Bijlage Inventarisatie hardvochtigheden VWS

1. Inleiding

Naar aanleiding van de kinderopvangtoeslagaffaire, het rapport 'Ongekend onrecht' en aanvaarde moties van de Tweede Kamer[1] is kort voor de zomer van 2021 een brede uitvraag gedaan binnen het ministerie van VWS en de aan het ministerie van VWS verbonden uitvoeringsorganisaties en toezichthouders naar hardvochtigheden waarbij hetzij de wet, hetzij de uitvoering van de wet hardvochtige effecten oplevert voor groepen burgers.

De uitvraag heeft een lijst met verschillende reacties opgeleverd welke zijn opgenomen in deze bijlage. In de bijlage wordt een onderscheid gemaakt tussen reacties waarvoor er op dit moment een oplossing is gevonden (categorie A), reacties waarvoor de oplossing al in gang is gezet of die in gang gezet gaan worden (categorie B) en reacties die nog nader onderzocht moeten worden of reacties waar geen acties zullen volgen (categorie C).

2. Binnengekomen reacties

A) Reacties waarvoor er op dit moment een oplossing is gevonden

- *Hulpbehoevende jeugdigen om en nabij hun achttiende verjaardag*

Onder 2° en 3° van artikel 1.1 van de Jeugdwet van de definitie van jeugdhulp wordt een leeftijdsgrens van 18 jaar gesteld voor een mogelijk beroep op jeugdhulp. Echter, jeugdhulp zoals gedefinieerd in artikel 1.1 onder 1° van de Jeugdwet maakt jeugdhulp tot 23 jaar mogelijk. Bovendien zijn er mogelijkheden voor hulp aansluitend op de geboden jeugdhulp op basis van andere regimes zoals Zvw, Wlz en Wmo 2015. De leeftijd voor pleegzorg is opgehoogd naar 21 jaar en ook voor verblijf in gezinshuizen is afgesproken dat jongeren kunnen blijven tot 21 jaar, mits zij dat zelf willen. Het uitgangspunt dat jeugdhulp tot 18 jaar beschikbaar is, is logisch met het oog op de volwassenen leeftijd.

- *Overgang gesloten jeugdhulp bij jeugdigen voor en na hun 18e levensjaar*

Gesloten jeugdhulp kan niet langer duren dan tot zes maanden na het bereiken van de leeftijd van 18 jaar. Op basis van artikel 5 EVRM is het namelijk niet toegestaan jeugdigen van 18 jaar of ouder met een rechterlijke machtiging tegen hun wil op te nemen en te doen verblijven in een gesloten accommodatie om opvoedkundige redenen. Overigens kan iemand van 18 jaar of ouder als dat noodzakelijk en proportioneel is op basis van de Wvggz en de Wzd gedwongen worden opgenomen. Dit knelpunt komt ook aan de orde in het plan over de toekomst van de gesloten jeugdhulp, dat voor het zomerreces aan uw Kamer zal worden aangebonden.

- *Niet-rechtmatig in Nederland verblijvende 18-plussers hebben geen recht op verlengde jeugdhulp vanuit de Jeugdwet*

In de Jeugdwet is in lijn met de Grondwet en het IVRK geregeld dat de zorg voor niet-rechtmatig in Nederland verblijvende vreemdelingen (onder de 18 jaar) de verantwoordelijkheid is van gemeenten. Gemeenten zijn enerzijds gehouden aan de Jeugdwet, maar zij kunnen hier (in positieve zin) van af wijken. Zo zien we dat gemeenten indien noodzakelijk c.q. gewenst regelmatig een bredere definitie van verlengde jeugdhulp hanteren dan uit de wet volgt. Ondanks dat meerderjarigen geen aanspraak kunnen maken op een voorziening (artikel 10 Vreemdelingenwet) kan een gemeente dit in de praktijk ook toepassen op niet-rechtmatig in Nederland verblijvende 18-plussers. Er zijn geen signalen bekend dat deze reactie tot onoverkomelijke problemen leidt.

- *Zorgval en hogere lasten bij overgang tussen domeinen*

Verzekerden ervaren bij een overgang van de zorg die zij krijgen vanuit de wijkverpleging (Zvw) naar de zorg vanuit het modulair pakket thuis (Wlz) een zogenaamde zorgval, omdat men minder uren zorg krijgt toegewezen (signaal 1). Ook is een veelgehoorde klacht dat meer moet worden betaald voor dezelfde zorg en dezelfde zorgaanbieder (signaal 2). Signaal 1 is aangepakt. Om de zorgval op te lossen is de inzet van extra zorg mogelijk gemaakt voor mensen die Wlz-zorg thuis ontvangen. Voor cliënten die wachten op een plek in een zorginstelling worden vanaf 1 juli 2018 de

[1] Motie Omtzigt, 35510, nr. 10 en motie Ploumen/Jetten, 35510, nr. 24.

bestaande wettelijke mogelijkheden voor Wlz overbruggingszorg beter benut. Voor cliënten die Wlz-zorg ontvangen en langer thuis willen wonen, is extra zorg mogelijk gemaakt door de regeling Extra kosten thuis per 1 juli 2018 uit te breiden. Er is geen beleidsmatige wens om signaal 2 aan te pakken. Voor de Wlz wordt een eigen bijdrage gevraagd. De eigen bijdrage is te verantwoorden, omdat de cliënt wordt geacht mee te betalen voor het zorggebruik. De zorg die geleverd wordt vanuit de Wlz is doorgaans intensiever en meer omvattend dan die vanuit de Zvw en de Wmo 2015. Wel is het zo dat in het coalitieakkoord is afgesproken dat vanaf 2025 een eerlijkere eigen bijdrage wordt gevraagd voor huishoudelijke hulp vanuit de Wmo 2015. Daarmee zal de vraag naar huishoudelijke hulp naar verwachting worden geremd, en voor een deel van de cliënten betekent dit dat een eventuele overgang naar Wlz-zorg een minder groot effect zal hebben op de eigen bijdrage dan nu het geval is.

- *Beleidsregel tegemoetkoming Q-koorts 2019*

In de periode van 2007 tot en met 2010 heeft zich in Nederland een uitzonderlijke Q-koortsuitbraak voorgedaan. Het kabinet heeft besloten een gebaar te maken ter erkenning van de grote gevolgen die Q-koortspatiënten en hun naasten hebben ondervonden. Inmiddels is de beleidsregeling tegemoetkoming gesloten en zijn alle aanvragen behandeld. Niet iedereen voldeed aan de voorwaarden voor financiële tegemoetkoming. DUS-I heeft 288 bezwaren ontvangen. De meeste bezwaarden waren van mening dat zij wel in aanmerking kwamen voor deze tegemoetkoming, ondanks het feit dat zij niet aan de voorwaarden voldeden (besmettingsperiode en/of diagnosedatum). De voorwaarden in de regeling zijn opgenomen om onderscheid te kunnen maken wie wel en wie niet recht heeft op een tegemoetkoming. Deze voorwaarden zijn proportioneel en niet te zwaar. De voorwaarden zijn in overleg met vertegenwoordigers van patiënten tot stand gekomen. Tijdens de openstelling is deze beleidsregel tweemaal verruimd, mede op verzoek van uw Kamer, maar ook naar aanleiding van signalen vanuit de doelgroep. De doelgroep van deze beleidsregel is verruimd. Een ruime meerderheid (80%) van de aanvragers heeft uiteindelijk de tegemoetkoming gekregen.

- *World anti-doping Code*

Nederland kent de Wet uitvoering Antidopingbeleid (Wuab) en is partij bij de Unesco Convention against Doping in Sport. Beide bevatten op zichzelf geen bepalingen die hardvochtige effecten teweeg brengen, maar beide verwijzen wel naar de World Anti-Doping Code ('de Code'), terwijl de Wuab bovendien naar 'dopingreglementen' verwijst. Deze Code (een privaatrechtelijk instrument) wordt vastgesteld door het World Anti-Doping Agency (WADA). De Code bevat mondiaal geldende dopingregels, en is daarmee het belangrijkste instrument om tot mondiale harmonisatie van het antidopingbeleid te komen. De dopingreglementen zijn reglementen van Nederlandse sportbonden en andere sportorganisaties.

Op basis van de Unesco Convention against Doping in Sport en op basis van de Wet uitvoering Antidopingbeleid (Wuab) is Nederland gehouden om de principes van de Code op nationaal niveau te implementeren, en dat gebeurt in de praktijk door deze te verwerken in privaatrechtelijke regelgeving, namelijk het Nationaal Dopingreglement (NDR). Dit wordt opgesteld door de Dopingautoriteit, en verwerkt in de regelgeving van (met name) sportbonden. Het is ook de Dopingautoriteit die primair belast is met de uitvoering van het beleid. De Code (en dus ook de daarvan afgeleide Nederlandse dopingreglementen) bevatten o.a. regels betreffende de sancties die dienen te worden opgelegd aan sporters (en anderen) die een dopingovertreding begaan. De belangrijkste sanctie is uitsluiting van alle sportbeoefening gedurende een bepaalde periode (veelal vier of twee jaar). De hoogte van deze (standaard)sancties wordt vastgesteld na uitgebreide consultatie van vele partijen, waaronder (oud) topsporters (de groep die eerst en vooral met de consequenties van de regelgeving geconfronteerd wordt).

