

Vergaderjaar 2013–2014

33 891

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

Nr. 13

BRIEF VAN DE STAATSSECRETARIS VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 27 juni 2014

Op 13 juni jl. heeft de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport mij verzocht de Kamer te informeren over de vraag of gefaseerde invoering van de Wet langdurige zorg (Wlz) mogelijk is, over de positie van het CIZ en over de contractering 2015. Door deze brief doe ik de Kamer de gevraagde informatie toekomen. Tevens informeer ik de Kamer hierbij over de voorlopige contracteerruimte 2015.

In de eerste paragraaf van deze brief ga ik in op de voorwaarden voor een verantwoorde uitvoering van de langdurige zorg in 2015. De in deze brief en de bijlage¹ genoemde voorwaarden stellen partijen in staat om de voorbereiding en de zorginkoop voor 2015 ter hand te nemen. In de tweede paragraaf ga ik in op de wijze waarop de CIZ-organisatie zich voorbereidt op de indicatiestelling in 2015. Vervolgens beschrijf ik de stappen die partijen hebben gezet om voor dat jaar te komen tot uniformering en standaardisering van de zorginkoop. Hiermee worden de administratieve lasten verminderd.

Gefaseerde invoering Wlz

Het wetsvoorstel Wlz vormt samen met de Jeugdwet, de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo 2015) en de wijziging van het Besluit zorgverzekering² een samenhangend en integraal nieuw wettelijk kader waarbinnen de hervorming van de langdurige zorg zijn beslag krijgt. Deze nieuwe wet biedt een wettelijk recht op intensieve, vaak intramurale, zorg voor mensen die blijvend zijn aangewezen op permanent toezicht en 24-uurszorg in de nabijheid. Daarnaast biedt de Wlz een wettelijke verankering van het persoonsgebonden budget (pgb) en het volledig pakket thuis (vpt). Hierdoor krijgen cliënten het wettelijke recht om de langdurige zorg te laten aansluiten bij hun eigen wensen op het gebied

¹ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl.

² Besluit tot wijziging van het Besluit zorgverzekering, voorgehangen op 10 juni 2014.

van wonen, of dat nu thuis is of in een instelling. Met de nieuwe wet worden, in vergelijking tot de AWBZ, de wensen, mogelijkheden en behoeften van de cliënt meer centraal gesteld. Ook ontstaat meer ruimte voor de professionals in de zorg door het duidelijke onderscheid tussen de indicatie en het zorgplan. Hierdoor wordt de te leveren zorg minder bepaald door het indicatiebesluit en meer door een gesprek over de individuele zorgbehoefte. De wet biedt meer mogelijkheden voor de aansturing van Wlz-uitvoerders. Tot slot biedt de Wlz meer ruimte voor innovatie en experimenten, doordat er een experimenteerartikel in de wet is opgenomen.

Het kabinet is ervan overtuigd dat met de Wlz de voorwaarden worden gecreëerd voor een cultuuromslag en betere zorg voor cliënten. Om genoemde redenen hecht ik er aan dat de Wlz op 1 januari 2015 in werking treedt. In het onderstaande ga ik in op de condities waaronder dat mogelijk is.

Conditie voor een verantwoorde uitvoering 2015 onder de Wlz

Zoals in het transitieplan Wlz van 28 maart 2014³ is aangegeven, zijn de voorbereidingen gestart om de Wlz verantwoord te kunnen invoeren. Inmiddels is gebleken dat de parlementaire behandeling van het wetsvoorstel Wlz pas na het zomerreces kan worden afgerond. Bij betrokken partijen (NZA, Zorginstituut Nederland, ZN, CAK, CIZ, Actiz, VGN, GGZ-Nederland en BTN) is nagegaan onder welke condities een verantwoorde invoering van de Wlz per 2015 mogelijk is. Zo dient in ieder geval uiterlijk in november van dit jaar duidelijk te zijn of de Wlz per 1 januari 2015 in werking treedt. Is dat het geval, dan zal omwille van een verantwoorde invoering, tevens gekozen moeten worden voor een gefaseerde, stapsgewijze, invoering. Deze fasering houdt in dat in het overgangsjaar 2015 geen wezenlijke veranderingen worden doorgevoerd ten aanzien van de bekostiging van zorg (zfp-bekostiging), de regionale zorgkantoorindeling (32 zorgkantoorregio's), de AZR-registratie en de zorginkoop. Onder deze voorwaarden zijn partijen in staat om op verantwoorde wijze de stap te zetten naar de invoering van de Wlz per 2015. Gelet op deze geleidelijke overgang heeft een uitstel van de Wlz geen voordelen, maar biedt invoering in 2015 wel mogelijkheden om genoemde verbeteringen onder de Wlz te realiseren.

