten die al in zorg zijn maar niet weten wat er na het verlopen van het overgangsrecht gebeurt? Gaat het om cliënten bij wie het ondersteuningsaanbod al daadwerkelijk is veranderd zonder dat zij daarover geïnformeerd zijn? Gaat om mensen die (nog) geen ondersteuningsvraag hebben, maar door berichtgeving zijn gealarmeerd en nu meer informatie willen hebben? Of gaat het om betrokkenen bij cliënten, waar de cliënt zelf wel voldoende op hoogte is gebracht, maar de betrokkenen niet?

Uit het rapport 'Zorg, weet waar u aan toe bent' van het programma Aandacht voor iedereen (AVI), blijkt dat mensen de vertaalslag missen van meer algemene informatie naar de gevolgen voor hun persoonlijke situatie. Vanuit het programma AVI zijn aanbevelingen gedaan aan gemeenten om hun inwoners beter te informeren en daarbij vooral het persoonlijke gesprek aan te gaan. Het rapport heb ik op 9 maart jl. aan uw Kamer toegezonden². In mijn laatste brief aan de wethouders heb ik aandacht gevraagd voor de aanbevelingen uit het programma AVI. Het doet me deugd dat de voorzitter van de VNG heeft aangegeven dat gemeenten zich verantwoordelijk voelen om cliënten goed te informeren en als dat nodig is naar het juiste loket te begeleiden. Ook vanuit het programma worden activiteiten ondernomen om het belang van goede communicatie met cliënten onder de aandacht te brengen.

In mijn reactie³ op de TNS-NIPO peilingen heb ik gesteld dat partijen hun verantwoordelijkheid nemen om cliënten te informeren op het moment dat er veranderingen op gaan treden, maar dat het nog een aandachtspunt is om iedereen goed geïnformeerd te houden wanneer er (nog) niets verandert. Met name daar waar het aflopend overgangsrecht van cliënten die uit de AWBZ zijn ondergebracht bij de Wmo en het herindiceren voor de wijkverpleging betreft, is het belangrijk dat

² Kamerstukken II 2014-2015, 34 104, nr. 22

³ Kamerstukken II 2014-2015, 29538, nr. 177

cliënten en aanbieders goed op de hoogte gehouden worden van de voornemens. In mijn laatste brief aan wethouders heb ik hier opnieuw aandacht voor gevraagd.

Uw Kamer heeft in de regeling van werkzaamheden van 4 november gevraagd om een reactie op het nieuwsbericht "Rutte ergert zich aan 'onzin' over zorg" van 3 november 2014. De minister-president heeft gezegd begrip te hebben voor de zorgen die er leven rondom de veranderingen in de zorg. Tevens heeft hij aangegeven dat er veel misverstanden leven en dat grote hervormingen altijd gepaard gaan met onzekerheid voor wat komen gaat. De minister-president wilde benadrukken dat het van belang is dat mensen goed worden geïnformeerd over de veranderingen in de zorg op basis van feitelijke informatie.

Wmo 2015

Om gemeenten te ondersteunen bij de voorbereiding op hun nieuwe verantwoordelijkheden op grond van de Wmo 2015 heb ik met de VNG in juni 2014 een focuslijst uitgebracht. Een lijst met vijf thema's die randvoorwaardelijk zijn om de continuïteit van zorg en ondersteuning als gemeente voor de inwoners te kunnen waarborgen: beleid, organisatie, communicatie, inkoop en toegang. In mijn voortgangsrapportages in 2014 heb ik u op basis van een transitievolgsysteem geïnformeerd over de voortgang die gemeenten maakten bij het realiseren van deze randvoorwaarden.

Sinds 1 januari zijn niet de focuspunten, maar is het wettelijke kader van de Wmo 2015 randvoorwaardelijk om passende zorg en ondersteuning voor cliënten en hun mantelzorgers te kunnen garanderen. Ik volg gemeenten in hoe zij invulling geven aan deze kaders, bijvoorbeeld in hun toegangsproces en in de ondersteuning van specifieke groepen. Ik ga na of signalen die ik ontvang door de gemeenten worden herkend en zo ja wat hun actie naar aanleiding daarvan is geweest. Ik heb in maart uitvraag laten doen bij ongeveer een kwart van de gemeenten naar de inkoop en de toegang tot de Wmo. Veel gemeenten geven aan dat het echter nog te vroeg is om goed antwoord te geven op sommige van de vragen hierover.

Toegang Wmo 2015

De toegang tot de Wmo 2015 kent een wettelijk vastgelegd proces als belangrijke waarborg voor de cliënt om de ondersteuning te kunnen krijgen die past bij de omstandigheden, behoeften en wensen. Zorgvuldigheid bij gemeenten in de uitvoering van dit proces is daarbij essentieel en dit is ook waar mijn aandacht naar uitgaat. De signalen die mij bereiken via media, gesprekken met aanbieders en cliëntorganisaties en gerechtelijke uitspraken wijzen daar namelijk niet altijd op. In maart heb ik met de VNG een inventarisatie laten uitvoeren naar de inrichting van de toegangsprocedure en de ervaringen van gemeenten daarbij. De resultaten uit deze inventarisatie treft u bij deze brief (zie bijlage, Rapport Onderzoek Toegang Wmo 2015, maart 2015).

Naar aanleiding van rechterlijke uitspraken, o.a. over het uitsluitend mededelen van een wijziging in huishoudelijke hulp zonder een individuele benadering, heb ik gemeenten in een brief van begin april nogmaals gewezen op de noodzaak een zorgvuldig gesprek te voeren. Ik heb hen gevraagd de eigen uitvoeringspraktijk op dit punt nog eens kritisch te bezien en waar nodig aan te passen. Ik vind dat gemeenten ernaar moeten streven zo veel mogelijk te voorkomen dat cliënten

zich geroepen voelen om gerechtelijke procedures te starten; een goed gesprek met de cliënt die zich gehoord weet, zal dat in veel gevallen kunnen voorkomen. Ook de VNG heeft hier aandacht voor gevraagd bij haar leden met een ledenbrief en op de praktijkdagen georganiseerd door het Transitiebureau Wmo. Veel gemeenten en cliëntorganisaties bieden allerlei praktische handreikingen voor burgers ter voorbereiding op het 'gesprek aan de keukentafel'. Ik heb er alle vertrouwen in dat gemeenten zich steeds meer bewust zullen worden van de wijze waarop zij een goed gesprek kunnen inrichten en ook burgers zullen zich bewust worden van hun positie: er moet met hen en niet over hen worden gesproken. Uit de bijgevoegde inventarisatie blijkt dat bijna alle gemeenten investeren in de kwaliteit van het onderzoek, o.a. door competentie eisen te stellen aan de gespreksvoerders en training aan te bieden. Het onderzoek toont aan dat de gemeente in alle processtappen van de toegang tot ondersteuning betrokken is. In enkele voorbeelden wordt het onderzoek door de cliëntondersteuner of aanbieder verricht. Om misverstanden over de toegang tot de Wmo weg te nemen, werken VNG en cliëntenorganisaties gezamenlijk aan een publicatie over de misverstanden over 'het keukentafelgesprek'.

Bij een onzorgvuldige uitvoering van de wet en het lokale beleid is het primair aan de gemeenteraad om het college hierop aan te spreken. Mocht mij blijken dat er sprake is van meer dan incidentele, ernstige tekortkomingen in de uitvoering van de Wmo 2015 door een gemeente en een gemeenteraad die zijn verantwoordelijkheid hierin niet neemt, dan heb ik de bevoegdheid om te interveniëren volgens de stappen van de interventieladder van bestuurlijk toezicht. De ervaring tot op heden sterkt mij overigens in het vertrouwen dat gemeenten hun verantwoordelijkheid van een zorgvuldige houding, soms nadat zij op onvolkomenheden zijn gewezen, zelf nemen.

Van belang, zeker voor nieuwe cliënten, is dat de toegang tot ondersteuning van de gemeente goed vindbaar is. Uit het onderzoek blijkt dat gemeenten een scala aan instrumenten inzetten om bekendheid aan het toegangsproces en de nieuwe regels te geven. Aandachtspunt waar ik wethouders onlangs ook op heb gewezen, is dat de algemene informatie ook voldoende wordt doorvertaald naar de betekenis voor de iemands persoonlijke situatie.

De positie van de mantelzorger bij het toegangsproces is in de Wmo 2015 verstevigd. De mantelzorger wordt betrokken bij het onderzoek, waarin niet alleen de mogelijkheden van de mantelzorger aan bod komen, maar ook de ondersteuningsbehoeften en de grenzen aan de belastbaarheid. De bevindingen uit het onderzoek wijzen er op dat dit beleid ook zo wordt uitgevoerd. In 77% van de gevallen is de mantelzorger betrokken bij het gesprek en in 10-20% van de gevallen is het onderzoek gestart op initiatief van de mantelzorger. Op 26 maart jl. is er tijdens een speciale praktijkdag over mantelzorg uitgebreid met gemeenten stilgestaan bij de betrokkenheid van mantelzorgers bij ondermeer het onderzoek en de sociale teams in de wijk.

Luisterend naar de signalen van aanbieders en cliënten is er een onderscheid te maken in hoe het toegangsproces wordt ervaren door cliënten die voor de transitie al in zorg waren en binnen het overgangsrecht vallen en nieuwe cliënten die zich voor het eerst melden met een ondersteuningsvraag. Met name voor de nieuwe cliënten is het een aandachtspunt voor gemeenten dat de juiste expertise aanwezig is om de ondersteuningsvraag voldoende op te kunnen pakken.

Gemeenten geven in het uitgevoerde onderzoek aan te anticiperen op de toeleiding van een grote groep cliënten waarvan eind 2015 het overgangsrecht afloopt, bijvoorbeeld door de inzet van extra capaciteit.

Vanuit de diverse peilingen en enquêtes komt het signaal naar voren dat cliënten een toename in de zorgkosten verwachten of nog niet goed weten welke eigen bijdrage van hen wordt verwacht. Uw Kamer heeft mij in de afgelopen weken specifieke vragen gesteld over de eigen bijdrage systematiek en de gevolgen voor cliënten. Ik zal deze vragen voor het algemeen overleg op 30 april a.s. beantwoorden. Van belang voor deze voortgangsrapportage is om te melden dat gemeenten blijkens de gedane uitvraag aangeven de cliënten te informeren over de verschuldigde eigen bijdrage voordat een aanvraag voor een maatwerkvoorziening wordt gedaan.

Belangrijk onderdeel van het toegangsproces is de beschikbaarheid van onafhankelijke, levensbrede cliëntondersteuning, vooral om cliënten te ondersteunen bij het vinden van de juiste ondersteuning en zorg. Uit de bijgevoegde inventarisatie blijkt dat nagenoeg alle gemeenten burgers tijdens het onderzoek erop wijzen dat zij een beroep kunnen doen op onafhankelijke cliëntondersteuning. Naar aanleiding van de motie Voortman/Van Dijk⁴ is in nauwe samenwerking met de cliëntenorganisaties een zelftest cliëntondersteuning⁵ opgesteld, waarmee de gemeenteraad of lokale belangenbehartigers kunnen nagaan of in hun gemeente de cliëntondersteuning voldoet aan de wettelijke vereisten. De uitkomst kan worden gebruikt om in dialoog te gaan met de gemeente over verdere verbetering van de cliëntondersteuning.

MEE Nederland heeft een compilatie van signalen van MEE-cliëntondersteuners opgesteld⁶. Deze signalen hebben betrekking op onder meer de vindbaarheid van de cliëntondersteuning voor de burger, de borging van de onafhankelijkheid van de cliëntondersteuning en de levensbreedheid van de cliëntondersteuning in een aantal gemeenten. Genoemde zelftest kan in deze gemeenten worden gebruikt om helderheid te krijgen of de cliëntondersteuning op genoemde punten conform de wet is geregeld.

