

Vergaderjaar 2015–2016

34 191

Wijziging van wetten teneinde mislagen en omissies in wetten op het terrein van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport herstellen, de broninhouding van eigen bijdragen voor beschermd wonen te kunnen voortzetten en het College bouw zorginstellingen op te heffen (Veegwet VWS 2015)

Nr. 10

NOTA NAAR AANLEIDING VAN HET NADER VERSLAG

Ontvangen 14 januari 2016

De regering dankt de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport voor haar nadere vragen en opmerkingen, welke zij hierna getracht heeft zorgvuldig te beantwoorden. De regering vertrouwt erop dat de commissie de openbare behandeling van het wetsvoorstel thans voldoende voorbereid zal achten en spreekt de hoop uit dat de behandeling van dit in hoge mate technische wetsvoorstel op korte termijn kan worden afgerond.

ALGEMEEN

Opheffing van het College bouw zorginstellingen (CBZ)

De leden van de SP-fractie geven aan erg teleurgesteld te zijn over de summiere beantwoording van de vragen met betrekking tot het opheffen van het CBZ. Zij vragen de regering waarom zij geen onderzoek heeft gedaan naar de gevolgen van het stopzetten van het bouwregime voor zorginstellingen. De leden van de SP-fractie vragen om een uitgebreide reactie en te duiding welke voor- en nadelen het opheffen van het CBZ met zich meebrengt.

De leden van de SP-fractie vragen of het effect van het afschaffen van het Wtzi-bouwregime met betrekking tot de care nu wel kwantificeerbaar is en zo ja, wat de effecten zijn. Zo nee, waarom zijn de effecten niet in beeld gebracht?

De leden van de SP-fractie vragen de regering met welke reden zij ervoor gekozen heeft om een verhoging van de risicodragendheid op bouwbeslissingen van zorgaanbieders te eisen. Zij vragen naar de verwachte effecten zodra zorgaanbieders met deze verhoging van risicodragendheid te maken krijgen, of dit vooraf is getoetst en welke effecten hieruit kwamen. Zij vragen waarom hier niet op is getoetst, en of de regering bereid is dit alsnog te doen.

De leden van de SP-fractie vragen of de regering inzichtelijk kan maken welke veranderingen plaatsvinden door het afschaffen van het CBZ. Zijn er werkzaamheden veranderd of aangepast, en hoe gaat dit in de

toekomst plaatsvinden? Voorts willen zij weten welke formele verplichtingen de Minister overneemt van het CBZ.

De leden van de SP-fractie vragen naar de gevolgen van het stopzetten van het bouwregime WTZi. Ik hecht eraan te benadrukken dat er met de Veegwet VWS 2015 geen beleidsrijke beslissing aan de orde is. De Tweede Kamer heeft ingestemd met het afschaffen van het bouwregime WTZi per 2008 voor de cure en per 2009 voor de care en ggz. Nadat alle lopende zaken door het CBZ waren afgehandeld, resteerde per 2010 een rechtspersoon zonder wettelijke taken met als belangrijkste taken het voldoen aan verplichtingen aan ex-werknemers op grond van de wachtgeldregelingen en de verplichtingen op grond van de Archiefwet. Dit wetsvoorstel gaat derhalve over het opheffen van een «lege huls», waarbij de resterende verplichtingen op het gebied van wachtgeld en archief over gaan op de Minister van VWS. Ook indien dit wetsvoorstel niet tot wet zou worden verheven en niet in werking zou treden, blijft het bouwregime WTZi afgeschaft en het CBZ een «lege huls» zonder beleidsinhoudelijke taken. Het opheffen van het CBZ brengt beleidsinhoudelijk gezien dan ook geen voor- of nadelen met zich mee. Het is alleen niet praktisch en kostenefficiënt om een «lege huls» onnodig langer te laten voortbestaan. Over het onderzoek dat is gedaan naar de effecten van het afschaffen van het bouwregime heeft de regering niets toe te voegen aan de vorige beantwoording van vragen van de leden van de SP-fractie.