Uit de met bovengenoemde partijen uitgevoerde verkenning is tevens gebleken dat het, onder meer omwille van een soepele overgang van de AWBZ naar de Wlz, van groot belang is om in 2015 Wlz-zorg thuis aan te kunnen bieden en te bekostigen op de wijze zoals in de AWBZ gebruikelijk is. Dit betekent dat zorgkantoren met zorgaanbieders voor 2015 kunnen afspreken dat de zorg voor cliënten die een indicatie hebben voor verblijf, op grond van functies en klassen bekostigd kan worden⁴. Hierdoor kan aan cliënten die voldoen aan de toegangscriteria van de Wlz de keuze worden geboden om Wlz-zorg niet in de vorm van een totaalpakket af te nemen. Dit kan bijvoorbeeld uitkomst bieden voor bestaande cliënten met een hoog zfp⁵ en thans nog AWBZ-zorg thuis ontvangen in functies en klassen. Hun vertrouwde zorg kan dan na inwerkintreding van de Wlz voor 2015 worden gecontinueerd. Zij hoeven dan niet, zoals voorzien in het

³ Kamerstuk 30 597, nr. 428.

⁴ Voor cliënten met een zfp-indicatie die zorg thuis ontvangen wordt het zorgzwaartepakket (zfp) via een omzettingstabel vertaald in functies (soorten zorg, zoals verzorging of verpleging) en klassen (hoeveelheid zorg). De omzettingstabel is een document dat per zfp de omzettingen in functies/klassen aangeeft die het zorgkantoor kan inzetten in het kader van overbruggings- en alternatieve zorg. De omzettingstabel wordt vastgesteld door Zorgverzekeraars Nederland.

⁵ Genoemd in artikel 11.1.1 eerste lid van het wetsvoorstel Wlz.

overgangsrecht van de Wlz, een keuze te maken voor verblijf, vpt of pgb. Het overgangsrecht in de Wlz voor cliënten met een laag ZZP verandert niet. Deze cliënten wordt gevraagd in 2015 een keuze te maken tussen verblijf in een instelling en zorg en ondersteuning thuis op grond van de Zvw en Wmo 2015. Ook kan Wlz-zorg in functies en klassen passend zijn voor nieuwe cliënten die weliswaar voldoen aan de objectieve criteria voor toegang tot de Wlz, maar bijvoorbeeld vanwege goede informele zorg niet zijn aangewezen op het volledige zorgpakket thuis. Zij kunnen ervoor kiezen alleen die onderdelen van Wlz-zorg thuis af te nemen, waaraan zij behoefte hebben. In lijn hiermee ben ik voornemens om het mogelijk te maken dat cliënten in 2015 Wlz-zorg deels kunnen afnemen in natura en deels kunnen inkopen met een pgb (deelbaar pgb).

