

Vergaderjaar 2013–2014

33 891

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

Nr. 11

NADER VERSLAG

Vastgesteld 26 juni 2014

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport, belast met het voorbereidend onderzoek van voorliggend wetsvoorstel, heeft naar aanleiding van de op 5 juni 2014 ontvangen nota naar aanleiding van het verslag en nota van wijziging (Kamerstukken 33 891, nrs. 9 en 10) besloten tot het uitbrengen van een nader verslag. De commissie heeft de eer als volgt verslag uit te brengen van haar bevindingen.

Onder het voorbehoud dat de in het nader verslag opgenomen vragen en opmerkingen afdoende door de regering worden beantwoord acht de commissie de openbare behandeling van het wetsvoorstel voldoende voorbereid.

INHOUDSOPGAVE

	Blz.
ALGEMEEN	2
1. Inleiding	3
2. De verzekering	9
3. Kwaliteit	26
4. Betrokkenheid	29
5. Wie is waarvoor verantwoordelijk?	30
6. Samenhang tussen de Wlz en andere domeinen	31
7. Financiële houdbaarheid	34
8. Regeldruk	36
9. Fraude en oneigenlijk gebruik	37
10. Gegevensuitwisseling	38
11. Innovatie door te experimenteren	39
12. Internationaalrechtelijke aspecten	39
13. Juridisch kader en rechtsbescherming	40
14. Toekomstperspectief	40
15. Overgangssituatie, inwerkingtreding en transitie	40
16. Nota van wijziging	41

ALGEMEEN

De leden van de **VVD-fractie** hebben met belangstelling kennisgenomen van de Wet langdurige zorg (Wlz). Genoemde leden hebben nog een aantal vragen en opmerkingen hierbij.

De regering benoemt op verschillende momenten in de nota naar aanleiding van het verslag de stapsgewijze invoeringsstrategie, waarbij 2015 geldt als overgangsjaar. Kan de regering schematisch weergeven wat deze stapsgewijze invoeringsstrategie inhoudt voor 2015, specifiek ten aanzien van de verschillende onderdelen van de invoering en ten aanzien van de betrokkenen (cliënten, zorgaanbieders, zorgverzekeraars)?

De leden van de **PvdA-fractie** hebben met belangstelling kennisgenomen van de nota naar aanleiding van het verslag over het wetsvoorstel Regels inzake de verzekering van zorg aan mensen die zijn aangewezen op langdurige zorg (Wet langdurige zorg). Genoemde leden willen de mogelijkheden die zij in de vernieuwing van de langdurige zorg zien opnieuw benadrukken in dit nader verslag. De vier uitgangspunten die de regering hanteert bij de herziening van de langdurige zorg, namelijk de kwaliteit van leven, een systeem waarin we meer voor elkaar zorgen, passende zorg en ondersteuning wanneer iemand niet (meer) zelfredzaam is en het feit dat de meest zorgbehoevendenden recht hebben op passende zorg en verblijf binnen de Wet langdurige zorg, onderschrijven deze leden zeer. Kleinschalige en persoonlijke zorg moet de norm worden van de langdurige zorg, waarbij zorgmedewerkers niet meer gebukt gaan onder hoge regeldruk, maar waarbij zij hun tijd zoveel mogelijk aan contact met hun cliënten kunnen besteden.

Toch resteren bij de leden van PvdA-fractie de twijfels of deze voorliggende wet voldoende sturend is om de beoogde vernieuwingsslag te maken. Deze leden hebben in hun eerste schriftelijke inbreng hier al vragen over gesteld. De regering heeft hierop geantwoord dat het huidige wetsvoorstel al ruimte biedt voor deze zorgvernieuwing, maar dat het vooral aan het veld is om de uitdaging aan te gaan om deze vernieuwing te realiseren. Genoemde leden zijn teleurgesteld over deze opvatting van de regering en hopen dat het streven tot vernieuwing ook een plek zal krijgen in de voorliggende wet.

De leden van de PvdA-fractie moeten hiernaast tot hun spijt constateren dat niet al hun vragen tot volle tevredenheid zijn beantwoord in de nota naar aanleiding van het verslag. Om deze reden zullen zij enkele onderwerpen die zij in hun eerdere schriftelijke inbreng al hebben aangedragen, tijdens dit verslag nogmaals aan de orde brengen. Zij zullen hun vragen in de volgorde van de hoofdstukken van de memorie van toelichting stellen.

De leden van de **SP-fractie** hebben met zorgen kennisgenomen van de beantwoording van de regering van de vragen van de leden van de Kamer over de Wet langdurige zorg. Zoals bekend zijn deze leden het niet eens met de splitsing van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) in verschillende andere wetten en met de enorme bezuinigingsagenda die daar onder ligt. Deze leden maken zich grote zorgen over de gevolgen die dit vanaf 2015 met zich mee zal brengen.

De leden van de **CDA-fractie** hebben kennisgenomen van de nota naar aanleiding van het verslag en de nota van wijziging inzake het wetsvoorstel Wet langdurige zorg. Deze leden zijn positief over het feit dat de Wlz voorlopig een volksverzekering blijft, maar zij hebben nog wel een aantal vragen over de financiële randvoorwaarden die de regering stelt. Daarbij

vragen zij of de samenhang en de afstemming met de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Jeugdwet wel zo helder zijn. Ook de nota naar aanleiding van het verslag geeft hier op een aantal punten geen duidelijkheid over. Nog steeds kan de regering niet helder maken welke premie zij gaat vragen voor de Wlz. Genoemde leden verwijzen naar een eerdere brief waarin ook geen duidelijkheid werd gegeven. Ook vragen deze leden of deze wet financieel houdbaar is, gezien de financiële randvoorwaarden die de regering op dit moment kan geven. Daarnaast willen de leden van de CDA-fractie meer duidelijkheid over de positie van de cliënt, de familie en de mantelzorger. Deze leden zijn verder van mening dat de regering onvoldoende werk maakt van de persoonsvolgende financiering en het verder extramuraliseren van de zorg door woonkosten uit de zorg te halen.

De leden van de **PVV-fractie** hebben met verbazing kennisgenomen van de nota naar aanleiding van het verslag en wensen voorafgaand aan de verdere inbreng eerst op te merken dat er op heel veel concrete vragen gewoon geen antwoord is gegeven. Genoemde leden vinden dit op zijn minst niet netjes en menen dat er sprake is van de schijn van het bewust niet of niet volledig beantwoorden van vragen.

De Wlz biedt een wettelijke verankering van het persoonsgebonden budget (pgb) en het volledig pakket thuis (vpt). Hiermee ontstaat een wettelijk recht op het scheiden van wonen en zorg. Waarom is er niet voor gekozen om in plaats van de huidige botte bezuinigingen, in te zetten op het totaal scheiden van wonen en zorg, zoals in eerste instantie de bedoeling was? Wat zou het financieel opleveren in 2018 en structureel, als het oorspronkelijke plan van scheiden van wonen en zorg was ingevoerd met gebruikmaking van de normatieve huisvestingscomponent?

De leden van de **D66-fractie** hebben met interesse kennisgenomen van de nota naar aanleiding van het verslag. Zij willen de regering hartelijk danken voor de uitgebreide beantwoording. Er leven bij hen nog enkele vragen, die zij de regering hierbij voorleggen.

De leden van de **ChristenUnie-fractie** hebben met belangstelling kennisgenomen van de beantwoording van de vragen in de nota naar aanleiding van het verslag. Zij willen nog een aantal aanvullende vragen stellen.

De leden van de **GroenLinks-fractie** danken de regering voor de beantwoording van de vragen in de nota naar aanleiding van het verslag. Veel van de zorgen van deze leden zijn echter nog niet weggenomen en daarom hebben zij behoefte aan het stellen van nadere vragen.

De leden van de **SGP-fractie** hebben met belangstelling kennisgenomen van de nota naar aanleiding van het verslag en de nota van wijziging. Zij voelen de behoefte tot het stellen van nadere vragen.

Het lid van de **fractie van 50PLUS/Baay** heeft met belangstelling kennisgenomen van de nota naar aanleiding van het verslag en de nota van wijziging. Dit lid heeft nog enkele aanvullende vragen.

1. Inleiding

De regering geeft aan dat doordat vernieuwing wordt gestimuleerd, ook gestimuleerd wordt dat nieuwe innovatieve aanbieders kunnen toetreden. De leden van de **VVD-fractie** vragen of de regering in dit licht nader kan ingaan op de verbeterde mogelijkheden die zij ziet voor nieuwe innovatieve aanbieders om in de Wlz gecontracteerd te worden.

De leden van de VVD-fractie hebben de regering gevraagd of iedereen die toegang krijgt tot de Wlz erop kan rekenen dat hij of zij de benodigde zorg ook kan krijgen. In haar beantwoording gaat de regering in op de wettelijke mogelijkheden van het pgb en het vpt. Echter, de vraag van deze leden had betrekking op passende zorg in natura. Dit mede naar aanleiding van het feit dat in de AWBZ tot op heden nog steeds een aantal mensen niet terecht kan bij passend aanbod in natura. Genoemde leden willen graag weten of deze problematiek in de Wlz wordt opgelost. Kan de regering nogmaals antwoord geven op deze vraag, specifiek ten aanzien van zorg in natura?

De leden van de VVD-fractie vragen of de regering hierbij kan betrekken dat naar schatting van het Centrum voor Consultatie en Expertise (CCE) er op dit moment jaarlijks 60 tot 70 cliënten met een complexe zorgvraag zijn die te lang moeten wachten op een plaats of waarvoor geen passende plek is. In hoeverre is er contact (geweest) met het CCE om een dergelijke situatie onder de Wlz te voorkomen?

De regering geeft aan dat, net als in de AWBZ, een pgb-plafond wordt ingesteld. Wie stelt dit plafond vast? Welk deel van de beschikbare middelen wordt op deze manier «gereserveerd» voor het pgb?

Ook geeft de regering aan dat onbenutte middelen voor naturazorg gebruikt kunnen worden om het pgb-plafond op te hogen. Is dit andersom ook mogelijk: mogen zorgkantoren onbenutte pgb-middelen inzetten om zorg in natura te kopen? Zo nee, waarom niet? Op welk moment in de tijd / in het jaar mogen zorgkantoren besluiten middelen «over te hevelen» van zorg in natura naar het pgb? De leden van de VVD-fractie vragen hoe zorgkantoren op dat moment al kunnen weten of er sprake is van «onbenutte» middelen.

In de nota naar aanleiding van het verslag lezen de leden van **PvdA-fractie** dat volgens de regering de ambitie om de zorg te veranderen, niet klaar is met deze wet. Met de Wlz in de hand kan volgens de regering een stap verder worden gekomen. Genoemde leden willen hierbij nogmaals hun teleurstelling benadrukken over deze koers van de regering. De hervormingen in de langdurige zorg bieden volgens deze leden inderdaad een mogelijkheid tot vernieuwing, transparantie en minder bureaucratie, maar met deze Wlz wordt de bal vervolgens bij de partijen in het veld neergelegd. De leden van de PvdA-fractie hadden echter liever gezien dat de Wlz geen ruimte zou kunnen bieden om deze mogelijkheid verder niet op te pakken, maar dat de Wlz de stok achter de deur bij de partijen in het veld zou zijn om zorginnovatie te realiseren. Kan de regering aangeven welke doelstellingen zij verwacht te behalen na het invoeren van dit voorliggende wetsvoorstel? Hoe ziet zij de vernieuwing, en daarmee de verbetering van de zorg, voor zich, die de cliënten na het eerste jaar van de invoering van de Wlz zullen ervaren? Kan de regering aangeven welke van deze vernieuwingen door de invoering van de Wlz zullen worden bereikt, en welke vernieuwingen door het veld zullen moeten worden ingezet?

De leden van de **SP-fractie** hebben een vraag over de toegankelijkheid van de Wlz. De regering stelt dat mensen een levenslange zorgvraag dienen te hebben om zorg te kunnen ontvangen uit de Wlz. Echter vragen deze leden wat de regering hier nu precies beoogt. Geldt dat voor mensen die 24-uurs toezicht nodig hebben of geldt dit voor alle mensen die aangewezen zijn op levenslange zorg en ondersteuning? Kan de regering daarover duidelijkheid geven?

De leden van de SP-fractie vinden het onacceptabel dat de regering geen gegevens paraat heeft over het aantal mensen dat gedwongen moet verhuizen, doordat zorginstellingen sluiten. De regering bezuinigt fors op de toegang voor zorg in instellingen, huishoudelijke verzorging en de dagbesteding en heeft daar kennelijk geen enkel cijfer over paraat.

Genoemde leden vragen de regering de gevraagde gegevens in kaart te brengen en de Kamer voor de plenaire behandeling hierover te informeren.

De regering heeft grote woorden over het belang van de continuïteit van zorg bij de overgang van AWBZ-zorg naar de Wmo, Zvw en de Wlz. Maar hoe gaat de regering hiervoor zorgen, zo vragen de leden van de SP-fractie. Indien dergelijke goede voorzieningen, zoals bijvoorbeeld een casemanager dementie niet wordt ingezet, hoe kan de continuïteit van zorg dan gewaarborgd worden? En hoe kan een overdracht professioneel verlopen, als dergelijke belangrijke voorzieningen wegbezuinigd worden? Kan de regering dat uitleggen? Kan de regering tevens toelichten waarom de casemanager dementie geen onderdeel meer is van de Wlz? Waar krijgt deze dan een plek?

De leden van de SP-fractie maken zich grote zorgen over de samenwerking tussen de verschillende professionals in de zorg. Zij nemen als voorbeeld dat de specialist ouderengeneeskunde, de geriater en de huisarts niet geborgd worden in de Wlz. Op welke wijze ziet de regering een goede samenwerking tussen deze verschillende disciplines, kan de regering daar meer duidelijkheid over geven? Hoe worden deze functies geborgd?

De regering geeft aan dat er nu een groter beroep wordt gedaan op formele zorg dan nodig is. Kan de regering dat nader toelichten, zo vragen genoemde leden.

De leden van de SP-fractie constateren dat de regering geen cijfers paraat heeft van de kosten die de bureaucratie en verspilling in de zorg met zich mee brengen. Is de regering voornemens dit wel inzichtelijk te maken? Voorts vinden de leden het niet acceptabel dat de bezoldiging van bestuurders op macroniveau niet bekend is. Waarom brengt de regering dit niet in kaart? Kan de regering dat nader toelichten?

Voorts zijn de leden van mening dat de regering onvoldoende antwoord heeft gegeven op de vraag hoe de mensen straks nog kunnen overzien voor welke zorg zij waar naartoe moeten. Hoe gaat de regering nu regelen dat mensen niet van het kastje naar de muur gestuurd gaan worden? En hoe gaat de regering voorkomen dat gemeenten en zorgverzekeraars niet naar elkaar gaan verwijzen, simpelweg om de kosten te drukken? Kan de regering daar een nadere toelichting op geven?

De regering geeft in haar beantwoording aan dat zij geen reden ziet om te verwachten dat de decentralisaties op een fiasco uitdraaien. De leden van de SP-fractie vrezen daar wel voor. Hoe is de regering voornemens om ervoor te zorgen dat de overheveling van zorg vanuit de AWBZ naar de Wlz niet op een dergelijk waardeloze voorbereiding uitloopt, zoals dat momenteel wel gebeurt met de overheveling van jeugdzorgtaken naar de gemeenten? De regering heeft voor deze overheveling van de jeugdzorg inmiddels allerlei lapmiddelen ingesteld, terwijl meerdere rapportages aangeven dat gemeenten vanaf 2015 de continuïteit van zorg niet kunnen waarborgen. Wat is de regering precies voornemens om dergelijke problemen te voorkomen bij de overheveling van zorg naar de Wlz, Wmo en Zvw?