Ten aanzien van de vragen van de leden van de SP-fractie over de verwachte effecten voor zorgaanbieders die met een verhoging van risicodragendheid te maken kregen, kan ik melden dat de NZa – vóór de besluitvorming over het afschaffen van het bouwregime WTZi – berekeningen heeft gemaakt van de effecten op het niveau van de individuele zorgaanbieders. Deze inzichten hebben geleid tot een zorgvuldig overgangsregime kapitaallasten, zodat de risicodragendheid van zorgaanbieders voor hun gebouwgebonden kosten over een aantal jaren stapsgewijs tot 100% werd verhoogd (overgangsregime voor de cure t/m 2016, voor de care/ggz t/m 2017). Dit heeft ertoe geleid dat zorgaanbieders niet ten gevolge van deze overgang in financiële problemen zijn gekomen.

Kwaliteitsstandaard

De leden van de SP-fractie zijn van mening dat de beantwoording van de regering op hun vragen geen recht doet aan de inhoudelijke discussie die zowel in de Tweede als in de Eerste Kamer is gevoerd over de professionele standaard. De regering doet voorkomen dat het puur om de begripsomschrijving ging. Dit is huns inziens geenszins het geval. De discussie concentreerde zich rond de vraag wat de professionele standaard is en met medewerking van welke partijen deze tot stand komt. Dit voert veel verder dan uitsluitend de terminologie. Zij verwachten dan ook alsnog een uitgebreid antwoord op de vraag of de regering nu denkt dat zij heeft voldaan aan de door beide Kamers geuite zorgen.

De discussie die in de Eerste Kamer is gevoerd over de professionele standaard, kwam voort uit een zorg van andere aard dan die van de leden van de SP-fractie in de Tweede Kamer. Tijdens de behandeling in de Eerste Kamer van het voorstel «Wet van 11 december 2013 tot wijziging van de Wet cliëntenrechten zorg en andere wetten in verband met de taken en bevoegdheden op het gebied van kwaliteit van zorg» waarmee het Zorginstituut Nederland in het leven is geroepen, is discussie ontstaan over het gebruik van het begrip «professionele standaard». In het wetsvoorstel werd dit begrip gehanteerd voor de naamgeving van de standaard voor het verlenen van goede zorg, die door organisaties van cliënten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars gezamenlijk dan wel de Adviescommissie Kwaliteit wordt opgesteld en voorgedragen voor

opname in het openbare register. Binnen de Eerste Kamer waren er bezwaren tegen het gebruik van de terminologie «professionele standaard» om deze standaard aan te duiden. De begripsomschrijving sloot niet aan bij wat op dat moment in de praktijk onder de term professionele standaard werd verstaan, namelijk: het geheel van geschreven en ongeschreven normen, regels, medisch-wetenschappelijke inzichten en ervaringen waarmee een zorgverlener geacht wordt rekening te houden. Om die reden heb ik toegezegd de bedoelde standaard voortaan aan te duiden als kwaliteitsstandaard en daartoe ook het wetsvoorstel aan te passen. Naar aanleiding van die toezegging heeft de Eerste Kamer destijds ingestemd met het wetsvoorstel. Daarmee heeft de procedure voor het opstellen en voordragen van een standaard voor opname in het openbare register een wettelijke grondslag verkregen. In een eerdere fase hadden de leden van de fractie van de SP tijdens de behandeling van hetzelfde wetsvoorstel in de Tweede Kamer via amendementen voorgesteld zorgaanbieders en verzekeraars geen rol meer te laten spelen bij de voordracht van de standaard en de standaard vast te laten stellen door de beroepsgroepen en wetenschappelijke verenigingen. Daarmee beoogde deze fractie wijzigingen aan te brengen in de procedure voor het opstellen en voordragen van een standaard voor opname in het openbare register. Deze amendementen over aanpassing van de procedure van totstandkoming van de standaarden heb ik destijds ontraden en zijn ook niet aangenomen. Mijn motivering heb ik destijds neergelegd in een brief die ik aan uw Kamer heb toegestuurd.