Inkoop Wmo 2015

Het tijdig gereed hebben van de inkoop van een kwalitatief en kwantitatief voldoende ondersteuningsaanbod uit hoofde van de Wmo 2015, was één van de vijf focuspunten. Eind 2014 heb ik alle gemeenten op de voet gevolgd bij de stappen die zij zetten om dit tijdig gereed te hebben. De periode waarin gemeenten dit samen met aanbieders voor elkaar moesten krijgen was kort en de kaders en gegevens die de basis vormden voor de inkoop werden niet altijd als duidelijk ervaren, bleek uit de signalen van gemeenten en aanbieders.

Door gesprekken met en evaluaties van diverse partijen⁷ heb ik mij een beeld gevormd over het verloop en de uitkomsten van dit inkoopproces. Het evaluatieonderzoek naar de inkoop bij gemeenten, welke in opdracht van VNG en VWS is uitgevoerd in maart, stuur ik mee met deze brief (zie bijlage, 'Evaluatie

⁴ Kamerstukken II 2014-2015, 29538, nr.164

⁵ <http://www.invoeringwmo.nl/bibliotheek/zelftest-clientondersteuning>

⁶ Rapportage Monitoring cliëntondersteuning, MEE Nederland, 27 maart 2015, www.mee.nl

⁷ O.a. signalen VNG, G4, G32, evaluaties van Koepels van aanbieders (www.GGZnederland.nl), www.VGN.nl, www.Mee.nl,)

Inkoop Wmo 2015 in 2014'). In algemene zin is mijn beeld dat gemeenten en aanbieders hun verantwoordelijkheid hebben genomen bij de inkoop 2015, wat heeft bijgedragen aan de continuïteit van zorg en ondersteuning. De signalen van aanbieders, gemeenten en cliënten(organisaties) die ik tot nu toe ontvang bevestigen dit beeld. Ik heb geen concrete signalen dat voor sommige groepen cliënten geen passende aanbod is ingekocht waardoor zij tussen de wal en het schip zijn geraakt. Dit blijkt ook uit het afnemend aantal signalen aan de cliënttafel. In individuele gevallen waar onduidelijkheid bestond over ingekochte taken lijken zowel aanbieders als gemeenten hun verantwoordelijkheid te hebben genomen om zo snel mogelijk tot een oplossing te komen en daarna de discussie pas starten wie verantwoordelijk is. Ik ben in enkele gemeenten het voorbeeld tegengekomen van dagelijkse 'interventie-overleggen'. Dit is een overleg met de verantwoordelijken uit het primair uitvoeringsproces waar situaties, waar vooraf niet in was voorzien, direct opgepakt en opgelost kunnen worden. Veel gemeenten hebben er bovendien voor gekozen om zorg en ondersteuning bij aanbieders in te kopen die in 2014 een zorgovereenkomst hadden met het zorgkantoor. Hierdoor hebben de meeste cliënten hun aanbieder kunnen behouden.

Ik heb signalen ontvangen dat het voor partijen in sommige situaties onduidelijk is wie verantwoordelijk is voor de zorg en ondersteuning. Het gaat met name om zorgvormen die vanuit verschillende wettelijke kaders geleverd kunnen worden. Voor kortdurend verblijf en spoedzorg geven partijen aan dat er meer duidelijkheid nodig is wie wanneer verantwoordelijk is. Over het onderwerp spoedzorg is een informatiekaart gepubliceerd die meer duidelijkheid biedt. Voor kortdurend verblijf ben ik met de betrokken partijen aan de hand van casuïstiek aan het bekijken of er, naast de informatiekaart uit november 2014, meer duidelijkheid nodig is.

De inkoop van de taken in het kader van de Wmo 2015 is door veel gemeenten gedaan op basis van een inkoopmodel dat ook door de zorgkantoren werd gehanteerd. Het p*q model, waarbij gemeenten afspraken maken over een vaste prijs voor een bepaald product, is volgens het door mij en VNG uitgevoerde onderzoek onder 130 gemeenten, door 78% gemeenten gehanteerd. Om de taakstelling op te vangen heeft een merendeel van de gemeenten er voor gekozen om in 2015 een korting op het tarief toe te passen. In uw brief van 26 maart jl.⁸ vraagt u een reactie op het feit dat gemeenten volgens onderzoek veel korten op de Wmo-taken. Mijn beeld is dat gemeenten in de meeste gevallen voorheen AWBZ begeleiding kortingspercentages opleggen tussen de 11% en 25%. Vergelijking van tarieven moet echter zorgvuldig gebeuren. Gemeenten en aanbieders hebben de inhoud van producten, of de producten zelf aangepast. Hierdoor ontstaat diversiteit in producten tussen gemeenten waardoor een vergelijking op alleen tarief een onvolledig beeld geeft. Zo dekken gemeenten uit het beschikbare budget ook kosten voor toegang, waarbij de individuele wensen en behoeften van cliënten in beeld gebracht worden. Voorheen werden dergelijke gesprekken door aanbieders gevoerd. Door gesprekken met aanbieders en op basis van tariefberekening verwachten gemeenten tarieven te hebben vastgesteld waarmee de continuïteit van ondersteuning van voldoende kwaliteit gewaarborgd is.

⁸ kenmerk: 2015Z05464

Afspraken over het volume of een maximale omzet zijn niet in alle gemeenten gemaakt. Gemeenten geven aan dat zij verwachten het volume van zorg de aankomende jaren te kunnen sturen, doordat zij zelf verantwoordelijk zijn voor de toegang en op basis van maatwerk, passend ondersteuningsaanbod beschikbaar hebben. Vanwege het overgangsrecht zijn veel aanbieders in 2015 redelijk zeker over het te leveren volume. Van met name kleine aanbieders, ontvang ik signalen dat zij vaak te maken hebben gekregen met nul-urencontracten en dat dit hen richting de toekomst zorgen baart. Ik zal gemeenten (en wanneer van toepassing verzekeraars en zorgkantoren) vragen om tijdig duidelijkheid te geven aan de kleinere aanbieders voor de aankomende jaren.

Dat veel gemeenten er voor hebben gekozen om een inkoopsystematiek te hanteren die lijkt op de systematiek die door zorgkantoren werd gehanteerd komt met name voort uit het feit dat er een beperkte tijd was om het inkoopproces vorm te geven en uit voeren en dat de nadruk lag op borgen van de continuïteit van zorg. Door het organiseren van die continuïteit in 2015 hebben gemeenten en aanbieders nu de ruimte om hun streven naar een andere vorm van inkoop. Meer dan 70% van de gemeenten geeft aan dat zij in de huidige inkoopcontracten afspraken met aanbieders hebben vastgelegd op welke wijze het proces om tot een vernieuwend zorgaanbod te komen vorm wordt gegeven. Afhankelijk van de duur van de huidige contracten (57% van de gemeenten heeft contracten van minder dan twee jaar) hopen veel gemeenten dit binnen één a twee jaar geïmplementeerd te hebben.

Een belangrijk aspect in de vernieuwing is de samenwerking tussen partijen tijdens het inkoopproces. 90% van de gemeenten heeft in samenwerking met andere gemeenten het inkoopproces vormgegeven. Zij stellen partnerschap met (nieuwe) aanbieders, Wmo-raden, cliëntvertegenwoordigers en omliggende gemeenten centraal. Gemeenten hebben veelal gekozen voor een manier van inkopen die dit partnerschap ondersteunt; bestuurlijk aanbesteden. Deze manier van inkopen vergroot niet alleen de continuïteit in de dienstverlening maar geeft ook ruimte voor gesprek om gezamenlijk te zoeken naar ondersteuning die het beste aansluit bij de lokale of regionale situatie. Dit gesprek heeft, onder andere door de onderhandelingsfase waar gemeenten en aanbieders tot eind van het jaar in zaten, nog onvoldoende plaatsgevonden om tot duurzame afspraken te komen. Voordat de inkoop voor 2016 wordt ingezet zal ik het overleg tussen gemeenten en aanbieders faciliteren. Samen met VNG worden inkoopdagen georganiseerd. Ook de regionale tafels en de regiosecretarissen hebben een rol in het bij elkaar brengen van de partijen om te komen tot werkbare afspraken.

Inkoop, toegang en budget beschermd wonen

De inkoop 2015 van beschermd wonen is in veel regio's pas in een laat stadium afgerond. Geconcludeerd kan echter worden dat dankzij de grote inspanning van gemeenten en aanbieders de ondersteuning aan cliënten kon worden gecontinueerd en de toegang daartoe is georganiseerd. In sommige gevallen is voor het bepalen van de toegang tot beschermd wonen voor een tijdelijke oplossing gekozen. Nu de continuïteit is geborgd, ontstaat ruimte voor gemeenten om samen met aanbieders en cliënten te gaan werken aan vernieuwing. Vanuit de VNG start hiertoe op korte termijn een ondersteuningsprogramma dat ik zal faciliteren. Dit alles zal moeten uitmonden in regionale beleidsplannen voor beschermd wonen. Een van de prioritaire onderwerpen die door gemeenten in het

ondersteuningsprogramma zal worden opgepakt is het voorbereiden van afspraken tussen gemeenten over de invulling van de wettelijke eis van landelijke toegankelijkheid. Ik heb de gemeenten in een brief aangegeven dergelijke afspraken toe te juichen, zolang die in lijn zijn met de wet.

Met de VNG is afgesproken de historische verdeling van de budgetten die samenhangen met beschermd wonen te verbeteren en het objectieve verdeelmodel voor dit beleidsterrein in 2016 niet in te voeren. In plaats daarvan heeft de VNG een commissie ingesteld die zich buigt over de toekomst van beschermd wonen en een voorstel zal doen voor een daarbij passend verdeelmodel. Deze commissie van de

VNG zal rond de zomer haar advies uitbrengen. Voor de verbetering van de historische verdeling geldt dat momenteel in nauwe samenwerking met de centrumgemeenten en brancheverenigingen een onderzoek wordt uitgevoerd. Het resultaat hiervan zal in meicirculaire van het Gemeentefonds worden gecommuniceerd.

Inkoop cliëntondersteuning

Aandachtspunt bij de transitie was ook de beschikbaarheid van cliëntondersteuning en de afspraken van gemeenten met de MEE-organisaties. Inmiddels heeft de transitie per 1 januari 2015 zijn beslag gekregen en kan worden geconstateerd dat de afspraken zijn omgezet in contracten cq. beschikkingen. De bestuurlijke afspraken die in februari 2014 zijn gemaakt tussen VWS, VNG en MEE NL hebben eraan bijgedragen dat er sprake is van een 'zachte landing' van de cliëntondersteuning en van continuïteit van de dienstverlening voor de cliënten. De cliëntondersteuning staat begin 2015 in de steigers en zal in 2015 door gemeenten inhoudelijk verder worden doorontwikkeld.

Dagbesteding dementie

Uw Kamer heeft mij in de regeling van werkzaamheden van 17 maart 2015 gevraagd om te reageren op het bericht "Gemeente halveert dagbesteding dementie (en de gevolgen voor GGZ en mantelzorger)" van 16 maart 2015. In het genoemde nieuwsbericht van 16 maart 2015 op Skopr worden de resultaten besproken van de inventarisatie van Alzheimer Nederland naar dagactiviteiten voor mensen met dementie en van de vijfde meting van de Wmo-monitor van GGZ Nederland en RIBW Alliantie.

Alzheimer Nederland heeft van 1 februari 2015 tot 1 maart 2015 een inventarisatie uitgevoerd naar de dagactiviteiten voor mensen met dementie. Deze inventarisatie bestond uit gesprekken met 68 aanbieders van dagactiviteiten, interviews met 25 aselect gekozen gemeenten en een online enquête onder mantelzorgers van mensen met dementie, waar in totaal 896 mantelzorgers aan hebben deelgenomen. In de inventarisatie geven aanbieders van dagactiviteiten ondermeer aan dat gemeenten korten op tarieven, vrijwilligers een grotere rol krijgen en er veranderingen plaatsvinden in het vervoer naar de dagbesteding. Ook de samenwerking met andere partijen zoals de wijkteams en casemanagers wordt relatief vaak genoemd als verandering. Verder blijkt uit de inventarisatie dat er van sluiten van locaties, het openen van nieuwe locaties of fusies nu nog nauwelijks sprake is. Mantelzorgers worden volgens de peiling meer betrokken bij de ondersteuning, alhoewel mantelzorgers zelf aangeven nog weinig van de veranderingen te merken. Sommige gemeenten geven in de peiling aan dat dagactiviteiten worden vernieuwd, zo komen er in sommige gemeenten

laagdrempelige vormen van dagactiviteiten dichtbij huis. Meest genoemde verandering is een hogere eigen bijdrage. Zoals eerder aangegeven zal ik u separaat de beantwoording van uw vragen over de eigen bijdragen doen toekomen.