De regering stelt dat in verband met de eigen bijdrage voor de persoonsgebonden budgetten wordt aangesloten bij de lage intramurale bijdrage conform het vpt. Zodoende krijgen de laagste inkomens een korting van € 136 en betalen zij € 20 per maand. De leden van de **CDA-fractie** willen graag meer inzicht in deze keuze van de regering en vragen of de lage intramurale eigen bijdrage ook rekening houdt met de situatie dat mensen die een pgb hebben een andere gezinssamenstelling hebben. Bijvoorbeeld opgroeiende kinderen in huis et cetera. Is hier rekening mee gehouden? Genoemde leden herkennen een mogelijk perverse prikkel van deze keuze van de regering namelijk dat een persoonsgebonden budget erg aantrekkelijk wordt. Ziet de regering dit ook? De regering stelt dat zij

de premiegevolgen en de verdere gevolgen voor de burger in de brief van 4 maart 2014 heeft toegelicht.¹ Maar hierin geeft de regering juist allerlei varianten aan, waardoor de Wlz-premie tussen de 9 en 11% kan uitkomen. Daarom stellen de leden van de CDA-fractie deze vraag opnieuw. Zij willen voor de plenaire behandeling van de Wlz weten wat de premie precies gaat doen, welke premie de burger gaat betalen en welke zorg hij daarvoor krijgt. Genoemde leden willen opnieuw weten waarom de regering van mening is dat er een groter beroep wordt gedaan op formele zorg dan nodig is. Zeker gezien de extramuralisering van de lagere zorgzwaartepakketten begrijpen deze leden dit standpunt van de regering niet. Zoals zij eerder stelden: niemand kiest voor zijn plezier om in een instelling te wonen. Dat doen mensen omdat het niet anders meer kan. De leden van de CDA-fractie vragen of de wens van maximaal 200.000 mensen in de intramurale zorg reëel is. Zij horen graag een nadere uitleg en concrete doelstellingen van de regering hoe zij dit doel wil bereiken. De regering geeft in de nota naar aanleiding van het verslag geen duidelijk antwoord op de vraag wat de meerwaarde van een Wlz-uitvoerder is ten opzichte van de bestaande zorgkantorenconstructie. Het oprichten van een speciale rechtspersoon hiervoor, noodzakelijk als de zorgverzekeraar geen zorgkantoorfunctie uitvoert, brengt extra administratieve lasten met zich mee, zonder dat hier kwaliteits- of andere voordelen tegenover lijken te staan. De leden van de CDA-fractie willen weten waarom een Wlz-uitvoerder dan toch nodig is. En als dat zo is: welke instrumenten heeft een Wlz-uitvoerder dan om de verantwoordelijkheid waar te maken met betrekking tot opdrachtverlening aan zorgkantoren? Deze leden vragen of het de bedoeling is dat alle taken gemandateerd worden aan de zorgkantoren.

Voordeel van de nieuwe Wlz-systematiek is dat zorgkantoren de mogelijkheid hebben om onbenutte ruimte bij zorg in natura ook in te zetten voor het verhogen van het pgb-plafond. Hoe groot acht de regering die kans? Wat gebeurt er anders met die onbenutte ruimte?

De regering verwijst meerdere malen naar de ons omringende landen die minder geld uitgeven aan de langdurige zorg (onder andere OECD en SCP). Wanneer er echter naar de totale uitgaven aan zorg wordt gekeken, exclusief de kapitaallasten, geven bijvoorbeeld Nederland en Frankrijk evenveel uit aan zorg (beide 11,2% van het bbp). De leden van de **PVV-fractie** vragen waarom de regering nu een ander beeld schetst dan in haar brief van 27 mei 2013.²

Wel kan worden gesteld dat Nederland in vergelijking met de ons omringende landen een vrij laagdrempelig systeem van langdurige zorg heeft, vooral voor de verblijfszorg, zo stelt de regering. Is het niet zo, dat dit geen geval is van laagdrempelige toegang, maar het niet scheiden van wonen en zorg, zoals in ons omringende landen, zo vragen genoemde leden.

Ook het maatschappelijke veld onderkent dat de langdurige zorg anders moet. Zo hebben onder meer cliënten- en patiëntenorganisaties, ActiZ en de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN) hun toekomstvisie kenbaar gemaakt. Hoe verklaart de regering dan het collectieve «nee» van dit maatschappelijke veld, tijdens de rondetafelgesprekken over deze wet, zo vragen de leden van de PVV-fractie.

De regering is van mening dat de AWBZ vastloopt in steeds ingewikkeldere regelgeving. Verdere aanpassingen binnen de AWBZ zijn ontoereikend om aan die situatie een einde te maken. De genoemde regelgeving is ooit ingevoerd, dus waarom kan daar niet in geschrapt worden, zonder een heel systeem omver te werpen?

¹ Kamerstukken II, 2013–2014, 30 597, nr. 424

² Kamerstukken II, 2012–2013, 30 597, nr. 299

De concrete meldingen binnen het experiment regelarm werken hadden veelal te maken met de extramurale productindeling van de AWBZ (functies/klassen) waarop werd ingekocht, tijdgeschreven, gedeclareerd en verantwoord en die onvoldoende aansluit op de aan de cliënt te leveren zorg. Volgens de regering kan dit niet geregeld worden binnen de AWBZ. De leden van de PVV-fractie vragen dan toch, waarom een organisatie als buurtzorg dit wel kan binnen de huidige AWBZ. Is hier niet gewoon sprake van onwil en de drang om te bezuinigen?

Op het gebied van kwaliteit waren er diverse meldingen die betrekking hadden op regels en toezicht die verhinderden dat de cliënt «net als thuis» binnen de instelling kan wonen. Met versoepeling van deze regels is binnen de AWBZ via het experiment regelarme instellingen (ERAI) verkend welke mogelijkheden bestaan om deze regeldruk weg te nemen. Waarom is hier niet op gewacht, zo vragen deze leden, in plaats van een rigoureuze stelselwijziging?

Nederland heeft in vergelijking met de ons omringende landen een laagdrempelig systeem van langdurige zorg. Welke drempels hebben de ons omringende landen die Nederland niet heeft?

Een laagdrempelige collectieve verzekering nodigt zowel cliënten als zorgaanbieders uit om te kiezen voor inzet van langdurige AWBZ-zorg terwijl er buiten de aansprakensfeer van de AWBZ ook alternatieve, mogelijk tijdelijke en goedkopere oplossingen mogelijk zijn om problemen op te lossen. Hoezo laagdrempelig? De leden van de PVV-fractie vragen waarom de regering toch keer op keer uitgaat van de aanname dat mensen ten onrechte aanspraak maken op de AWBZ. Denkt de regering nu echt, dat iemand voor zijn plezier in een instelling gaat wonen? Denkt de regering niet dat als het mogelijk is mensen zo lang mogelijk thuis blijven wonen?

De instelling kan niet verplichten hand- en spandiensten te verrichten. Kan de regering dit garanderen, zo vragen genoemde leden. Er zijn al voorbeelden van zorginstellingen die dit wel doen, welke acties gaat de regering hierop nemen?

De hervorming van de langdurige zorg is juist ingegeven om de solidariteit te behouden, zowel voor bestaande cliënten als voor toekomstige generaties. Kan de regering dit nader toelichten?

Op de vraag «De leden van de PVV-fractie willen een uitgebreide berekening zien waaruit blijkt dat de uitgaven voor de langdurige zorg als percentage van het bruto binnenlands product zullen verdubbelen bij ongewijzigd beleid» hebben deze leden geen antwoord gekregen, maar alleen een grafiek. Genoemde leden willen alsnog deze uitgebreide berekening.

Ook op de vraag van de leden van de PVV-fractie waarom er niet binnen de huidige AWBZ is gekeken naar alternatieven, die de kosten omlaag brengen zonder de mensen hun zorg af te pakken, is geen antwoord gegeven, dus stellen genoemde leden hierbij nogmaals deze vraag.

De regering stelt in antwoord op een vraag van de leden van de PVV-fractie dat het niet zo is dat 600.000 mensen de zorg kwijtraken die ze nu hebben. Velen zullen zorg krijgen uit een ander domein (Jeugdwet, Wmo, Zvw). Deze leden zijn van mening dat mensen de zorg die ze nu hebben dus wel kwijt raken. De «zorg» vanuit de Wmo is niet zeker, het recht op zorg is geschrapt, en die zorg is al helemaal niet te vergelijken met de huidige AWBZ-zorg, dus kan de regering nogmaals antwoord geven en dan eerlijk?

Door de hervorming in de langdurige zorg krijgen mensen vanaf 2015 zorg en ondersteuning uit een ander domein. Dat is dus niet dezelfde zorg, zo vinden genoemde leden.

De Raad van State merkt in zijn advies op dat hij, gezien een aantal lopende wetsvoorstellen en de wens om bestaande regelgeving te actualiseren en om enkele veranderingen in het stelsel aan te brengen met het oog op de nieuwe situatie, begrijpt dat is gekozen voor een

geheel nieuwe wet. De Raad begrijpt dat hiervoor gekozen is, maar heeft niet beoordeeld of er geen wijzigingen in de huidige AWBZ mogelijk zouden zijn geweest. Nogmaals de vraag van de leden van de PVV-fractie, waarop zij nu wel antwoord hopen te krijgen, waarom er niet gekeken is naar aanpassing van de huidige wet als het gaat om regelgeving, toegangscriteria et cetera.

De regering acht deze inbreuk op de persoonlijke levenssfeer, (dat voor de verstrekking van de medische gegevens van de verzekerde de hulpverleners aan het CIZ geen expliciete toestemming van de patiënt nodig is), van de verzekerde gerechtvaardigd. Dit op basis van wantrouwen in de mensen die zorg nodig hebben. De leden van de PVV-fractie blijven van mening dat iedere overdracht van medische gegevens alleen met toestemming van de cliënt mag plaatsvinden. Graag ontvangen zij een reactie.

De leden van de **D66-fractie** houden ook na de beantwoording van de regering in de nota naar aanleiding van het verslag hun teleurstelling dat daadwerkelijke zorgvernieuwing en innovatie met voorliggend wetsvoorstel mogelijk uitblijft. Zij constateren dat de stap van een stelsel van een aanbodgerichte zorg naar een meer op de cliënt gerichte zorg met onderhavig wetsvoorstel slechts in beperkte mate wordt gezet. Het centraal stellen van de eigen regie van de zorgbehoevende kan bijvoorbeeld worden bereikt door een systeem van persoonsgebonden en persoonsvolgende budgetten, zoals voorgesteld door organisaties van zowel cliënten als zorgaanbieders. Deze leden vragen de regering op dit voorstel te reflecteren. Hoe kan en zal de organisatie en financiering van de zorg verbonden worden aan de indicatiestelling en wat betekent dit voor de eigen regie van mensen?

De leden van de D66-fractie lezen in de nota naar aanleiding van het verslag dat de zorgplanbespreking en het opstellen van het zorgplan een cruciaal onderdeel is van de Wlz. Op welke wijze wordt geborgd dat dit ook daadwerkelijk wordt gerealiseerd, zo vragen deze leden. Zij merken daarbij op dat in de praktijk van alledag zorgverleners geen of slechts zeer beperkt de tijd krijgen om het zorgplan bij te houden en het te bespreken. De leden van de D66-fractie constateren dat in de Wlz wordt geïndiceerd in een zorgprofiel. Dit geeft meer ruimte voor maatwerk voor zowel cliënt als professional. Het zorgzwaartepakket (zzp) blijft vooralsnog bestaan voor de bekostiging. Voor 2015 zal het aantal zorgprofielen nagenoeg hetzelfde zijn als de huidige zorgzwaartepakketten. Het kabinet streeft ernaar om vanaf 2016 het aantal zorgprofielen te beperken. Genoemde leden merken naar aanleiding hiervan op dat in de huidige zzp-systeematiek sprake is van een dominante grondslag, zoals een verstandelijke beperking. Komt er in de nieuwe profielen meer aandacht voor comorbiditeit/meervoudige beperkingen? En hoe wordt maatwerk gegarandeerd bij een beperkter aantal profielen?

De regering geeft aan dat er de komende tijd wordt geëxperimenteerd met persoonsvolgende bekostiging, zo constateren de leden van de **ChristenUnie-fractie**. Kan de regering de Kamer een overzicht doen toekomen van deze experimenten? Wat is de looptijd van deze experimenten en wanneer worden deze geëvalueerd? Wanneer verwacht de regering naar aanleiding van deze experimenten beleidsconclusies te kunnen trekken?

ActiZ, CSO, leder(in), Landelijk Platform GGz, LOC, LSR, MEE Nederland en Per Saldo hebben een brief aan de Kamer geschreven, zo constateren genoemde leden, waarin ze de Wlz een gemiste kans noemen. Ze zouden graag zien dat er scherper wordt gekozen voor eigen regie door de cliënt. Wat is de reactie van de regering op de zorgen van deze organisaties?

Deelt de regering de mening van deze leden dat persoonsvolgende financiering kan bijdragen aan de gewenste omslag in de zorg, waarbij de zorgvraag van cliënten en de kwaliteit van zorg centraal staan?

In het verslag vroegen de leden van de fractie van de ChristenUnie al naar de wijze waarop de Wlz bijdraagt aan de omslag naar een persoonsvolgende financiering. Kan de regering deze vraag alsnog beantwoorden?

Voor de leden van de **GroenLinks-fractie** staat voorop dat de tijd dat voor mensen bepaald wordt wat goed voor hen is, voorbij is. Hervormingen in de zorg moeten daarom bijdragen aan meer eigen regie en die eigen regie vergemakkelijken. Eigen regie hoort zelfs het uitgangspunt te zijn. Echter, deze leden moeten constateren dat het huidige voorstel op veel punten belemmerend is voor meer eigen regie en dat het uitgangspunt nog steeds ligt bij het systeem, het inkoopbeleid van zorgkantoren en instellingszorg in plaats van echt zorg op maat.

In antwoord op een vraag van leden van de GroenLinks-fractie wordt in de nota naar aanleiding van het verslag gesteld dat met partijen gekeken wordt naar de gevolgen van een mogelijk uitstel van invoering van de Wlz naar 2016, ook gezien het parlementaire traject dat nog gevolgd moet worden. Het lid van de **fractie van 50PLUS/Baay** vraagt met welke partijen gekeken wordt naar uitstel. Welke overwegingen passeren daarbij? Wat zou de doorslag geven om de beslissing tot uitstel te nemen? Wanneer wordt duidelijk of er daadwerkelijk uitstel gaat plaatsvinden of niet? Waarom wordt hier pas nu over nagedacht?

2. De verzekering

De regering geeft aan dat eventuele overschotten in zorgkosten worden afgeroomd. De leden van de **VVD-fractie** vragen welke prikkel Wlz-uitvoerders in dat geval hebben om doelmatigheid te bevorderen en slim in te kopen, als eventuele voordelen daarvan worden afgeroomd. Ten aanzien van verschillende, specifieke vormen van zorg geeft de regering aan op korte termijn met een nadere uitwerking te komen, bijvoorbeeld de zorg voor mensen die tijdelijk niet thuis kunnen zijn. Kan de regering een overzicht geven van al deze punten die op dit moment nog nader worden uitgewerkt, inclusief een indicatie van het moment waarop zij de Kamer hierover verwacht te informeren? De regering spreekt over het moderniseren van het vpt (flexibiliseren) waarmee de huidige nadelen kunnen worden aangepakt. Kan zij aangeven op welke manier het vpt wordt gemoderniseerd en op welke wijze hiermee de huidige nadelen worden aangepakt?

De leden van **PvdA-fractie** lezen in de nota naar aanleiding van het verslag dat de uitwerking van het afwegingskader plaatsvindt in de «Beleidsregels indicatiestelling Wlz». In deze beleidsregels worden belangrijke voorwaarden uitgewerkt die van groot belang zijn voor de toelating tot de Wlz-zorg, en daarmee voor de werking van de Wlz. Genoemde leden zien deze beleidsregels graag zo spoedig mogelijk tegemoet. Op welke termijn kunnen zij deze «Beleidsregels indicatiestelling Wlz» verwachten? De beleidsregels worden opgesteld in samenwerking met het Zorginstituut Nederland en het Centrum indicatiestelling zorg (CIZ). Deze leden zijn benieuwd of andere partijen zoals cliëntenorganisaties ook worden betrokken bij dit proces. Zo nee, waarom is ervoor gekozen hen niet bij deze totstandkoming te betrekken? Binnen de Wmo 2015 dient het voor de cliënt duidelijk te zijn dat de cliëntondersteuning onafhankelijk is en in het belang van de cliënt handelt. De leden van de PvdA-fractie zien deze onafhankelijke cliëntondersteuning ook graag terug in de Wlz. Waarom heeft de regering ervoor gekozen om deze onafhankelijkheid niet op te nemen in de Wet langdurige

zorg? Is de regering bereid dit te wijzigen, zodat de cliënt er zeker van kan zijn dat degene die de cliëntondersteuning biedt, niet degene is die de uiteindelijke beslissing maakt over het indicatiebesluit?