Gegevensvermelding

De leden van de CDA-fractie vragen of de gekozen oplossing voor het vermelden van gegevens op facturen naar gemeenten dezelfde is als welke waar na heel veel discussie voor gekozen is in de volwassenen-GGZ. Zij vragen of Platform GGZ zich inmiddels kan vinden in de gekozen oplossing voor het vermelden van gegevens op facturen naar gemeenten. Zo nee, waarom niet?

De leden van de CDA-fractie vragen ten slotte of de gekozen oplossing voor het vermelden van gegevens op facturen naar gemeenten in overeenstemming is met het beroepsgeheim van behandelaars?

Inderdaad is voor het vermelden van persoonsgegevens op facturen voor de jeugd-ggz geheel aangesloten bij wat daarvoor in het kader van de volwassenen-ggz is geregeld. Een en ander is opgenomen in een tijdelijke ministeriële regeling, die op 7 augustus 2015 in werking is getreden (Stcrt. 2015, 24278). De regeling houdt wat betreft de ggz kort gezegd in dat bij de declaratie van generalistische basis ggz geen diagnosegegevens op de factuur worden gezet, en bij declaratie van gespecialiseerde ggz hoogstens de diagnosehoofdgroepen. Bovendien hebben de jeugdige en zijn ouders in het laatste geval samen met de behandelaar de mogelijkheid om een verklaring te ondertekenen waarin staat dat zij geen enkel diagnosegegeven (dus zelfs niet de diagnosehoofdgroep) bij de declaratie vermeld willen hebben. Is zo'n verklaring opgesteld en naar de gemeente gestuurd, dan zal de gemeente ook declaraties voor gespecialiseerde ggz betalen indien daarbij de hoofddiagnosegroep niet wordt vermeld. Dit wordt wel de «opt out»-regeling genoemd. Zoals in de toelichting op de tweede nota van wijziging (Kamerstukken II 2014/15, 34 191, nr. 8) is aangegeven, zal een definitieve regeling over de bij de declaratie te verstrekken gegevens worden opgesteld zodra het in dit wetsvoorstel opgenomen artikel 7.4.0 van de Jeugdwet in werking zal zijn getreden.

Gezien de brief die het Landelijk Platform GGz op 17 juli 2015 aan Uw Kamer heeft gezonden (en die inhoudelijk overeenstemt met de reactie

van het platform op het concept van bovenbedoelde tijdelijke ministeriële regeling), is het Landelijk Platform GGz van mening dat bij de declaratie van jeugd-ggz nooit diagnosegegevens (dus ook niet, in het geval van specialistische ggz, slechts de diagnosehoofdgroepen) zouden moeten worden vermeld. Deze opvatting van het landelijk platform is in de tijdelijke ministeriële regeling niet verwerkt, zodat ik aanneem dat het landelijk platform zich nog steeds niet in de tijdelijke regeling kan vinden. Verwerking zou ertoe hebben geleid dat de gemeenten de Jeugdwet niet rechtmatig kunnen uitvoeren.

In de toelichting op de tijdelijke ministeriële regeling is aangegeven dat ten behoeve van de definitieve ministeriële regeling zal worden nagegaan of de mate van detaillering van met name de bij de declaratie te vermelden gezondheidsgegevens niet verminderd kan worden. De op het terrein van de ggz werkzame organisaties van ggz-behandelaars zijn onder die voorwaarde akkoord gegaan met de tijdelijke ministeriële regeling. Zij zijn derhalve van mening dat nu de tijdelijke regeling er is, hun beroepsgeheim niet in de weg staat aan het verstrekken van die gegevens die op grond van de regeling verstrekt dienen te worden (tenzij, uiteraard, gebruik is gemaakt van de opt out-regeling). Ook het College bescherming persoonsgegevens (CBP) heeft aangegeven met de tijdelijke regeling te kunnen instemmen.