Uit de vijfde meting van de Wmo-monitor van GGZ Nederland en RIBW Alliantie naar de voortgang van de Wmo 2015 blijkt dat de GGZ-sector de eerste fase van de transitie goed heeft doorstaan, dat over de continuïteit van zorg en ondersteuning goede afspraken zijn gemaakt en dat bij de inkoop lagere tarieven gelden dan in het verleden. De belangrijkste verandering volgens de monitor is de afname van het aantal aanbieders dat een laagdrempelige inloopvoorziening voor GGZ cliënten biedt. Verder maken aanbieders zich vooral zorgen over de stijging van de administratieve lasten. In een begeleidende brief bij de monitor geven GGZ Nederland en RIBW Alliantie aan te verwachten dat de inkoop van dagbesteding en de inloopfunctie GGZ in 2016 onder druk komt te staan.

Het genoemde nieuwsbericht van 16 maart jl. op Skipr, waar uw Kamer naar verwijst gaat verder en stelt dat dagbesteding voor mensen met dementie en inloopvoorzieningen voor GGZ-patiënten in 2016 zullen verdwijnen. Dementie is een ingrijpende ziekte, die veel invloed heeft op de mens met dementie maar ook op de omgeving van de patiënt. Ik vind het belangrijk dat mensen met dementie zo lang mogelijk de gelegenheid krijgen om mee te doen in de maatschappij. Dagbesteding voor mensen met dementie is hierbij essentieel, omdat het de maatschappelijke participatie van mensen met dementie kan bevorderen en het tevens een belangrijke steunfunctie voor mantelzorgers vervult. Voor mensen met psychiatrische problematiek kunnen laagdrempelige voorzieningen zoals de inloop-ggz van groot belang zijn. Ik zal daarom in het gesprek met gemeenten het belang van passende ondersteuning voor mensen met dementie en mensen met psychiatrische problematiek blijven benadrukken. Waarborgen voor passende ondersteuning die aansluit bij de persoonlijke situatie, wensen en behoeften van cliënten zijn opgenomen in de Wmo 2015. Ik ga er dan ook van uit dat de verantwoordelijke partijen hun (wettelijke) verantwoordelijkheid nemen en hier op een dusdanige wijze invulling aan te geven dat dagbesteding en de inloop-ggz niet verdwijnen, zonder dat er een passend alternatief voor deze kwetsbare groepen is gerealiseerd.

Het kan wel zo zijn dat er in de toekomst locaties voor dagbesteding voor mensen met dementie verdwijnen of worden samengevoegd, bijvoorbeeld omdat aanbieders hun aanbod doelmatiger vormgeven of vernieuwen. GGZ Nederland wijst in haar begeleidende brief ook expliciet op deze mogelijkheid. GGZ-aanbieders geven aan dat voor hen nog niet duidelijk is of de genoemde vormen van ondersteuning op een andere manier zullen worden aangeboden. Vooralsnog heb ik nog geen aanleiding te veronderstellen dat door (toekomstige) verschuivingen in het aanbod de continuïteit van ondersteuning voor mensen met dementie of GGZ-problematiek in het geding is. Ik zal in gesprek met de verschillende partijen de ontwikkelingen hieromtrent blijven volgen.

Administratieve lasten

In mijn vorige rapportage heb ik aangegeven dat het inrichten van de administratie en het gebruik van ICT de verlening van zorg niet mag blokkeren.

Van de zijde van aanbieders, gemeenten en cliënten bereikten mij echter veel signalen die duiden op een ervaren stijging van onnodige administratieve lasten en bureaucratie. Dit beeld komt ook terug in monitors van aanbieders, mediaberichten en uit overleggen aan de (implementatie)tafels waar gemeenten, aanbieders en cliëntorganisaties aan deelnemen.

Het krappe tijdsbestek waarbinnen gemeenten en aanbieders de continuïteit van zorg en ondersteuning geregeld moesten hebben, heeft onvoldoende ruimte gelaten om ook goede afspraken te kunnen maken over het administratieve proces voortvloeiend uit de afgesloten contracten. De infrastructuur waarlangs digitale berichtgeving plaats zou kunnen vinden in de nieuwe situatie werd eind 2014 opgeleverd waardoor onvoldoende gelegenheid was om op lokaal niveau goede afspraken te maken over het gebruik daarvan. Er zijn vanuit de iWmo-plustafel eind 2014 veel terugvalopties opgeleverd door VWS, VNG en ZorgInstituutNL, om het minimaal noodzakelijke proces per 1 januari door te laten lopen wanneer dit digitaal nog niet zou kunnen. Daarnaast hebben veel gemeenten gekozen om door middel van bevoorschotting en lumpsum financiering aanbieders wel financiële zekerheid te geven terwijl gezocht wordt naar meer structurele oplossingen in de administratie en gegevensuitwisseling. Veel gemeenten hebben voor de inkoop van de 'overgangsccliënten' nog gebruik gemaakt van de AWBZ productcodes en tarieven, maar voor de nieuwe cliënten nieuwe producten en arrangementen benoemd. Het naast elkaar bestaan van deze twee 'talen' zorgt nu voor een tijdelijk extra ervaren administratieve last.

De eerder gemaakte bestuurlijke werkafspraken transitie⁹ met aanbieders en gemeenten zijn de basis om nu verder met elkaar in gesprek te gaan om op het niveau gemeente-aanbieder te waarborgen dat er geen problemen ontstaan met betrekking tot de vaststelling van de rechtmatigheid en administratieve lasten teruggedrongen worden. Gemeenten en aanbieders hebben onlangs toegezegd om met een gezamenlijke agenda te komen om de ontstane knelpunten weg te nemen, maar ook om de transformatie (vernieuwing) op het gebied van administratie en het gebruik van ICT te realiseren. De uiteindelijke ambitie is om te komen tot een inrichting van de administratie en ICT die de 'vernieuwde' inrichting en arrangementen van zorg en ondersteuning zo goed mogelijk faciliteert tegen zo laag mogelijke uitvoeringskosten. De werkagenda bestaat uit afspraken om op korte, middellange en lange termijn het proces rondom informatievoorziening te verbeteren en de administratieve lastendruk te beperken. Gezamenlijk zal gewerkt worden aan oplossingen rondom de rechtmatigheid van inkoopcontracten, het verbeteren van de inkoopprocedure voor 2016 en een verdere doorontwikkeling van de ICT-systemen (iWmo/iJeugd). Hierbij wordt bijvoorbeeld de lastendruk van verschillende inkoopmodellen in ogenschouw genomen.

In december is de infrastructuur opgeleverd waarmee gemeenten en aanbieders van zorg en ondersteuning elektronisch berichten voor toewijzen en declareren van Wmo en Jeugd zorg, kunnen uitwisselen. Dit gestandaardiseerde berichtenverkeer beperkt de administratieve lastendruk voor beide partijen. Inmiddels hebben vrijwel alle gemeenten zich aangemeld bij het Gemeentelijk

⁹ Kamerstukken II, 2014-2015, 34014, nr. 1.

Gegevensknooppunt (GGK) en vele zorgaanbieders bij VECOZO, het schakelpunt van de aanbieders. De VNG, in goed overleg met aanbieders werkt namens de gemeenten aan een volgende versie van de gegevensstandaarden en de ketenvoorzieningen. Transacties die nog niet digitaal ondersteund worden zoals berichten voor aanvang, mutatie en beëindiging van zorg worden toegevoegd.

Voorts wil ik uw Kamer melden dat een aantal branches¹⁰ van zorgaanbieders zich hebben verenigd in het project iZA. De doelstelling van Project iZA is om vanuit het perspectief van de aanbieders van ondersteuning en zorg en in overleg met de VNG, VWS en ZN de invoering van softwaresystemen en uitvoeringsvraagstukken die daarmee te maken hebben gezamenlijk op te pakken. De bovenstaand beschreven agenda is hier een uitwerking van.

In een volgende voortgangsrapportage zal ik uw Kamer nader informeren over de uitwerking van de bovenstaand genoemde agenda en de bereikte resultaten.

Huishoudelijke hulp in de Wmo 2015

De afgelopen periode is er veel aandacht geweest vanuit de samenleving, de Tweede Kamer en de media voor de wijze waarop gemeenten de hulp bij het huishouden organiseren. Het verlenen van maatwerk vraagt om een zorgvuldig onderzoek naar de achtergronden van de ondersteuningsvraag, de persoonskenmerken van betrokkene en de situatie waarin deze persoon verkeert. Deze eisen aan het zorgvuldig onderzoek vormen een belangrijk onderdeel van het wettelijk kader en gelden voor zowel nieuwe als huidige cliënten. Wanneer gemeenten besluiten om de huishoudelijke hulp te versoberen of in individuele gevallen te beëindigen, vraagt dit in alle gevallen om een individuele afweging. Tegelijkertijd geldt dat gemeenten het nieuwe wettelijk kader dienen uit te voeren met substantieel minder financiële middelen vanuit het Rijk.

Op basis van onderzoek dat ik heb laten uitvoeren onder 103 gemeenten naar het beleid voor huishoudelijke hulp¹¹, kan ik u een beeld schetsen van de wijze waarop gemeenten de huishoudelijke hulp vorm geven. Het landelijke beeld voor huishoudelijke hulp is dat gemeenten geleidelijk en gefaseerd het lokale beleid aanpassen naar de nieuwe wettelijke en budgettaire kaders. De gewenste verandering van het beleid voor huishoudelijk hulp is deels al in de afgelopen jaren gerealiseerd. Een deel van de gemeenten zal onderdelen van de beleidswijziging ook na 2015 doorvoeren. Deze meer geleidelijke en gefaseerde overgangssituatie biedt zowel cliënten, aanbieders als medewerkers meer tijd om zich aan te passen naar de nieuwe situatie.

Een substantieel deel van de gemeenten heeft in de afgelopen jaren al geanticipeerd op het nieuwe wettelijk kader. Een deel van deze gemeenten kiest er dan ook voor in om het transitiejaar 2015 geen nieuwe wijzigingen door te voeren. Circa 15 procent van de gemeenten heeft in de afgelopen maanden de voorgenomen wijzigingen voor 2015 al gerealiseerd. Ongeveer 40 procent van de gemeenten geeft aan de veranderingen geleidelijk te realiseren in 2015 en de komende jaren. Een klein aantal gemeenten kiest ervoor pas in 2016 of 2017 het beleid aan te passen. Deze fasering in het realiseren van de beleidswijzigingen is

¹⁰ Actiz, BTN, VGN, GGZ Nederland, Federatie Opvang en Jeugdzorg Nederland

¹¹ Bijlage Monitor HH(T) 1^e kwartaalmeting, 30 maart 2015.

ook terug te zien in het tijdpad voor het verwerken van de financiële taakstelling in de gemeentelijke begrotingen.

De helft van het aantal onderzochte gemeenten geeft aan in de afgelopen periode de bestaande rechten van cliënten voor huishoudelijke hulp te hebben aangepast. Het houden van een individueel gesprek met betrokkene wordt door 80% van de gemeenten genoemd als de manier hoe zij omgaan met het overgangsrecht van bestaande cliënten. Daarnaast noemt 20% van de gemeenten een generieke aanpassing van lopende aanvragen met expliciete mogelijkheid tot bezwaar als werkwijze. Een aantal gemeenten heeft inmiddels als gevolg van rechterlijke uitspraken dit generieke beleid terecht aangepast. Gemeenten kunnen pas een besluit nemen over het versoberen of beëindigen van voorzieningen nadat een zorgvuldig onderzoek naar de persoonlijke omstandigheden van betrokkene heeft plaatsgevonden. Naast het voldoen aan de juridische voorschriften, is het belangrijk dat gemeenten investeren in een zorgvuldige communicatie met betrokkene en informeren over mogelijke alternatieven.