De leden van de PvdA-fractie zijn zeer verontrust bij het lezen van de gang van zaken rondom het aanvragen van medische gegevens door het CIZ. Deze leden hebben in hun eerdere inbreng over de Wlz al hun zorgen geuit over de privacy van de verzekerden met betrekking tot de medische gegevens die door het CIZ kunnen worden opgevraagd. Welke geheimhoudingsplicht kent de persoon die de informatie kan opvragen? Op welke manier worden deze gegevens bewaard en opgeslagen? Het CIZ moet nagaan of de verzekerde toestemming geeft tot het raadplegen van behandelende beroepsbeoefenaren en hun gegevens. Genoemde leden vragen zich de waarde hiervan af, wanneer bij een weigering van deze toestemming door de verzekerde, het CIZ deze alsnog kan opvragen. Het feit dat de medische gegevens in dat geval zonder toestemming en eventueel met een doorbreking van het beroepsgeheim aan het CIZ kunnen worden vertrekt, baart deze leden veel zorgen en zij vragen op welke manier de verzekerde hiertegen bezwaar kan maken. De leden van de PvdA-fractie erkennen het belang van het voorkomen van de zorgfraude aan het begin van de zorgketen, maar zij vinden dat de verzekerden met deze doorbreking van het beroepsgeheim hier een hoge prijs voor betalen. Welke invloed denkt de regering dat deze mogelijkheid heeft op de vertrouwensrelatie tussen de arts en de patiënt? Bestaan er geen alternatieven voor deze informatie-uitwisseling? Bestaat er geen andere manier van zorgtoewijzing?

Het CIZ zal indicaties afgeven voor een onbepaalde tijd. De leden van de PvdA-fractie vinden dit in principe een cliëntvriendelijke wijze. Ondanks het feit dat zij beseffen dat iedereen die in aanmerking komt voor Wlz-zorg, een cliënt is die een blijvende behoefte heeft aan zorg, willen genoemde leden wel het belang benadrukken van zelfzorg, revalidatie en een eventuele afbouw van de zorg wanneer dit nodig is. Hoe brengt men het revaliderend karakter terug in de zorg zodat de cliënten die hierbij baat zouden hebben, gestimuleerd worden te revalideren en zelfzorg toe te passen? Bestaat er voor de zorgaanbieders binnen de wet een prikkel hierop te letten? Hoe zou deze (financiële) prikkel kunnen worden ingebouwd binnen de wet waardoor het voor zorgaanbieders aantrekkelijk wordt het revaliderend karakter in de Wlz-zorg te bevorderen?

De leden van de PvdA-fractie lezen in de nota naar aanleiding van het verslag dat de regering stelt dat LVG-ers (licht verstandelijk gehandicapten) niet aan het criterium «blijvend» voldoen, en dat daarom het indicatiebesluit voor LVG-ers een maximale geldigheidsduur heeft van drie jaar. Deze leden hebben in hun eerdere schriftelijke inbreng over de Wlz aan de regering een nadere toelichting op deze kortlopende indicaties gevraagd, alsook op de eventuele rechtsongelijkheid die een dergelijke kortlopende indicatie mogelijk met zich meebrengt. Genoemde leden lezen in het antwoord hierop dat naar de mening van de regering dit geen rechtsongelijkheid met zich meebrengt, maar dat dit volgens de regering juist raakt aan verschillende behoeften van cliënten. De leden van de PvdA-fractie kunnen zich echter niet aan de indruk onttrekken dat een kortlopende indicatie voor LVG-ers bijdraagt aan een zekere mate van rechtsongelijkheid, daar na de behandelperiode opnieuw wordt gezien of iemand in aanmerking komt voor de zorg vanuit de Wlz, of dat de cliënt ook ondersteund kan worden door de gemeente en/of zorgverzekeraar. Genoemde leden erkennen zeker het belang van een mogelijkheid voor zorg uit de Wmo en/of de Zvw na de behandelperiode vanuit de Wlz, maar hechten ook groot belang aan de zekerheid van de cliënt. Graag ontvangen zij hierop nogmaals een toelichting van de regering. De leden van de PvdA-fractie hebben enkele vragen over de gebruikelijke zorg. Onder gebruikelijke zorg valt volgens de regering de verzorging, opvoeding en het bieden van toezicht welke redelijkerwijs door ouders

aan kinderen wordt geboden. Genoemde leden vinden dit vrij brede termen en zij willen graag meer duidelijkheid over de invulling van deze termen. Wat houdt dit volgens de regering precies in? Worden deze termen verder nog concreet uitgewerkt met het ClZ? Wat gebeurt er bij onduidelijkheid over deze, redelijkerwijs geboden, gebruikelijke zorg? De leden van de PvdA-fractie kregen in de nota naar aanleiding van het verslag antwoord op hun vragen over de mogelijkheid tot een combinatie van zorg in natura en een persoonsgebonden budget. De regering heeft hierin aangegeven dat binnen de Wlz de combinatie niet mogelijk is, aangezien uit kwaliteitsoverwegingen wordt vereist dat één aanbieder verantwoordelijk is voor het gehele pakket aan zorg in natura. De argumenten van de regering overtuigen genoemde leden echter niet. Kan de regering aangeven wat deze kwaliteitsoverwegingen inhouden en op welke manier deze in gevaar zouden komen bij zorg die zowel uit zorg in natura als een pgb zou worden geleverd? Waarom is de combinatie niet mogelijk? Hoeveel mensen maken nu gebruik van de combinatie van zorg in natura en een persoonsgebonden budget? Wat gebeurt er met het budgetrecht van deze cliënten wanneer de combinatie niet meer mogelijk is? Waarom kiest de regering er niet voor om door een combinatie van zorg in natura en een pgb, de scheiding van wonen en zorg te stimuleren? Acht de regering deze scheiding niet ook als een van de prikkels tot innovatie?

Hiernaast wordt de toegang tot een pgb bij de Wlz anders geformuleerd dan binnen de Wmo. De leden van de PvdA-fractie geven echter de voorkeur aan dezelfde terminologie als die wordt gebruikt binnen de Wmo 2015. Deze terminologie is tijdens de behandeling van de Wmo 2015 door het amendement Voortman c.s. gewijzigd (mede ondertekend door een lid van de PvdA-fractie).³ Door dit amendement wordt de keuzevrijheid van de cliënt gewaarborgd en is er sprake van een gelijkwaardige toegang tot het persoonsgebonden budget. Kan de regering aangeven waarom er niet voor deze terminologie is gekozen, waarmee er tegelijkertijd is gekozen om de toegang tot het pgb niet gelijkwaardig te stellen aan dat van zorg in natura? Ook zouden genoemde leden het op prijs stellen wanneer een meer uitgebreide omschrijving kan worden gegeven van de bepaling waarmee de keuze voor het pgb in de Wlz komt te staan. Betreft de pgb-bepaling een kan- of een moet-bepaling? Graag ontvangen deze leden een uitgebreide toelichting van de regering.

De leden van de PvdA-fractie hebben na het lezen van de antwoorden van de regering in de nota naar aanleiding van het verslag nog enkele vragen over de overbruggingszorg. Genoemde leden hebben in hun eerste inbreng gevraagd waarop de regering het vertrouwen baseert dat er voldoende diversiteit gaat ontstaan in het gecontracteerde aanbod. De regering gaf aan dat zij dit verwacht van de zorgkantoren en dat deze hiertoe worden geprikkeld omdat de regering met nadere regels ingrijpt indien de zorgkantoren hier te weinig werk van maken. Deze leden zien graag een toelichting op deze nadere regels tegemoet. Wat houden deze regels in? Waarom is ervoor gekozen om in te grijpen wanneer zorgkantoren hier te weinig werk van maken, in plaats van vooraf regelgeving met een sturende werking op te stellen, waardoor zorgkantoren hiertoe worden gedwongen? Hiernaast merken de leden van de PvdA-fractie op dat zij het betreuren dat de mogelijkheden van de overbruggingszorg worden ingeperkt ten opzichte van de huidige mogelijkheden in de AWBZ. Passen de huidige mogelijkheden zoals men die nu kent niet veel beter binnen het systeem waarbij de scheidslijnen tussen de curatieve en de langdurige zorg steeds meer vervagen? Genoemde leden vernemen op dit punt graag een visie van de regering.

Een andere zaak waarbij de scheidslijn tussen de curatieve en de langdurige zorg een rol speelt, is de intramurale Wlz-behandeling. De

³ Kamerstukken II, 2013–2014, 33 841, nr. 103

leden van de fractie van de PvdA vragen waarom er niet voor is gekozen om deze behandeling onder te brengen bij de Zorgverzekeringswet. Genoemde leden vragen of dit niet logischer is, aangezien dit immers ook bij het pgb en het vpt geldt, en het om curatieve zorg gaat.

De leden van de PvdA-fractie hebben enkele resterende vragen omtrent de bekostiging en de bekostigingssystematiek. Volgens deze leden valt op dit gebied nog veel te behalen wat betreft de versimpeling van het systeem. Hoe verhouden de zorgprofielen, waarbij de toegang tot de Wlz en de indicatie een rol spelen, en de zzp's, die worden gebruikt om de bekostiging aan te duiden, zich tot elkaar? Hiernaast speelt het zorgplan én het uiteindelijke indicatiebesluit ook een rol. Is dit niet wat vier-dubbelop? Draagt deze werkwijze volgens de regering bij aan een overzichtelijk en helder overzicht van de te ontvangen zorg voor de cliënt? Bestaat een alternatief voor dit web van zorgprofielen, zorgzwaartepakketten, zorgindicaties, en zorgplannen? De leden van de PvdA-fractie vragen of het niet mogelijk is dat het zorgplan leidend is voor zowel de indicatiestelling, als het contract, als de bekostiging? Biedt een dergelijk meeromvattend zorgplan niet meer mogelijkheden om de zorgvraag van een cliënt vast te stellen, zonder deze tegelijkertijd aan vaste, gevestigde zorgzwaartepakketten te verbinden? Genoemde leden zouden op deze manier veel meer ruimte zien ontstaan voor meer en beter cliëntgericht maatwerk. Is de regering dit met hen eens?

De leden van de fractie van de PvdA vragen of er al meer zicht is op de definitieve uitwerking van de nieuwe zorgprofielen. Kan er al meer worden gezegd over het tijdstip waarop deze uitwerking afgerond is? Welke instanties worden bij deze uitwerking op dit moment betrokken? In de nota naar aanleiding van het verslag heeft de regering aangegeven het signaal van genoemde leden, met betrekking tot cliënten die mogelijk niet goed in een profiel passen, onder de aandacht te brengen van het Zorginstituut Nederland. Wat heeft dit tot nu toe opgeleverd? In hoeverre is de verwachting dat sommige mensen niet in een zorgprofiel passen? Heeft de regering hier oplossingen voor achter de hand? Blijft voor de cliënten met een hogere urenindicatie dan het hoogste zorgzwaartepakket de meerzorgprocedure mogelijk? Wordt de meerzorgprocedure, zoals men die nu kent, onderdeel van de nieuwe zorgprofielen? Kunnen de functies en klassen worden gehandhaafd voor de zorg thuis? Op die manier kan passende zorg en toereikend budget worden gegarandeerd voor mensen met meervoudige beperkingen. In hoeverre zal de groep cliënten die van meerzorg gebruik zal maken, worden geïnformeerd over deze mogelijkheid? Zal ondersteuning worden geboden bij het proces omtrent het aanvragen van meerzorg?

Hiernaast hebben de leden van de PvdA-fractie aanvullende vragen over het bekostigingsmodel. Klopt het dat het «Zweeds model» bij de langdurige zorg lijkt op het «Zeeuws Wmo-model», waarbij er niet op prijs geconcurrereerd wordt maar op kwaliteit? Wanneer dit het geval is, vragen deze leden of de afweging kan worden gemaakt om dit bekostigingsmodel in te voeren bij de Wet langdurige zorg. Welke voor- en nadelen ziet de regering in dit bekostigingsmodel? Op welke manier zou de regering willen stimuleren op kwaliteit in te kopen? Hoe wordt ervoor gezorgd dat nieuwe en innovatieve aanbieders een kans krijgen om toe te treden? De leden van de PvdA-fractie lazen in de memorie van toelichting dat nader (juridisch) onderzoek nodig was om te onderzoeken of het Zweeds model juridisch haal- en houdbaar is. Zijn hier de resultaten al van bekend? Is de pilot al gestart, en wat zijn hiervan de bevindingen tot nu toe? Zal de pilot worden verbreed naar zorg met verblijf?

Ook zijn de leden van de fractie van de PvdA benieuwd naar de visie van de regering met betrekking tot het werken met meerjarencontracten. Dit zou een bijdrage kunnen leveren aan het verminderen van de regeldruk betreffende de zorginkoop. In hoeverre stimuleert de regering het werken

van zorgkantoren met deze meerjarencontracten? Op welke manier zal het werken met deze contracten worden bevorderd?

De leden van de PvdA-fractie hebben enkele vragen over de uitvoering van de Wet langdurige zorg. De regering heeft op eerdere vragen van genoemde leden geantwoord dat zij ervoor heeft gekozen de bestaande uitvoeringsstructuur grotendeels te handhaven, aangezien het veld voor een forse veranderingsopgave staat. Deze leden vragen of in deze situatie een ander optreden van de regering niet meer gewenst is. Hoe rijmt de ambitie de zorg te willen vernieuwen met de keuze van de regering om de uitvoeringsstructuur grotendeels hetzelfde te houden? Zou het niet innovatiever zijn de uitvoeringsstructuur aan te passen, maar hier meer tijd voor uit te trekken zodat het veld hier naartoe kan werken?

Hiernaast vinden de leden van de fractie van de PvdA het een gemiste kans dat de regering door de huidige uitvoeringsstructuur te behouden, niet voor een systeem kiest dat bijdraagt aan een vermindering van de bureaucratie. Deze leden vragen namelijk of de uitvoeringsorganisatie met zowel zorgverzekeraars, als zorgkantoren, als Wlz-uitvoerders, niet een tikkeltje over de top is. Vanwaar deze ingewikkelde aansturingstructuur? Wat is het voordeel van het creëren van een extra partij binnen de structuur? Wat levert deze uitbreiding concreet op, en hoe past de uitbreiding van het systeem bij de ambitie van het versimpelen van het systeem? Ook zien genoemde leden dat intramurale zorginstellingen een rol kunnen spelen in de lokale zorginfrastructuur. Hoe ziet de regering het samenspel tussen de zorgaanbieder, zorgverzekeraar, gemeente, zorgkantoor en de Wlz-uitvoering? Hoe zal dit concreet worden ingevuld door de verschillende partijen? Wat zijn de mogelijke alternatieven voor deze uitvoeringsstructuur? Zou één centraal zorgkantoor voor alle Wlz-cliënten denkbaar zijn, waarbij er zowel minder regionale verschillen kunnen voorkomen als waarbij er wordt bijgedragen aan de vermindering van regeldruk en overheadkosten?

Bij de behandeling van de Wmo 2015 is door de leden Voortman en Otwin van Dijk een amendement ingediend dat het mogelijk maakt voor betrokkenen uit de buurt, ouders of bijvoorbeeld zorgmedewerkers om samen een initiatief op te zetten.⁴ Genoemde leden zien graag de visie van de regering op deze mogelijkheid tot een «right to challenge» binnen de Wlz.