De mogelijkheid tot continuering van zorgafname in functies en klassen en het deelbaar pgb in 2015 worden bij tweede nota van wijziging van de Wlz geregeld. Deze nota, die ik de Kamer uiterlijk begin september doe toekomen, bevat tevens een aantal overige beleidsmatige wijzigingen en technische verbeteringen van het wetsvoorstel die ik al eerder heb aangekondigd. Zo worden niet de landelijk werkende Wlz-uitvoerders maar de zorgkantoren verantwoordelijk voor het verstrekken van het pgb. Ook wordt geregeld dat woningaanpassingen niet alleen voor minderjarige, maar ook voor meerderjarige Wlz-cliënten op grond van die wet vanaf 2016 vergoed kunnen worden. Tevens wordt geregeld dat Wlz-uitvoerders in 2015 worden vrijgesteld van de taak om mobiliteits-hulpmiddelen, woonvoorzieningen en woningaanpassingen te verstrekken. Dit blijft voor dat jaar een verantwoordelijkheid van gemeenten. Tot slot wordt via de nota van wijziging een grondslag gecreëerd voor de verlening van tijdelijke subsidies voor zorginfrastructuur en kapitaallasten.

Conditie voor een verantwoorde uitvoering 2015 onder een versmalde AWBZ

Met eerdergenoemde partijen is tevens nagegaan op welke wijze de langdurige zorg moet worden vormgegeven indien het wetsvoorstel Wlz onverhoopt niet op 1 januari 2015 in werking kan treden, bijvoorbeeld omdat de parlementaire behandeling niet uiterlijk in november van dit jaar is afgerond. In dat geval zal de AWBZ na 1 januari 2015 tijdelijk, zij het in versmalde vorm, worden voortgezet. Versmald omdat ik ervan uitga dat de Wmo 2015, de Jeugdwet en de wijziging van het Besluit zorgverzekering wel op 1 januari 2015 ingaan. De AWBZ-amvb's (het Besluit zorgaanspraken, het Zorgindicatiebesluit en het Bijdragebesluit zorg) zullen alsdan worden aangepast in verband met de geplande overhevelingen naar de Zvw en decentralisaties naar gemeenten. Mocht inwerkingtreding van de Wlz op 1 januari 2015 niet mogelijk zijn, dan ben ik voornemens per 2015 tevens een aantal andere wijzigingen door te voeren om ervoor te zorgen dat een versmalde AWBZ en het wetsvoorstel Wlz, op voor de uitvoering essentiële onderdelen, worden gestroomlijnd. Daarmee zal de versmalde AWBZ in materiële zin zoveel als mogelijk lijken op de Wlz. Zo ben ik op de eerste plaats voornemens om het indicatieproces zodanig te herzien dat niet langer wordt ge(her)ïndiceerd aan de hand van standaard indicatieprotocollen, indicatiemeldingen en taakmandaat en dat meer in persoon wordt geïndiceerd. Ook zal ik doorvoeren dat het CIZ niet meer in termen van zorgzwaarten indiceert, maar een zorgprofiel vaststelt. Welke zorg, gegeven dit profiel, het meest passend is, bepaalt de zorgaanbieder met de cliënt en zijn of haar vertegenwoordiger, binnen de inkoopafspraken die zijn overeengekomen met het zorgkantoor. Door deze wijze van indicatiestelling worden de wensen, behoeften en mogelijkheden van de cliënt meer centraal

gesteld en krijgen professionals in de zorg meer ruimte om maatwerk te leveren.

Daarnaast zal ik de aanspraken ADL en extramurale behandeling⁶ op grond van de AWBZ per 2015 vervangen door een subsidieregeling, die wordt uitgevoerd door het Zorginstituut Nederland. Beide vormen van zorg worden immers ook in de Wlz op grond van een subsidieregeling bekostigd, waardoor zorgkantoren op dit moment de zekerheid hebben dat deze vormen van zorg niet in de inkoop 2015 betrokken hoeven te worden, maar via het subsidie-instrument bekostigd kunnen worden.

Indien de AWBZ nog een jaar van kracht zal blijven en de Wlz met ingang van 1 januari 2016 in werking zou treden, dan blijft gelden dat cliënten met een laag zzp in 2015 gevraagd wordt te kiezen voorverblijf in een instelling danwel Zvw-zorg en Wmo-ondersteuning thuis. Het overgangsrecht in de Wlz zal hierop worden aangepast.