Uit de onderzoeksresultaten blijkt ten slotte dat ongeveer 24% van de gemeenten inmiddels werkt met een aanbod van zowel algemene als maatwerkvoorzieningen voor huishoudelijke hulp. Van de gemeenten onderzoekt 83% bij de verstrekking van huishoudelijk hulp via een algemene voorziening voorafgaand of deze voorziening voor betrokkene passend is. De Huishoudelijke Hulp Toelage ondersteunt de hierboven geschetste bewegingen gericht op een gefaseerde overgang naar nieuwe ondersteuningsvormen. Elders in deze voortgangsrapportage ga ik in op de ontwikkelingen van de Huishoudelijke Hulp Toelage.

Wet Langdurige zorg

Op 1 januari is de Wet langdurige zorg in werking getreden. De Wlz wijkt op een aantal punten af van de AWBZ en bevat ook zaken die in de uitvoering nadere uitwerking en onderzoek behoeven. Een belangrijk uitgangspunt bij de transitie naar de Wlz is de continuïteit van zorg voor de cliënten die op 31 december zorg ontvingen op grond van de AWBZ. Een bijzondere groep cliënten daarbinnen betrof de circa 13.000 mensen die in het najaar van 2014 de keuze konden maken voor het Wlz-overgangsrecht (de 'Wlz-indiceerbaren') en de cliënten met een laag zzp die thuis wonen. Ik zal u informeren over de actualiteit rond deze groep en de inzet van betrokkenen om uitvoeringskwesties op te lossen. Daarnaast informeer ik u over de inspanningen van betrokken om een goede uitvoering van de wet per 2016 te borgen. Deze inspanningen waren gericht op de nadere uitwerking en onderzoek van een aantal onderdelen in de Wlz, zoals de meerzorgprocedure, de omgang met het zogenaamde 'overbruggings-MPT', het onder de aandacht brengen van de subsidieregeling eerstelijnsverblijf en de zorgprofielen. Met het oog op de uitvoering in 2016 informeer ik u hieronder ook over de actualiteiten rond de inkoop in de Wlz.

Wlz-Overgangsrecht voor cliënten met een extramurale AWBZ-indicatie

Cliënten met een extramurale indicatie die hoogstwaarschijnlijk voldoen aan de Wlz-criteria hebben kunnen kiezen voor het Wlz-overgangsrecht. In eerdere brieven aan uw Kamer¹² heb ik u hierover geïnformeerd. Op grond van de ministeriële regeling¹³ heeft het CIZ brieven gestuurd aan cliënten die kunnen opteren voor het Wlz-overgangsrecht (Wlz-indiceerbaren). Daarnaast hebben de KDC's (Kinder Dienstencentra) cliënten met een Wlz-profiel benaderd, die minder dan 8 dagdelen behandeling in groepsverband hebben. Het KDC heeft de aanvragen namens de cliënten doorgestuurd naar het CIZ. Tot slot hebben cliënten met een Wlz-profiel zich kunnen melden bij het Informatiepunt van Per Saldo en Ieder(in). Hierover heb ik u geïnformeerd in mijn brief van 9 december jl.¹⁴

In totaal hebben ruim 13.000 cliënten gekozen voor het Wlz-overgangsrecht. Zij blijven de zorg via het zorgkantoor ontvangen. Het CIZ heeft deze cliënten een indicatiebesluit afgegeven voor een jaar. Dit besluit bevat de functies en klassen waarop men aanspraak had ultimo 2014. Ruim tweederde deel van de beschreven doelgroep is jonger dan 18 jaar. Vaak betreft het thuiswonende gehandicapte kinderen waarvan de ouders delen van het toezicht overnemen. Ongeveer de helft daarvan krijgt dagbehandeling in een dagcentrum. Voor het overgrote deel hebben zij de dominante grondslag verstandelijke beperking. Bij de volwassenen heeft het merendeel van de cliënten een ernstige lichamelijke beperking.

Tabel 1. *Aantal 'Wlz-indiceerbaren' naar leeftijd en dominante grondslag*

	18-	18+	Totaal
Somatische aandoening/beperking	270	370	640
Psychogeriatrische aandoening/beperking	0	80	80
Lichamelijke handicap	500	2.250	2.750
Zintuiglijke handicap	80	20	100
Verstandelijke handicap	8.210	1.500	9.710
Psychiatrische aandoening/beperking	0	10	10
Totaal	9.060	4.230	13.290

Voor alle geïndiceerde functies heeft een ruime meerderheid van de doelgroep gekozen voor pgb als gewenste leveringsvorm. Voor behandeling is geen keuze voor het pgb mogelijk.

¹² Kamerstuk 33 891, nr. 67 en Kamerstuk 33 891, nr. 172

¹³ gepubliceerd in de Staatscourant van 4 december 2014, nr. 34386)

¹⁴ Kamerstuk 34 104, nr. 3

Tabel 2. Aantal 'Wlz-indiceerbaren' naar leeftijd en geïndiceerde functies

	18-		18+	
	pgb	natura	pgb	natura
Persoonlijke verzorging	4330	740	2790	940
Verpleging	830	160	1290	740
Begeleiding in groepsverband	3460	1790	1010	1150
Begeleiding individueel	4220	1230	2570	530
Behandeling in groepsverband	-	4280	-	200
Kortdurend/Tijdelijk verblijf	3620	1500	1230	490

In de brief van 17 december jl.¹⁵ heb ik aangegeven dat in aansluiting op de systematiek van het pgb in de Wlz ook voor deze doelgroep het pgb op te hogen met € 3.357 per jaar voor de inkoop van huishoudelijke hulp. Zorgkantoren hebben op grond van de Wlz immers zorgplicht voor hun verzekerden. Diverse Wlz-indiceerbare budgethouders alsmede de cliëntenraad van Fokus hebben mij erop gewezen dat respectievelijk zij of een aantal cliënten op dit moment van hun gemeente aanzienlijk hoger pgb huishoudelijke hulp ontvangen dan de toeslag van € 3.357 . Op grond van dat signaal had ik in de net genoemde brief aangegeven met partijen te bezien of knelpunten kunnen ontstaan en hoe deze opgelost zouden kunnen worden. Inmiddels is een voorstel uitgewerkt, dat verder wordt besproken met cliëntenorganisaties en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en ingepast zal worden in wet- en regelgeving. Het voorstel behelst dat cliënten zich per 1 juli aanstaande bij het zorgkantoor kunnen melden met hun beschikking Wmo 2014. Blijkt uit die beschikking dat zij van hun gemeenten in 2014 veel dan de eerder genoemde toeslag kregen, dat dan het Wlz-pgb wordt opgehoogd met het meerbedrag naast de genoemde toeslag van € 3.357.

Het komt voor dat de zorgvraag van cliënten lopende het jaar 2015 tijdelijk of structureel verandert. Op dit moment komen bij het CIZ aanvragen binnen van cliënten of hun zorgaanbieder voor toevoeging van zorg aan de indicatie, bijvoorbeeld voor kortdurend verblijf (ter verlichting van mantelzorg) of verpleging. Momenteel is niet voorzien in de mogelijkheid om, tot het moment van de voorziene Wlz-indicatiestelling, de indicatie bij te stellen. Deze mogelijkheid zal alsnog worden gecreëerd, zodat het CIZ de aanvragen kan afhandelen.

In de tweede helft van 2015 zal het CIZ deze doelgroep benaderen voor een herindicatie. Het CIZ stelt daarbij vast of de cliënten voldoen aan de toegangscriteria voor de Wlz. Van belang is dat dit herindicatietraject uiterlijk 1 november is afgerond. Voor de cliënten die ook in 2016 zorg vanuit de Wlz blijven ontvangen moet tijdig helder zijn wat het best passend profiel is. Het zorgkantoor moet, in gevallen waarin er sprake is van meerzorg, hierover tijdig een beslissing

¹⁵ Kamerstuk 34 104, nr. 3

kunnen nemen.

Wlz-Overgangsrecht cliënten met laag zzp die thuis wonen

Een van de onderwerpen die ik afgelopen periode nauwlettend heb gevolgd, is het overgangsrecht voor cliënten met een indicatie voor een laag zzp.

De Wlz is bedoeld voor cliënten die blijvend op 24 uur zorg in de nabijheid en permanent toezicht zijn aangewezen. Bij de introductie van de Wlz is voor cliënten die reeds een indicatie hadden onder de AWBZ overgangsrecht gecreëerd. Cliënten met een laag zzp die zelfstandig thuis willen (blijven) wonen gaan op het moment dat hun indicatie afloopt (of uiterlijk op 1-1-2016) over naar de gemeenten (Wmo) en de Zvw. Als cliënten met een laag zzp in de Wlz willen blijven dan kan dat alleen als ze kiezen voor intramuraal verblijf.

Cliënten die nu liever thuis willen blijven wonen met ondersteuning en zorg vanuit de Wmo en/of de Zvw kunnen op grond van amendement 107 van de leden Otwin van Dijk (PvdA) en Van 't Wout (VVD) op elk moment in de toekomst alsnog kiezen voor verblijf in een zorginstelling op grond van de Wlz.

Zorgkantoren informeren cliënten hierover en dragen zorg voor een warme overdracht naar de Wmo en of de Zvw. Hierover heb ik begin dit jaar afspraken gemaakt met de VNG en ZN. Deze afspraken zijn vastgelegd in een informatiekaart die met partijen is gedeeld. Daarnaast heb ik het zorginstituut gevraagd om te monitoren om hoeveel cliënten het gaat zodat hiermee voor 2016 rekening gehouden kan worden.

Voordat hun AWBZ/Wlz indicatie afloopt worden cliënten gebeld door het zorgkantoor en ontvangen zij een brief. In deze brief informeert het zorgkantoor hen over het overgangsrecht voor de lage zzp's. Door middel van een antwoordkaart geven cliënten aan of zij thuis willen blijven wonen met ondersteuning en/of zorg vanuit de Wmo en de Zvw of dat zij in aanmerking willen komen voor een instelling op grond van de Wlz. Hebben cliënten vragen over de brief dan kunnen zij contact opnemen met de zorgadviseur van het zorgkantoor. Minimaal 8 weken voordat de AWBZ/Wlz indicatie afloopt geeft het zorgkantoor de contactgegevens van de cliënt (mits deze hiervoor toestemming geeft) die aangeeft dat hij thuis wil blijven wonen door aan de gemeenten. De cliënt wordt vervolgens door de gemeente uitgenodigd voor een onderzoek. Voor de overdracht naar de Zvw is afgesproken dat het zorgkantoor direct contact opneemt met de wijkverpleegkundige en verzoekt om een Zvw-indicatie te stellen bij de cliënt.

Meerzorg

Artikel 3.2.1. van de Wlz regelt dat iedereen de zorg moet krijgen die hij nodig heeft. Bij de behandeling van de Wlz in de Tweede Kamer zijn er voor de cliënten met een bijzondere zorgvraag meer zekerheden afgesproken. Dit heeft geleid tot amendement nr.150¹⁶ namens Dik-Faber en motie nr. 102¹⁷ namens Bergkamp. In de regelgeving zijn de contouren van een nieuwe meerzorgprocedure uitgewerkt met als kernpunten:

¹⁶ Dik-Faber: meer rechten vastleggen in het indicatiebesluit

¹⁷ Bergkamp: onderzoek naar een maatwerkprofiel

- Het CIZ bepaalt aan de hand van cliëntkenmerken en zorgbehoefte of er mogelijk aanleiding is voor meerzorg en legt dit vast in het indicatiebesluit.¹⁸ Dit wordt in het indicatiebesluit aangegeven.
- Daarmee krijgt de cliënt het recht op een onderzoek naar de meerzorg door het zorgkantoor. Het zorgkantoor komt via een zorgvuldige procedure tot een oordeel van welke meerzorg sprake is. Het zorgkantoor toetst daarbij of de gekozen invulling van de meerzorg financieel en zorginhoudelijk verantwoord is.