ARTIKELSGEWIJS

Artikel III Jeugdwet

Onderdeel A, tweede en derde lid

De leden van de SP-fractie vragen of met de expliciete verwoording dat gemeenten respectievelijk aanbieders niet meer bevoegd zijn om standaard plannen van aanpak of (delen van) dossiers op te vragen, gemeenten nu niet gaan afdwingen om op voorhand akkoordverklaringen te laten tekenen. In hoeverre voorzien de nu opgenomen bepalingen erin om dit te voorkomen? Zijn er signalen dat gemeenten dit, ondanks het feit dat dit onwenselijk is, toch doen?

Terecht merken de leden van de SP-fractie op dat gemeenten niet standaard plannen van aanpak of (delen van) jeugdhulpdossiers mogen opvragen. En het is ook juist dat de gemeenten dat wel mogen doen als zij hiervoor uitdrukkelijke toestemming van de jeugdige of zijn ouders hebben. De Wet bescherming persoonsgegevens (Wbp) bepaalt echter dat zo'n toestemming in vrijheid (dus vrijwillig) moet zijn gegeven. Van dergelijke vrijwilligheid is in het voorbeeld van de leden van de SP-fractie geen sprake. Een gemeente die van een jeugdige of zijn ouders toestemming tot het opvragen van jeugdhulpverleningsplannen of (delen van) jeugdhulpdossiers afdwingt (bijvoorbeeld door te stellen dat zij de jeugdhulp anders niet zal betalen), handelt dus in strijd met de Wbp. Overigens zijn ons geen signalen bekend dat dergelijke toestemming ook werkelijk wordt afgedwongen. Aangezien het afdwingen van toestemming reeds door de Wbp verboden wordt, is het onnodig – en vanuit wetgevingseconomie gezien zelfs ongewenst – om dit nogmaals bij of krachtens de Jeugdwet te regelen. Beter is het om gemeenten duidelijk te maken dat zij bovenbedoelde toestemmingen niet mogen afdwingen. De passage in de toelichting op de tweede nota van wijziging, waaraan de leden van de SP-fractie refereren, strekt daartoe. Ook in de cursussen over de privacy en de Jeugdwet, die de gemeenteambtenaren worden aangeboden, wordt duidelijk aangegeven dat dit niet is toegestaan.

Onderdeel G, J en I

De leden van de fractie van de SP willen graag weten wie de kosten voor de aan gemeenteambtenaren aangeboden cursussen over de privacywetgeving betalen.

De kosten voor de cursussen privacywetgeving op het terrein van de Jeugdwet, zo kan ik de leden van de SP-fractie, antwoorden, worden gedragen door de Ministeries van Veiligheid en Justitie en van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties.

De leden van de SP-fractie hebben in de antwoorden gelezen dat het gemeenten en aanbieders vrij staat om zelf producten te formuleren. Bij de Wmo, zo vervolgen zij, heeft dit uiteindelijk geleid tot 140.000 verschillende productcodes die, na overleg met de VNG en de branche, zijn teruggebracht tot 400. Waarom kiest de regering er bij de Jeugdwet voor om het formuleren van producten vrij te laten, terwijl dit in de Wmo tot een wildgroei aan productcodes, en daaruit volgend een drastische toename van de administratieve lasten heeft geleid? Hoeveel heeft deze extra bureaucratie in de Wmo gekost en wat zijn de prognoses voor de jeugdhulp?

In zowel de Wmo 2015 als in de Jeugdwet heeft de wetgever ervoor gekozen geen landelijke kaders (in wet- en regelgeving) vast te leggen met betrekking tot het administratieve proces. Het staat de gemeenten vrij te kiezen op welke wijze zij hulp willen inkopen. Zij kunnen hierbij kiezen voor bijvoorbeeld een prijs per product, subsidiëring en lumpsumarrangementen, eventueel gekoppeld met prestatieafspraken. In de eerste maanden van 2015 zijn gemeenten en zorgaanbieders voornamelijk bezig geweest met het implementeren van de nieuwe verantwoordelijkheidsverdeling en een doorvertaling naar procesafspraken. Om een stijging van de administratieve lastendruk tegen te gaan, de ICT-faciliteiten te optimaliseren en rechtmatigheidsrisico's te beperken hebben gemeenten en zorgaanbieders, zowel voor de Jeugdwet als de Wmo 2015, de werkagenda «administratie en ICT» opgesteld. Deze werkagenda biedt oplossingsrichtingen voor de korte en lange termijn. De reductie van het aantal productcodes, voor beide wetgevingsdomeinen, is één van de acties geweest. Hierover hebben de VNG en de branches voor zorgaanbieders inmiddels een akkoord bereikt, waarmee het aantal van 140.000 productcodes (voor Jeugdwet en Wmo 2015 tezamen) is teruggedrongen tot 400 codes (idem). Daarbij is aanvullend in een principeakkoord tussen de VNG en Jeugdzorg Nederland vastgelegd dat de declaratiestandaard voor jeugd 30 productcodes kent.