Over het algemeen worden de sancties op zichzelf niet disproportioneel geacht. In specifieke gevallen kan dat echter wel het geval zijn, bijvoorbeeld in situaties waarin een sporter geen verklaring kan geven voor de aanwezigheid van een verboden stof in zijn/haar lichaam. In dergelijke situaties volgt veelal een uitsluiting van vier jaar, en zowel betrokkenen als het publiek ervaren een dergelijke sanctie nogal eens als 'hardvochtig'. Dergelijk situaties doen zich 5 tot 8 keer per jaar voor. Daarbij komt dat een deel van de (gepercipieerde) hardvochtigheid niet in de sancties zelf zit,

maar in 'neveneffecten' als financiële schade (verlies van inkomsten), emotionele schade (bijv. door verlies van de sportieve status), en maatschappelijke schade (bijv. door negatieve publiciteit).

De Dopingautoriteit is gehouden de Code strikt toe te passen, waarbij uitspraken ook nog worden gecontroleerd door WADA, en WADA het recht heeft beroep in te stellen. Maar binnen dit strakke kader spant de Dopingautoriteit zich ten zeerste in om (te) harde consequenties zoveel mogelijk te mitigeren. Intensief overleg met alle betrokken partijen en WADA is daarbij een vast gegeven.

- *Hoogte boete bij niet naleven meldplicht subsidie*

In Nederland zijn er 10 zorgnetwerken antibioticaresistentie (ABR). Zij krijgen hiervoor subsidie van de Minister van VWS. De subsidie wordt uitgevoerd door het RIVM. Het belangrijkste doel van de nationale aanpak van antibioticaresistentie is het indammen van de ontwikkeling en verspreiding van resistentie. Zo blijft ook in de toekomst een goede behandeling van infecties met antibiotica mogelijk. Tot en met 2 oktober 2020 werd de subsidieverlening voor de aanpak van antibioticaresistentie geregeld in het Besluit vaststelling beleidsregels subsidiëring regionale zorgnetwerken ABR. Momenteel is de subsidieverlening geregeld in de Beleidsregel subsidiëring regionale zorgnetwerken ABR 2021-2023. Deze beleidsregels vallen onder de Kaderregeling subsidies OCW, SZW en VWS. En de Beleidsregels handhaving subsidiebepalingen VWS zijn van toepassing op de zorgnetwerken ABR. In het verleden hebben we gezien dat een aantal zorgnetwerken ABR zich niet tijdig of niet bij ons heeft gemeld in geval sprake is van een onderbesteding van de subsidie. Het niet tijdig of niet melden kan zeer nadelig uitpakken voor subsidieontvangers. Inmiddels zijn alle netwerken hier goed van op de hoogte en worden alle afwijkingen tijdig gemeld.

B) Reacties waarvoor de oplossing al in gang gezet is of die in gang gezet gaat worden

- *Overgangsbepaling artikel 12 Wet donorgegevens kunstmatige bevruchting*

Sinds juni 2004 is de WDKB in werking getreden. De overgangsregeling uit artikel 12 bepaalt dat identificerende gegevens van donoren die gedoneerd hebben voor inwerkingtreding van de wet uitsluitend met toestemming verstrekt worden. De regeling zorgt ervoor dat de identiteit van donoren die onder voorwaarde van anonimiteit hebben gedoneerd bij de kliniek (zogenoemde a-donoren) niet tegen hun wil alsnog verstrekt worden aan het donorkind. Donoren die ten tijde van donatie bij de kliniek aangaven bereid te zijn hun identiteit op termijn kenbaar te maken aan donorkinderen (zogenoemde b-donoren) hebben echter met artikel 12 ook de mogelijkheid gekregen om alsnog niet in te stemmen met verstrekking van gegevens. De overgangsregeling geeft niet de mogelijkheid om rekening te houden met eerder overeengekomen afspraken met de kliniek en de weigering van donoren is absoluut. Er is geen sprake van een afweging of motivatieplicht voor de donor.

Met de nota van wijziging van de Wdkb[2] wordt geregeld dat, wanneer een donor van voor 2004 ten tijde van zijn donatie heeft aangegeven een bekende donor te willen zijn, maar geen toestemming verleent voor het verstrekken van zijn persoonsidentificerende gegevens op het moment dat een donorkind hierom vraagt, de persoonsidentificerende gegevens wel worden verstrekt tenzij de donor een zwaarwegend belang op basis van artikel 3 van de Wdkb heeft.

- *Artikel 3 vs. Artikel 12 Wet donorgegevens kunstmatige bevruchting*

Artikel 3 van de Wdkb bepaalt dat identificerende donorgegevens (m.u.v. donoren met zwaarwegende belangen) verstrekt kunnen worden bij kunstmatige bevruchtingen van na inwerkingtreding van de WDKB (juni 2004). Artikel 12 bepaalt dat donoren die gedoneerd hebben voor inwerkingtreding van de wet erop kunnen rekenen dat identificerende gegevens alleen met toestemming verstrekt worden. Omdat artikel 3 uitgaat van behandeldatum en artikel 12 van donatiedatum levert dit een impasse op voor donoren die voor juni 2004 gedoneerd hebben maar betrokken zijn bij kunstmatige bevruchting van na juni 2004. Recent is het reglement SDKB aangepast om in deze gevallen artikel 3 van de wet te volgen zodat bij deze aanvragen in ieder geval een belangenafweging plaatsvindt waartegen de mogelijkheden voor bezwaar en beroep open

[2] Kamerstukken II, 2020-2021, 35 870, nr. 7.

staan voor donor en donorkind. Op deze wijze wordt voorkomen dat de wens van de donor doorslaggevend is.

- *Artikel 12 Wet donorgegevens kunstmatige bevruchting: vervangende toestemming door naasten of nabestaanden van donoren*

Artikel 12 van de Wdkb biedt geen mogelijkheid voor het geven van vervangende toestemming door naasten of nabestaanden van donoren. De identificerende gegevens van donoren die komen te overlijden kunnen daarom niet verstrekt worden, omdat SKDB niet langer over de benodigde toestemming kan beschikken. Ook niet wanneer donoren bij leven iemand wensen aan te wijzen om namens de donor gegevens toestemming te geven. In de nota van wijziging bij het wijzigingsvoorstel van de Wdkb[3] wordt geregeld dat in geval van een B-donor van voor 2004 artikel 3 geldt. Daarnaast wordt door middel van de nota van wijziging geregeld dat donoren van voor 2004 vervangende toestemming kunnen regelen voor na hun dood.

- *Beheer medische dossiers fertiliteitsklinieken of spermabanken*

Er bestaan geen afspraken over de overname van het beheer van medische dossiers op het moment dat een kliniek ermee stopt of failliet gaat. Dit kan betekenen dat er geen zaken gecontroleerd kunnen worden in het geval dat de registratie door klinieken van gegevens van de donor en de behandeling van de wensmoeder niet volledig is geweest. In de handleiding voor curatoren is reeds opgenomen dat iets geregeld moet worden met betrekking tot de dossiers in het geval dat een ziekenhuis of kliniek failliet gaat. Het niet juist invoeren van gegevens van donoren komt niet vaak voor. Uiteraard kan het voorkomen dat klinieken per abuis de gegevens niet juist of onvolledig invoeren in het registratiesysteem van de SDKB door een menselijke fout. Dit wordt zoveel mogelijk voorkomen door tijdens het proces van registratie door de klinieken (automatisch) te controleren of de gegevens volledig zijn ingevuld in het register van de SDKB. Het registratiesysteem wordt hierop aangepast en in 2022 in gebruik genomen.

- *Prestatie- en tariefbeschikking tandheelkundige zorg*

Tarief- en prestatiebeschikkingen in de mondzorg en orthodontie zijn medisch inhoudelijk omschreven prestaties die weinig herkenbaar zijn voor de patiënt. Er vindt geen controle plaats op rechtmatige facturatie, want veelal betreft het onverzekerde zorg. De burger heeft niet de expertise hierover in gesprek te gaan. De omschreven signalen zijn het gevolg van politieke keuzes. De randvoorwaarden zijn dat mondzorg geen verzekerde zorg is en de patiënt als gevolg daarvan zelf de nota moet controleren. Wel zijn er voldoende instanties die uitleg kunnen geven over de nota's (NZa, KNMT, zorgverzekeraars). In de mondzorg wordt dit bijvoorbeeld ingevuld door de NZa door jaarlijks een compleet hoofdstuk met prestaties tegen het licht te houden en waar mogelijk en nodig, deze van een consumentvriendelijke beschrijving te voorzien. De NZa helpt via hun Informatie- en Contactcentrum burgers met het begrijpen van hun nota's als zij daarover vragen stellen. Daarbij maken zij indien nodig gebruik van de vakkennis van de brancheverenigingen. Directie Zorgverzekeringen is in gesprek met gemeenten, zorgverzekeraars en beroepsorganisaties om de toegang tot mondzorg voor bepaalde groepen burgers te verbeteren, bijv. via gemeentepolis of bijzondere bijstand.