Om de transitie naar de nieuwe domeinindeling zorgvuldig te laten verlopen, bevatten de wetsvoorstellen waarmee de hervorming van de langdurige zorg wordt gerealiseerd, overgangsrecht. Specifiek met betrekking tot de GGZ geldt dat mensen met een ZZP GGZ C-indicatie hun recht op beschermd wonen op grond van de Wmo 2015 gedurende ten minste vijf jaar behouden. Indien de lopende indicatie voor een kortere periode geldt, behouden zij dit recht voor de nog resterende duur van de indicatie. Met verzekeraars is afgesproken dat zij de cliënten met een ZZP GGZ B die op 1 januari 2015 over zullen gaan naar de Zvw beschouwen als zijnde in bezit van een geldige verwijzing voor zorg op grond van die wet. Dat betekent dat alle cliënten die op 1 januari 2015 in zorg zijn, deze zorg blijven ontvangen van dezelfde aanbieder. Ook wordt in de Wlz geregeld dat cliënten die minder dan drie maanden naar de Zvw zouden gaan, direct kunnen doorstromen naar de Wlz. Zo voorkom ik dat mensen voor een korte tijd vanuit de AWBZ naar de Zvw gaan en daarna weer naar de Wlz.

Zowel onder de Wlz als onder een versmalde AWBZ hecht ik er aan dat mensen die qua zorgzwaarte zijn aangewezen op verblijf, maar ondanks zogenoemde «enige ondoelmatigheid» nu een indicatie voor extramurale zorg hebben, toegang houden tot zorg op grond van een versmalde AWBZ of de Wlz. Zij voldoen immers aan de toegangscriteria. Bij de verdeling van middelen over de verschillende domeinen is hiermee reeds rekening gehouden. Betrokken cliënten worden hierover geïnformeerd. Ik ben met partijen in overleg over de wijze waarop wij dit voornemen het beste kunnen uitvoeren.

Positie en werkwijze CIZ

De inwerkingtreding van de Wmo 2015, de Jeugdwet en de wijzigingen in het Besluit zorgverzekering op 1 januari 2015 leidt ertoe dat de langdurige zorg in 2015, ongeacht het wettelijke regime (Wlz of versmalde AWBZ) te maken krijgt met minder aanvragen van een tegelijkertijd zwaardere cliëntengroep. Dit heeft ingrijpende gevolgen voor het CIZ. In het onderstaande schets ik op hoofdlijnen de positie en de werkwijze van het CIZ, waarnaar het lid Van 't Wout (VVD) tijdens de procedurevergadering van 10 juni jl. heeft gevraagd.

⁶ Dit betreft niet de extramurale behandeling aan zintuiglijk gehandicapten. Deze wordt als aparte aanspraak per 2015 onder de Zvw wordt gebracht (Besluit tot wijziging van het Besluit zorgverzekering, voorgehangen op 10 juni 2014).

Ik ben in intensief overleg met het CIZ over de transitie van de organisatie CIZ. Dit overleg vindt plaats aan de hand van een transitieplan waarin aandacht is voor:

- Het voorbereiden op de uitvoering van de Wlz.
Dit omvat alle werkzaamheden die er toe leiden dat er op 1 januari 2015 een organisatie is die op die taak is toegerust. Onder meer betekent dit dat de scholing van de medewerkers is afgerond, de systemen en processen voor het indicatieproces gereed en getest zijn en de werkwijze van het CIZ met een nieuw klantbedieningsconcept (de cliënt wordt in persoon beoordeeld) operationeel is.
- Het afwickelen van de huidige organisatie.
De hoeveelheid werkzaamheden en tegelijkertijd de wijze waarop die werkzaamheden in het kader van de Wlz uitgevoerd gaan worden, brengen met zich mee dat de gehele huidige organisatie onder de loep moet worden genomen, dat er met alle medezeggenschaporganen overleg moet worden gevoerd over de afbouw van de huidige en de opbouw van de nieuwe organisatie in alle facetten. Het gaat hierbij om aantallen medewerkers die boventallig zullen worden en een daarbij passend sociaal plan en de inrichting van de nieuwe organisatie (aantal medewerkers, functiehuis, salariering, maar ook werkomstandigheden en werkwijze).