De leden van de fractie van de PvdA lezen in de memorie van toelichting dat voor cliënten met verblijf of een vpt, het mogelijk is om extra producten en diensten af te nemen, al dan niet tegen extra kosten. In hoeverre is dit ook mogelijk wanneer iemand meer, of andere zorg wenst? Hoe kan worden gezorgd dat de basis op orde is van wat een cliënt kan verwachten zonder deze eigen bijdragen? Wie ziet hierop toe? Vallen de eigen bijdragen die door cliënten worden betaald, voor bijvoorbeeld een dagje uit, onder een bepaalde anticumulatieregeling?

De leden van de **SP-fractie** hebben nog een aantal vragen over de wijze waarop partneropname in de Wlz is geregeld. Zij hebben eerder hun zorgen kenbaar gemaakt wat er gebeurt indien een gemeente weigert een partner van zorg te voorzien, indien deze persoon in een zorginstelling wil verblijven bij zijn of haar geliefde. Deze leden begrijpen niet waarom de regering niet de vrees deelt dat gemeenten deze zorg kunnen weigeren. De regering stelt er vertrouwen in dat een zorginstelling de gemeente wel op de vingers tikt, maar dat is wel heel vrijblijvend. Waar is de zorgplicht dan gebleven die gemeenten hebben, indien zij wel een partneropname weigeren op basis van de Wmo? Wie toetst daarop? Kan de regering dat nader toelichten?

De leden van de SP-fractie hebben eerder een aantal vragen gesteld over de Wlz-uitvoerder en de rol van de zorgkantoren. Genoemde leden vinden

⁴ Kamerstukken II, 2013–2014, 33 841, nr. 158

het nog steeds onduidelijk wie de Wlz-uitvoerder is en welke taken deze Wlz-uitvoerder nu precies krijgt. Kan de regering dat nader uitleggen? Kan de regering tevens een overzicht sturen aan welke verantwoordelijkheden een Wlz-uitvoerder gehouden kan worden en aan welke eisen en voorwaarden zorgkantoren moeten voldoen?

De leden van de SP-fractie hebben er moeite mee dat de regering ervoor kiest om de indicatiestelling te laten uitvoeren door het Centrum indicatiestelling zorg. De regering geeft in haar beantwoording aan dat om over de aspecten van de indicatiestelling te kunnen oordelen, de kennis en ervaring doorgaans niet aanwezig is, of hoeft te zijn bij professionals, zoals wijkverpleegkundigen en huisartsen. Genoemde leden vinden dit een regelrechte schoffering van deze professionals die juist alle kennis en expertise in huis hebben om te oordelen welke zorg iemand nodig heeft. Zo begrijpen deze leden ook niet waarom de regering daarmee de mandatering van indicatiestelling en de standaardindicatieprotocollen (sip's) afschaft in het huidige wetsvoorstel. Waarom kiest de regering voor de indicatiestelling door het CIZ, gezien daar in de afgelopen jaren veel problemen mee zijn geweest, als het gaat om te strenge indicaties en telefonische indicaties? Kan de regering tevens toelichten waarop het wantrouwen tegenover de kennis en expertise van professionals, zoals wijkverpleegkundigen, huisartsen en verpleeghuisartsen, gebaseerd is? Voorts vragen zij of het overzicht van de bezwaar- en beroepszaken tegen de indicatiebesluiten van het CIZ voor de plenaire wetsbehandeling naar de Kamer gestuurd kan worden.

De leden van de SP-fractie constateren dat de zorgprofielen waarover de regering in het voorliggende wetsvoorstel spreekt, pas in het najaar gepubliceerd zullen worden. Waarom wordt de uitwerking van de zorgprofielen niet voor de plenaire wetsbehandeling naar de Kamer gestuurd en is de regering bereid dit alsnog te doen? Kan de regering ook toelichten of de meerzorg betrokken wordt bij de totstandkoming van de zorgprofielen? Zo ja, blijft het CCE betrokken bij deze vorm van zorg?

Voorts willen deze leden vragen in hoeverre er in de zorgprofielen rekening wordt gehouden met personen die een pgb aanvragen. Tevens hebben genoemde leden een aantal vragen over de zorgzwaartepakketen. De regering erkent dat een zorgzwaartepakket niet kan voorschrijven waar iemand behoefte aan heeft en welke zorg geboden moet worden. Waarom schaft de regering dan de zorgzwaartepakketen niet af? Kan de regering dat toelichten?

De regering geeft in haar beantwoording aan dat de 10-uursmaatregel voor begeleiding komt te vervallen vanaf 1 januari 2015. De leden van de SP-fractie zijn verheugd dit te horen. Kan de regering tevens garanderen dat gemeenten niet de 10-uursgrens in hun verordeningen gaan opnemen, om onwenselijke gevolgen te voorkomen? Kan de regering de gemeenten daarop aanspreken? Deze leden verlangen een toelichting op dit punt.

De leden van de SP-fractie zijn ontdaan over het feit dat de regering geen contracteerplicht wil instellen in de Wlz. Op welke gronden is de regering deze mening toegedaan en is het niet zo dat de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) en professionals zelf dienen te controleren op kwaliteit en niet het zorgkantoor met als het om kwaliteit gaat onvoldoende gevalideerde inkoopregels? Kan de regering hierop reageren? De leden van de SP-fractie zijn blij dat de regering de roerige voorgeschiedenis van het Centraal Administratie Kantoor (CAK) niet ontkent. Toch hebben genoemde leden er problemen mee dat het CAK de verantwoordelijkheid houdt voor het innen van de eigen bijdragen. Is de regering voornemens om extra maatregelen te treffen om te voorkomen dat het CAK eerder gemaakte fouten opnieuw maakt? Wil de regering hiernaar kijken? Zo nee, waarom niet?

De leden van de SP-fractie begrijpen niet waarom mensen die een zorgzwaartepakket GGZ-C hebben, geen garantie krijgen voor een

wooninitiatief. Kan de regering aangeven waarom zij hiervoor gekozen heeft en is zij bereid deze mensen wel een garantie te geven? Genoemde leden verlangen een toelichting op dit punt.

De leden van de SP-fractie vinden het onbegrijpelijk dat de herstelgerichte tijdelijke opname na een ziekenhuisopname niet in de Wlz geregeld wordt. Dit is tegenstrijdig met de eerder aangekondigde maatregelen van de regering, om dit wel in de AWBZ te regelen. Wanneer is de regering voornemens om de Kamer te informeren over het beleid dat zij hierop wil maken in de Zvw?

De regering geeft aan dat er jaarlijks 60 tot 70 mensen zijn met een complexe zorgvraag die te lang moeten wachten op een plaats of waarvoor geen passende plek gevonden kan worden. De leden van de SP-fractie hebben eerder al aangegeven dat voor jongeren zoals Brandon of Dexter passende zorg van groot belang is. Kan de regering aangeven welk beleid zij gaat hanteren in het voorliggende wetsvoorstel om te regelen dat de zorg voor deze kinderen goed geregeld gaat worden? Kan de regering tevens aangeven welke maatregelen zij treft voor voldoende passende plekken voor deze mensen? Tot slot willen genoemde leden weten waarom het de regering nog steeds niet gelukt is, voor veel mensen passende zorg of een passende plek te regelen. Kan de regering aangeven wat de oorzaak daarvan is en wat de regering van plan is daaraan te gaan doen?

De leden van de SP-fractie hebben in de vorige schriftelijke inbreng een aantal vragen gesteld over het vervoer van en naar de dagbesteding. De regering heeft deze vragen niet beantwoord, kan de regering dit alsnog doen?

In de eerdere inbreng hebben de leden van de **CDA-fractie** een vraag gesteld over het therapeutische leefklimaat als indicator. Deze vraag kunnen zij helaas niet terugvinden in de beantwoording van de regering. Daarom stellen zij deze opnieuw. De toegangscriteria voor de Wlz zijn in dit wetsvoorstel uitgewerkt en zwaarder dan in de huidige AWBZ. Centraal staat het permanent toezicht en 24 uur per dag zorg in de nabijheid. Waarom is ervoor gekozen het zogenaamde therapeutische leefklimaat niet meer als indicator op te nemen?

De regering is van mening dat mensen met een Wlz-indicatie een dermate zware zorgvraag hebben, dat gestreefd moet worden naar één integraal pakket met één zorgaanbieder als eindverantwoordelijke. De regering geeft hierbij aan dat zij het Zorginstituut Nederland om een uitvoerings-toets zal vragen. De leden van de CDA-fractie willen weten of dit betekent – als alle medische zorg onder de Wlz valt – dat de zorgaanbieder verantwoordelijk zal zijn voor de organisatie van de algemene medische zorg voor alle mensen met een Wlz-indicatie. Ook bij mensen die thuis verblijven met een volledig pakket thuis of pgb?

De leden van de CDA-fractie worden graag betrokken bij de vaststelling van de zorgprofielen. Is de regering bereid om de adviesaanvraag aan het Zorginstituut aan de Kamer te sturen en de uiteindelijke advisering ter bespreking voor te leggen aan de Kamer? Begrijpen de leden van de CDA-fractie het goed dat als men een vpt heeft de laagste inkomens wel € 156 per vier weken betalen? Indien de regering hierop bevestigend antwoordt, vragen deze leden of dit voor de gebruiker een duidelijk verschil is. En maakt de regering hiermee het pgb niet financieel aantrekkelijker dan het vpt? Hoeveel mensen verwacht de regering dat er in de Wlz gebruik zullen maken van het pgb? Zij vallen ook onder de groep van 200.000 mensen. De leden van de CDA-fractie lezen in de nota naar aanleiding van het verslag dat het pgb onder de Wlz een afgeleide wordt van het natura-tarief. In de memorie van toelichting van het wetsvoorstel is een zinsnede opgenomen dat het natura-tarief wellicht te hoog was, omdat instellingen in de AWBZ hoge reserves hebben. Betekent dit dat het natura-tarief gaat dalen? Kan de regering aangeven met hoeveel? En blijft

de verdeelsleutel van het pgb 75/100 intact? De leden van de CDA-fractie lezen dat de regering ervan uitgaat dat niet-Wlz geïndiceerde cliënten automatisch onder de verantwoordelijkheid van de gemeente vallen, en gemeenten hiervan op de hoogte zijn. Daar hebben deze leden twijfels over. Is de regering niet bang dat de druk op de Wlz zal toenemen, omdat cliënten geen zekerheden kunnen ontlenen aan de Wmo, waardoor de door de regering gewenste bezuinigingen en terugdringing van het aantal cliënten in de Wlz niet reëel zal zijn? Genoemde leden vragen tevens of er zo niet een zorgvacuüm gaat ontstaan daar waar gemeenten de zorg niet kunnen of willen leveren en het CIZ de toegang tot de Wlz weigert. Ook op pagina 47 lezen de leden van de CDA-fractie dat de regering van gemeenten en verzekeraars verwacht dat voor intramurale opname extramurale zorg geleverd wordt, zodat de continuïteit van zorg gewaarborgd is. Het probleem dat genoemde leden zien is dat dit voor individuele burgers aangaande de Wmo en de Zvw geen afdwingbaar recht is. Deze leden zijn van mening dat er voor de cliënten onvoldoende waarborgen zijn om dit goed te regelen. Waarom is de regering van mening dat die er wel zijn, en is dit voor hen wettelijk goed geborgd? De leden van de CDA-fractie lezen op pagina 50 van de nota naar aanleiding van het verslag dat een instelling wel te zien krijgt hoeveel budget er aan de cliënt wordt toegewezen, maar de cliënt zelf niet. Op die manier wordt een onderscheid gemaakt tussen de voor- en achterkant van het systeem. Deze leden betwijfelen of een zorgplan helder genoeg maakt voor de cliënt of hij/zij de zorg krijgt waar hij/zij op basis van de bekostiging recht op heeft. Waarom maakt de regering dit onderscheid? De leden van de CDA-fractie zijn bang dat dit afbreuk doet aan de positie van de cliënt en zijn familie. Waarom kiest de regering er niet voor (in overeenstemming met het pleidooi van o.a. ActiZ, VGN en leder(in) om te komen tot een daadwerkelijk persoonsvolgende financiering? De toegang tot de Wlz blijft dan via de laag-middel-hoog-systematiek maar vervolgens wordt in het zorgplan afgesproken welke zorg een persoon nodig heeft. Dit zorgplan bepaalt dan de hoeveelheid geld die benodigd is. Zo ontstaat ook de mogelijkheid om te komen tot een flexibel vpt/pgb. Hierdoor kan bijvoorbeeld de huishoudelijke verzorging als vaste component van het vpt komen te vervallen. Hierdoor kan bijvoorbeeld ook voor een persoon met een hoog-indicatie die door de familie thuis verzorgd wordt daadwerkelijk gekomen worden tot zorg die echt nodig is, in plaats van zorg die voorgeschreven staat in het vpt. Dit alles onder de noemer «Zorgplan is realisatie». Is de regering bereid in overeenstemming met het pleidooi van de branche- en cliëntenorganisaties zoals neergelegd in de brief van 19 juni 2014 een artikel in de Wlz op te nemen dat voor de cliënt de mogelijkheid biedt tot het nemen van eigen regie in termen van persoonsvolgende bekostiging? De regering is momenteel bezig met het zo goed mogelijk vormgeven van «de eerste fase», in het kader van het risicodragend maken van zorgverzekeraars en de overdracht van de AWBZ naar de Wlz. De leden van de CDA-fractie vragen waarom er nu al wordt gesproken van twee fasen. Deze leden kijken al kritisch naar de huidige overheveling, omdat de financiële consequenties en randvoorwaarden nog niet helder zijn. Genoemde leden zijn van mening dat zware langdurige zorg niet thuishoort in de Zvw. Een zogenoemde «tweede fase» is in de ogen van de leden van de CDA-fractie niet in het belang van de cliënt, omdat deze zal komen te vallen onder een schadeverzekering in plaats van een volksverzekering. De regering gaat in haar uitleg enkel en alleen in op de voordelen, maar zegt niets over de nadelen van het risicodragend maken van zorgverzekeraars. Dit geeft volgens deze leden geen reëel beeld. Om te komen tot een compleet beeld vragen zij hier een uitgebreide toelichting op het punt dat de Wlz overgedragen wordt naar de Zvw, waarbij met name ingegaan wordt op de risicodragendheid van deze verzekering met ingang van 1 januari 2017 alsmede de financiering van deze verzekering via de werkgeverslasten en het effect daarvan op de

premies. De leden van de CDA-fractie lezen dat mantelzorgers en andere niet-professionele hulpverleners kunnen worden vergoed uit het pgb conform de maximale tarieven die aan professionals vergoed kunnen worden. Voor nieuwe budgethouders geldt sinds 2014 dat er gedifferentieerde tarieven gelden. Deze leden willen weten welk onderscheid de regering hierbij maakt tussen verschillende soorten zorg. Daarna stelt de regering te gaan onderzoeken of «deze maatregel echt effect sorteert om deze op termijn in te voeren voor alle budgethouders». Genoemde leden willen graag duidelijker horen hoe de regering dit precies wil doen en wat zij gaat onderzoeken. De regering heeft een overzicht gegeven van het aantal zvp-geïndiceerde mensen dat er niet voor kiest om in een instelling te verblijven. Daarin wordt duidelijk dat circa 85.000 mensen in 2012 met een indicatie voor langdurig verblijf niet in een instelling verbleven. De leden van de CDA-fractie merken op dat het aantal personen met de indicatie zorg met verblijf elk jaar toeneemt. Deze leden stelden eerder dat de druk op de Wlz zal toenemen, omdat cliënten geen rechten kunnen ontlenen aan de Wmo en de Zvw. Zij verwachten daarom dat dit zal leiden tot een flinke stijging van het aantal personen met een indicatie zorg met verblijf. Met de doelstelling van de regering om te werken naar een maximum van 200.000 mensen in de Wlz in het achterhoofd, ontvangen deze leden graag een uitgebreide reactie hierop van de regering. De regering stelt dat de inkomensafhankelijke premie Wlz lager zal zijn dan bij de AWBZ, en de verhoging van belastingtarieven in de 1e en 2e schijf ervoor zorgt dat er geen inkomensgevolgen zijn. De leden van de CDA-fractie constateren hier dat de regering vanuit de Wlz redeneert. Men heeft het vaak over één cliënt en één gezin. Denk hierbij aan de hogere premie van de Zorgverzekeringswet en het hogere eigen risico. Genoemde leden vragen daarom waarom de regering niet bereid is een nader onderzoek uit te voeren naar specifiek deze effecten. In de nota naar aanleiding van het verslag wordt gesteld dat de regering ervoor kiest om de extramurale verpleging en verzorging onder te brengen in de Zvw, omdat deze zorg daardoor dichterbij andere zorg, zoals huisartsenzorg wordt gepositioneerd. Inmiddels hebben deze leden vernomen dat een zorgverzekeraar de Persoonlijke Verzorging en Verpleging gaat opsplitsen in zeker meer dan 10 producten.