- *Onvoldoende hulp voor jongeren met ernstig psychische problemen*

De wens bestaat dit signaal aan te pakken. De beleidsmatige inspanning die reeds is ingezet ten behoeve van deze doelgroep is: bovenregionale expertisenetwerken en regionale expertteams en aanpak van de wachttijden. Vastgelopen casuïstiek waar reguliere hulpverlening en lokale toegang niet tot een oplossing komen wordt door de 42 regionale expertteams opgepakt – waar nodig met ondersteuning vanuit bovenregionale expertisenetwerken. Acht coördinerende gemeenten zijn verantwoordelijk voor de expertisenetwerken. Hiertoe ontvangen zij van het Rijk een specifieke uitkering. In het belang van jeugdigen moeten gemeenten, aanbieders en Rijk op regionaal en landelijk niveau samen optrekken om wachttijden terug te brengen. Van de €613 mln. aan incidentele financiële middelen die in 2021 naar gemeenten is gegaan, is €255 mln. bedoeld voor wachttijden in de (gespecialiseerde) jeugdzorg. De VNG en VWS hebben daarnaast het Ondersteuningsteam Zorg voor Jeugd (OZJ) opdracht gegeven in samenwerking met het Ketenbureau i-Sociaal Domein inzicht en overzicht over regionale wachttijden te creëren. Met het

[3] Kamerstukken II, 2020-2021, 35 870, nr. 7.

voorgenomen Wetsvoorstel verbetering beschikbaarheid specialistische zorg voor jeugdigen wordt beoogd de beschikbaarheid van specialistische vormen van jeugdhulp beter te borgen.

- *Problemen bij complexe zorgvragen*

Hardvochtigheid in de zorg en ondersteuning voor mensen met een beperking ontstaat vaak niet door het toepassen van regels, maar door het feit dat mensen soms zo'n complexe zorgvraag hebben dat zij tussen systemen in vallen. Daarnaast is het zo dat er, vanwege de complexiteit, vaak iets extra's om iemand met een beperking heen moet worden georganiseerd. Daar voorziet het financieringssysteem vaak niet in. Tot slot zijn er specifieke punten als het gaat om ouders van kinderen met een zeer ernstige beperking die zelf de zorg organiseren en de zorg in het ziekenhuis. Als onderdeel van het programma ''Volwaardig leven" zijn er de afgelopen jaren vijf pilots gestart die zich richten op ondersteuning voor specifieke doelgroepen en hun naasten waar zeer complexe problematiek speelt. Bij de deelnemers van de pilot is er sprake van een dusdanig complexe (zorg) vraag dat zij niet voldoende geholpen zijn met de bestaande vormen van (cliënt)ondersteuning. De ondersteuner in de pilot kan voor een langere periode aansluiten bij het gezin (vertrouwen opbouwen), een helikopterview innemen, domeinoverstijgend werken en doelgroep- expertise toevoegen. Samen met cliënt en naaste kan de kluwen aan problemen met cliënt/gezin worden ontward. De pilots gespecialiseerde cliënt ondersteuning (GCO) hebben bijgedragen aan het ontlasten van ruim 450 cliënten en hun naasten. De pilots lopen tot eind 2022. In de brief over de toekomstagenda gehandicaptenzorg 2022 zal nader worden ingegaan op de wijze van borging van de pilots gespecialiseerde cliëntondersteuning.

- *Relatief complexe ondersteuningsvraag zorgt vaak voor ingewikkelde en langdurige aanvraagtrajecten bij gemeenten*

Mensen met een relatief complexe ondersteuningsvraag ervaren ingewikkelde, langdurige aanvraagtrajecten (over bijvoorbeeld een hulpmiddel) bij gemeenten. Een hulpmiddel wordt verstrekt door de gemeente als maatwerkvoorziening en daar gaat een onderzoek aan vooraf naar de ondersteuningsbehoefte in het kader van zelfredzaamheid en participatie. Niet zelden krijgen mensen pas ná een bezwaarprocedure een definitief besluit over het (type) hulpmiddel. De afgelopen jaren is intensief met het veld samengewerkt aan het verbeteren van de hulpmiddelenverstrekking, en het probleem dat ten grondslag ligt aan dit signaal wordt aangepakt. In 2020/2021 is de Verbeteragenda hulpmiddelen uitgevoerd, waarin afspraken zijn vastgelegd over procedures en instructies specifiek voor de groep mensen met een complex(e) hulpmiddel(aanvraag).

De opbrengsten van de verbeteragenda hulpmiddelen (convenanten en handreikingen) worden grotendeels nog geïmplementeerd in de uitvoering, met als beoogd resultaat een voor cliënten merkbaar verbeterde hulpmiddelenverstrekking. In 2021 is een nulmeting uitgevoerd en eind 2022 worden de resultaten van de effectmeting verwacht en op basis daarvan wordt bepaald of verdere actie nodig is. Daarnaast wordt een onderzoek uitgevoerd naar het vereenvoudigen van domeinoverstijgende hulpmiddelenaanvraag en de uitkomsten daarvan worden in september aan de Kamer verzonden. Tot slot wordt gewerkt aan een extra hoofdstuk van de Toekomstagenda mensen met een beperking. Eén van de voorgestelde maatregelen is het versterken van de kennis van gemeentelijke toegangsmedewerkers over de doelgroep 'mensen met een levenslange beperking'. Dit extra hoofdstuk wordt vóór het zomerrecht aan de Kamer verzonden.

- *Systeem verhindert soms het tijdig verlenen van goede zorg*

Het systeem verhindert soms het tijdig verlenen van goede zorg. Er ontstaat verwarring bij cliënten die vanuit meerdere stelsels financiering krijgen. Ze krijgen meerdere zorgverleners over de vloer, die niet aan dezelfde eisen hoeven te voldoen. Bovendien zijn er meerdere toezichthouders die daarop toezien (IGJ en de gemeentelijke Wmo-toezichthouder). Cliënten met complexe (gedrags)problematiek, bijvoorbeeld cliënten op het snijvlak van gehandicaptenzorg, GGZ en forensische zorg, overgang 18- naar 18+, voor wie het heel lastig is een passende plek te vinden. Gekeken wordt naar verschillende instrumenten, waaronder het Integraal Zorg Akkoord, het woon zorgprogramma, het bevorderen van samenwerken in de regio, het verbeteren van gegevensuitwisseling alsmede het uitwisselen van best practices en slimme oplossingen van samenwerking. Daarnaast kijken we naar bekostiging en het verruimen van domein overstijgende bekostiging / financiering. Verkenning loopt nog.

- *Huishoudens die zorgtoeslag hebben aangevraagd*

Bij het behandelen van de Kinderopvangtoeslagen zaken bleek dat in sommige gevallen ook mensen die zorgtoeslag hadden aangevraagd, in de uitvoering vooringenomen zijn behandeld en ten onrechte de stempel opzet/grove schuld hebben gekregen. Vanuit Toeslagen (samen met de toeslagdepartementen VWS, BZK en SZW) is een traject opgestart om de gedupeerden van de uitvoering bij de zorgtoeslag, huurtoeslag en kindgebondenbudget te compenseren. Daarnaast zijn er verschillende verbetertrajecten opgestart om (samen met de uitvoering) de dienstverlening te verbeteren.

- *Regeling langdurige zorg*

Financiële problemen voor verzekerden doordat intramurale verblijfplaatsen door de zorginstelling worden omgezet in plekken waar het volledig pakket thuis (VPT) wordt aangeboden. Verzekerden ontvangen dezelfde zorg maar moeten door de omzetting bepaalde kosten nu zelf betalen waardoor maandlasten hoger (te hoog) worden.

In het kader van het doorvoeren van het scheiden van wonen en zorg zal ook gekeken worden naar de inkomensgevolgen voor de cliënten. Met het CAK wordt regelmatig overlegd om op casusniveau te kijken wat de inkomensgevolgen zijn van het VPT; daarbij wordt een onderscheid gemaakt tussen nieuwe en bestaande cliënten. Nieuwe cliënten kunnen bij het maken van een keuze voor een nieuwe woonvorm (in de vorm van VPT of anderszins) rekening houden met de eigen financiële mogelijkheden. Zij moeten als de huur bijvoorbeeld te hoog is op zoek naar een alternatief met een minder hoge huur. Voor bestaande cliënten waarbij door de zorginstellingen de intramurale zorg wordt omgezet naar plekken waar op basis van het scheiden van wonen en zorg het VPT wordt geboden, moet de aanbieder in overleg met cliënt (en eventueel het zorgkantoor) op zoek naar een passende (ook financieel passende) oplossing. Dat kan bijvoorbeeld zijn om in overleg met het zorgkantoor de intramurale bekostiging voor de betreffende cliënt te handhaven en niet over te gaan op VPT.

Geen afwijkingsbevoegdheid voor zorgkantoren

Geen afwijkingsbevoegdheid voor zorgkantoren wat daarom zorgkantoren niet uitnodigt om in uitzonderlijke situaties toch te doen wat vanuit cliëntperspectief op dat moment nodig is. Mogelijke oplossing hier is: het wetsvoorstel domeinoverstijgende samenwerking dat momenteel voorligt. Daarnaast wordt onderzocht waar een afwijkingsbevoegdheid behulpzaam zou zijn en hoe dat vormgegeven kan worden. Voorbeelden hiervan zijn de wachttijd Wlz of de maximum vergoedingstermijn van een jaar van zorg in het buitenland.