Het CIZ is met grote voortvarendheid bezig om de organisatie op de situatie van 1 januari 2015 voor te bereiden.

De nieuwe vormgeving van de langdurige zorg over de verschillende domeinen (Wmo 2015, Jeugdwet, Zvw en Wlz) moet zorgen voor een samenhangend pakket van ondersteuning en zorg voor cliënten die zo lang mogelijk in hun eigen woonomgeving willen en moeten kunnen blijven. Dit vergt volgend jaar veel van de zorgaanbieders, gemeenten en zorgverzekeraars. Ook de toegang tot die nieuwe zorg(-) en ondersteunings(arrangementen) die verzekeraars en gemeenten gaan aanbieden, is nieuw en kan mogelijk leiden tot verkeerd ingediende aanvragen. Het CIZ, dat onafhankelijk is van andere partijen in de zorg, beschikt over de kennis en expertise om deze aanvragen te beoordelen. Omdat het gaat om complexe Wlz-zorg, is van belang dat aanvragers in direct contact worden onderzocht.

Mocht de Wlz niet op 1 januari 2015 in werking kunnen treden dan zal de uitvoeringspraktijk van het CIZ ook onder de AWBZ worden gewijzigd. De indicatiestelling in mandaat vervalt dan en de persoonlijke aanpak zal in praktijk worden gebracht. Dit is vorm te geven door het aanpassen van op de AWBZ geënte lagere regelgeving en de beleidsregels indicatiestelling AWBZ. Enkele belangrijke elementen in het nieuwe klantbedieningsconcept, zoals dat op dit moment door het CIZ wordt uitgewerkt, zijn dat er bij binnenkomst van de aanvraag direct triage plaatsvindt voor de wijze van afdoening. Direct contact met de cliënt vindt altijd plaats, maar dat hoeft niet altijd in een persoonlijke ontmoeting te zijn. Als de informatie uit de aanvraag zonder twijfel duidt in de richting van een bepaald zorgprofiel, dan hoeven cliënt en diens wettelijke vertegenwoordiger niet extra bevraagd te worden in een huisbezoek of een spreekuurgesprek. Wanneer de situatie minder eenduidig is, volgt onderzoek door een medewerker van het CIZ in persoon. Daar hoort in dat geval altijd persoonlijk contact bij. Hierbij wordt rekening gehouden met de persoonlijke omstandigheden en mogelijkheden van de cliënt. Ook nieuw is dat elke aanvrager een vaste behandelaar binnen het CIZ krijgt die op elk gewenst moment vragen van de betrokken cliënt kan beantwoorden. Deze CIZ-medewerker zal de cliënt actief informeren over de stand van zaken van diens aanvraag. Deze nieuwe werkwijze heeft niet alleen gevolgen voor de aansturing van de medewerkers, maar bijvoorbeeld ook voor de huisvesting van het CIZ.

Deze ook onder de AWBZ beleidsmatig noodzakelijke aanpassing van de indicatiestelling per 1 januari 2015 leidt er tevens toe dat het aantal boventallig te verklaren CIZ-medewerkers overeenkomt met de uitvoering van indicatiestelling in de Wlz. Thans zijn bij het CIZ circa 1300 mensen werkzaam. Op basis van de meest recente inzichten van het CIZ zou een reductie van circa 50% te verwachten zijn. Voor de medewerkers van het CIZ, maar ook voor de continuïteit van het werk, is deze situatie te verkiezen boven een ongewijzigde indicatiestelling van de AWBZ in 2015. Door de uitvoering onder beide wettelijke regimes met elkaar in lijn te brengen, krijgt het CIZ de vereiste duidelijkheid en kan zij de voorbereiding op de uitvoering op 1 januari 2015 ter hand te nemen. Overigens kan alleen in het kader van de Wlz het publiekrechtelijk zbo CIZ tot stand worden gebracht.