Over het berekenen van de administratieve lasten voor de Jeugdwet het volgende. Allereerst zijn met de nieuwe Jeugdwet veel administratieve lasten verdwenen, zoals die werden veroorzaakt door het indicatiestellingproces en de ondoorzichtigheid van het stelsel van voorzieningen die het gevolg was versnippering van wettelijke regimes en financiële stromen. Daar staat tegenover dat er nieuwe administratieve lasten optreden als zorgaanbieders contracten afsluiten met en zich gedetailleerd moeten verantwoorden aan meerdere gemeenten. Deze lasten worden verhoogd als gemeenten kiezen voor verschillende manieren van contractering en verantwoording. Er bestaat geen landelijk beeld van deze lasten. Aan de Tweede Kamer is per brief van 25 juni 2015 (Kamerstukken II 2014/2015, 34 104, nr. 63) meegedeeld welke maatregelen gemeenten en zorgaanbieders treffen om deze lasten te reduceren.

Hoewel de leden van de SP-fractie de argumentatie van de Minister kunnen volgen met betrekking tot de bewaartermijn van dossiers en het geldende regime van de zorgwetgeving, zien zij wel een wezenlijk verschil. In de jeugdhulp speelt, veel meer dan in de zorg, de ontwikkeling van een persoon een rol, waardoor er gedurende de jaren een andere behoefte kan zijn met betrekking tot de wens het dossier te willen inzien. De adviezen van de commissie Deetman en Samson sluiten hierop aan. Kan de regering de bewaartermijn, gelet op het grote verschil tussen jeugdhulp en gewone zorg, alsnog herzien, en deze gelijktrekken met de bewaartermijn voor adoptiedossiers?

In de nota naar aanleiding van het verslag is aangegeven dat de bewaartermijn van dossiers in artikel 7.3.8 van de Jeugdwet, aansluitend bij wat daarover in artikel 7:454 van het Burgerlijk Wetboek (WGBO) is geregeld, in principe is gesteld op 15 jaar, en dat ik wat dit betreft voor de bewaartermijn liever aansluit bij de termijn uit de WGBO dan bij de 30-jaarstermijn van de Wet opnemings buitenlandse kinderen ter adoptie (Kamerstukken II 2014/15, 34 191, nr. 7, p. 18). De reden hiervoor is dat het verlenen van hulp als bedoeld in de WGBO (met name jeugd-GGZ), waarvoor de in artikel 7:454 BW geregelde termijn geldt, en andere jeugdhulp (waarvoor de in artikel 7.3.8 geldende termijn geldt) naar verwachting voor een jeugdige vaak samen gaan. Zoals ik in het kader van de parlementaire behandeling van de voormalige Wet cliëntenrechten zorg (inmiddels: Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg) enkele malen heb aangegeven, ben ik echter voornemens om een wetsvoorstel op te stellen om de bewaartermijn zowel in de WGBO als in de Jeugdwet te verlengen. Ik zou de leden van de SP-fractie willen voorstellen om de discussie over de lengte van de bewaartermijn in het verband van dat wetsvoorstel te voeren.