Samen met betrokken partijen inventariseer ik welke relevante cliëntkenmerken er zijn, op grond waarvan een cliënt meer zorg zou kunnen krijgen. Daarnaast zal de nieuwe werkwijze ook in de ICT-systemen van het CIZ een plaats moeten krijgen. Het gaat om het vastleggen van cliëntkenmerken, het herzien van het standaardindicatiebesluit en om het berichtenverkeer tussen CIZ en zorgkantoren via AZR. De nieuwe werkwijze zal worden vastgelegd in de beleidsregels indicatiestelling voor het jaar 2016. Hiermee wordt ook invulling gegeven aan de motie van het lid Bergkamp¹⁹ om vanaf 2016 de mogelijkheid van een maatwerkprofiel voor de indicatiestelling door het CIZ kan worden vormgegeven, inclusief een passende bekostigingssystematiek.

Overbruggings-MPT

De Wlz kent verschillende leveringsvormen (zorg in een instelling, MPT, VPT en pgb) met daaraan gestelde voorwaarden in wet- en regelgeving. Het MPT wordt echter ook gebruikt ter overbrugging van de periode waarop iemand wacht op opname in een instelling. In de voorwaarden is er geen onderscheid tussen een regulier MPT en een overbruggings-MPT. In aanpassing van wet- en regelgeving zal worden opgenomen dat de eisen die worden gesteld aan het toekennen van een overbruggings-MPT kunnen afwijken van het reguliere MPT. Daarbij moet bijvoorbeeld worden gedacht aan de aanpassing van de eis dat de zorg in de thuissituatie niet duurder mag zijn dan de zorg in een instelling; indien iemand wacht op een plek in een instelling moeten hier mogelijk soepeler voorwaarden worden gesteld.

Voortgang indicatiestelling (indicatiecriteria)

Het CIZ geeft uitvoering aan de indicatiestelling zoals deze in de Wlz is vastgelegd. Een verzekerde heeft recht op Wlz-zorg indien sprake is van een somatische of psychogeriatrische aandoening of beperking of een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap en verzekerde ten gevolge daarvan een blijvende behoefte heeft een permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid. Indien is vastgesteld dat is voldaan aan de hier vermelde criteria, bestaat er toegang tot de Wlz. Daarnaast stelt het CIZ vast welk zorgprofiel het beste bij de verzekerde past. De zorgprofielen omschrijven welke zorg er mogelijk is voor cliënten met een vergelijkbare zorgbehoefte.

De criteria gericht op de toegang tot de Wlz zijn nader uitgewerkt in de Beleidsregels indicatiestelling Wlz 2015. Het gaat hierbij bijvoorbeeld om de begrippen 'permanent toezicht' en '24 uur per dag zorg in de nabijheid',

¹⁸ Deze cliëntkenmerken worden vanaf 2016 opgenomen in een ministeriële regeling (BLZ art. 3.2.3. lid d).

¹⁹ TK 2014 – 2015, 33 891, nr. 102

'blijvendheid', 'ernstig nadeel', 'fysieke beperkingen', maar ook de zogenaamde grondslagen zijn hierin vermeld en beleidsregels over gebruikelijke zorg voor kinderen. Deze beleidsregels zijn (o.a.) in samenwerking met het CIZ tot stand gekomen. De beleidsregels voor de GGZ, VV en GHZ worden ter consultatie voorgelegd aan betrokken partijen. Voor de langdurige GGZ verricht het Zorginstituut Nederland momenteel ook nog onderzoek naar objectieve, zorginhoudelijke criteria, gericht op toegang tot de Wlz. U zult hierover te zijner tijd worden geïnformeerd.

Profielontwikkeling

Ten behoeve van een zorgvuldige adviesaanvraag aan het Zorginstituut Nederland en de Nza, gericht op de ontwikkeling van duurzame nieuwe zorgprofielen en een daarop aansluitende passende bekostigingssystematiek, inventariseer ik momenteel breed welke visies op de zorgprofielen er leven. Ik verwacht dat ik vóór de zomer de adviesaanvragen zal indienen. Dit betekent dat de huidige indeling van de zorgprofielen en zorgzwaartepakketten ook in 2016 zal gelden. U ontvangt ter zijner tijd (ter kennisneming) een afschrift van deze adviesaanvragen.

Eerstelijnsverblijf

Tijdens de behandeling van de Wlz in uw Kamer in september 2014 is door een amendement van het lid Dik-Faber bewerkstelligd dat het eerstelijns verblijf in 2015 is opgenomen in een afzonderlijke subsidieregeling Wlz. Vanaf dat moment is met alle betrokken partijen in een aantal maanden gewerkt aan realisatie van het amendement Dik-Faber²⁰ en is de subsidieregeling op 19 december 2014 vastgesteld. Daarna is volop ingezet op de voorlichting over de subsidieregeling eerstelijns verblijf 2015 door het Zorginstituut Nederland, Wlz-uitvoerders, CIZ, branches en beroepsverenigingen. Daarbij was ook specifieke aandacht voor de werkwijze van zorginkoop door de Wlz-uitvoerders en de indicatiestelling door het CIZ.

In de eerste weken van 2015 bleek dat nog niet alle professionals en organisaties deze subsidieregeling goed op het netvlies hadden. Daar waar cliënten in de knel dreigden te komen, hebben gemeenten, huisartsen en zorginstellingen gezamenlijk de route naar het eerstelijns verblijf weten te vinden. De signalen die het ministerie van VWS hebben bereikt zijn aanleiding geweest om aan de verschillende brancheorganisaties, waaronder de Landelijke Vereniging van Huisartsen, te vragen om de Subsidieregeling Eerstelijns Verblijf 2015 nogmaals onder de aandacht te brengen bij hun leden.

Tegelijkertijd krijg ik signalen dat het kader voor de Subsidieregeling Eerstelijns Verblijf 2015 zou knellen. Voor deze zorg is in 2015 € 96 miljoen beschikbaar, waarvan het Zorginstituut Nederland in een eerste ronde € 86 miljoen heeft verdeeld onder de Wlz-uitvoerders. De Wlz-uitvoerders die in meerdere regio's de Wlz uitvoeren, kunnen met de subsidiebudgetten tussen regio's schuiven. Op basis van de declaraties over de eerste vier maanden van 2015 verdeelt het Zorginstituut de resterende € 10 miljoen. Daarnaast monitor ik de in- en uitstroom uit de subsidieregeling nauwgezet aan de hand van gegevens van het CIZ. Momenteel zijn er

²⁰ Dik-Faber: tijdelijke financiering van kortdurende eerstelijns verblijf door middel van een subsidie op grond van de Wlz

nog geen kwantitatieve gegevens op basis waarvan ik een conclusie kan trekken over achterblijvende financiering van deze zorg.

De indieners van het amendement Dik-Faber zijn er vanuit gegaan dat deze zorg per 2016 alsnog onder de dekking van de Zorgverzekeringswet komt te vallen. De subsidieregeling eerstelijnsverblijf 2015 vervalt dan ook van rechtswege eind 2015. Ik ben in overleg met de koepelorganisaties van de huisartsen, verpleegkundigen, thuiszorgorganisaties, ziekenhuizen en de zorgverzekeraars ten behoeve van de inbedding van het eerstelijns verblijf in de Zvw per 2016. Binnenkort ontvangt uw Kamer de voorlopige duiding van het eerstelijns verblijf van het Zorginstituut Nederland. Aangezien er in de Zvw geen sprake meer is van indicatiestelling door het CIZ, is Verenso (de koepelorganisatie van de specialisten ouderengeneeskunde) op basis van de voorlopige duiding met de betrokken partijen een breed gedragen afwegingsinstrument aan het ontwikkelen. Hiermee wordt de huisarts ondersteund in de vraagverheldering en zorgtoewijzing van het eerstelijns verblijf. Voor 1 juli is een eerste concept van het afwegingskader gereed, dat in oktober 2015 definitief zal worden afgerond.

Aangezien eerstelijns verblijf onder de bestaande aanspraken van de Zvw mogelijk is, valt het vaststellen van prestaties en tarieven binnen de eigen bevoegdheid van de NZa. Daartoe heeft de NZa begin april een consultatiebijeenkomst gehouden met de betrokken partijen en zullen zij per 1 januari 2016 prestaties en tarieven vaststellen voor het eerstelijns verblijf in de Zvw. Voor de zomer wordt u uitgebreid geïnformeerd over het eerstelijns verblijf.

Wlz-inkoopproces 2015

De quickscan "Zorginkoop langdurige zorg 2013-2015" van de NZa²¹ geeft een overzicht van de cijfers over de zorginkoop in de langdurige zorg. De NZa zal deze cijfers ook gebruiken voor haar advies over de contracteerruimte/budgettair kader langdurige zorg, dat in juni beschikbaar komt. Het is voor het eerst dat de NZa deze cijfers al eerder in een aparte rapportage publiceert. De reden hiervan is dat zorgaanbieders en zorgkantoren door alle veranderingen in de langdurige zorg behoefte hebben aan tijdige informatie over de zorginkoop.

De quickscan geeft een feitelijke weergave van wat er aan langdurige zorg in het jaar 2013 is geleverd. Voor de jaren 2014 en 2015 is dat nog niet bekend. Voor deze jaren heeft de NZa daarom de meest recente cijfers gebruikt die beschikbaar zijn. Dit zijn de productieafspraken uit de tweede budgetronde 2014 en de eerste budgetronde 2015. Een groot deel van de quickscan heeft dus betrekking op de ontwikkelingen in 2013 en 2014. Voor 2015 geldt dat contracteerruimte in de eerste budgetronde meer benut (95,6%) is ten opzichte van de eerste budgetrondes in 2013 en 2014 (respectievelijk 93,7% en 93,8%).

Mijn verwachting is dat de contracteerruimte over 2015 uiteindelijk in grotere mate zal worden benut dan in 2014 (98,8%). Dat komt doordat in 2015 ook na de tweede budgetronde nog aanvullende productieafspraken kunnen worden gemaakt, mits het gaat om door het zorgkantoor goedgekeurde productie en dit past binnen de contracteerruimte.

Wlz-inkoopproces 2016 en samenvoegen van zorgkantoorregio's

Tijdens de Tweede Kamerbehandeling van de Wet langdurige zorg is gesproken over het gewenste aantal zorgkantoorregio's. Ik heb u toen gemeld dat

²¹ De rapportage van de NZa treft u aan als bijlage bij deze voortgangsrapportage

zorgkantoor DSW een pilot was gestart voor het samenvoegen van de twee aangrenzende zorgkantoorregio's, het ontwikkelen van meerjarenafspraken en het verder reduceren van de administratieve lasten in (het proces van) de inkoop van de langdurige zorg. Ik heb u toegezegd in het eerste kwartaal van 2015 te informeren over de stand van zaken van deze pilot. Bij deze kom ik tegemoet aan deze toezegging.

Voor de zorginkoop 2015 heeft DSW ten aanzien van de aanbieders in de regio's geopereerd alsof hun twee zorgkantoorregio's één regio waren. Zo heeft DSW één inkoopbeleid en één contracteerruimte voor beide regio's gehanteerd en zijn de gemaakte afspraken van aanbieders, werkzaam in beide regio's, samengevoegd tot één. Achter de schermen (systeemtechnisch) heeft DSW tijdens deze pilot nog steeds twee regio's. DSW inventariseert wat er nodig is voor het geheel samenvoegen van de regio's en maakt daar een draaiboek van. Naar aanleiding van de pilot zal ik een besluit nemen of DSW de regio's daadwerkelijk mag samenvoegen.