Zorginkoop 2015

Op 27 januari jl.⁷ heb ik de Kamer, ter uitvoering van de motie-Van Dijk c.s.⁸, het rapport «Op weg naar minder administratieve lasten» aangeboden. Ik heb de Kamer daarbij gemeld dat ik de verbetervoorstellen uit het rapport zou inbrengen in de besprekingen ter voorbereiding van de inkoop van intramurale langdurige zorg voor het jaar 2015 en toegezegd de Kamer over de uitkomsten daarvan te informeren. Met deze brief kom ik tegemoet aan die toezegging.

Zorgkantoren kopen intramurale langdurige zorg in⁹. In het door de zorgkantoren gezamenlijk opgesteld inkoopdocument «Zorginkoop langdurige zorg 2015» zijn de beweging en de afspraken neergelegd die worden overgenomen in het inkoopbeleid van de tien concessiehouders, dat op 1 juli 2014 wordt gepubliceerd.

In de aanloop naar de totstandkoming van het inkoopdocument heeft VWS intensief gesproken met de zorgkantoren en ZN en met vertegenwoordigers van cliënten en de brancheorganisaties van aanbieders van langdurige zorg.¹⁰ Doel was om de (ervaren) administratieve lasten in (het proces van) de inkoop van langdurige zorg zoveel mogelijk te verminderen. Partijen realiseren zich dat zij verschillende belangen hebben bij de inkoop van langdurige zorg en dat er een zekere spanning bestaat tussen hetgeen gewenst wordt door de ene partij en wat voor de andere partij uiteindelijk haalbaar is. Zo willen zorgverleners de best mogelijke zorg aan hun cliënten bieden, de zorgkantoren dienen de kwalitatief beste zorg in te kopen én daarvoor een goede prijs te bedingen. Het gaat om collectieve (premie-)middelen over de uitgaven waarvan verantwoording vereist en noodzakelijk is. Administratie en registratie zijn hierbij onontkoombaar, maar daarin moet wel de juiste maat gehouden worden. Deze besprekingen vinden plaats in een periode waarin sprake is van een ingrijpende hervorming van de langdurige zorg. Die vraagt veel inspanning en doet een sterk beroep op de inzet van alle partijen. Ondanks deze transitie hebben partijen, in lijn met de strekking van de genoemde motie-Van Dijk c.s., voor 2015 ingezet op het verder uniformeren en het vereenvoudigen van (het proces van) de inkoop van langdurige zorg.

Voor de zorginkoop van 2015 hebben deze besprekingen tot de volgende uitkomsten geleid:

- Zorgkantoren nemen het gezamenlijk tot stand gebrachte inkoopkader integraal over in hun inkoopdocumenten. Het gaat daarbij bijvoorbeeld over de definitie van nieuwe aanbieders, landelijke criteria en de normering daarvan en aanvullende eisen over productspecificaties.

⁷ Kamerstuk 29 515, nr. 351.

⁸ Kamerstuk 29 515, nr. 356.

⁹ Voor de sectoren verpleging en verzorging, de gehandicaptenzorg en de langdurige GGZ.

¹⁰ Actiz, VGN, BTN en GGZ Nederland.

- Het opvragen van documenten bij zorgaanbieders wordt beperkt. Voor bestaande aanbieders bijvoorbeeld volstaat de eerder aangeleverde bestuursverklaring en is de aanbieder zelf verantwoordelijk om, indien zich wijzigingen voordoen, die te melden aan het zorgkantoor.
- Zorgkantoren hanteren de landelijk vastgestelde beleidsregels en hebben afgesproken voor specifieke zorg een uniforme set van aanvullende eisen te gaan hanteren. Het gaat daarbij om bijvoorbeeld instellingsvereisten voor de toeslag epilepsiezorg of kwaliteits- en deskundigheidseisen voor de toeslag aan invasieve beademing.
- Met betrekking tot kwaliteit volgen zorgkantoren voor de sector gehandicaptenzorg het kader, zoals is opgesteld in samenwerking met de brancheorganisatie van zorgaanbieders. Voor de sector van de verpleging en verzorging zal het bestaande landelijk kader worden gehanteerd en wordt in overleg een nieuwe set indicatoren ontwikkeld.
- Voor de beide sectoren zijn door zorgkantoren gezamenlijk een aantal thema's benoemd die zij verder willen ontwikkelen. Drie van de negen thema's (kwaliteit, innovatie en integrale zorg) worden vervat in uniforme inkoopcriteria¹¹. De mogelijkheid voor aanvullende criteria is per sector beperkt, waarbij het zorgkantoor onderbouwt en beargumenteert waarom deze aanvullende criteria nodig zijn.
- Voor nieuwe aanbieders wordt een uniform toetsingskader gehanteerd.