Artikel VII (Wet donorgegevens en kunstmatige bevruchting)

De leden van de SP-fractie vragen op basis van welke factoren een afweging wordt gemaakt tussen enerzijds de belangen die de donor heeft bij het niet verstrekken van de gegevens en de belangen van het donorkind. Deze leden vragen daarnaast om voorbeelden van hoe deze situatie kan uitpakken voor de donor en het donorkind. Ten slotte wensen deze leden te vernemen wie deze belangenafweging maakt en hoe vaak dit voorkomt.

De belangenafweging waarnaar door de leden wordt verwezen, is beschreven in artikel 3, tweede lid, van de Wet donorgegevens kunstmatige bevruchting (Wdkb) en in het reglement van de Stichting donorgegevens kunstmatige bevruchting (Stcrt. 2011, 14290). Hoe deze afweging in een individueel geval uitvalt, kan niet in algemene termen worden geduid; dit hangt af van de concrete omstandigheden van het geval. Wel kan worden verwezen naar de wetsgeschiedenis van de Wdkb, waarin onder meer is gesteld dat «als voorbeeld valt te denken aan de donor die ten tijde van de donatie nog zeer jong was en geen gezin had, en die vele jaren later, gelet op zijn dan bestaande gezinssituatie, ernstig te nemen bezwaren heeft tegen confrontatie met het kind-kind. Het kan ook zijn dat de donor in een zodanige psychische toestand verkeert dat het niet verantwoord is tot bekendmaking van zijn persoonsidentificerende gegevens over te gaan» (Kamerstukken I 2000/01, 23 207, nr. 201b, blz. 3). Het is de stichting die deze zorgvuldige afweging tussen de genoemde belangen maakt (artikel 8, derde lid, van het reglement). De uitkomst van deze belangenafweging wordt schriftelijk en gemotiveerd medegedeeld aan zowel het donorkind als aan de donor. Zoals blijkt uit het jaarverslag

over het jaar 2013, dat aan het begin van dit jaar aan uw Kamer is gezonden (Kamerstukken II 2014/15, 34 000 XVI, nr. 98), blijkt dat er achttien verzoeken om persoonsidentificerende gegevens over de donor zijn gedaan door donorkinderen van zestien jaar of ouder.

Artikel IX (Wet langdurige zorg)

Onderdeel D

De leden van de SP-fractie vragen de regering nader toe te lichten op basis waarvan zij is gekomen tot het schrappen van de twee voorwaarden met betrekking tot zorg in het buitenland.

In artikel 10, eerste lid, van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) was het beleidsuitgangspunt neergelegd dat AWBZ-zorg, zowel met verblijf (intramuraal) als zonder verblijf (extramuraal), in beginsel alleen ten laste kon komen van de AWBZ als deze zorg werd ingeroepen bij een gecontracteerde zorgverlener in Nederland, dan wel, ingevolge Europese regelgeving en jurisprudentie van het Europese Hof van Justitie, binnen de Europese Unie, de EER-landen (Noorwegen, IJsland en Liechtenstein) en Zwitserland. In het tweede lid van artikel 10 van de AWBZ werd, eveneens met inachtneming van uitspraken van het Europese Hof van Justitie in de uitspraak Müller-Fauré en Van Riet (C-395/99), waarin werd bepaald dat voor het invoeren van extramurale zorg buiten Nederland maar binnen de EU/EER geen toestemming nodig is van een zorgverzekeraar, geregeld dat een verzekerde aanspraak heeft op zorg, niet zijnde zorg met verblijf in een instelling (extramurale zorg) buiten Nederland, doch binnen de EU/EER, bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Op deze manier is tot uitdrukking gebracht dat in die gevallen geen toestemming van de verzekeraar nodig was.