Zorgkantoor DSW onderzoekt ook op welke wijze er meerjarenafspraken gemaakt kunnen worden onder de Wlz met de zorgaanbieders van intramurale Wlz-zorg. Deze meerjarenafspraken zijn nog niet gerealiseerd bij de zorginkoop voor 2015 maar zullen onderwerp van gesprek zijn bij de zorginkoop voor 2016 (tweede helft 2015). Onderdelen van de afspraken die DSW geschikt acht voor een meerjarenafpraak zijn kwaliteit, doelmatigheid, vastgoed/afbouw capaciteit en innovatie. DSW heeft de zorgaanbieders in hun regio uitgenodigd om voorstellen te doen voor een mogelijk te sluiten meerjarenovereenkomst.

Door te opereren als één regio zijn de administratieve lasten verminderd voor 30% (9 van de 30) van de aanbieders waar DSW een contract mee heeft gesloten. Door te opereren als één regio kon er volstaan worden met één rekenstaat, één maandelijks betaalopdracht per aanbieder en één nacalculatie, daar waar dit voorheen allemaal dubbel was.

DSW heeft verder nog bij de inkoop van 2015 gekeken waar nog meer winst viel te halen bij de vermindering van administratieve lasten, waar DSW gebruik maakte van de landelijk uniforme inkoopcriteria. DSW zal met zorgaanbieders het inkoopbeleid van 2015 evalueren en bekijken waar nog verbeterpunten zijn ten behoeve van het inkoopbeleid 2016. Na afloop van deze pilot zal ik nader bezien wat het gewenste vervolg is.

Inkoopkader Wlz

ZN is met Wlz-uitvoerders - en in consultatie met brancheorganisaties van zorgaanbieders - bezig met het opstellen van een inkoopkader langdurige zorg 2016. Vanzelfsprekend zal daarbij ingezet worden op een verdere reductie van de administratieve lasten in het proces van de inkoop van langdurige zorg. ZN en Wlz-uitvoerders zullen in juni 2015 het inkoopkader voor de zorginkoop 2016 publiceren.

In het inkoopkader worden de aandachtspunten die door amendementen in de Wlz zijn opgenomen verwerkt waar nog niet aanwezig, en waar ze al onderdeel waren van het inkoopbeleid, zullen deze aandachtspunten worden aangescherpt in het inkoopkader. Een voorbeeld is dat in het aanbod van gecontracteerde zorgaanbieders redelijkerwijs rekening wordt gehouden met de godsdienstige gezindheid, de levensovertuiging, de culturele achtergrond en de seksuele

gerichtheid van de bij hem ingeschreven verzekerden. Dit zal explicieter worden meegenomen in het inkoopkader 2016.

Persoonlijke assistentie

Op korte termijn zal in de Regeling Langdurige zorg een bepaling worden opgenomen op grond waarvan een budget voor persoonlijke assistentie mogelijk wordt. Persoonlijke assistentie is een oplossing voor een kleine groep volwassen cliënten met een zware lichamelijke handicap die volledig regie heeft over het eigen leven, maar vanuit medisch oogpunt is aangewezen op permanent toezicht of 24-uur per dag zorg in de nabijheid. Deze cliënten zijn veelal te zwaar voor het Fokuswonen waar immers altijd sprake is van een korte tijd tussen oproep en de aankomst van personeel. Daarnaast maakt het budget voor persoonlijke assistentie mogelijk dat de cliënt ook toezicht krijgt buiten de woning zodat men zelfstandig kan wonen en naar vermogen kan participeren in de samenleving. In mijn brief van 8 december 2014²² had ik invoering van het persoonlijk assistentiebudget in de vorm van een toeslag op het pgb-opslag al in het vooruitzicht gesteld.

Zorgkantoren zullen aanvragen voor persoonlijke assistentie beoordelen op grond van drie criteria. Allereerst moet de verzekerde ouder zijn dan 18 jaar. Ten tweede moet de medische noodzaak voor het permanent toezicht vaststaan. In de regel kunnen de medisch adviseurs zelf beoordelen of het medisch toezicht nodig is om levensbedreigende situaties te voorkomen. Ten derde moet vaststaan dat de cliënt volledig regie heeft over het eigen leven. De cliënt heeft dus geen cognitieve beperkingen. Men kan op eigen kracht, zonder hulp van een vertegenwoordiger, de pgb-taken uitvoeren en zijn team hulpverleners samenstellen en aansturen. Indien de cliënt aan de criteria voldoet, verhoogt het zorgkantoor het pgb voor alleenstaanden ouder dan 18 jaar tot € 219.000. Voor cliënten met een gezonde partner zal het pgb tweederde deel daarvan bedragen. Verondersteld mag worden dat de gezonde partner minimaal het toezicht gedurende de nacht kan overnemen. Vanzelfsprekend zal deze nieuwe regeling worden geëvalueerd.

Ontwikkelingen op de arbeidsmarkt

Het kabinet heeft maatregelen genomen om werkgelegenheidsverlies zoveel mogelijk te beperken. In de eerste plaats zijn de bezuinigingen deels verzacht. Zowel het zorgakkoord als het begrotingsakkoord 2014 hebben daar nadrukkelijk aan bijgedragen. Daarnaast is samen met sociale partners en Regioplus de Raamovereenkomst Sectorplannen Zorg opgesteld, waarmee de zorg met behulp van cofinanciering vanuit het ministerie van SZW de arbeidsmarkteffecten zo goed mogelijk opvangt. Verder is met de regeling Huishoudelijke Hulp Toelage (HHT) gestart om reguliere banen voor de huishoudelijke hulpen zoveel mogelijk te behouden. Dit alles leidt er toe dat het aantal ontslagen zoveel mogelijk beperkt wordt, dat er een meer geleidelijke overgang naar de nieuwe situatie ontstaat en dat het personeel goed voorbereid wordt op de nieuwe uitdagingen.

Monitor sectorplannen zorg

Om de ontwikkelingen op de arbeidsmarkt goed in kaart te brengen heb ik u eerder al twee Arbeidsmarkteffectrapportages toegestuurd. Bijgevoegd vindt u de

²² Kamerstuk, 34 104, nr.1

eerste monitor sectorplannen zorg²³. Doel van deze monitor is om na te gaan in hoeverre de sectorplannen in de zorg succesvol en toereikend ingezet worden voor de knelpunten op de arbeidsmarkt. Tevens is het doel van deze monitor om na te gaan of en in welke mate extra dienstverlening van het UWV (aanvullend op de sectorplannen) wenselijk is, mocht blijken dat meer mensen ondersteuning nodig hebben dan vanuit de sectorplannen kan worden geboden. In de brief van 7 juli 2014 aan uw Kamer is deze mogelijkheid aan de orde gesteld²⁴. Met deze eerste monitor wordt tevens uitvoering gegeven aan de toezegging die door de Minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid gedaan is tijdens het AO Arbeidsmarkt Zorg van 12 februari 2015.

De monitor heeft betrekking op vier onderwerpen, te weten:

- Ontwikkeling ontslagaanvragen bij het UWV;
- Ontwikkeling WW-aanvragen;
- Gebruik regionale sectorplannen zorg gericht op scholing;
- Gebruik landelijk sectorplan zorg gericht op van-werk-naar-werk- en mobiliteitstrajecten.

De ontwikkeling van de ontslagaanvragen in de langdurige zorg laat allereerst zien dat het aantal *meldingen* collectief ontslag aanmerkelijk groter is dan het daadwerkelijk aantal *ingediende* ontslagaanvragen, tegenover ruim 8.000 meldingen in de periode juli 2014 – februari 2015 staan bijna 5.000 daadwerkelijke aanvragen²⁵. Een melding leidt lang niet altijd tot een ontslagaanvraag. Het aantal door het UWV *verleende* ontslagvergunningen in die periode van 8 maanden is ruim 2.000. Dat is minder dan de helft van de ingediende ontslagaanvragen. Een aanzienlijk deel van de aanvragen blijkt ingetrokken te worden, een deel wordt geweigerd en een deel wordt niet in behandeling genomen. Uitgedrukt in de omvang van de werkgelegenheid blijkt dat in de betreffende acht maanden voor ongeveer 0,25% van het personeel een ontslagvergunning is verleend. In de branche Verpleging, verzorging en thuiszorg (Vvt) ligt dat iets hoger, in de branches Gehandicaptenzorg (Ghz) en Geestelijke gezondheidszorg (Ggz) lager.

De ontwikkeling van de WW-aanvragen laat het volgende beeld zien. In heel 2014 zijn door werknemers in de langdurige zorg ruim 40.000 WW-aanvragen bij het UWV ingediend, daarvan zijn er bijna 35.000 verleend. Tegenover deze instroom van 35.000 personen in de WW staat een uitstroom van 30.000 personen uit de WW. Vooral nog is niet bekend wat de achtergronden zijn van de uitstroom uit de WW. Het gaat daarbij onder andere om beëindiging vanwege het bereiken van de maximale uitkeringsduur, aanvaarden van werk in de sector zorg, aanvaarden van werk in een andere sector, arbeidsongeschiktheid en pensionering. Het aantal lopende WW-uitkeringen in de langdurige zorg is door deze in- en uitstroom gestegen van circa 23.000 in januari 2014 naar circa 28.000 in december 2014. Het merendeel van de instroom in de WW komt voor rekening van Vvt (65%),

²³ Monitor sectorplannen zorg, 26 maart 2015.

²⁴ Tweede Kamer, vergaderjaar 2013 – 2014, 29 282, nr. 199.

²⁵ Dit terwijl de meldingen alleen betrekking hebben op collectieve ontslagaanvragen en de bij de daadwerkelijke ontslagaanvragen ook de individuele ontslagaanvragen meegenomen zijn. Bij beide vormen gaat het alleen om de ontslagaanvragen om bedrijfseconomische redenen. Overigens dient gerealiseerd te worden dat er een volgtijdelijkheid in zit, dat betekent dat in de onderzochte periode (juli 2014 – februari 2015) de meldingen, ontslagaanvragen en ontslagvergunningen niet geheel op dezelfde gevallen betrekking hebben.

gevolgd door de Ghz (21%) en de Ggz (14%). De 28.000 lopende WW-uitkeringen moeten worden gezien in het perspectief van de ongeveer 660.000 medewerkers in de langdurige zorg. Gerelateerd aan het aantal medewerkers is het percentage lopende WW-uitkeringen lager dan gemiddeld in de Nederlandse economie. Voor het aantal nieuwe en beëindigde ww-uitkeringen zal dit percentage hoger liggen dan gemiddeld, maar kan op dit moment nog geen schatting worden gegeven. In een volgende monitor ga ik nader in op het aantal verleende en beëindigde WW-uitkeringen.

Het verschil tussen de 2.000 door het UWV toegekende ontslagvergunningen in een periode van 8 maanden en de 35.000 door het UWV toegekende WW-aanvragen in een periode van 12 maanden, roept vragen op. Dit kan deels verklaard worden door het van rechtswege aflopen van tijdelijke contracten, daar is immers geen ontslagvergunning voor nodig. Daarnaast zijn er aanwijzingen dat gebruik gemaakt wordt van een vaststellingsovereenkomst. Daarbij gaat de werknemer akkoord met ontslag, al dan niet met een ontslagvergoeding, waardoor een ontslagvergunning niet nodig is en wel recht bestaat op een WW-uitkering. Ook kunnen faillissementen hierbij een rol spelen, ook dan is er geen sprake van een ontslagvergunning. Bij de grotere faillissementen in 2014 is overigens een belangrijk deel van het personeel overgenomen door andere zorgaanbieders.

Om de gevolgen op de arbeidsmarkt zoveel mogelijk te beperken wordt in de zorg gebruik gemaakt van de sectorplannen. Bij de 18 regionale sectorplannen is het daarbij de bedoeling via om- en bijscholing personeel zoveel mogelijk te behouden voor de zorg en te behoeden voor ontslag. Zorginstellingen en ook hun werknemers maken hier volop gebruik van. Tot 1 maart 2015 hebben zorginstellingen al ingetekend op ruim 80.000 *scholingstrajecten*, die nu in gang gezet worden. Dat is al hoger dan oorspronkelijk beoogd voor de gehele periode van 2 jaar. Ruim de helft (55%) van deze trajecten vindt plaats in de Vvt, bijna 25% in de Ghz, ruim 10% in de Ggz en minder dan 10% in de overige zorgbranches. Geconcludeerd kan dan ook worden dat de regionale sectorplannen gericht op scholing in een duidelijke behoefte voorzien bij werkgevers en werknemers in de langdurige zorg.