Is dit niet in strijd met het door de regering beoogde doel, namelijk ruimte aan de professionals om dicht naast de zorgbehoevende mens vast te stellen wat hij/zij nodig heeft? Vervolgens wordt aangegeven dat overheveling naar de Zvw zonder adequate risicoverevening, kan leiden tot risicoselectie. Wanneer kan volgens de regering worden gesproken van een «adequaat» functionerend risicovereveningsmodel? Is de regering het met de leden van de CDA-fractie eens dat het afbouwen van het ex-post model een prikkel kan zijn voor risicoselectie door zorgverzekeraars? En welke gevolgen voorziet de regering voor de kleine zorgverzekeraars bij een volledig risicodragende uitvoering? Daarnaast wordt erover gesproken dat zorgverzekeraars de komende tijd moeten aantonen dat deze stap leidt tot aanvullende doelmatigheid. Als dat zo is kunnen zij volgens de regering overgaan tot risicodragende uitvoering. Genoemde leden horen hier niets over de kwaliteit van zorg, en wat de gevolgen van deze politieke keuze zijn voor de patiënt/cliënt. Graag ontvangen zij meer duidelijkheid op dit punt. De regering stelt dat indien een mantelzorger zich onvoldoende gesteund voelt door de gemeente, hij daarover in gesprek kan gaan met zijn gemeente. Dit is volgens de regering geen reden om toegang te krijgen tot de Wlz. De leden van de CDA-fractie denken dat het voor mensen juist wel een reden is om een Wlz-indicatie te vragen. Erkent de regering dat er sprake is van een schemergebied tussen de Wmo 2015 en de Wlz, waar bepaalde mensen wellicht gebruik van gaan maken als zij zich onvoldoende gesteund voelen door de gemeente, waardoor de kosten van de Wlz zullen oplopen? De leden van de CDA-fractie lezen dat een kind eerst zoveel mogelijk geholpen wordt in

zijn eigen omgeving vanuit de Jeugdwet, om binnen zijn mogelijkheden kansen te krijgen zich te ontwikkelen. In theorie begrijpen deze leden dit uitgangspunt. Begrijpen de leden van de CDA-fractie goed dat een kind onder de 18 jaar, ondanks zeer intensieve kindzorg, moet rekenen op zorg via de Jeugdwet? Deze leden vragen de regering het begrip «ontwikkelperspectief» beter te duiden. Het is toch zo dat kinderen in een instelling ook ontwikkelperspectief kunnen hebben? Genoemde leden lezen het zo dat kinderen onder de 18 jaar nauwelijks in aanmerking kunnen komen voor de Wlz. Zij vrezen dat er op die manier bij ouders «het water tot aan de lippen» komt te staan. De leden van de CDA-fractie hebben een vraag gesteld over tijdelijke opnames in een verpleeginstelling. Zij vroegen wie vaststelt of de zorgbehoefte overgaat of minder wordt, en daarnaast of het voor de gemeente en verzekeraar volstrekt helder is dat zij dit soort zorg moeten bieden. In haar antwoord gaat de regering hier niet op in. Daarom ontvangen deze leden graag alsnog een reactie op bovengenoemde vragen. Daarbij wordt door de regering gesteld dat wanneer geen sprake is van geneeskundige zorg, mensen die «tijdelijk niet thuis kunnen zijn» een beroep kunnen doen op respijtzorg vanuit de Wmo 2015. Bij een versterking van de positie van de mantelzorger, moeten zij ook kunnen rekenen op deze ondersteuning van de gemeente. Zijn gemeenten hiervan op de hoogte en welke (minimale) criteria hanteren zij voor inzet van respijtzorg? Dit om te voorkomen dat de verschillen tussen gemeenten te ver uiteenlopen en daardoor weer een grotere druk komt op de Wlz. De leden van de CDA-fractie zijn niet tevreden over het antwoord op de vraag hoe zpz VV4 en VG3 aanspraak kunnen blijven maken op intramurale zorg via de Wlz. Het feit dat er extra geld geraamd is, snijdt totdat de regering uiteengezet heeft wat de financiële houdbaarheid van deze wet is geen hout. Daarnaast maken de leden van de CDA-fractie zich zorgen over de rechtspositie van mensen. Anders gezegd: hoe kan het dat de criteria »24-uurszorg in nabijheid» en «permanent toezicht» voordat het begrotingsoverleg gevoerd is geen aanspraak geven op een Wlz-plek en na het begrotingsoverleg wel aanspraak geven op een Wlz-plek? De leden van de CDA-fractie lezen dat rekening gehouden gaat worden met de beperkingenbeelden en zorgbehoeften van de groepen cliënten. De vraag van deze leden is dan ook: hoe? De regering stelt dat «momenteel wordt bezien op welke wijze geneeskundige zorg voor mensen die tijdelijk niet thuis kunnen zijn wordt vormgegeven». De leden van de CDA-fractie horen graag of hierover al duidelijkheid is, en anders wanneer deze wordt gegeven. Tevens vernemen zij graag wat de «bijzondere omstandigheden» zijn waarin het CIZ binnen twee weken moet beslissen. De regering stelt dat 18-plussers met een LVB-handicap net als 18-plussers met een ggz-behandeling zorgzwaartepakket een perspectief op verbetering hebben. Daarna stelt de regering dat mensen met een LVB-handicap wel tijdelijk toegang krijgen tot de Wlz, in tegenstelling tot ggz-ers. De leden van de CDA-fractie zijn het met de regering eens dat beide groepen niet volledig met elkaar te vergelijken zijn, maar zij begrijpen niet waarom een ggz-er eerst drie jaar onder een schadeverzekering moet vallen. Deze leden vinden de periode van drie jaar onder de Zvw veel te lang. Zij vragen hoe de regering erbij komt dat er pas na drie jaar intramurale ggz-behandeling met zekerheid gezegd kan worden dat iemand blijvend is aangewezen op zware zorg uit hoofde van de Wlz. De leden van de CDA-fractie zien hierover graag een duidelijke verklaring. De leden van de CDA-fractie lezen dat zpz's niet bedoeld zijn voor het gesprek tussen zorgverlener en cliënt over de te verlenen zorg. De regering stelt dat er, om fixatie op uren te voorkomen, geïndiceerd zal gaan worden op zorgprofiel. Het recht op zorg van de verzekerde wordt vastgelegd in het indicatiebesluit. Begrijpen deze leden dit goed dat dit te vergelijken is met de zorgplicht die zorgverzekeraars hebben? Er komt dus alleen op het indicatiebesluit te staan dat een cliënt recht op zorg heeft. Genoemde leden blijven van mening dat dit ten koste gaat van de rechtspositie van

de cliënt. Deze leden willen weten welke rechten een verzekerde kan ontlenen aan het zorgprofiel, als er minder nadruk ligt op omvang en uren van zorg. Zeker gezien de conclusies van het recente inspectierapport over de verpleeghuizen waar de zorg bij sommige instellingen onder de maat is. De cliënt heeft in het door de regering voorgestelde systeem minder in handen. Wat is in dit systeem de rechtspositie van de cliënt en zijn familie wanneer de zorg ondoelmatig wordt verleend? Hebben zij het recht om inzage te hebben in de financiering door het zorgkantoor? De regering erkent, in antwoord op een vraag van de leden van de CDA-fractie, dat de zorgvraag bij huisartsen alleen maar zal toenemen. Met deze toename is rekening gehouden bij het vaststellen van de budgettaire groeiruimte voor huisartsenzorg (1,0% demografische groei plus 1,5% groei om substitutie van zorg op te vangen), zo lezen deze leden. Daarna stelt de regering dat ook de wijkverpleegkundige veel zorgvragen kan behandelen. Gezien het huidige tekort van het aantal wijkverpleegkundigen, vragen genoemde leden of er hier ook rekening mee gehouden is bij de vaststelling van de groeiruimte. Kan de regering inmiddels inzage verschaffen in het aantal wijkverpleegkundigen dat momenteel in het laatste opleidingsjaar zit en hoeveel er zij-instroomt? Wanneer zijn deze wijkverpleegkundigen klaar voor de arbeidsmarkt? De leden van de CDA-fractie willen opmerken dat zij de uitleg van de regering omtrent de overbruggingszorg nog niet helemaal helder vinden. Moeten genoemde leden dit zo lezen dat de overbruggingszorg voordat er een indicatie Wlz is afgegeven onder de verantwoordelijkheid van de gemeente en zorgverzekeraars valt en na de indicatiestelling onder de Wlz-uitvoerder indien er geen zorg voorhanden is? Zo ja, dan is dit een heldere scheiding waar deze leden om vragen. Zo niet, dan vragen deze leden of de regering het onderscheid duidelijker kan aangeven. Wanneer zijn gemeenten en zorgverzekeraars verantwoordelijk en wanneer zorgaanbieders in de Wlz in het kader van de «overbruggingszorg» tussen verschillende systemen in? En hoeveel financiële middelen ontvangen zorgverzekeraars en gemeenten hiervoor aangezien dit tot heden uit de AWBZ wordt gefinancierd? De regering herkent zich in het geluid van de leden van de CDA-fractie dat het vpt eigenlijk alleen in de directe nabijheid van zorgaanbieders gegeven kan worden. Daarbij geeft de regering aan dat zij dit herkent onder de huidige AWBZ. Genoemde leden vragen wat er dan gaat gebeuren onder de Wlz met deze vorm van zorg. Temeer daar de komende jaren nogal wat verzorgingshuizen sluiten van waaruit nu het vpt gegeven wordt. Denkt de regering dat er dan meer mensen gebruik kunnen maken van het vpt; hoeveel mensen zullen gebruik gaan maken van het vpt volgens de regering? Zal dit aantal gaan stijgen onder de Wlz? Of denkt de regering dat zorgaanbieders deze naturazorg thuis alleen kunnen leveren in de nabijheid van de zorginstelling? En hoe duidt de regering «in de nabijheid van» aan? Nogmaals vragen de leden van de CDA-fractie in dit licht aandacht voor persoonsvolgende financiering zoals voorgesteld door o.a. ActiZ, VGN en leder(in) en de mogelijkheid niet het volledige vpt af te hoeven nemen. Concreet vragen deze leden of een familie die vader of moeder weer thuis haalt vanuit een instelling ook combinaties van zorg kan kiezen. Nu hebben mensen combinaties van zorg in natura en soms pgb. Kan dat na invoering van de Wlz ook nog? De regering gaat uit van de aanname dat een strenger lokaal beleid of inzet van informele zorg met een pgb er niet toe zal leiden dat meer mensen aanspraak willen maken op de Wlz. De leden van de CDA-fractie delen deze aanname van de regering niet omdat zij de afbakening tussen alle zorgwetten en de Jeugdwet momenteel niet helder genoeg vinden. Kan de regering aangeven waarom zij wel van deze aanname uitgaat? Ziet de regering niet het risico, dat de inrichting van de Wmo en de Wlz ertoe kan leiden dat mensen (eerder dan nu toe) aanspraak proberen te maken op de Wlz omdat zij bij gemeenten en zorgverzekeraars het zogenaamde «recht» niet kunnen afdwingen? Dan hebben deze leden nog een concrete vraag over de eigenbijdragerege-

ling. De regering stelt dat de eigen bijdragen in 2017 € 1,6 miljard zullen bedragen. De daling van 2016–2017 is € 100 miljoen. De leden van de CDA-fractie vragen waarop de regering deze verlaging baseert. Graag ontvangen zij een duidelijke uiteenzetting op dit punt.

Er moet bij het indiceren al rekening worden gehouden met het verdere verloop van de aandoening of beperking van de cliënt. Om al deze aspecten te kunnen beoordelen is niet alleen kennis van de aandoening of beperking nodig, maar ook kennis van en overzicht over het verloop van de aandoening of beperking en de daaruit voortvloeiende zorgbehoefte op verschillende terreinen, en kennis van wet- en regelgeving. Dit vereist kennis en ervaring die doorgaans niet aanwezig is (en hoeft te zijn) bij een wijkverpleegkundige of huisarts. De leden van de **PVV-fractie** vragen waarop deze gedachte is gebaseerd. Medewerkers van het CIZ hebben niet echt bewezen kennis van zaken te hebben, de afgelopen jaren. Of een beginnend dementerende cliënt die niet 24 uur per dag zorg nodig heeft, maar wel zeer regelmatig op een dag en die niet de beschikking heeft over een sociaal netwerk, aanspraak heeft op Wlz-zorg hangt ervan af of er bij deze cliënt sprake is van risico op ernstig nadeel, of hij in staat is om op relevante momenten hulp in te roepen c.q. zijn behoefte aan zorg kan inschatten, en of er vaak op ongeplande momenten zorg nodig is. Komt hier het criterium «op de knop kunnen drukken» weer boven tafel? Is de regering van mening dat een medewerker van het CIZ in dezen een goede afweging kan maken, zo vragen de leden van de PVV-fractie. De regering verwacht dat gemeenten en zorgverzekeraars en zorgkantoren in de toekomst goed met elkaar gaan afstemmen hoe goede Wmo-ondersteuning een te snel beroep op zware zorg kan voorkomen. Op welke aannames is deze verwachting gebaseerd, zo vragen genoemde leden.

De maatschappelijke opvattingen over gebruikelijke zorg kunnen veranderen en om deze reden wordt de richtlijn gebruikelijke zorg vastgelegd in de Beleidsregels Indicatiestelling Wlz. Kan het dus ook zo zijn dat er in de toekomst minder tot de gebruikelijke zorg kan worden gerekend?

De regering merkt op dat het beleid niet inhoudt dat mensen uit een instelling worden gezet. Iemand die nu in een instelling woont, ongeacht de hoogte van het zorgzwaartepakket, behoudt de indicatie en dus recht op een plek in een instelling. In het onverhoopte geval dat een verzorgingshuis sluit, heeft het zorgkantoor de plicht een passende oplossing te bieden. Iedereen heeft de afgelopen maanden kunnen zien wat de gevolgen zijn geweest, zo stellen de leden van de PVV-fractie. Ook vragen zij wat deze maatregel nu helemaal opgeleverd heeft en wat deze in de toekomst zal opleveren, met al die akkoorden en compensatiemaatregelen. De antwoorden op vragen over het jaarverslag zijn ook niet afdoende beantwoord en de leden van de PVV-fractie vragen de regering dan ook nogmaals en nu via een tabel om hierover duidelijkheid te geven. Ook zien zij graag dat aangegeven wordt waar de compensatiegelden heen gaan, herfinanciering zzp 1–3 of naar gemeenten?

Maatregel/akkoord	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Wie ontvangt dit?	Wordt hiermee de financiering herstart?
Kunduz/begroting 2013 extramuraliseren zzp 1 t/m 3	- 20	- 50	- 100	- 200	?	- 400		
Begroting 2014 RA extramuraliseren zzp 4			?	- 35	- 70	- 110		
Begroting 2014 compensatie extramuraliseren zzp's	18,9	68,9	31,3	45	55,6	?		

Maatregel/akkoord	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Wie ontvangt dit?	Wordt hiermee de financiering herstart?
Zorgakkoord 2013								
verzachten extramuraliseren			30	130	280	300		
Begrotingsoverleg 2014:								
extra middelen zorg instelling			5	35	50	60		
Compensatie Wmo extramuraliseren zzp's	15	?	?	?	?	?		
Totaal aan opbrengst bezuiniging								
Maatregel extramuraliseren zzp's	?	?	?	?	?	?		
Totaal aan verzachtingen/compensaties e.d.	?	?	?	?	?	?		