- *Scheiding in twee wetten (Wvggz en Wzd)*

De scheiding in twee wetten over gedwongen zorg – de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvggz) en de Wet zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten (Wzd) - staat er soms aan in de weg dat iemand terecht komt op de voor hem best passende zorgplek. Dit doet zich met name voor bij mensen die te maken hebben met multi-problematiek en soms tijdelijk van een aanbieder die onder de Wzd valt naar een aanbieder moeten die onder de Wvggz valt. Daarnaast kunnen in sommige situaties de mensen die nu formeel onder de Wvggz vallen, en dus enkel terecht kunnen bij aanbieders die de Wvggz uitvoeren, soms beter op hun plek zijn bij aanbieders in de ouderen of gehandicaptenzorg die onder de Wzd vallen. Verschillende stappen zijn ondernomen, zoals 1) Een wettelijke hardheidsclausule, om de rechter in schrijnende gevallen een keuze voor de Wzd te geven, is op 26 november 2021 in werking getreden; 2) Bij AMvB kunnen bepaalde aandoeningen onder de reikwijdte van de Wzd worden gebracht (deze is in procedure); 3) De samenloop tussen Wvggz en Wzd is expliciet onderdeel van de wetsevaluatie die in 2022 wordt afgerond rondom de samenloop tussen de twee wetten – naar verwachting leidt de evaluatie tot een wetswijziging. Daarbij kan sprake zijn van verdere harmonisatie of ook van integratie.

- *In aanmerking komen voor sporthulpmiddelen*

Mensen met een handicap blijven fors achter in sport- en beweegdeelname ten opzichte van mensen zonder handicap (26% tegenover 53%). Een van de redenen waarom zij achterblijven is het gebrek aan duidelijkheid over de (financiële) ondersteuning bij sporthulpmiddelen. Mensen met een handicap die willen sporten of bewegen en hier een hulpmiddel voor nodig hebben worden soms van

het kastje naar de muur gestuurd. Het levert hardvochtige situaties op en beleidsmatig bestaat de wens de belemmering op te lossen. Op basis van de motie van het lid Westerveld c.s. over de financiering van sporthulpmiddelen[4] heeft een gesprek plaatsgevonden met Zorgverzekeraars Nederland en Vereniging Nederlandse Gemeenten in het najaar van 2021. Tijdens dit gesprek is gezamenlijk verkend in hoeverre duidelijkheid te verkrijgen is over de vraag wie de financier van welke sporthulpmiddelen is. Binnen de Wmo 2015 bestaat er beleidsvrijheid voor gemeenten om in het kader van het ondersteunen van de zelfredzaamheid en de participatie van personen met een beperking al dan niet sporthulpmiddelen toe te kennen en deels of geheel te financieren. Binnen de Zorgverzekeringswet wordt op basis van zorgcriteria en het doelmatigheidsbeginsel getoetst of het verstrekken van een sporthulpmiddel passend is. De mogelijkheden binnen de Wmo 2015 en Zvw lijken er te zijn, maar het is te vaak onduidelijk welk hulpmiddel waar gefinancierd wordt. Hier komt nog een nader vervolg op.

Daarnaast lopen verschillende acties zoals het Project Sporthulpmiddelen beter bereikbaar en beschikbaar. Het doel van deze projectgroep is om bij te dragen aan het beter beschikbaar en bereikbaar maken van sporthulpmiddelen met een goede kwaliteit, die betaalbaar zijn voor de klant. Er komt een vervolg op dit project om een deel van de aanbevelingen ook daadwerkelijk te implementeren. Daarnaast is begin 2021 het fonds voor sporthulpmiddelen van Uniek Sporten van start gegaan. Het fonds voor sporthulpmiddelen is opgericht als vangnet voor de financiële ondersteuning bij de aanschaf en uitleen van een sporthulpmiddel. Daar waar de route van WMO en ZvW haperen, vult het fonds dit gat. Omdat het fonds voorziet in een grote behoefte, ondersteunt VWS dit initiatief financieel in 2021 en 2022.

Aan de Kamer is toegezegd om voor het Wetgevingsoverleg van 2022 met oplossingsrichtingen te komen voor de problematiek rond de hulpmiddelen. De samenwerking met zorgverzekeraars en gemeenten is van groot belang.

- *Uitvoering diverse wetten door CAK*

Het CAK zet goede stappen om de uitvoering van hun wettelijke taken op orde te krijgen. Zo loopt er al enige tijd een groot verbetertraject bij het CAK. Het CAK is echter nog niet voldoende 'in control'. Dit blijkt onder andere uit de toezichtsrapportage van de Nederlandse Zorgautoriteit. Dit heeft verschillende gevolgen. In sommige gevallen ondervinden cliënten hier hinder van, bijvoorbeeld doordat zij te maken krijgen met stapelfacturen. Bijna alle Wmo-cliënten die het abonnementstarief betalen, kregen in 2020 te maken met stapelfacturen vanwege de vertraagde implementatie van het abonnementstarief. Inmiddels is er nauwelijks meer sprake van stapelfacturen bij de Wmo. De uitvoering van het abonnementstarief (heffing eigen bijdrage) loopt nu goed, maar het CAK is nog wel bezig met het optimaliseren van de systemen. Omdat de verandertrajecten bij het CAK hierop al lopen, worden aanvullende acties niet nodig geacht.

- *Berekening eigen bijdrage door CAK*

Voor het berekenen van de eigen bijdrage heeft het CAK verschillende gegevens van een cliënt nodig. Deze gegevens verzamelt het CAK o.a. op basis van gegevens van ketenpartners, zoals de Belastingdienst en de Sociale Verzekeringsbank (SVB), en vanuit bronnen zoals de Basisregistratie Personen (BRP). Het is van belang dat deze gegevens in de administratie van alle partijen gelijk zijn en deze periodiek gecontroleerd worden. Ook is het van belang dat de aangeleverde gegevens voor derden correct zijn. Als deze gegevens gecorrigeerd dienen te worden heeft dat tot gevolg dat de eigen bijdrage dient te worden aangepast, en dat een deel van de cliënten wordt geconfronteerd met een naheffing (bijbetaling) of een restitutie (teruggave) van de eigen bijdrage. Verbetering van de uitvoering is wenselijk en wordt op sommige punten al ondernomen: 1) betere uitvoering van het CAK zelf door het verbeteren van het proces, de IT, controles en mitigerende maatregelen. Het CAK is op dit moment bezig met een breed meerjarig verandertraject. De NZa houdt hier intensief toezicht op; 2) betere controles of de aangeleverde gegevens door derden wel correct zijn en/of correct zijn overgenomen door het CAK; 3) beter aansluiten van correctietermijnen bij wat geldt in de keten zodat gemaakte fouten in dezelfde periode gecorrigeerd kunnen worden door het CAK.

[4] Kamerstuk 30234, nr. 271.

- *Vrouwen en toeslagen in vrouwenopvang*

Eén van de knelpunten waarvoor de Nationale ombudsman aandacht heeft gevraagd, is de financiële kwetsbare positie van vrouwen in de opvang. Het verkrijgen van een eigen inkomen is ingewikkeld voor deze vrouwen en het duurt lang. Om een bijdrage te leveren aan het verbeteren van de financieel kwetsbare positie van vrouwen, hebben vrouwenopvang Moviera, de Sociale Verzekeringsbank (SVB), Toeslagen een nieuwe werkwijze ontwikkeld. Hiermee wordt de aanvraagprocedure van de kinderbijslag en het kindgebonden budget versneld. Er is eerder duidelijkheid over het recht op kinderbijslag en het kindgebonden budget. Het kindgebonden budget wordt sneller uitbetaald. Deze versnelling zorgt voor meer financiële zekerheid bij de vrouwen. Deze werkwijze is begin 2022 landelijk ingevoerd.

- *Geweld in afhankelijkheidsrelaties*

Het knelpunt is bij dit thema niet zozeer de wet- en regelgeving zelf, maar meer in hoeverre professionals de ruimte krijgen om 'met de menselijke maat' om te gaan met die wet- en regelgeving. In het toekomstscenario kind en gezinsbescherming wordt breed gekeken naar hoe de hulp aan en behoeften van het gezin centraal gesteld kunnen worden, waarbij er ruimte moet zijn voor 'de menselijke maat' bij professionals. Daarbij is de visie gefaseerd samenwerken aan veiligheid het uitgangspunt. Eén van de aspecten in het toekomstscenario is dat rechtsbescherming al begint bij de eerste melding. De insteek is dat ook een stelselwijziging nodig is en dat VT opgaat in een regionaal veiligheidsteam. Expliciet aandachtspunt is dan dat vrouwen met kinderen hulp durven te vragen, zonder bang te zijn dat hun kinderen uit huis worden geplaatst.