Het wetsvoorstel Wet langdurige zorg (Wlz), zoals dat in 2014 aan de Tweede Kamer is aangeboden, voorzag oorspronkelijk in beginsel alleen in intramurale zorg (zorg met verblijf) in natura en de mogelijkheid van een persoonsgebonden budget. De zorg in natura zou dan uitsluitend door zorgaanbieders worden verleend die door Wlz-uitvoerders zijn gecontracteerd. Op grond van de hofjurisprudentie mag intramurale zorg die binnen de genoemde staten wordt verleend, aan voorafgaande toestemming worden onderworpen. In gevallen waarin de zorgplicht van de Wlz-uitvoerder in het geding is (wachtlijsten als gevolg waarvan die zorg niet of niet tijdig in Nederland genoten kan worden), kan die toestemming niet worden geweigerd. Bij het maken van het oorspronkelijke voorstel voor artikel 3.3.5, eerste lid, is eraan voorbijgegaan dat de hofjurisprudentie waar het hier om ging, uitsluitend betrekking heeft op niet-gecontracteerde zorg. Daarnaast werden de aanspraken in de Wlz uitgebreid met MPT en VPT, aanspraken die niet gepaard gaan met verblijf in een instelling. Extramurale zorg binnen de genoemde staten mag ingevolge Europese regelgeving in beginsel niet aan voorafgaande toestemming worden gebonden.

Met het vervallen van de twee voorwaarden door de wijzigingen in artikel 3.3.5, eerste lid, van de Wlz zorg, worden de eisen aan Wlz-zorg in het buitenland, met terugwerkende kracht, in overeenstemming gebracht met die onder de AWBZ. Zorg in natura wordt per definitie geleverd door zorgaanbieders die door de Wlz-uitvoerders zijn gecontracteerd. Het contract geeft aan dat de Wlz-uitvoerder vertrouwen heeft in de kwaliteit van de zorg die de buitenlandse zorgaanbieder levert. Het gaat dan niet aan om de toegang tot dergelijke in het buitenland gecontracteerde zorg af te laten hangen van de voorwaarde dat de desbetreffende zorg niet tijdig in Nederland kan worden verkregen of van toestemming van de

Wlz-uitvoerder. De verzekerde krijgt ingevolge de voorgestelde wijziging daarom, net zoals dat onder de AWBZ gold, de mogelijkheid om direct en zonder toestemming naar een in Europa gevestigde, door zijn Wlz-uitvoerder gecontracteerde zorgaanbieder te gaan.

Onderdeel N

De leden van de SP-fractie hebben een aantal vragen over de verstrekking van hulpmiddelen tussen de Wmo en de Wlz. De regering stelt dat in samenspraak tussen de gemeenten en de betrokkene gekeken kan worden of een hulpmiddel meegenomen kan worden naar bijvoorbeeld een andere gemeente. Deze leden vragen of dit ook geldt voor de overgang van zorg naar de Wlz. Stel: een bewoner in een verzorgingshuis heeft hulpmiddelen gekregen vanuit de Wmo, maar verhuist daarna naar een verpleeghuis. Moet deze bewoner zijn/haar hulpmiddelen dan weer inleveren, of kan een bewoner deze meenemen? Deze leden vragen hier een reactie op.

Als een bewoner in een verzorgingshuis met een hulpmiddel verhuist naar een verpleeghuis in een andere gemeente, geldt ook in deze gevallen dat in samenspraak tussen de betrokkene en de gemeenten bekeken kan worden in hoeverre het mogelijk is het hulpmiddel mee te nemen. De Wlz biedt daarnaast ook ruimte om het hulpmiddel te behouden bij een overgang tussen beide domeinen. In voorkomende gevallen bepaalt de gemeente, vaak in samenspraak met de leverancier, het overnamebedrag van het hulpmiddel. Het zorgkantoor beslist op grond van doelmatigheid of het hulpmiddel wordt overgenomen dan wel of een hulpmiddel uit eigen voorraad wordt verstrekt. Het algemene uitgangspunt hierbij is dat zoveel mogelijk moet worden voorkomen dat mensen een passend hulpmiddel moeten inleveren bij overgang naar een andere gemeente of een ander domein.

Verder willen de leden van de SP-fractie weten of de regering voornemens is in te grijpen bij gemeenten waarbij het erg lang duurt voordat de gemeente een hulpmiddel verstrekt. Zij wijzen op eerdere berichtgeving uit september toen in het nieuws was dat hulpmiddelen vaak te laat komen voor ALS-patiënten. Kan de regering aangeven waarom het in zoveel gemeenten zo lang duurt voordat mensen kunnen rekenen op een hulpmiddel? Vervolgens willen zij weten welke maatregelen de regering van plan is te nemen om ervoor te zorgen dat mensen sneller hun hulpmiddel krijgen dan nu het geval is.