Het is nooit helemaal volledig uit te sluiten dat er nu cliënten zijn die op basis van fraude een indicatiebesluit voor verblijf hebben gekregen. Fraude onttrekt zich naar zijn aard immers aan de waarneming. In het verleden is achteraf gebleken dat door het niet beschikbaar stellen van medische dossiers ten onrechte aanvragen voor AWBZ-zorg zijn gehonoreerd. De leden van de PVV-fractie kunnen zich niet voorstellen dat er mensen zijn, die voor de lol een indicatie aanvragen; kan de regering dit met concrete voorbeelden en cijfers onderbouwen?

Er is gebleken dat in die gevallen sprake was geweest van fraude, ook door behandelend artsen van cliënten. Het gaat uiteraard in die gevallen om zaken die uiteindelijk ook tot vervolging en veroordeling hebben geleid. Om door die weigerachtige houding van behandelend artsen te kunnen breken is de huidige regeling opgenomen. Om hoeveel gevallen gaat het hier? Zijn dat er zoveel dat dit deze drastische maatregel rechtvaardigt? Waarom de goeden straffen?

In de loop van de komende maanden zal meer helderheid ontstaan over functieomschrijvingen, scholingsprogramma en aanstelling van personeel van het zelfstandig bestuursorgaan (zbo) CIZ. Is dat niet rijkelijk laat?

Vanuit de filosofie van de Wlz staat de regering voor een integraal pakket voor alle mensen die een indicatiebesluit voor de Wlz hebben, ongeacht voor welke leveringsvorm zij kiezen; zorg in natura met verblijf, vpt of pgb. Het Zorginstituut Nederland zal om een uitvoeringstoets verzocht worden om te bezien onder welke voorwaarden en per wanneer tot aanpassing van het verzekerd pakket kan worden overgegaan. Begrijpen de leden van de PVV-fractie het goed, dat het er hier omgaat ook mensen met een pgb en vpt medische zorg vanuit de Wlz te laten krijgen? Waarom wordt er niet een uitvoeringstoets gevraagd om het verzekerd pakket zo te wijzigen dat mensen met een Wlz-indicatie medische zorg vanuit de Zorgverzekeringswet krijgen?

De leden van de PVV-fractie hebben in het verslag de vraag gesteld of het uit de AWBZ halen van onder andere neonatale hielprikscreening, vaccinatieprogramma, abortusklinieken, doventolken en kortdurend verblijf, niet zonder een hele nieuwe wet had gekund. Deze leden hebben niet gevraagd om genoemde zaken ook binnen de Wlz te houden. Dus graag ontvangen genoemde leden alsnog een reactie.

De regering is van mening dat de Wlz risicoloos uitgevoerd moet worden. Dat is precies de reden waarom de leden van de PVV-fractie in het verslag gevraagd hebben of de regering wil toelichten waarom zij niet de mogelijkheid tot het niet laten uitvoeren van de Wlz door de verzekeraars in overweging neemt. De opbrengst hiervan is volgens het Centraal Planbureau (CPB) € 460 miljoen. Graag ontvangen deze leden alsnog een antwoord.

De leden van de **D66-fractie** lezen in de nota naar aanleiding van het verslag dat de cliënt of zijn vertegenwoordiger afspraken maakt over de

zorg met de zorgaanbieder, die worden vastgelegd in het zorgplan (het maatwerk). Komen er concretere regels waaraan het zorgplan moet voldoen? Wordt de verzekerde geholpen om zelf het zorgplan te kunnen invullen (bijvoorbeeld naar Duits voorbeeld)?

De leden van de D66-fractie merken dat er onduidelijkheid bestaat over de toegang tot de Wlz van meervoudig gehandicapte kinderen. Kan de regering inzicht bieden wanneer er toegang bestaat tot de Wlz en wanneer tot de Jeugdwet?

De leden van de D66-fractie lezen in de nota naar aanleiding van het verslag dat het begrip «gebruikelijke zorg» nader zal worden uitgewerkt. Deze leden hebben echter reeds nu behoefte aan een nadere concretisering. Hoe gaan de normen voor gebruikelijke zorg er bijvoorbeeld uit zien in de Wlz? Wat moet in de ogen van de regering worden verstaan onder «bovengebruikelijke zorg»? Blijft voor kinderen met een meervoudige handicap de meerzorgregeling bestaan? Welke rol krijgt het CCE in de toekomst bij de indicatiestelling voor deze groep? Ook vragen genoemde leden op welke wijze ouders zullen worden geïnformeerd en in hoeverre zij aanspraak kunnen maken op ondersteuning bij het aanvragen van meerzorg.

De leden van de D66-fractie vragen of zij het goed zien dat de regering ook dagbesteding als respijtzorg ziet. Kinderen die naar dagbesteding gaan, hebben vanaf hun vijfde ontheffing van de leerplicht; het regulier naar school gaan van kinderen zonder beperking is echter ook geen «respijtzorg» voor hun ouders. Genoemde leden vragen de regering op dit punt nader te reflecteren. Deze leden vragen voorts of logeren, inclusief de «hotelkosten» straks nog met behulp van een pgb kan worden ingekocht, aangezien kortdurend verblijf geen onderdeel meer vormt van de aanspraken van de Wlz. Op welke wijze blijft deze belangrijke vorm van respijtzorg beschikbaar voor ouders van meervoudig gehandicapte kinderen, als de verblijfskosten niet meer uit het pgb mogen worden betaald? Ook vragen deze leden – mede in het licht van de motie-Bergkamp/Dik-Faber⁵ – of het vervoer van en naar kinderdagcentra wordt bekostigd uit de Wlz. Waarom is er geen sprake van een integraal pakket voor meervoudig gehandicapte kinderen, waarin ook logeren en vervoer zijn opgenomen?

De leden van de D66-fractie lezen in de nota naar aanleiding van het verslag dat kiezen voor én naturazorg én pgb niet meer aan de orde is onder de Wlz. In de huidige situatie is het zo dat veel ouders kiezen voor dagbesteding in natura, de rest in de vorm van een pgb. Wat betekent de Wlz voor de huidige praktijk? Zal dit er niet toe leiden dat er in de praktijk gekozen zal worden voor een vpt, met voor de thuissituatie ambulante zorg vanuit de zorgaanbieder? Wat betekent dat voor de eigen regie en vrije keuze voor zorgverleners thuis? En wat betekenen deze aanpassingen, in geval van een pgb, voor de huidige budgetgarantie?

De leden van de D66-fractie constateren op grond van de beantwoording van de regering in de nota naar aanleiding van het verslag dat de regering het experiment met de tussenvariant van het Zweedse model beperkt tot alleen het vpt. Waarom kiest de regering voor die afbakening? Heeft zij ook overwogen om bij het experimenteren met deze tussenvariant eveneens zorg in natura te betrekken? Zo nee, waarom niet?

De leden van de D66-fractie vragen waarom de regering ervoor kiest ook de gehandicaptenzorg door Wlz-uitvoerders te laten uitvoeren. Wanneer voorziet de regering de regionale opschaling van zorgkantoor-regio's? In artikel 10.1.3, eerste lid, van onderhavig wetsvoorstel is opgenomen dat niet-planbare zorg op momenten dat iemand lichamelijke verzorging nodig heeft kan worden toegekend door middel van een subsidie aan instellingen. In de nota naar aanleiding van het verslag lezen de leden van de D66-fractie dat het alleen gaat om de aanbieder Fokus. Door hier een

⁵ Kamerstukken II, 2012–2013, 30 597, nr. 328

algemene aanspraak van te maken wordt het clusterwonen voor de toekomst ingeperkt. Deze leden verzoeken de regering om een nadere toelichting op deze keuze.

De leden van de D66-fractie tonen zich verheugd dat met de (eerste) nota van wijziging van onderhavig wetsvoorstel een grondslag voor psychische stoornissen in de Wlz wordt opgenomen. Zij tonen zich wel bezorgd of het kan voorkomen dat een ggz-cliënt in korte tijd tweemaal wordt geconfronteerd met een overgang naar een andere wet: eerst van de AWBZ naar de Zvw indien nog niet wordt voldaan aan het driejaarscriterium, en daarna van de Zvw naar de Wlz zodra dat wel het geval is. Is de regering met deze leden van mening dat dit een onwenselijke situatie is die bij voorkeur dient te worden voorkomen?

De leden van de **ChristenUnie-fractie** maken zich grote zorgen over de positie van hen voor wie nu «enige ondoelmatigheid» toelaatbaar wordt geacht. Zij zijn het met de regering eens dat die moet verdwijnen, maar zij vrezen dat ook de juiste maatwerkinstrumenten verdwijnen als de indicatie in functies en klassen voor deze groep wordt omgezet in een zorgprofiel met een kop van meerzorg er bovenop. Dat lijkt deze leden zeer onwenselijk. Is de regering dat met hen eens?

Begrijpen de leden van de fractie van de ChristenUnie goed dat voor de meerzorg afspraken met het zorgkantoor moeten worden gemaakt?

Waarom wordt niet ook voor de meerzorg geïndiceerd door het CIZ?

Waarom is het niet mogelijk om voor deze groep op maat te indiceren en ook de omvang meerzorg onafhankelijk te laten vaststellen?

De leden van de ChristenUnie-fractie willen voorts weten waarom het niet mogelijk is voor deze groep om een deel van de zorg in natura en een deel via een pgb in te kopen. Dat was onder de AWBZ wel mogelijk. Wat is de reden om de keuzevrijheid op dit punt te verkleinen?

Genoemde leden willen weten of het ook mogelijk is om voor kinderen de extra zorg die nodig is te financieren via de meerzorgregeling als er geen indicatie in het hoogste zvp is.

De regering geeft in de beantwoording van vragen van de leden van de fractie van de ChristenUnie aan dat in geval van spoedzorg in twee weken een indicatie moet zijn afgegeven door het CIZ. Als blijkt dat van Wlz-zorg sprake is, dan wordt met terugwerkende kracht vergoed. Wat gebeurt er als er geen sprake is van Wlz-zorg? Hoe wordt voorkomen dat de periode tot aan de daadwerkelijke indicatiestelling waaruit blijkt dat er geen Wlz-toegang is, niet door zorgverzekeraar/gemeente wordt vergoed, omdat zij bijvoorbeeld niet betrokken waren bij de spoedopname?

De leden van de fractie van de ChristenUnie constateren dat de regeling van het pgb in de Wlz op punten verschilt met die van de Wmo. Wat is de inhoudelijke betekenis van de verschillen in de wetstekst van respectievelijk de Wmo en de Wlz?

Voor de leden van de **GroenLinks-fractie** moet de keuze tussen het pgb, het vpt of zorg in natura een gelijkwaardige keuze zijn. Helaas begrijpen zij uit de beantwoording dat het van het inkoopbeleid van zorgkantoren af blijft hangen of mensen bij de zorgaanbieder van hun keuze terecht kunnen. Wat deze leden betreft horen mensen, wanneer zij voor een bepaalde aanbieder kiezen en die aanbieder de zorg kan leveren, daar ook hun zorg te kunnen krijgen. En hoort het inkoopbeleid van zorgkantoren daaraan faciliterend te zijn en juist niet belemmerend.

Genoemde leden begrijpen uit de nota naar aanleiding van het verslag dat de zorg vanuit de Wlz straks niet meer voor een deel in natura en voor het andere deel via het pgb geregeld kan worden. Zij zien hierin meer bevestiging dat niet de zorg die mensen nodig hebben en hoe zij die willen regelen centraal staat, maar dat het systeem voorop staat. De leden van de GroenLinks-fractie vinden dit een onnodige inperking van de eigen regie, die bovendien belemmert dat instellingen echt de wens van de

cliënt voorop gaan stellen. Waarom zouden mensen in een instelling, die bijvoorbeeld zelf de dagbesteding willen regelen, dat niet via een pgb mogen doen, wanneer zij de instellingszorg via zorg in natura krijgen? De leden van de GroenLinks-fractie zijn van mening dat de toegang tot het persoonsgebonden budget in de verschillende zorgwetten zoveel mogelijk gelijk moet zijn. Toch wijkt voorliggend wetsvoorstel op verschillende punten nog af van het onlangs door de Tweede Kamer aangenomen wetsvoorstel Wet maatschappelijke ondersteuning 2015. Is de regering voornemens een nota van wijziging in te dienen om de bepalingen met betrekking tot het persoonsgebonden budget in beide wetsvoorstellen zoveel mogelijk in overeenstemming te brengen?

De zorgwetten horen zoveel mogelijk samenhang te vertonen, niet alleen op de toegang en voorwaarden voor het persoonsgebonden budget. De Wlz wijkt op een aantal punten af van de Wmo 2015. De leden van de GroenLinks-fractie krijgen graag meer uitleg waarom er in de Wmo wel de mogelijkheid is om huisaanpassingen via het persoonsgebonden budget te regelen, maar dat die keuze in voorliggend wetsvoorstel ontbreekt. Zou het niet beter zijn de bepalingen rondom huisaanpassingen in beide wetten gelijk te trekken?

De leden van de GroenLinks-fractie krijgen graag meer duidelijkheid over de toekomst van kleinschalige wooninitiatieven en de mensen die nu budgetgarantie hebben. Klopt het dat mensen die nu een pgb hebben, maar hun dagbesteding via zorg in natura regelen, hun budgetgarantie verliezen, wanneer het straks niet meer mogelijk is een pgb en zorg in natura te combineren? Is de regering het met deze leden eens dat dit een onwenselijk gevolg van deze wet zou zijn? Daarnaast vragen genoemde leden aandacht voor wooninitiatieven waar mensen de zorg niet regelen met een pgb, maar met zorg in natura. Klopt het dat de uitzondering niet geldt voor mensen met een laag zzp, die in een wooninitiatief wonen en de zorg in natura krijgen?

De leden van de GroenLinks-fractie maken zich zorgen over de wijze van indicatiestelling en de beperkingen die het indiceren in een beperkt aantal profielen met zich meebrengt. De beantwoording van de regering neemt deze zorgen niet weg, zeker wanneer het gaat om de indicatiestelling voor mensen die de zorg met een pgb willen regelen. Er is veel af te dingen op het denken in profielen, immers niet elke zorgvraag zal exact in het hokje passen. Op welke wijze wordt gegarandeerd dat het pgb toereikend is om de zorg goed te kunnen regelen?

De leden van de GroenLinks-fractie constateren dat voorliggend wetsvoorstel op een aantal punten belemmerend kan werken op het langer thuis kunnen blijven wonen. Bijvoorbeeld doordat kortdurend verblijf niet in voorliggend voorstel is ondergebracht. Kortdurend verblijf is voor veel mensen een voorwaarde om de zorg goed te kunnen regelen, bijvoorbeeld ter ontlasting van de mantelzorger. Het verbaast deze leden daarom dat de zorg die wordt geboden wel wordt bekostigd, maar het verblijf (de woonlasten) niet. De woonlasten van de woning en dus van een eventuele inwonende mantelzorger lopen immers gewoon door. Wordt kortdurende verblijfszorg op die manier niet onnodig belemmerd? Het gaat immers niet om vakantie, maar om zorg die noodzakelijk is voor goede zorg op maat.

De leden van de **SGP-fractie** begrijpen dat veel cliënten en organisaties zich zorgen maken over de vraag of de voorgestelde zorgprofielen voldoende ruimte bieden voor meerkosten in complexe en zware gevallen, zoals meervoudige beperkingen. Deze leden ontvangen graag de reactie van de regering op genoemde zorgen.

De regering stelt dat uit kwaliteitsoverwegingen één aanbieder integraal verantwoordelijk moet zijn voor zorg in natura. Onderkent de regering dat het enkele feit dat meer dan één aanbieder betrokken is niet per definitie een risico voor de kwaliteit hoeft te betekenen, zo vragen de leden van de

SGP-fractie. Zij vragen waarom de regering niet het flexibeler uitgangspunt kiest dat meer aanbieders ingezet kunnen worden wanneer en zolang dat geen risico oplevert voor de kwaliteit of wanneer dat zelfs een stimulans voor kwaliteit kan betekenen.