- *Inefficiënte aanpak kindermishandeling en huiselijk geweld*

De aanpak van kindermishandeling en huiselijk geweld is te versnipperd en er is weinig regie. Daarom is de afgelopen jaren de aanpak van kindermishandeling en huiselijk geweld in de uitvoering versterkt met het programma Geweld hoort nergens thuis. In 2022 zijn er regionale projectleiders die de regionale aanpak versterken. Daarnaast is het programma toekomstscenario Kind- en gezinsbescherming gestart om de uitvoering te verbeteren.

- *Toezicht en handhaving Wmo 2015*

Om de kwaliteit van maatschappelijke ondersteuning aan (kwetsbare) cliënten voldoende te waarborgen, is toezicht op de uitvoering van groot belang. Het gaat hier met name om het toezicht op de kwaliteit van dienstverlening of voorziening. Op dit moment is het toezicht niet op orde. Daarom is een onderzoek uitgevoerd naar het Wmo-toezicht. De conclusie van dit onderzoek is dat gemeenten uitvoering geven aan de wettelijke eisen (het aanstellen van een toezichthouder), maar tegelijkertijd blijkt dat de inrichting, organisatie en beschikbare capaciteit van het toezicht zeer divers is. Ook is het niet helder in welke mate toezicht wordt gehouden op de kwaliteit van de geleverde maatschappelijke ondersteuning. Het onderzoek biedt een aantal toekomstscenario's en aanbevelingen voor de inrichting van het Wmo-toezicht. Op dit moment werkt de Staatssecretaris van VWS met betrokkenheid van de VNG, gemeenten, lokale en regionale Wmo-toezichthouders, GGD GHOR Nederland, de IGJ, en TSD aan een visie op het Wmo-toezicht. Het is de gezamenlijke ambitie om het toezicht beter te waarborgen en onafhankelijker te positioneren dan nu het geval is. Bij het opstellen van deze visie is ook aandacht voor toezicht op beschermd wonen en maatschappelijke opvang. De Staatssecretaris van VWS streeft ernaar de Kamer zomer 2022 te informeren over de uitkomsten van dit traject en het vervolg.

- *Meer maatwerk bij patiënten met een Zvw-pgb*

De hoogte van het Zvw-pgb wordt bepaald door een indicatiestelling van een verpleegkundige. De beroepsgroep V&VN stelt beroepsnormen op voor deze indicatiestelling. De zorgverzekeraar toetst vervolgens of de indicatiestelling voldoet aan de eisen van rechtmatigheid en doelmatigheid en kan een herbeoordeling laten uitvoeren door een wijkverpleegkundige wanneer de eerste indicatie – na overleg met de indicerend wijkverpleegkundige – nog niet voldoet aan de beroepsnormen. Zowel over de hoogte van de indicatiestelling (1) als over de hoogte van de toekenning (2) ontstaat soms discussie tussen de budgethouder en de wijkverpleegkundige (1) / de budgethouder en de zorgverzekeraar (2). Onze inzet is de uitvoering van het Zvw-pgb door indicerend wijkverpleegkundigen en zorgverzekeraars te verbeteren. Dat kan binnen de bestaande wet- en

regelgeving. VWS is hierover continu in gesprek met ZN, V&VN en belangenorganisaties. Op dit moment lopen ook gesprekken omtrent de bestuurlijke afspraken voor het Zvw-pgb vanaf 2023. Tevens is VWS een traject gestart met veldpartijen om randvoorwaarden en toetsingscriteria op te stellen voor het mogelijk maken van een verlengde toekenning Zvw-pgb in bepaalde gevallen.

Overigens is er ook in het kader van de Wmo en de Jeugdwet aandacht voor passend beschikken. In de Wmo staat het begrip "maatwerk" centraal en dat betekent ook dat gemeenten maatwerk toepassen met betrekking tot de duur waarvoor zij een maatwerkvoorziening toekennen. Ondanks de ruimte die de Wmo hiervoor biedt, wordt in de praktijk onvoldoende gebruik gemaakt van deze optie. Dat is zonde en ongewenst, want een langere beschikkingsduur geeft cliënten met een levenslange en levensbrede ondersteuningsvraag wel de rust en zekerheid die nodig is. VWS zet zich samen met gemeenten in om een passende beschikkingsduur tot norm te maken. De passende beschikkingsduur wordt onderdeel van de Toekomstagenda zorg en ondersteuning voor mensen met een beperking, en deze actie wordt uitgevoerd ongeacht leveringsvorm, dus zowel voor Zorg in Natura als het pgb.

Ook voor wat betreft de Jeugdwet geldt dat VWS zicht inzet op passend beschikken. Dit is opgenomen in de Hervormingsagenda Jeugd. De directie Maatschappelijke Ondersteuning en de directie Jeugd trekken op dit onderwerp samen op.

- *Informele zorgverleners die zorg verlenen via een pgb*

De combinatie van enerzijds de mogelijkheid om via een Zvw-pgb inkomen te ontvangen als zorgverlener en anderzijds de wijze waarop het sociale zekerheidsstelsel / arbeidsrecht is ingericht kan mogelijk leiden tot onzekere situaties in termen van financiële zekerheid en inkomensafhankelijkheid. Op dit moment wordt onderzoek gedaan naar de vraag in hoeverre deze problematiek speelt bij ouders die zorg aan kinderen verlenen met een Zvw-pgb. Op basis van de uitkomsten van het onderzoek zal gekeken moeten worden of deze problematiek Zvw-specifiek is of voor alle pgb's geldt, en of dit specifiek geldt voor kinderen of ook opgaat voor meerderjarigen. Na het analyseren van de uitkomsten zal gekeken worden welke vervolgstappen gezet kunnen worden vanuit VWS indien blijkt dat er een probleem is met de bestaanszekerheid van ouders met een (Zvw-)pgb.

- *Psychiatrische patiënten met een euthanasieverzoek*

Toename van psychiatrische patiënten die een euthanasieverzoek doen en die vervolgens geconfronteerd worden met een lange wachttijd (met een maximum van twee jaar) na een eerste gesprek bij het Expertisecentrum Euthanasie (EE) met één van de psychiaters van het EE. Beleidsmatig bestaat de wens om de toegankelijkheid en passende zorg voor psychiatrische patiënten met een doodswens en/of euthanasieverzoek te verbeteren en beter te verdelen door versterking van expertise in de ggz-sector met ondersteuning van het EE waar veel specifieke kennis aanwezig is. Er bestaat behoefte aan een landelijk netwerk van ggz-organisaties ten behoeve van de uitwisseling van ervaring, aanpak en krachtenbundeling. Het vervolg hieromtrent loopt.

- *Diagnose narcolepsie na vaccinatie Mexicaanse griep*

Een aantal kinderen is na de vaccinatie tegen Mexicaanse griep in 2009 gediagnosticeerd met narcolepsie. Het Kabinet Rutte II heeft besloten in gesprek met de gezinnen die het betreft te komen tot een schikking. De verwachting is dat de zaken voor de zomer worden afgehandeld.

- *Mensen met ME/CVS niet altijd tevreden met gekregen zorg, toegang tot hulpmiddelen, ondersteuning bij onderwijs en inkomenssteun*

Uit verschillende onderzoeken en signalen van patiëntenorganisaties blijkt dat mensen met ME/CVS niet altijd tevreden zijn met de zorg die zij krijgen, toegang tot hulpmiddelen, ondersteuning bij onderwijs en inkomenssteun. Men spant zich in om de problemen die in de uitvoering liggen bij artsen, UWV en gemeenten te verhelpen middels een aangepaste Richtlijn en de te verwachte opbrengsten van het onderzoeksprogramma (ZonMw). Een doel van het ZonMw programma is onder meer dat nieuwe kennis de uitvoering bereikt zodat patiënten betere zorg genieten.

- *Cliënten met een verstandelijke beperking en een strafrechtelijke titel*

Deze artikelen (artikel 28a-c Wzd en artikel 2.3 Wfz) regelen de RM voor cliënten in het strafrechtelijke kader. Deze procedure is bedoeld voor mensen met een verstandelijke handicap of PG-aandoening en een strafrechtelijke titel, maar meer baat hebben bij zorg. Voor deze cliënten is veelal een Wlz-indicatie nodig om de zorg vanuit de RM bekostigd te krijgen. Veelal gaat het om cliënten met een VG profiel. Bij afgifte van de RM en aanvraag van de Wlz-indicatie is het onvoldoende bekend of de cliënt het best past bij een SGLVG of een VG wonen setting, hiervoor moet veelal eerst aanvullende beeldvorming plaatsvinden. De instellingen mogen niet sectorvreemd opnemen waardoor het afgeven van de juiste indicatie en opname van cliënt bemoeilijkt wordt. Er wordt op dit moment gewerkt aan het creëren van passend aanbod. Daarnaast kijken we na de wetsevaluatie Wzd hoe we het vraagstuk van samenloop en het opwerpen van schotten op kunnen lossen.