Zorgkantoren hebben de overtuiging dat door hun gezamenlijke inzet zorgaanbieders in 2015 een wezenlijke vermindering van administratieve lasten zullen ervaren. Ik deel die overtuiging, zij het, dat ook hier geldt: «the proof of the pudding is in the eating». Partijen hebben aangegeven nog verdere stappen te willen zetten. Ik denk daarbij vooral ook aan het realiseren van meerjarige overeenkomsten. Zorgkantoren kennen de zorgaanbieders binnen hun regio en weten welke een structureel goede reputatie hebben. Deze zorgaanbieders kunnen in aanmerking komen voor een meerjarige overeenkomst. Dit biedt duidelijkheid en zekerheid voor zorgaanbieders, hun cliënten en hun financiers. Het biedt tevens voordelen bij het realiseren van meerjarige innovatieprogramma's, afspraken over ketenzorg. Ook kunnen meerjarige overeenkomsten leiden tot investeringen tegen een lagere rente. Ik zal een pilot starten waarin zowel de verdere stappen in het reduceren van de administratieve lasten in het proces van de inkoop van langdurige zorg, de opschaling van zorgkantoorregio's als de ontwikkeling van meerjarige overeenkomsten centraal staan. Ik heb zorgverzekeraar en zorgkantoor DSW daartoe bereid gevonden.

Ik zal er scherp op toezien dat partijen in goed overleg voor de inkoop van de langdurige zorg tot een verdere reductie van administratieve lasten komen. Waar dat onverhoopt niet of onvoldoende gestalte krijgt, biedt de Wlz mij straks instrumenten om daarop te sturen. Ook dienen zorgaanbieders zelf, naast de overheid en toezichthouders, kritisch te zijn op het toepassen en de uitwerking van eigen regels. In 2013 zijn daartoe experimenten met regelarme instellingen (ERAI) gestart. Ik informeer de Kamer binnenkort over de resultaten van de tussenevaluatie.

Budgettaire kader voorlopige contracteerruimte

De in bijlage 2 opgenomen brief aan de NZa bevat het budgettaire kader voor de voorlopige contracteerruimte voor de langdurige zorg in 2015 en de middelen die voor dat jaar beschikbaar zijn voor het pgb¹². Bij deze

¹¹ Administratieve lasten, Kwaliteit, Innovatie, Extramuraliseren, Moeilijk plaatsbare cliënten, Versterken eigen regie/participatie, Gezondheid, vitaliteit en welbevinden, Integrale benadering en Doelmatigheid.

¹² Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl.

brief geldt het voorbehoud van politieke besluitvorming over de Rijksbegroting voor 2015, die op Prinsjesdag aan de Kamer gepresenteerd wordt. Na Prinsjesdag zal ik de aanwijzing aan de NZa inzake de contracteer-ruimte 2015 voorhangen bij beide Kamers.

Tot slot

Zoals in de eerste paragraaf van deze brief toegelicht heb ik, na consultatie van de NZa, de zorgkantoren en de zorgaanbieders, de uitvoering van de langdurige zorg voor 2015 zodanig vormgegeven dat er voor wat betreft de zorginkoop nagenoeg geen verschil is tussen de Wlz en een eventuele versmalde AWBZ in 2015. Daarmee is geborgd dat het zorginkoopproces tussen de zorgkantoren en de zorgaanbieders tijdig en voorspelbaar gestart kan worden en per 2015 een impuls kan worden gegeven aan de kwaliteit en beheersbaarheid van de langdurige zorg. Het kabinet zal na dat jaar de ambities van de Wlz verder invulling geven.

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