Het landelijke sectorplan is gericht op *van-werk-naar-werk- en mobiliteitstrajecten* in de langdurige zorg. Het gebruik hiervan is tot op heden beperkt. Van de beoogde 24.000 trajecten over de gehele periode van 2 jaar zijn er tot 1 maart 2015 minder dan 1.000 aangemeld, grotendeels vanuit de Vvt. Er zijn verschillende mogelijke verklaringen voor dit lage aantal. Instellingen proberen het vaste personeel zo lang mogelijk te behouden en/of te herplaatsen en zetten daarvoor eerder de scholingstrajecten van de regionale sectorplannen in dan van-werk-naar-werk-trajecten. Daarnaast hebben een aantal (grotere) instellingen een eigen mobiliteitsbureau of -programma en maken daarom minder gebruik van het landelijke sectorplan. Instellingen gebruiken de mogelijkheden van het sectorplan alleen voor vast personeel dat bedreigd wordt met gedwongen ontslag. Tegelijkertijd zien we dat werkgevers de flexibele schil afbouwen. Bij tijdelijk personeel eindigt het contract van rechtswege en wordt er meestal geen van-werk-naar-werk-traject meer ingezet door de werkgever. Vanaf 1 juli geldt vanuit de Wwz dat werkgevers bij ontslag een transitievergoeding verschuldigd zijn voor zowel vaste als tijdelijke medewerkers die 2 jaar of langer in dienst zijn. Onder

ontslag wordt ook begrepen het niet verlengen van een tijdelijk contract. Deze transitievergoeding kan door de werknemer ingezet worden voor van-werk-naar-werk, bijvoorbeeld voor een outplacementtraject of scholing. Ook biedt de Wwz de mogelijkheid om door de werkgever gemaakte transitie- en inzetbaarheidskosten in mindering te brengen op de transitievergoeding.

De resultaten van de monitor sterken mij in de overtuiging dat de arbeidsmarkt in de langdurige zorg nadrukkelijk aandacht verdient. Ik wil het ingezette beleid dan ook voortzetten. Dat betekent ten eerste dat doorgedaan wordt met de inzet van de sectorplannen en de HHT. Ten tweede wil ik samen met betrokken partijen (Minister SZW, sociale partners in de zorg, Regioplus) bezien op welke wijze de achterblijvende realisatie van de van-werk-naar-werk-trajecten in het landelijke sectorplan alsnog benut kan worden voor (ex)werknemers in de zorg, eventueel met inzet van brug-WW wanneer bij- en omscholing nodig is. Zodat de in het Raamwerk Sectorplannen Zorg afgesproken € 100 miljoen optimaal gebruikt wordt voor de knelpunten op de arbeidsmarkt in de langdurige zorg. In de volgende voortgangsrapportage zal ik daar nader op ingaan. Ten derde ga ik door met de monitor sectorplannen zorg om de ontwikkelingen nauwgezet te blijven volgen. Ook dat komt aan de orde in de volgende voortgangsrapportage.

Huishoudelijke Hulp Toelage

De Huishoudelijke Hulp Toelage (hierna: de HHT) ondersteunt de geschetste bewegingen gericht op een gefaseerde overgang naar nieuwe ondersteuningsvormen. De HHT is een belangrijke stimulans voor gemeenten en aanbieders om algemene voorzieningen in loondienst in te richten. De HHT draagt bij aan langer behoud van reguliere werkgelegenheid en aan het voorkomen van oneigenlijke alfahulpconstructies. De inzet van de middelen biedt gemeenten, aanbieders, werknemers en cliënten meer tijd, ruimte en financiële mogelijkheden om gefaseerd toe te werken naar de gewenste vernieuwing van ondersteuning thuis. Gemeenten en aanbieders maken goede vorderingen met de regionale en lokale implementatie van de HHT. Uit de onderzoeksresultaten²⁶ over het eerste kwartaal van dit jaar blijkt dat in ruim 40% van de gemeenten de HHT-gelden beschikbaar zijn voor mensen die gebruik willen maken van huishoudelijke hulp met een financiële tegemoetkoming. Ten tijde van de quickscan van 10 februari jl.²⁷ had 23% van de gemeenten de gelden beschikbaar voor mensen die gebruik willen maken van de HHT en had 21% de verwachting de gelden binnen een maand beschikbaar te kunnen stellen. Op basis van de onderzoeksresultaten (peildatum 18 maart) lijkt deze verwachting grotendeels gerealiseerd te zijn. De vooruitgang komt overeen met de vrijwel dagelijkse berichtgeving in de regionale en lokale pers waarin gemeenten de beschikbaarheid van de HHT bekendmaken aan inwoners. Gemeenten en aanbieders maken daarbij concrete afspraken over het behoud van werkgelegenheid in loondienst. Van de ongeveer 60% van de gemeenten die de gelden nog niet beschikbaar hebben voor cliënten, verwacht ruim 40% procent de gelden binnen één maand gereed te hebben en ongeveer 50% binnen één tot drie maanden. Van de resterende gemeenten verwacht ongeveer 7% meer dan drie maanden nodig te hebben.

²⁶ Bijlage Monitor HH(T) 1^e kwartaalmeting, 30 maart 2015.

²⁷ Tweede Kamer, vergaderjaar 2014 – 2015, 29 538, nr. 176.

Ten opzichte van de meting van 10 februari jl. hebben ook een aantal gemeenten vertraging opgelopen. Als verklaring voor de vertraging noemen gemeenten dat de ontwikkeling van de administratieve systemen langer duurde dan verwacht. Een aantal gemeenten heeft ook meer tijd nodig gehad voor de regionale afstemming dan oorspronkelijk voorzien. Op landelijk niveau hebben gemeenten en aanbieders bij mij aangegeven dat behoefte bestaat aan meer ruimte om de eigen bijdrage aan te passen naar de regionale en lokale situatie. Naar aanleiding van deze signalen is een tijdelijke verlaging van de eigen bijdrage voor cliënten mogelijk gemaakt²⁸. Uit de kwartaalrapportage blijkt dat het is nog te vroeg is om te kunnen vaststellen hoe het gebruik van de HHT-gelden door cliënten zich zal ontwikkelen. In de tweede kwartaalrapportage over 2015 zal ik ingaan op de eerste resultaten over het gebruik van de regeling door cliënten.

De uitkomsten van de kwartaalrapportage laten zien dat de HHT bijdraagt aan de vernieuwing van het ondersteuningsaanbod. Gemeenten richten de regeling in naar de regionale en lokale situatie en behoeften. Voorbeelden van cliënten aan wie gemeenten de HHT aanbieden zijn reguliere Wmo-clieënten die aanvullend gebruik willen maken van hulp in huis, ouderen boven een bepaalde leeftijdscategorie en mantelzorgers. Uit de onderzoeksresultaten blijkt dat meer dan de helft van de gemeenten de inzet van de HHT specifiek richt op het ondersteunen van mensen die mantelzorg verlenen. Een belangrijke bijdrage aan het verlichten van de waardevolle zorg die mantelzorgers verlenen.

Continuïteit van ondersteuning bij faillissementen

De HH(T) monitor laat zien dat gemeenten gefaseerd werken aan de regionale en lokale uitwerking van het nieuwe wettelijk kader. De veranderingen in de langdurige zorg en ondersteuning leiden echter ook tot onvermijdelijke gevolgen voor de regionale en lokale arbeidsmarkt. Ondanks de gefaseerde invoering van het nieuwe wettelijk kader voor de ondersteuning thuis, zijn recent aanbieders van huishoudelijke hulp in de financiële problemen gekomen. De faillissementen van Huishoudelijke Hup Pantein/Vivent B.V. en Thebe Huishoudelijke Zorg B.V. brachten op het moment waarop het faillissement bekend werd gemaakt, grote onzekerheid voor cliënten en medewerkers. Vele huishoudelijke hulpen verleenden namens deze twee grote thuiszorgorganisaties in bijna veertig gemeenten huishoudelijk hulp aan duizenden cliënten. Beide faillissementen hebben dan ook geleid tot veel beroering. Verschillende fracties hebben mij schriftelijke vragen gesteld over de gevolgen van de faillissementen voor de cliënten en de medewerkers. Hoewel ik deze vragen inmiddels heb beantwoord, hecht ik eraan om ook in deze rapportage daarbij stil te staan. Het is in het geval van een faillissement in de eerste plaats aan de gemeentebesturen om zorg te dragen voor de continuïteit en de kwaliteit van de ondersteuning. Het is mij gebleken dat de gemeentebesturen erin geslaagd zijn op korte termijn te voldoen aan datgene wat het wettelijk kader van hen vraagt. Cliënten zijn op korte termijn geïnformeerd over de gevolgen van het faillissement. Gemeenten hebben actief geïnvesteerd in de informatievoorziening aan cliënten en de samenwerking gezocht met de overige aanbieders. In nagenoeg alle gevallen is het door grote inspanningen van gemeenten en aanbieders mogelijk gebleken op korte termijn de continuïteit van de hulp voort te zetten. Samen met de overige gecontracteerde aanbieders is ingezet op het waar mogelijk behouden van de bestaande relatie tussen de cliënt

²⁸ Tweede Kamer, vergaderjaar 2014 – 2015, 29 538, nr. 179

en de vertrouwde hulp. Voor de betrokken gemeentebesturen en de overige aanbieders van huishoudelijke hulp geen geringe prestatie.

Waar gevraagd, heeft het Interventieteam Hervorming Langdurige Zorg een bijdrage geleverd door bemiddeling tussen gemeenten, aanbieders en werknemersorganisaties. Deze gesprekken bevestigen het beeld dat gemeenten en aanbieders in goed overleg en met grote inspanning zorg weten te dragen voor de continuïteit van de ondersteuning na genoemde faillissementen. Dit laat onverlet dat in individuele gevallen werknemers hun baan verliezen of in salaris achteruit gaan. Uit de gesprekken die het Interventieteam heeft gevoerd blijkt dat werkgevers bereidwillig zijn om vanuit een maatschappelijke betrokken en oplossingsgerichte houding zoveel als mogelijk rekening houden met de bestaande arbeidsvoorwaarden van betrokken medewerkers, ook wanneer dat verlieslatend is. Het is goed dat bij gemeenten en aanbieders het zoveel mogelijk behouden van werkgelegenheid zoveel aandacht heeft.

Samenwerking gemeenten-zorgverzekeraars

Om te komen tot een integraal aanbod van zorg en ondersteuning, is samenwerking tussen gemeenten en verzekeraars cruciaal. Deze samenwerking vereist inspanningen van beide partners. Bij zowel gemeenten en zorgverzekeraars heb ik de afgelopen periode een bereidheid hiertoe waargenomen. Het afgelopen jaar hebben zij op dit vlak de nodige vooruitgang geboekt. Het is echter evident dat dit een proces van lange adem betreft. Zorgverzekeraars en gemeenten zijn de afgelopen maanden in alle regio's tot afspraken gekomen over de inzet van de niet-toewijsbare wijkverpleegkundige zorg. Vooral gemeenten geven op ambtelijke en bestuurlijke bijeenkomsten aan dat in de samenwerking met verzekeraars nog een slag kan worden gemaakt. Het uitgevoerde onderzoek naar de inkoop in het kader van de Wmo bevestigt dit beeld. Ook uit de inventarisatie door Radar naar de inrichting van de toegangsprocedure en de ervaringen van gemeenten daarbij, komt naar voren dat de samenwerking tussen gemeenten en verzekeraars aandacht behoeft, met name waar het afstemming betreft over afbakening tussen de verschillende wetten.