- *Zorgverzekeringswet (Zvw) in combinatie met de Beleidsregel Prestaties en tarieven geestelijke gezondheidszorg en forensische zorg*

Naar schatting (maximaal) 9% van de ggz-cliënten gaat voor hun ggz-behandeltraject in totaal meer eigen risico betalen dan zij voorheen zouden hebben betaald, vanwege verandering van de bekostigingssystematiek in de geneeskundige ggz. Het effect doet zich voor bij behandeltrajecten die de kalenderjaargrens overschrijden bij personen die verder weinig of geen andere zorg gebruiken waarvoor het eigen risico geldt. Het effect is een inherent uitvloeisel van de eigen risicosystematiek en de wijziging van de bekostigingssystematiek in de ggz. Het gevolg van de gewijzigde systematiek kan zijn dat iemand die een behandeltraject heeft dat de kalenderjaargrens overschrijdt, in beide jaren het verplicht eigen risico moet betalen (maximaal €385 per jaar). Alleen mensen met een behandeltraject op de jaargrens, die verder weinig of geen andere zorg gebruiken, hebben te maken met een hogere uitgave aan verplicht eigen risico. Voor mensen die hun eigen risico al volmaken, vanwege een doorlopende behandeling in de ggz of andere zorgkosten, heeft de gewijzigde systematiek geen effect.

Naar aanleiding hiervan heeft uw Kamer middels de motie Paulusma[5] de wens uitgesproken om te onderzoeken hoe er in de ggz gewerkt zou kunnen worden met een vaste eigen bijdrage per behandeling. Het onderzoek dat de NZa naar aanleiding hiervan heeft uitgevoerd is 22 maart 2022 naar uw Kamer gestuurd. Op dit moment wordt het rapport van de NZa met ggz-partijen besproken en wordt bezien of de ggz moet meelopen bij de hervorming van het eigen risico die momenteel wordt voorbereid en die in het coalitieakkoord is afgesproken. In het najaar van 2022 zal ik uw Kamer informeren over de hoofdlijnen van de hervorming van het eigen risico.

Er zijn verschillende compensatiemaatregelen om ervoor te zorgen dat iedereen zijn of haar eigen risico kan betalen. Ook GGZ-cliënten kunnen daar gebruik van maken. Zo ontvangen huishoudens met een laag inkomen hiervoor zorgtoeslag, bieden zorgverzekeraars de mogelijkheid om het eigen risico gespreid te betalen en hebben gemeenten de middelen om tot financieel maatwerk te komen voor cliënten met een laag inkomen.

- *Wilsonbekwaamheid Wlz-aanvraag*

De wetgeving rondom het ondertekenen van een Wlz-aanvraag blijkt in de praktijk lastig wanneer het gaat om cliënten waarbij het vermoeden bestaat dat zij wilsonbekwaam zijn. Voor een geldige aanvraag van een Wlz- indicatie is het noodzakelijk dat de cliënt de aanvraag ondertekent. Voor cliënten met een (aanvraag voor) Wzd status is geregeld dat familie mag tekenen. Niet iedere cliënt heeft echter familie en ook is niet altijd een wettelijk vertegenwoordiger geregeld. In de wet is voor cliënten met een Wvggz titel niets aanvullends geregeld met betrekking tot het ondertekenen van de Wlz-aanvraag. Hier zal dus een wettelijk vertegenwoordiger aangevraagd moeten worden voordat een Wlz- aanvraag in behandeling kan worden genomen. Dit vertraagt de aanvang van zorg. De vraag van een aantal veldpartijen, waaronder het CIZ, of naast de cliënt of zijn wettelijk vertegenwoordiger een familielid de aanvraag voor een Wlz-indicatie mag ondertekenen, is mij bekend. Dit in de situaties dat de cliënt hiertoe zelf niet in staat is en een wettelijk vertegenwoordiger (nog) ontbreekt. Ik ben de mogelijkheden tot uitbreiding van de kring vertegenwoordigers die de aanvraag zou moeten kunnen ondertekenen aan het verkennen met de veldpartijen. Ook heb ik met het ministerie van Justitie & Veiligheid (J&V) en de rechterlijke macht gesproken omdat de regels

[5] Kamerstukken II, 2020-2021, 35 905, nr. 11.

rond wettelijke vertegenwoordiging zijn vastgelegd in het Burgerlijk Wetboek. Wanneer alle omstandigheden zijn overwogen zal ik Uw Kamer (voorzien voor de zomer) alsook betrokken veldpartijen informeren over de uitkomst.

Daarnaast wordt opgemerkt dat zorgaanbieders bij voorkeur cliënten met een besluit tot opname en verblijf (art. 21 Wzd) opnemen en niet met een rechterlijke machtiging (RM) (art. 24 Wzd), omdat zij de RM-procedure als lastig ervaren. Hierdoor zijn cliënten met een RM lastiger te plaatsen. Naar aanleiding van de wetsevaluatie van de Wet zorg en dwang en de Wet verplichte ggz die nog dit jaar wordt opgeleverd zal er ook gekeken worden of vereenvoudiging van de procedures mogelijk is. Het is daarbij inherent aan de doelgroep van cliënten met een machtiging dat er extra zorg en begeleiding nodig is als zij zich verzetten tegen opname, ik verwacht dat er zorgaanbieders zijn die daar op ingericht zijn. De beschikbaarheid van voldoende passend aanbod is ook een blijvend thema waar ik samen met de zorgkantoren en de zorgaanbieders aandacht aan besteed.

- *Onvoldoende samenhang en problemen rondom uitwisseling gegevens*

In de uitvoering van diverse wetten en regelingen ervaart CIZ onvoldoende samenhang. Ook ziet het CIZ situaties waarin partijen in de zorgketen op basis van hun eigen taak het werk goed verrichten, maar het effect voor de burger nadelig is. Daarnaast maakt de uitwerking van de AVG en/of het ontbreken van wettelijke grondslagen om gegevens uit te wisselen, het traject voor cliënten lastiger. VWS gaat met het CIZ in gesprek om de knelpunten te verkennen en tot een concrete probleemanalyse te komen. Ook signalen over onvoldoende samenhang tussen diverse wetten en regelingen komen daarbij aan bod.

- *Zorgprofiel*

De bekostiging van zorgprofiel (ZP) VV04 is in 2019 neerwaarts bijgesteld. Dit heeft geleid tot enerzijds een dalende trend van het aantal aanvragen door zorgprofessionals voor ZP VV04 in de tweede helft van 2019. Ook ziet het CIZ dat er een toename is van het aantal aanvragen voor ZP VV05 en VV06. Anderzijds zijn er signalen van plaatsingsproblemen van cliënten met het zorgprofiel VV04. Zij geven aan dat zorgaanbieders met dit profiel de benodigde zorg niet bieden. Cliënten met een ZZP VV4 zijn binnen de V&V-sector de cliënten met de relatief lichtste zorgvraag. De mogelijkheden voor deze cliënten om buiten een instelling (bijvoorbeeld met VPT, pgb en MPT) zorg en ondersteuning te ontvangen zijn relatief groter dan van de zwaardere cliëntgroepen. Zij hebben echter net als alle cliëntgroepen recht op een plek in een intramurale instelling indien zij dat wensen of indien dat noodzakelijk is. Het zorgkantoor heeft zorgplicht en moet ook voor deze cliëntgroep zorgen voor de inkoop van voldoende plekken en in de gewenste leveringsvorm.

Daarnaast is het zorgprofiel GGZ 5W uitgesloten voor pgb. Het is onduidelijk waarom bij dit zorgprofiel hiervoor is gekozen. De uitsluiting voor PGB van andere zorgprofielen is op basis van de behandelcomponent, terwijl dit een zorgprofiel voor wonen betreft. Zorgprofiel ggz wonen 5 betreft beveiligd wonen vanwege extreme gedragsproblematiek met zeer intensieve begeleiding wonen. In de Regeling langdurige zorg (Rlz) is een beperkt aantal zorgprofielen altijd uitgesloten van een pgb. Dit zijn zorgprofielen waarbij behandeling een belangrijke functie heeft. Zorgprofiel ggz wonen 5 is min of meer vergelijkbaar met deze profielen. Daarnaast betreft het bij zorgprofiel ggz wonen 5 veelal een beveiligde woonsetting. Vanuit dit perspectief is ervoor gekozen zorgprofiel ggz wonen 5 uit te sluiten van pgb. Behandeling is overigens ook als losse functie in de thuissituatie in alle gevallen uitgesloten van pgb. Dat geldt ook voor de GGZ-profielen. Nu cliënten met een psychische stoornis sinds anderhalf jaar toegang tot de Wlz kunnen krijgen worden, gezamenlijk met de betrokken partijen, knelpunten in kaart gebracht en gekeken op welke manier tot een oplossing kan worden gekomen. Hierbij wordt onder meer gekeken naar de knelpunten die zorgkantoren en zorgaanbieders ervaren bij de zorgprofielen voor GGZ-W. De uitsluiting van pgb bij het profiel GGZ-W5 wordt daar als knelpunt ook in meegenomen.