De leden van de SGP-fractie vragen hoe de stelling dat zorg in natura onverenigbaar is met het pgb te verenigen is met de voorbeelden die door de regering worden gegeven. De regering benoemt onder andere de mogelijkheid van opname in een instelling in combinatie met verblijf thuis gedurende vakantie of weekenden, waarbij de keuzes in het budgetplan worden vastgelegd. Graag vernemen genoemde leden waarom deze combinatie van een budgetplan met verblijf in een instelling niet als een combinatie van pgb met zorg in natura gezien moet worden.

De leden van de SGP-fractie ontvangen graag een nadere toelichting waarom het amendement van de leden Van der Staaij en Voortman bij de Wmo 2015⁶ niet toepasbaar zou zijn in de Wlz. Waarom is het onmogelijk om voor het pgb vast te stellen tot welke hoogte betalingen worden gedaan, bijvoorbeeld wanneer een vergelijking wordt gemaakt met de kosten van een volledig pakket thuis?

De leden van de SGP-fractie vragen waarom het niet mogelijk is aanspraken op afzonderlijke functies te laten bestaan wanneer voldaan is aan het centrale criterium van de Wlz dat sprake moet zijn van permanent toezicht of 24 uur zorg. Waarom is het met het oog op de gewenste flexibiliteit niet wenselijk om bijvoorbeeld een groot deel van het volledig pakket thuis te kunnen combineren met huishoudelijke zorg op grond van het pgb?

De leden van de SGP-fractie lezen dat overbruggingszorg in de Wlz niet langer inhoudt het wachten op een plek in een voorkeursinstelling. Deze leden vragen wat dit betekent voor cliënten voor wie het niet langer verantwoord is om op basis van extramurale zorg thuis te verblijven, maar voor wie de voorkeursinstelling nog niet beschikbaar is. Betekent dit dat zij niet meer naar een andere instelling kunnen verhuizen, ook niet wanneer het verblijf naar verwachting nog jaren zal duren?

Genoemde leden vragen of de regering kan aangeven waar volgens haar de verschillen zitten tussen het genoemde Zweedse model en het model dat hier te lande bekend staat als het Zeeuws model. Op welke wijze betreft de regering de ervaringen van het Zeeuwse model bij de verdere ontwikkeling met betrekking tot contracteren en de pilot dienaangaande, zo vragen deze leden.

De leden van de SGP-fractie vinden het belangrijk dat de regering vormen van tijdelijk verblijf binnen de Wlz mogelijk wil maken, ook voor een cliënt die thuis woont met behulp van een pgb. Klopt echter het signaal dat het pgb in deze gevallen niet aangewend zou mogen worden voor alle kosten die direct uit het verblijf voortvloeien en dat budgethouders hierover al op korte termijn zouden worden geïnformeerd, zo vragen deze leden. Deelt de regering de visie van deze leden dat mogelijkheden van respijtzorg door de Wlz in ieder geval niet beperkt, maar veeleer verruimd zouden moeten worden?

De leden van de SGP-fractie constateren dat de regering het verbod op uitbesteding van zorgbemiddeling in het Besluit langdurige zorg wil regelen. Genoemde leden vragen waarom een dergelijk fundamenteel beginsel volgens de regering niet in de formele wet thuishoort.

De leden van de SGP-fractie vragen of de regering kan aangeven hoe de inkomensafhankelijkheid van de eigen bijdrage voor het pgb in de toekomstige situatie zich verhoudt tot de opbouw die momenteel gehanteerd wordt.

De leden van de SGP-fractie vragen hoe voorkomen wordt dat de voorgestelde systematiek van eigen betaling van de eigen bijdrage door de budgethouder tot extra betalingsproblemen leidt. Wordt in ieder geval

⁶ Kamerstukken II, 2013–2014, 33 841, nr. 23

het bedrag van de te betalen eigen bijdrage als onderdeel van het pgb geblokkeerd, zo vragen zij.

De leden van de SGP-fractie vinden het lovenswaardig dat de regering het kostenbewustzijn bij budgethouders wil versterken. De voorgestelde prikkels zijn volgens deze leden echter pas effectief wanneer budgethouders voordeel hebben bij het besparen van kosten. Graag vernemen zij welke voordelen budgethouders krijgen. Welke prikkels zijn er voor hen om kostenbesparende alternatieven te kiezen wanneer het netto resterende budget onverkort beschikbaar is?

In de nota naar aanleiding van het verslag wordt in antwoord op vragen inzake partneropname gesteld: «De Wlz-uitvoerder wordt geacht bij de toewijzing van de zorg met verblijf rekening te houden met het recht op partneropname, en derhalve op de beschikbaarheid van een echtparenkamer in de gewenste gecontracteerde zorginstelling». Het lid van de **fractie van 50PLUS/Baay** vraagt wat er moet worden verstaan onder «rekening houden met». Hoe dwingend is dit? Hoe wordt dit nader uitgewerkt? Er wordt immers aangegeven dat het in de rede ligt dat Wlz-uitvoerders afspraken maken met zorgaanbieders in de regio. Moeten Wlz-uitvoerders bijvoorbeeld één instelling met de mogelijkheid tot partneropname per gemeente of regio beschikbaar hebben? Op grond van dit wetsvoorstel hebben partners van een Wlz-geïndiceerde zorgvrager recht op partneropname. Hoe kan een zorgvrager dit recht afdwingen? Genoemd lid wijst er in dit kader op dat de komende jaren veel intramurale instellingen zullen sluiten, waardoor er mogelijk echtparenappartementen in de regio verdwijnen. Hoe wordt dit ondervangen? Hoe wordt geborgd dat er altijd een echtparenappartement binnen redelijke afstand beschikbaar is?

3. Kwaliteit

De leden van de **PvdA-fractie** merken tot hun spijt op dat hun vragen over de persoonsvolgende bekostiging (PVB) nauwelijks zijn beantwoord. Genoemde leden vragen nogmaals een uitgebreide toelichting op de gevolgen voor de zorginfrastructuur, de aanbieders, de zorgmedewerkers, de cliënten en de vernieuwing van het zorgaanbod. Deze leden lezen in de nota naar aanleiding van het verslag dat ActiZ leerervaringen gaat opdoen met vormen van persoonsvolgende bekostiging. De leden van de fractie van de PvdA zijn benieuwd naar de opzet van het experiment en naar de vormen van PVB die zij zullen verkennen. Zal het zorgplan van de cliënt de basis vormen voor de persoonsvolgende bekostiging? Graag ontvangen zij een toelichting van de regering.

De leden van de PvdA-fractie hebben afgelopen maand kennisgenomen van de resultaten uit het rapport «Verbetering kwaliteit ouderenzorg gaat langzaam» van de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Graag zien zij een visie van de regering op wat de uitkomsten van dit onderzoek betekenen voor de hervorming van de langdurige zorg. Deze leden zijn geschrokken van de resultaten; de kwaliteit is in veel instellingen onder de maat, terwijl tegelijkertijd ook blijkt dat dit niet alleen een kwestie van geld is.

Genoemde leden vragen dan ook hoe het kan dat de ene zorgaanbieder het echt heel goed doet met hetzelfde geld, en de andere aanbieder deze goede kwaliteit niet kan leveren. De leden van de PvdA-fractie willen graag concrete stappen zien van de regering; het is nu niet alleen meer aan het veld om de kwaliteit te verhogen. Wat is volgens de regering haar rol nu, en op welke manier hangt dit samen met de voorgenomen hervormingen binnen de langdurige zorg? Zijn deze hervormingen voldoende om in het volgende rapport een andere conclusie te kunnen lezen over de kwaliteit in de instellingen? Graag ontvangen genoemde leden een uitgebreide toelichting.

De leden van de PvdA-fractie hebben ten slotte nog een vraag bij dit hoofdstuk dat betrekking heeft op het productieplafond. Wat is de reden dat zal worden gewerkt met een productieplafond per instelling? De Wlz-zorg is voor iedereen die aan de toegangscriteria voldoet een verzekerd recht. Genoemde leden achten het dan ook als vanzelfsprekend dat cliënten moeten kunnen kiezen voor de door hun gewenste zorginstelling. Is het een mogelijkheid dat wanneer de door de cliënt gewenste zorginstelling aan het productieplafond zit, de productieruimte van een andere zorginstelling wordt ingezet? Graag zien deze leden een reactie op deze mogelijkheid.

De leden van de **SP-fractie** constateren dat de regering de regeling van arbeidsvoorwaarden nog steeds overlaat aan sociale partners. Deze leden zien echter dat veel mensen ontslagen worden en anderzijds er te veel bestuurders zijn die graaien. Kan de regering uitleggen waarom zij hiertegen geen maatregelen treft in het voorliggende wetsvoorstel en wegkijkt bij de gevolgen van enerzijds de ontslagen en anderzijds het gegraai? Kan de regering aangeven wat de kosten zijn voor de samenleving als iemand uit de zorg zijn baan verliest en in de WW of bijstand terecht komt of afhankelijk wordt van het inkomen van zijn partner? Welke zijn bijvoorbeeld de kosten gemoeid met de groei van 20.000 mensen uit de sector zorg, cultuur en welzijn die de afgelopen tijd extra in de WW zijn beland (cijfers CBS)? Genoemde leden zien dat er op dit moment veel massaontslagen aan de orde zijn. De sectorplannen van deze regering vinden zij een doekje voor het bloeden. Naar welk werk worden deze mensen begeleid, als vele functies nu worden geschrapt in de zorg? Kan de regering dat uitleggen? Kan de regering dan meteen uitleggen hoe zij scholing in het kader van de werk naar werktrajecten ziet? De leden van de SP-fractie constateren dat het niet zo makkelijk is om een huishoudelijk verzorgende om te scholen naar een wijkverpleegkundige. Kan de regering een nadere toelichting hierop geven?

De leden van de SP-fractie hebben in hun eerder gestelde vragen aan de regering gevraagd wat het onderliggend wetsvoorstel betekent voor het vastgoed van zorginstellingen.

Zo hebben genoemde leden gevraagd of de regering inzicht kan verschaffen in de extra rentekosten door een risico-opslag van de banken nu de kapitaallasten zijn geprivatiseerd en of de regering een reële schatting aan de Kamer kan doen toekomen. Deze leden zijn echter nog niet tevreden met de gegeven antwoorden van de regering. De leden van de SP-fractie vragen of de regering concreet kan uitleggen met welk percentage de rente van het vastgoed in de zorg is gestegen. Kan de regering dat nader toelichten en daarbij aangeven om welke bedragen het in absolute zin precies gaat?

Op pagina 132 van de nota naar aanleiding van het verslag lezen de leden van de **CDA-fractie** dat de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport zorgkantoren geen aanwijzing kan geven. Is dat in zijn algemeenheid zo of geldt dit alleen voor het pgb? Op pagina 153 staat dat de Minister de bevoegdheid heeft om per regio een zorgkantoor aan te wijzen die de administratie en/of controle uitvoert voor alle verzekerden. In de aanwijzing kan de Minister instructies meegeven waar het zorgkantoor zich aan moet houden. Deze leden vragen of deze instructies ook kunnen inhouden dat voldoende zorg ingekocht wordt. Kan de regering garanderen dat de angst van de VGN, opgeschreven in haar position paper, namelijk dat zorgkantoren instellingen onder druk gaan zetten om bestaande cliënten met een laag zzp uit te laten stromen zich niet zal voordoen? Mocht dit onverhoopt wel gebeuren, kan de regering dan ingrijpen? Net als de leden van de D66-fractie hebben de leden van de CDA-fractie eerder vraagtekens gezet bij de regeldruk als gevolg van artikel 8.1.1 Wlz. Daarom hebben deze leden de volgende nadere vragen:

Moeten alle punten opgenomen worden in het persoonlijke zorgplan of kan in overleg afgesproken worden dat dit niet hoeft? Waarom kiest de regering niet voor de persoonsvolgende financiering c.q. bekostiging op basis van het zorgplan zoals afgesproken met de cliënt? Het is toch zo dat het zorgplan moet voldoen aan «verantwoorde zorg» zoals bedoeld in de Kwaliteitswet en de Wet BIG en dat daarmee geborgd is dat in het persoonlijke zorgplan alle benodigde aspecten aan de orde komen? Kan daarom niet volstaan worden met het opnemen van de bepaling dat cliënten recht hebben op bespreking van hun persoonlijke zorgplan? De leden van de CDA-fractie vragen of het wijsheid is mensen met een lage intramurale indicatie ingevolge het overgangsrecht te vragen binnen één jaar te kiezen. Het is zeer denkbaar dat deze mensen dan kiezen voor een (duurdere) intramurale plek, terwijl als zij weten dat zij de toegang houden zij wellicht langer thuis blijven wonen. Het voortschrijden van de ouderdom zal er in veel gevallen toe leiden dat zij op enig moment toch in aanmerking komen voor een intramurale indicatie onder de nieuwe wet. Genoemde leden vragen de regering dan ook dit te heroverwegen.

De desbetreffende zorgorganisaties moeten nu al kwalitatief goede zorg leveren op grond van de Kwaliteitswet zorginstellingen en het Besluit zorgplanbespreking. Het flankerend beleid is erop gericht om een kwaliteitsimpuls te geven aan de zorg. De leden van de **PVV-fractie** maken de regering attent op het laatste rapport van de IGZ over de kwaliteit van zorg- en verpleeghuizen en dat was niet echt positief te noemen. Is de regering het met deze leden eens, dat eerst de kwaliteit op orde moet zijn alvorens er een nieuw stelsel op losgelaten wordt? Genoemde leden zitten niet te wachten op het antwoord dat met de nieuwe wet de zorg beter wordt, want deze hele operatie gaat gepaard met enorme bezuinigingen.

De leden van de **D66-fractie** lezen in de nota naar aanleiding van het verslag dat de IGZ zal gaan toezien op de naleving van de wettelijk verankerde zorgplanbespreking. Dat betekent dat de IGZ erop toeziet dat instellingen het zorgplan zorgvuldig en in nauw overleg met de cliënt en zijn verwanten opstellen en uitvoeren. Mogen zorgaanbieders, zo vragen deze leden, ervan uitgaan dat de IGZ haar toetsingscriteria gaat publiceren? En worden deze criteria ook afgestemd met andere domeinen als de Jeugdwet en de Zvw?

De leden van de D66-fractie lezen in de nota naar aanleiding van het verslag dat per zorgkantoor op basis van het verleden geraamd en bekend gemaakt zal worden hoeveel beschikbaar is voor zorg in natura en voor het pgb. Worden er – met het loslaten van de afzonderlijke plafonds – in het geheel geen verhoudingen aangegeven tussen enerzijds zorg in natura en anderzijds het pgb? Is het denkbaar dat in het geval een zorgkantoor ruim zorg in natura inkoop, er weinig tot niets overblijft om pgb-zorg te realiseren?

De leden van de D66-fractie vragen waarom de regering bij de zorgplanbespreking blijft vasthouden aan de gedetailleerde bepalingen in plaats van aan te sluiten bij de acht domeinen die de uitwerking zijn van kwaliteit van bestaan binnen de gehandicaptenzorg.

Zorgorganisaties hebben door alle veranderingen in het zorgbeleid steeds meer moeite om hun vastgoed duurzaam gefinancierd te krijgen. Wat doet de regering om aan deze problemen tegemoet te komen, zo vragen de leden van de **ChristenUnie-fractie**.

Ook na beantwoording van de regering blijven bij de leden van de **GroenLinks-fractie** zorgen bestaan dat door de wijze waarop het zorgplan in de Wet langdurige zorg is ondergebracht, het zorgplan meer een afvinklijst wordt dan een instrument dat de regie van de zorgvrager

centraal stelt. Genoemde leden zijn het met de regering eens dat het zorgplan een goede basis kan zijn voor goede afspraken tussen cliënt en zorgverlener over hoe de zorg ingericht wordt. Is de regering het met deze leden eens dat onafhankelijke cliëntondersteuning en goede informatievoorziening aan mensen die zorg nodig hebben minstens zo belangrijk is als het zorgplan zelf?

De leden van de GroenLinks-fractie krijgen van de regering graag meer duidelijkheid of cliëntondersteuning in de huidige opzet van de Wlz ook echt onafhankelijk is. De Wlz-uitvoerder is volgens de regering verantwoordelijk voor het waarborgen van onafhankelijke cliëntondersteuning, maar heeft zelf ook belangen bij een doelmatige uitvoering van de Wlz. Is de regering bereid onafhankelijke cliëntondersteuning beter te borgen in voorliggend wetsvoorstel, net als de onafhankelijkheid bij het wetsvoorstel Wmo 2015 ook geborgd is?