Gemeenten zijn op grond van de Wmo 2015 voor het behandelen van de aanvraag en uitgifte van het hulpmiddel gebonden aan wettelijke termijnen. Echter, geen enkele situatie is gelijk; maatwerk en een persoonlijke benadering staan in de Wmo 2015 centraal. Dit moet leiden tot een oplossing, welke ook door de cliënt als passend wordt ervaren. De duur van het onderzoek (binnen de wettelijke termijnen) en daarmee het moment dat in dit geval de daadwerkelijke uitgifte van een hulpmiddel plaatsvindt, verschilt daarom ook per aanvraag. Op grond van de Wmo 2015 hebben gemeenten de verantwoordelijkheid passende ondersteuning te bieden, ook voor deze doelgroep. Bij een spoedeisende situatie is het college van burgemeester en wethouders gehouden na de melding onverwijld te beslissen tot verstrekking van een tijdelijke maatwerkvoorziening. Naar aanleiding van de berichtgeving uit september dat hulpmiddelen vaak te laat komen voor ALS-patiënten heeft de Staatssecretaris eerder in antwoord op de Kamervragen die hierover zijn gesteld, laten weten dat hij met de VNG, Stichting ALS en ALS Centrum Nederland heeft afgesproken dat zij gemeenten door middel van informatie op de websites informeren over de ziekte ALS, als handreiking

aan gemeenten. Tevens wordt op de webpagina van VNG aandacht gevraagd voor andere specifieke groepen. Het ALS Centrum Nederland heeft een onderdeel op de website gemaakt, speciaal voor gemeenteambtenaren, waarbij o.a. informatie te vinden is over de ziekte en het ALS-behandelteam. Daarnaast vraagt het ALS Centrum met name aandacht voor de progressiviteit van de ziekte en de eventuele knelpunten die zich op basis van deze progressiviteit kunnen voordoen bij het aanvragen van hulpmiddelen en voorzieningen bij gemeenten. Andere berichten over lange wachttijden zijn mij onbekend.

Voorts hebben de leden van de fractie van de SP nog een vraag over hulpmiddelen/aanpassingen in de intramurale zorg. De overheveling van woningaanpassingen en hulpmiddelen vanuit de Wmo is uitgesteld. Hoe gaat de regering voorkomen dat mensen dit jaar hier de dupe van worden? Zij hebben signalen ontvangen dat bewoners in een verzorgingshuis vaak lang moeten wachten op een voorziening vanuit de Wmo, terwijl de zorgaanbieder via het inzetten van een behandelcomponent veel sneller voor een hulpmiddel of aanpassing kan zorgen. Kan de regering dit uitleggen?

Zoals in het vorige antwoord aangegeven, zijn gemeenten op grond van de Wmo 2015 voor het behandelen van de aanvraag en uitgifte van het hulpmiddel gebonden aan wettelijke termijnen. Binnen de gestelde termijnen moet een gemeente passende ondersteuning bieden aan de cliënt. Het uitstellen van de overheveling van hulpmiddelen doet hier geen afbreuk aan. Er zijn geen signalen ontvangen dat bewoners vaak lang moeten wachten op een voorziening vanuit de Wmo, terwijl de zorgaanbieder via het inzetten van een behandelcomponent veel sneller voor een hulpmiddel of aanpassing kan zorgen. Gemeenten hebben een lange ervaring met de inkoop en toewijzing van hulpmiddelen; een van de redenen waarom gemeenten is gevraagd dit nog wat langer te blijven verzorgen dan aanvankelijk in de wettelijke kaders was voorzien. Juist vanuit het perspectief van de cliënt is in gezamenlijkheid met de VNG en ZN besloten dat overheveling per 2016 onverantwoord zou zijn.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E.I. Schippers

De Minister van Veiligheid en Justitie,
G.A. van der Steur