C) Reacties die nog nader onderzocht moeten worden of reacties waar geen acties zullen volgen

- *Uitvoeringsbesluit Wmo 2015*

In 2017 is een koopkrachtmaatregel genomen om eenverdieners tegemoet te komen. Om dit te bewerkstelligen is een vrijstelling van de eigen bijdrage Wmo gecreëerd voor niet-AOW gerechtigde

meerpersoonshuishoudens. Dit was logisch vanuit de koopkracht bezien maar zorgt binnen de Wmo voor onlogische situaties en leidt vaak tot vragen en onbegrip van cliënten. Wanneer situaties van huishoudens door omstandigheden wijzigen (bijv. scheiding, overlijden, pensioen), moet men plots weer een eigen bijdrage betalen omdat men niet meer tot de 'vrijgestelde groep' behoort. Dit betreft een politiek besluit. In de wet- en regelgeving kan de vrijstelling ongedaan worden gemaakt. Dit heeft echter wel (negatieve) inkomenseffecten voor de groep die de vrijstelling nu wel ontvangt.

- *Het innen van de eigen bijdrage terwijl de ondersteuning (tijdelijk) stopt*

Gemeenten gaan verschillend om met het pauzeren van de eigen bijdrage, waardoor in bepaalde gevallen cliënten de eigen bijdrage doorbetalen terwijl ze (tijdelijk) geen Wmo ondersteuning ontvangen. Gemeenten hebben volgens de Wmo 2015 namelijk de beleidsvrijheid om in hun verordening te regelen hoe om te gaan met het pauzeren van de eigen bijdrage. Het is wenselijk dat de eigen bijdrageheffing zal worden opgeschort als (langer dan een maand) geen gebruik wordt gemaakt van Wmo-ondersteuning als gevolg van onvoorziene gebeurtenissen die redelijkerwijze niet zijn toe te schrijven aan de cliënt. Deze beleidslijn is echter nog niet verankerd in regelgeving, omdat dit teveel druk zou leggen op de implementatie van het abonnementstarief. Momenteel wordt verkend of en hoe dit kan worden meegenomen bij de aanpassing van de Wmo 2015 en het Uitvoeringsbesluit Wmo 2015 ten behoeve van de nieuwe eigen bijdrage voor huishoudelijke hulp in de Wmo.

- *Geen overheveling budget Wlz richting gemeente*

Bij de beoordeling van de toegang tot de Wlz worden de mogelijkheden van mantelzorg en de omgeving niet meegewogen. Dit kan er toe leiden dat de cliënt wel toegang krijgt tot de Wlz, maar geen wens tot opname heeft omdat met ondersteuning van mantelzorg/Zvw/Wmo de zorg in de thuissituatie op verantwoorde wijze geboden kan worden. Als dit het geval is, vindt vanuit het CIZ overleg plaats tussen partijen over de mogelijkheden die er zijn om dit te realiseren. Gemeente/zorgverzekeraar zijn vaak welwillend om zorg te blijven bekostigen. Zij missen echter de financiële ruimte daarvoor, omdat er geen overheveling van budget vanuit Wlz richting gemeente/Zvw plaatsvindt. Als cliënten passende zorg en ondersteuning vanuit de Zvw en Wmo ontvangen is er geen reden om een Wlz-aanvraag in te dienen, ook al zou iemand wellicht wel aan de zorginhoudelijke toegangscriteria van de Wlz voldoen. Indien iemand wel een Wlz-indicatie heeft, is het ook dan mogelijk om zorg en ondersteuning (aanvullend op mantelzorg) thuis te ontvangen in de vorm van een pgb, mpt of vpt indien dit op een verantwoorde manier mogelijk is. Als een cliënt echter een aanvraag doet voor Wlz-zorg moet men zich inderdaad bewust zijn van de mogelijke gevolgen daarvan, zoals het betalen van de eigen bijdrage. Het is daarom van belang dat bijvoorbeeld een cliëntondersteuner, zorgverlener of gemeente de cliënt hierover informeert als men de cliënt adviseert om Wlz-zorg aan te vragen. VWS is niet voornemens om middelen vanuit de Wlz naar de Wmo en/of Zvw over te hevelen.

- *Wmo, Wlz en Zvw*

Het systeem van eigen bijdrage is binnen het zorgstelsel niet geharmoniseerd. In de Wmo is sprake van een gemaximaliseerde bijdrage, in de Zvw is er geen bijdrage voor de wijkverpleging en de Wlz kent een hoge en een lage bijdrage, die inkomensafhankelijk is. Cliënten die thuis blijven, worden geconfronteerd met een veel hogere eigen bijdrage voor vergelijkbare zorg die eerder vanuit gemeente/Zvw werd geleverd. Zij krijgen echter vaak het advies om alvast een Wlz-indicatie aan te vragen in verband met de wachtlijsten voor een zorginstelling. Dit heeft tot gevolg dat cliënten aanvragen indienen waarin zij verzoeken om de Wlz te beëindigen. Dat is echter niet mogelijk omdat zij voldoen aan de criteria van voor de toegang van de Wlz. Indien een cliënt aanvraag doet voor Wlz-zorg moet men zich inderdaad bewust zijn van de mogelijke gevolgen daarvan, zoals het betalen van de eigen bijdrage. Het is daarom van belang dat bijvoorbeeld een cliëntondersteuner, zorgverlener of gemeente de cliënt hierover informeert als men de cliënt adviseert om Wlz-zorg aan te vragen.

Ook zijn er signalen dat gemeenten en zorgverzekeraars cliënten soms (onterecht) voor uitbreiding van de zorg naar de Wlz verwijzen, terwijl de cliënten al zorg ontvangen vanuit de Wmo 2015/Zvw ontvangen. Na een afwijzing voor Wlz volgt door sommige cliënten een bezwaar- of beroepsprocedure bij het CIZ, terwijl de zorg vanuit Wmo/Zvw niet wordt opgestart. Dit signaal is

mij bekend. Met de VNG en individuele gemeenten is hier regelmatig over gesproken, maar onterechte doorverwijzingen kunnen we helaas niet helemaal voorkomen. Met het CIZ is afgesproken dat concrete signalen worden gedeeld, zodat we rechtstreeks in gesprek kunnen gaan met een gemeente. Overigens zijn gemeenten niet altijd betrokken bij de Wlz-aanvraag, veel aanvragen komen rechtstreeks vanuit zorgaanbieders.

In het WOZO-programma (Wonen, Zorg en ondersteuning voor ouderen) zal de samenhang tussen de verschillende domeinen (Wmo, Wlz en Zvw) worden bezien en is het uitgangspunt om de zorgbehoefte van ouderen zo snel mogelijk te adresseren en via gerichte interventies te beperken.

- *Wmo 2015 in samenloop met andere wetten*

De Wmo 2015 geeft gemeenten ruimte om zo goed mogelijk passende ondersteuning te bieden aan mensen die past bij de lokale of regionale omstandigheden. In de praktijk kan in complexe gevallen onzekerheid ontstaan op welke wijze die ruimte benut kan worden. Belangrijk is dat mensen tijdig een onafhankelijke cliëntondersteuner inschakelen om tijdig zorg of ondersteuning te organiseren. Om mensen daarnaast verder te helpen is er een digitale wegwijzer (www.regelhulp.nl) en een onafhankelijk informatie- en adviespunt Het Juiste Loket ingericht (bereikbaar via meldpunt@juisteloket.nl en 030-7897878). Bij zeer complexe zorgvragen is VWS zelf laagdrempelig bereikbaar om actief mee te denken èn van deze signalen te leren.

Als de problematiek op een breder domein dan alleen het VWS terrein speelt èn als de (gemeentelijke) professional er zelf niet uitkomt is het Landelijk Maatwerkloket Multiproblematiek ingericht (vanuit het interdepartementale programma 'maatwerk multiprobleemhuishoudens' (PMM)[6]). Samen met de professional wordt gekeken welke mogelijkheden er zijn om een doorbraak te organiseren voor het desbetreffende huishouden.

- *Geen aanspraak op Wmo 2015 niet-rechtmatig in Nederland verblijvende personen*

Niet-rechtmatig verblijvende vreemdelingen hebben enkel recht op medisch noodzakelijke zorg en niet op andere vormen van zorg, zoals preventieve eerstelijnszorg en zorg en ondersteuning vanuit de Wmo 2015. De rechten van niet-rechtmatig verblijvende personen vallen onder de verantwoordelijkheid van de Staatssecretaris van JenV.

- *Explantatie (het verwijderen) van borstimplantaten*

Bij gebruik van medische hulpmiddelen, in het bijzonder de productsoort van implantaten, kunnen in incidentele gevallen ernstige complicaties optreden, waarbij het vaak lastig is een causaal verband aan te tonen tussen het implantaat en de klacht.

Explantatie van borstimplantaten komt in aanmerking voor vergoeding vanuit de Zvw als hier een medische indicatie voor is. Het stellen van een indicatie is ingewikkeld, omdat er bij de beroepsgroep geen consensus is over wanneer er sprake is van klachten ten gevolge van de implantaten en wanneer er sprake is van niet-verklaarbare en somatische klachten. Dit heeft als gevolg dat er signalen zijn dat het ontbreekt aan consistente duiding van de medische indicatie. Dit maakt dat vrouwen afhankelijk van de behandelaar een andere indicatie krijgen. Alleen als klachten voortkomen van de implantaten is explantatie aangewezen noodzakelijke zorg en wordt de explantantie vergoed. Momenteel lopen er initiatieven om nader onderzoek te doen naar de gezondheidsklachten bij borstimplantaten, zoals het onderzoeksprogramma naar gezondheidsklachten bij siliconen borstimplantaten gecoördineerd door het RIVM. Een manier om de explantatie van borstimplantaten toegankelijker te maken is te komen tot een eenduidige indicatiestelling en behandelstandaard (de verantwoordelijkheid van de beroepsgroep in overleg met patiënten en zorgverzekeraars).