De afgelopen periode heb ik de structurele samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraars gestimuleerd in samenwerking met Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en de Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG). Om tot een goed regionaal afstemmingsmodel te komen heb ik in mei 2014, in samenwerking met VNG en ZN, een vergoeding voor een gezamenlijk door gemeenten en zorgverzekeraar aan te stellen regiosecretaris beschikbaar gesteld. De regiosecretarissen voeren de regie in de Wmo regio's over het proces van de regionale overleggen als onderdeel van de werkafspraken²⁹.

In december heb ik u gemeld dat op dat moment in alle regio's gesproken werd tussen zorgverzekeraar en gemeenten over de verbinding wijkverpleging - sociaal domein ('smalle transitietafel'). Hier kunnen partijen afspraken maken over de zorg en ondersteuning van cliënten die na een opname weer terugkeren naar de thuissituatie. Hiermee geef ik navolging aan de motie van het lid Dik-Faber³⁰. In

²⁹ Kamerstukken II 2013-2014, 30 597, nr. 428 met bijlage

³⁰ Kamerstukken II 2014-2015, 34104, nr. 16

circa 60% van de regio's heeft dit ertoe geleid dat inmiddels sprake is van een georganiseerd overleg tussen gemeenten en zorgverzekeraar over de verbinding wijkverpleging - sociaal domein. Bij veel van deze overleggen worden ook de zorgaanbieders betrokken. In mijn brief van begin april heb ik u reeds nader geïnformeerd over de afspraken die verzekeraars en gemeenten gemaakt hebben over de inzet van deze niet-toewijsbare wijkverpleegkundige zorg.

In circa negentig procent van de regio's is, in aanvulling op het hierboven genoemde overleg over de verbinding wijkverpleging - sociaal domein, sprake van georganiseerd overleg over de andere domeinoverstijgende thema's uit de werkafspraken ('brede transitietafel'). Betrokken zijn – in verschillende samenstelling - zorgverzekeraars, zorgkantoren, gemeenten, zorgaanbieders, woningcorporaties, cliëntenorganisaties en beroepsorganisaties. De focus in deze regionale transitieoverleggen is sinds begin dit jaar verschoven van inkoop en continuïteit van zorg en ondersteuning naar thema's als herstructurering van vastgoed, voorkomen van administratieve lasten en zorgvernieuwing. In circa een derde van de regio's hebben betrokken partijen hun gezamenlijke ambities inmiddels verwoord in een gezamenlijke werkagenda.

De regiosecretarissen zouden oorspronkelijk tot ten minste 1 april actief zijn in de regio's. Ik heb besloten de inzet van de regiosecretaris tot 1 juli a.s. te blijven faciliteren. Het streven is dat er bij het afronden van hun werkzaamheden sprake is van een regionale werkagenda voor duurzame samenwerking.

Beleidsvaluatie en monitoring

In de voortgangsrapportage van december heb ik uw Kamer toegezegd u nader te informeren over de wijze waarop de monitor en de evaluatie van de hervorming vorm wordt gegeven. Het Sociaal Cultureel Planbureau zal een samenhangende evaluatie van de hervorming van de langdurige zorg uitvoeren in de periode 2015-2017. In deze evaluatie zullen tegelijkertijd de Wlz, Wmo 2015 en delen van de Zorgverzekeringswet (wijkverpleging, intramurale op behandeling gerichte GGZ en eerstelijns verblijf) geëvalueerd worden. Er is gekozen voor een beleidsvaluatie met veel aandacht voor de uitvoeringspraktijk en de ervaring van cliënten. Er zal een groot aantal doelgroepen onderzocht worden, waaronder zowel gebruikers als niet-gebruikers van formele zorg en ondersteuning, thuiswonenden en instellingsbewoners en mensen met verschillende soorten beperkingen (lichamelijk, psychisch, verstandelijk). De centrale onderzoeksvragen van deze evaluatie zijn:

- In hoeverre worden de doelen van de hervorming langdurige zorg en de betreffende wetten en maatregelen behaald? (voor –potentiële- gebruikers en voor het wettelijk systeem)
- In hoeverre houdt het doelbereik verband met de uitvoering van de betreffende wetten en maatregelen en met de vrijwillige inzet van burgers? Welke andere factoren spelen een rol? Zijn er (on)gewenste neveneffecten?

De evaluatie door het Sociaal Cultureel Planbureau is bedoeld om terug te kijken op de eerste jaren van de hervorming van de langdurige zorg, waarbij een onafhankelijk oordeel gevormd wordt over het ingezette beleid. Het is hierbij belangrijk te beseffen dat de evaluatie relatief snel na de invoering van de

hervorming plaatsvindt. Dat betekent dat het op voorhand de verwachting is dat het nieuwe stelsel nog niet is uitontwikkeld op het moment dat de evaluatie plaatsvindt. Dat neemt niet weg dat evaluatie na drie jaar zinvol is. In de eerste plaats om te kunnen zien of de keuzes die gemaakt zijn ook leiden tot een ontwikkeling van het stelsel ten goede van cliënten: zien we op de doelen een beweging de goede kant op? Ook biedt de evaluatie mogelijke aanknopingspunten voor verbetering in de uitvoeringspraktijk, in de wet zelf of anderszins. Waar mogelijk zullen van deze evaluatie tussenrapportages beschikbaar komen, zodat het verloop van de hervorming goed gevolgd kan worden.

Naast evaluatie is structurele monitoring nodig. Met monitoring kan het verloop van de hervorming van de langdurige zorg en het functioneren van het stelsel systematisch en regelmatig in kaart gebracht worden. Deze monitoring zal onder meer gebruikt worden om de gesprekken met veldpartijen te voeden, zodat waar nodig bijgestuurd kan worden door betrokken partijen. Er is niet één monitor voor de hervorming van de langdurige zorg, omdat de hervorming betrekking heeft op een groot aantal verschillende aspecten. De gemeentelijke monitor sociaal domein levert bijvoorbeeld belangrijke informatie over het sociale domein op gemeentelijk niveau (o.a. Wmo 2015) en de monitor langdurige zorg³¹ bevat kerncijfers over cliënten (indicatie en gebruik) en volume en uitgaven aan langdurige zorg. Het CiZ zal de instroom in de Wlz nauwlettend volgen. Het CIZ zal ieder kwartaal een online rapportage plaatsen op de website www.ciz.nl. Hierin wordt de ontwikkeling inzichtelijk gemaakt van het aantal cliënten dat gebruik maakt van Wlz-zorg. Deze gegevens zullen ook worden geplaatst op www.monitorlangdurigezorg.nl.

Het doel voor de komende periode is om toe te groeien naar een beperkt aantal monitors, die voor alle betrokken partijen eenduidige en gedegen informatie oplevert. Hierbij is ook van belang dat de partijen bij wie informatie opgevraagd worden niet onnodig belast worden. Belangrijk uitgangspunt hierbij is enkelvoudige uitvraag en meervoudig gebruik van informatie.

U heeft mij gevraagd uw Kamer per kwartaal te informeren over de voortgang van de hervorming langdurige zorg. Tot het moment dat de structurele monitors informatie op gaan leveren, zal ik de ontwikkelingen blijven volgen door het verzamelen van signalen via ondermeer het meldpunt en de cliënttafel, het voeren van gesprekken met de verschillende betrokken partijen en het uitvoeren van onderzoeken en peilingen op diverse relevante aspecten van de uitvoering. Zoals ik u Kamer op 28 januari al heb laten weten zal de aard en inhoud van de

Wetgeving

Het wetsvoorstel Veegwet VWS 2015 is ter advisering voorgelegd aan de Afdeling advisering van de Raad van State, waarin, naast technische wijzigingen in een aantal andere VWS-wetten, is voorzien in:

- De correctie van kleine, technische fouten en omissies in de Jeugdwet, de Wet langdurige zorg en de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 die aan het licht zijn gekomen;

³¹ www.monitorlangdurigezorg.nl

- Een technische aanvulling van een aantal SZW-wetten (toevoeging vermelding Wmo 2015) die ertoe strekt de broninhouding van eigen bijdragen voor beschermd wonen op sociale uitkeringen te kunnen prolongeren op de wijze waarop dat onder de AWBZ ook gebeurde.

Verwacht wordt dat dit wetsvoorstel zeer spoedig bij de Tweede Kamer zal kunnen worden ingediend. Ik hoop dat deze, vanwege het strikt technische karakter, met medewerking van de Tweede Kamer en de Eerste Kamer voortvarend kan worden behandeld.

In een ander wetsvoorstel dat naar verwachting kort voor het zomerreces bij de Tweede kamer zal kunnen worden ingediend, zullen enige wijzigingen van meer inhoudelijke aard in de Wet langdurige zorg en de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 worden voorgesteld, waaronder:

- De door de minister van SZW bij de behandeling van het advies van de Commissie Kalsbeek aangekondigde verbreding van de zogenaamde 'informed consent' bepalingen in de Wmo 2015, die nu alleen voor maatwerkvoorzieningen gelden, naar algemene voorzieningen;
- Het regelen van overbruggingszorg in de Wet langdurige zorg;
- Het aanscherpen van de betrouwbaarheidstoets overeenkomstig artikel 3:9 van de Wet op het financieel toezicht voor bestuurders bij Wlz-uitvoerders in de Wet langdurige zorg.

Slot

De afgelopen maanden stonden in het teken van het zo goed mogelijk "overpakken" van de verantwoordelijkheden die voortvloeien uit de nieuwe wetgeving. Daarbij is veel aandacht uitgegaan naar de continuïteit van zorg en ondersteuning. Daar waar knelpunten en problemen zich voordeden en doen is een goede samenwerking tussen partijen een noodzakelijke basisvoorwaarde. Een basis die ook nodig is om ruimte voor de noodzakelijke doorontwikkeling en vernieuwing ter hand te nemen. Ik heb de afgelopen periode ervaren dat verschillende partijen die verantwoordelijkheid voelen en nemen. Zij onderschrijven de noodzaak om samen te werken aan kwalitatief goede en toekomstbestendige zorg en ondersteuning die aansluit bij de wensen, behoeften en mogelijkheden van mensen en hun omgeving.

Ik ben blij dat partijen elkaar hiervoor steeds beter weten te vinden en dat deze nieuwe coalities binnen de nieuwe verantwoordelijkheidsverdelingen voor een groot deel al tot stand zijn gekomen. Waar dit nog niet vanzelfsprekend is, zal ik deze samenwerking zo goed mogelijk faciliteren en stimuleren zonder in de verantwoordelijkheden van anderen te willen treden. Ook deze nieuwe vorm van partnerschap zal zich de komende tijd verder moeten ontwikkelen. Ten aanzien van de vernieuwing zal ik u nader informeren over de thema's waarin ik een rol voor de Rijksoverheid weggelegd zie en hoe deze rol verder zal worden ingevuld.

Tijdens de transitie heb ik u Kamer toegezegd 'tien vingers aan de pols' te houden. Waar de positie van de cliënt in het geding is, partijen hun

verantwoordelijkheden niet nemen en de waarborgen in de wettelijke kaders niet naar behoren functioneren, zal ik passende maatregelen nemen. Ook hier constateer ik echter dat partijen meer en meer hun eigen verantwoordelijkheid nemen binnen de kaders die sinds 1 januari van kracht zijn. Ik wil hen dan ook de ruimte bieden om hun verantwoordelijkheid waar te maken en eventuele problemen op te lossen.

Daar waar het nu nog te vroeg is om breed gedragen informatie te krijgen over de resultaten van de uitvoering en keuzes die de partijen maken in hun beleid, hoop ik in mijn volgende voortgangsrapportage, meer inzage te hebben en u daar nader over te kunnen informeren. Ik blijf continu voor de betrokken cliënten en partijen onverminderd aanspreekbaar op belemmeringen die zij ervaren bij het bieden van kwalitatief goede en doelmatige zorg en ondersteuning aan mensen die hier op aangewezen zijn.

Hoogachtend,

de staatssecretaris van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,

drs. M.J. van Rijn