- *Patiënten in medisch specialistische zorg*

Prikkel om herhaalpolikliniekbezoek in vervolgdbc te registreren. Er bestaat niet de wens hier iets aan te veranderen. Dit raakt ook aan de jaargrensproblematiek met betrekking tot het eigen risico waar al het nodige onderzoek naar is verricht. De mogelijkheid om een herhaalpolikliniekbezoek in

[6] PMM is een initiatief van de ministeries van SZW, VWS, JenV, OCW en BZK.

een vervoldbc te registreren volgt uit Regeling medisch-specialistische zorg (NR/REG-2207a). In artikel 24, derde lid, NR staat dat een herhaalpolikliniekbezoek in principe in hetzelfde zorgtraject geregistreerd dient te worden als het eerste polikliniekbezoek. Dit kan er toe leiden dat over meerdere jaren het verplicht eigen risico aangesproken wordt. Dat komt bij zorgvragen over meerdere jaren vaker voor, wat niet beperkt is tot het herhaalpolikliniekbezoek. De wijze waarop dit voorkomt hangt mede af van de wijze waarop de zorg wordt bekostigd. In het Coalitieakkoord is een maatregel opgenomen die gaat over de samenhang tussen de toepassing van het verplicht eigen risico en de bekostigingsregels. Het is de bedoeling om per 2025 het eigen risico toe te passen via een vast bedrag per behandeling. Hoe dat wordt uitgewerkt, wordt nader bezien.

- *Wanbetalersregeling: bestuursrechtelijke premie*

Zorgverzekeraars kunnen verzekerden met een betalingsachterstand van zes of meer maanden zorgpremie aanmelden bij het CAK voor de wanbetalersregeling. Het CAK legt in dat geval een bestuursrechtelijke premie op en int deze met bijzondere incasso-instrumenten. Het CAK, en in opdracht van het CAK het CJIB, voeren de wanbetalersregeling op dit moment conform regelgeving uit. De dreigende werking van de bestuursrechtelijke premie en bijzondere incasso-instrumenten werkt bij een deel van de populatie, maar verergert de problemen van mensen die al te maken hebben met veel (schulden)problematiek. Op basis van nieuwe inzichten heeft de regeling zich sinds 2016 reeds ontwikkeld van een relatief harde maatregel naar een socialere regeling: forse verlaging opslag, directe uitstroom bij betalingsregeling, gunstige uitstroomregelingen, kwijtschelden van alle openstaande bestuursrechtelijke premie bij afmelding. Overwogen wordt een aanpassing van de opslag (verlaging, differentiëren in groepen). De vraag is welk effect dit heeft op de preventie en uitstroom. Er wordt verschillend aangekeken tegen de mogelijke preventieve werking van de bestuursrechtelijke premie. Ook de Raad van de Rechtspraak heeft aangegeven te twijfelen aan de effectiviteit van de bestuurlijke premie. VWS onderzoekt op dit moment met partijen in hoeverre de huidige bestuursrechtelijke premie gezien de doelstellingen voldoende effectief is en of al dan niet aanpassing gewenst is.

- *Onverzekerdenregeling: boete*

Het CAK schrijft opgespoorde verzekeringsplichtigen aan en legt tweemaal een niet kwijt te schelden boete op ter hoogte van driemaal de standaardpremie. Daarna volgt eventueel een ambtshalve verzekering voor 12 maanden. De CRvB heeft aangegeven dat het CAK de financiële belangen van de burger beter in acht moet nemen. VWS onderzoekt of de hoogte van de boete moet worden aangepast en of meer wettelijke ruimte voor het CAK om maatwerk te kunnen bieden wenselijk is.

- *Terugwerkende kracht verdragsbijdrage*

Het komt voor dat iemand met terugwerkende kracht over een aantal jaar wordt ingeschreven als verdragsgerechtigde. De oorzaak kan liggen in een onterechte veronderstelling over de verzekeringssituatie van de persoon. Deze vertraagde inschrijving leidt tot een forse nabetaling van niet betaalde "premie" (de verdragsbijdrage). Het CAK gaf aan dat het belang van de inning met terugwerkende kracht niet altijd in verhouding staat tot het gevolg voor de verdragsgerechtigde. Het CAK geeft daarom in overweging om de terugwerkende kracht in tijd te bepreken. Er bestaan verschillende opties om dit te bewerkstelligen. Onderzocht moet worden welke optie de voorkeur verdient.[7]

- *Leerplichtige kinderen*

Teveel kinderen zitten met een leerplichtontheffing thuis. De groep kinderen die dit betreft is heel divers, van (zeer) hoogbegaafde kinderen tot kinderen met complexe (psychische) problematiek. Beleidsmatig bestaat de wens iets te veranderen naar aanleiding van dit signaal door bijvoorbeeld meer ruimte te hebben voor maatwerk in de onderwijswetgeving. Hier wordt nu aan gewerkt door middel van een experiment onderwijszorgarrangementen. De voorbereiding en looptijd hiervan is

[7] Mogelijk bijkomend knelpunt ontstaat bij het aanvragen van zorgtoeslag. Zorgtoeslag voor een bepaald jaar kan tot 1 september van ieder jaar worden aangevraagd voor het jaar daarvoor. In het geval een persoon met terugwerkende kracht wordt ingeschreven als verdragsgerechtigde over een periode die verder in het verleden ligt, dan kan de verdragsgerechtigde als gevolg hiervan zorgtoeslag mislopen.

echter lang. Een versnelling zou wenselijk zijn. Verder is de wens om budgetten uit onderwijs en zorg makkelijker te combineren voor kinderen die een combinatie van onderwijs en zorg nodig hebben. In de uitvoering bestaan nog veel drempels om dit in de praktijk te brengen.

- *(Te) hoge tarieven voor rijbewijskeuringen*

(Te) hoge tarieven voor rijbewijskeuringen: meldingen over declaraties neemt de NZa mee in haar risico-gestuurde toezicht, en de NZa treedt ook handhavend op. De NZa is op de hoogte van de knelpunten waar consumenten tegenaan lopen. Op de website van de NZa staan daarom ook FAQ's en voorbeeldbrieven die burgers kunnen gebruiken. Naast het risico-gestuurde toezicht bekijkt de NZa hoe met aanpassingen van de prestatie- en tariefregulering beter recht kan worden gedaan aan het consumentenbelang. Dit doet de NZa in nauw overleg met het CBR en daarbij zullen ook veldpartijen worden betrokken. De hoogte van tarieven ligt op het terrein van de NZa. Rijbewijskeuringen (CBR, klachtregeling en proces etc.) is echter primair de verantwoordelijkheid van I&W. Wellicht een vervolgactie nodig, maar hierover moet nog interdepartementale overeenstemming plaatsvinden.

- *Recht op arts in een instelling*

Met het formuleren van een 'recht op een arts in een instelling' is door de wetgever een situatie gecreëerd waarbij de wet een hardvochtige uitwerking kan hebben. Er ontstaan situaties waarbij een zorginstelling geen beschikbaarheid van artsen kan realiseren voor cliënten. Een situatie waarbij financiers en beroepsgroepen posities innemen die weliswaar juridisch juist zijn, maar een onbillijke uitwerking hebben. Onbillijk omdat de uitvoering niet voldoet aan de algemene beginselen van behoorlijk bestuur, zoals het vertrouwensbeginsel en het gelijkheidsbeginsel. En daarmee hardvochtig. In het kader van het programma Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen en het Integraal Zorgakkoord zijn we voornemens om afspraken te maken met zorgverzekeraars, zorgkantoren, aanbieders, (de beroepsverenigingen voor) specialisten ouderengeneeskunde, artsen verstandelijk gehandicapten en huisartsen over de organisatie en toegankelijkheid van deze zorg in de regio.

- *Ouders met kind met langdurige zorg*

Bij de aanvraag en besluitvorming inzake DKIZ (dubbele kinderbijslag intensieve zorg) zijn zowel de SVB (Sociale Verzekeringsbank) als het CIZ betrokken. Dit kan voor de cliënt onduidelijkheden/moeilijkheden opleveren met als gevolg dat ouders gedurende de aanvraagprocedure kunnen afhaken waardoor de aanvraagprocedure wordt afgebroken.

- *Cliënten, uitvoeringsorganisaties en maatschappij*

Het CIZ merkt dat wetgeving vaak nog onvoldoende is uitgekristalliseerd, wanneer deze in werking treedt. Ook komt het voor dat wetgeving wordt aangevuld met amendementen, waarvan het effect op de uitvoering voor uitvoeringsorganisaties en de burger onvoldoende inzichtelijk is, aldus het CIZ. De Tweede Kamer heeft weliswaar de intentie om door het indienen van amendementen een regeling te verbeteren, maar door onvoldoende zicht op de effecten van een aanpassing wordt soms het tegenovergestelde bereikt.