Het lid van de **fractie van 50PLUS/Baay** constateert dat in het wetsvoorstel en de nota naar aanleiding van het verslag de specialist ouderengeneeskunde (SOG) niet wordt genoemd. Een SOG is gespecialiseerd in de zorg voor kwetsbare ouderen, met name bij complexe problematiek en comorbiditeit binnen deze groep. Gezien het feit dat het aantal ouderen met een dergelijke problematiek toeneemt en, belangrijker, onderhavige wet gericht is op deze ouderen, is het van belang de positie van de SOG te borgen. Hoe ziet de regering de rol van de SOG? Zou naast de algemeen medische zorg deze meer specialistische zorg aan deze groep niet geborgd moeten worden? Kan de regering haar keuze toelichten? Zou dit de kwaliteit van zorg aan deze groep niet doen stijgen? Zou hier vanuit het oogpunt van preventie niet ook veel gezondheidswinst én financiële winst te halen vallen? Waarom is ervoor gekozen deze functie niet op te nemen in de wet?

Deze wet kent een flinke taakstelling. Zeer recent bleek uit onderzoek dat veel zorgmedewerkers signaleren dat de kwaliteit van zorg de laatste tijd achteruitgaat door met name personeelsgebrek, maar ook regeldruk. Het lid van de fractie van 50PLUS/Baay vraagt hoe deze twee zaken zich verhouden tot elkaar, met name met het oog op de toenemende verwachte zorgzwaarte maar ook ten gevolge van regeldruk. Hoe kan kwaliteitsverlies voorkomen worden? Hoe kan voorkomen worden dat de kwaliteit van zorg aan ouderen lijdt onder de maatregelen, met (naast het menselijke aspect) als mogelijk gevolg hogere zorgkosten, bijvoorbeeld door een gebroken heup na een valpartij? Hoe kan voorkomen worden dat zorgpersoneel opbrandt door een te hoge werkdruk, waardoor zij wellicht verloren gaan voor de zorg, terwijl zij juist nu en in de toekomst zeer hard nodig zijn?

4. Betrokkenheid

In de inbreng voor het verslag hebben de leden van de **PvdA-fractie** al enkele vragen gesteld over de positie van mantelzorgers binnen de Wlz. Hierbij gaf de regering aan het belangrijk te vinden dat de positie van de mantelzorger in de instelling wordt versterkt. Genoemde leden missen echter concrete stappen hiertoe in de beantwoording van de regering. Het is volgens de regering aan de instelling om de mantelzorger in de gelegenheid te stellen om aan te schuiven bij een zorgplanbespreking. Dit is volgens deze leden echter niet voldoende. Mantelzorgers leveren een grote bijdrage aan het welzijn van de cliënt, en de leden van de fractie van de PvdA achten het niet voldoende om het aan de instellingen te laten om hen wel of niet uit te nodigen voor de zorgplanbespreking. Hoe kan worden gestimuleerd dat zorginstellingen de mantelzorger actief betrekken bij het zorgplan, de evaluatie en de zorgplanbespreking? Welke concrete acties zullen de Wlz-uitvoerders ondernemen wanneer de instellingen de mantelzorgers onvoldoende betrekken bij deze bespre-

kingen? In hoeverre is de aandacht voor mantelzorgers nu al aan de orde binnen instellingen? De regering vertrouwt erop dat instellingen en Wlz-uitvoerders het niet op nadere regelgeving willen laten aankomen. Welke eventuele regelgeving heeft de regering hierbij in gedachten wanneer toch blijkt dat de instellingen en de Wlz-uitvoerders hun taak niet naar behoren uitvoeren? Graag lezen deze leden een uitgebreide visie op dit punt.

Uit een enquête van ActiZ bleek deze maand dat zorgorganisaties moeite hebben om noodzakelijke investeringen gefinancierd te krijgen. Twintig procent van de organisaties heeft plannen moeten uitstellen of afblazen. Op welke manier kan worden gestimuleerd dat zorginstellingen vrijkomende woonruimtes geschikt kunnen maken om deze te verhuren? Bestaan er barrières waardoor dit nu wordt bemoeilijkt? Welke oplossingen worden hier vanuit de regering voor geboden? Bestaan er andere oplossingen zoals bijvoorbeeld mede-eigenaarschap? De leden van de fractie van de PvdA zien graag dat de mogelijkheden tot zeggenschap en zelfs mede-eigenaarschap worden versterkt. Hoe gebeurt dit op dit moment? De instellingen hebben moeite met de financieringseisen van de banken. Is het mogelijk dat cliënten, ouderen en familie zelf gedeeltelijk voor deze financiering zorgen door mede-eigenaar te worden van een zorginitiatief? Kunnen dergelijke mogelijkheden worden gestimuleerd? Zorgt het mede-eigenaarschap volgens de regering tegelijkertijd ook voor een grotere betrokkenheid van het zorginitiatief bij de buurt en andersom? Zou dit een bijdrage aan een wederzijdse betrokkenheid kunnen leveren? Wat zijn andere manieren waarop deze betrokkenheid kan worden gestimuleerd? Hoe wordt een zorginitiatief een deel van de wijk of het dorp, hoe kan interactie worden bevorderd? Genoemde leden hechten veel belang aan deze interactie en betrokkenheid en zien graag concrete plannen hiertoe van de regering.

De leden van de **SP-fractie** vragen de regering op welke wijze nu precies de onafhankelijke cliëntondersteuning is geregeld voor mensen die zorg nodig hebben uit de Wlz. Kan de regering dat nader toelichten?

Vrijwilligers die professionele zorg bieden, dienen net als zorgverleners die betaalde zorg verlenen te voldoen aan de geldende kwaliteitseisen. Ze moeten onder andere voldoen aan de vereisten in de Wet BIG wat betreft het verrichten van voorbehouden handelingen. Vindt de regering dit wenselijk, zo vragen de leden van de **PVV-fractie**.

De leden van de **D66-fractie** lezen in de nota naar aanleiding van het verslag dat vrijwilligers die professionele zorg bieden, net als zorgverleners die betaalde zorg verlenen, dienen te voldoen aan de geldende kwaliteitseisen. Ze moeten onder andere voldoen aan de vereisten in de Wet BIG wat betreft het verrichten van voorbehouden handelingen. Dit betekent dat vrijwilligers alleen zelfstandig voorbehouden handelingen mogen verrichten als ze tot een beroepsgroep behoren die hiertoe zelfstandig bevoegd is. Leidt deze rol van vrijwilligers niet, zo vragen deze leden, tot een grotere drempel om als vrijwilliger zorg te bieden?

5. Wie is waarvoor verantwoordelijk?

Ten aanzien van de geleidelijke overgang van bevoorschotting naar declaraties geeft de regering aan dat in overleg met onder andere zorgaanbieders vraagstukken op het gebied van declaratieverkeer worden uitgewerkt. De leden van de **VVD-fractie** vragen of hierbij ook partijen worden betrokken die een rol spelen bij de daadwerkelijke financiering van de zorginstellingen. Wordt hierbij ook nagedacht over aanpassingen die mogelijkheden bieden om andere investeerders in de langdurige zorg aan te trekken?

De bevoorschotting blijft in 2015 en 2016 ongewijzigd, voor de periode daarna is er nog geen besluit genomen. Wanneer verwacht de regering hierover duidelijkheid te kunnen geven? Welke stappen is de regering voornemens de komende tijd ten aanzien van dit onderwerp te zetten?

De leden van de **PvdA-fractie** lezen in de nota naar aanleiding van het verslag dat het maximumtarief dat wordt gehanteerd wanneer geen overeenstemming wordt bereikt tussen de zorgaanbieders en het zorgkantoor, een ongewenste prikkel betekent voor een zorgaanbieder om niet akkoord te gaan met tarieven die lager liggen dan het maximumtarief. Genoemde leden vragen op welke manier in de Wlz zal worden onderhandeld door zorgaanbieders en zorgkantoren, wanneer deze maximumtarieven verdwijnen. Op welke manier zullen de tarieven dan worden bepaald? Hoe kan een «race to the bottom» worden voorkomen?

Binnen het totale budgettaire kader van de Wlz zullen twee dealkaders worden gecreëerd. Een contracteerruimte voor zorg in natura en een budgetplafond voor pgb. De leden van de **PVV-fractie** vragen wat de consequenties zijn voor cliënten, wanneer het budgetplafond bereikt is. Een andere vorm van zorg is niet voorhanden, anders komt iemand niet in aanmerking voor een pgb, dus krijgt iemand dan gewoon geen zorg?

De leden van de **D66-fractie** lezen in de nota naar aanleiding van het verslag dat het CIZ een andere wijze van indiceren zal gaan toepassen. Zal dit al voor het jaar 2015 voor nieuwe instromers in de Wlz plaatsvinden? De medewerkers van het CIZ zullen hierop moeten worden geschoold. Hoe ziet deze bijscholing eruit en is dit haalbaar voor de uitvoering van 2015?

6. Samenhang tussen de Wlz en andere domeinen

De regering geeft aan dat nieuwe initiatieven ten aanzien van het «Fokus» concept geen plaats krijgen binnen de voorstelde nieuwe subsidieregeling. Deze nieuwe initiatieven zouden binnen de Wlz vanuit een integraal pakket moeten worden gerealiseerd, waarbij eventueel gebruik kan worden gemaakt van een meerzorgregeling. De leden van de **VVD-fractie** vragen waarom de regering kiest voor een andere benadering van nieuwe initiatieven op dit vlak. In hoeverre zijn nieuwe initiatieven, gegeven deze insteek van de regering, in staat om eenzelfde zorgaanbod voor dezelfde voorwaarden te creëren vergeleken met de bestaande aanbieders?

De regering geeft aan dat de kinderdagcentra (KDC's) onder de Wlz gaan vallen. In hoeverre is het voor de doelgroep van de KDC's mogelijk om onderwijs te volgen? In hoeverre verschilt de doelgroep van de KDC's van de medisch kinderdagverblijven?

De ketenzorg dementie lijkt door de opsplitsing gedeeltelijk naar de Zvw en gedeeltelijk naar de Wlz uiteen te vallen. Zo bestaan er zorgen over de continuïteit bij de overdracht vanuit de Zvw naar de Wlz, doordat de functie casemanagement niet is opgenomen in de Wlz. Wat is de reactie van de regering op deze zorgen?

De leden van de **SP-fractie** zijn blij dat de regering duidelijk gemaakt heeft dat de zorgverzekeraar geen rol heeft in de indicatiestelling; dat was in de memorie van toelichting onduidelijk omschreven, vonden deze leden. Echter, de regering geeft wel aan dat de zorgverzekeraars een rol hebben bij de beoordeling van het indicatiebesluit als het gaat om een persoonsgebonden budget of een volledig pakket thuis. Kan de regering toelichten welke rol de zorgverzekeraar dan precies hierin heeft? Genoemde leden vinden dit onduidelijk.

De leden van de SP-fractie lezen in de beantwoording van de regering van hun vragen dat mensen die een laag zorgzwaartepakket hebben, een jaar de tijd krijgen om te kiezen voor zorg in een instelling. Deze leden willen weten of mensen met een zorgzwaartepakket 1,2 of 3 daarmee de keuze krijgen om naar een verzorgingshuis te gaan. Kan de regering dat nader toelichten? Genoemde leden krijgen signalen binnen dat zorgkantoren zorgaanbieders sneller aansturen op de afbouw van de intramurale capaciteit, soms sneller dan de regering beoogt. Ontvangt de regering deze signalen ook en wat is de reactie van de regering hierop? Vindt de regering het wenselijk dat zorgverzekeraars vooruitlopen in het beleid en strengere regels treffen dan de regering oplegt? De leden van de SP-fractie vragen of de regering de Kamer een overzicht kan doen toekomen, waarin aangegeven wordt welk beleid alle zorgkantoren voeren als het gaat om de inkoop van capaciteit in de intramurale zorg. Indien de regering geen overzicht wil sturen, verlangen deze leden een toelichting waarom de regering dit verzuimt.

Elk jaar in mei brengt de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) een onderzoek uit naar de uitgavenontwikkeling. Mocht daaruit blijken dat de beschikbare middelen niet toereikend zijn, dan zal een nieuwe afweging worden gemaakt of het nodig is extra middelen ter beschikking te stellen. Wordt het recht op zorg gegarandeerd, zo willen de leden van de **PVV-fractie** graag bevestigd zien.

De leden van de PVV-fractie hebben om een toelichting gevraagd bij de mogelijke afwenteling vanuit de Wmo en de Zvw op de Wlz, maar hierop geen antwoord gekregen. Als het allemaal beter wordt, zo stellen deze leden, dan moet er toch ook geen prikkel zijn om af te wentelen? Vanwaar dit wantrouwen? Graag ontvangen zij nu wel een antwoord.

Het CIZ is toegerust om op basis van kennis van wet- en regelgeving en kennis van de verschillende doelgroepen binnen de Wlz te komen tot onafhankelijke indicatiestelling. Daarmee heeft het CIZ vanaf zijn start in 2005 kennis en ervaring opgedaan. De regering wil daarvan graag gebruik maken voor het bepalen van het recht op zorg op grond van de Wlz, mede met het oog op het zoveel mogelijk voorkómen van afwenteling vanuit andere domeinen. Kan de regering bovenstaande toelichten en onderbouwen waarom de huisarts en wijkverpleegkundige hier niet toe in staat zouden zijn? Het CIZ heeft nou niet echt bewezen zorgvuldig met indicatiebesluiten om te gaan.

De gemeente en verzekeraar beslissen uiteindelijk zelf of zij het nog doelmatig en verantwoord vinden om de benodigde zorg en ondersteuning vanuit de Wmo 2015, de Jeugdwet en/of de Zvw voort te zetten. De leden van de PVV-fractie hebben gevraagd wie bij de gemeente en zorgverzekeraar dit gaan beslissen. Waarom zouden deze partijen zich inspannen als zij de kosten op de Wlz kunnen afwentelen? Het antwoord dat er strikte eisen aan een Wlz-indicatie worden gesteld, vinden deze leden niet voldoende. De toestand van een zorgbehoevende kan bijzonder snel achteruitgaan als er niet goed voor hem/haar gezorgd wordt. Gemakzucht van gemeente en zorgverzekeraars kan dus sneller een Wlz-opname tot gevolg hebben. Graag ontvangen deze leden een toelichting.

Als een cliënt met een zware zorgbehoefte mogelijk recht heeft op Wlz-zorg, maar geen Wlz-indicatie wil aanvragen, kan het nodig zijn dat er een gesprek plaatsvindt met gemeente, mantelzorgers, het CIZ en de zorgverzekeraar om te bespreken wat in de thuissituatie mogelijk en verantwoord is. Doel van het gesprek is om te onderzoeken of alle betrokkenen samen mogelijk kunnen maken wat de cliënt graag wil. De gemeente en de verzekeraar beslissen uiteindelijk zelf of zij het nog doelmatig vinden om de benodigde zorg en ondersteuning vanuit de Wmo 2015, de Jeugdwet en/of de Zvw voort te zetten. De leden van de

PVV-fractie vragen of de regering werkelijk zo naïef is, dat zij denkt dat verzekeraars hieraan actief gaan meewerken.

De leden van de **D66-fractie** tonen zich enigszins verbaasd dat het casemanagement dementie in de Wlz niet langer is geborgd. Dit terwijl de casemanager een belangrijke ondersteuning kan bieden aan aanbieders. Naar aanleiding hiervan hebben zij enkele vragen. Hoe wordt een warme overdracht geborgd als mensen overgaan van hulp gefinancierd uit de Zvw naar de Wlz, bijvoorbeeld mensen met dementie? Kunnen zij wel de casemanager dementie inzetten voor deze overdracht? En op welke manier is deze continuïteit geborgd als de casemanager niet meer ingezet mag worden in de Wlz?

Uit de beantwoording van vragen van de **ChristenUnie-fractie** blijkt dat losse casemanagement dementie in de Wlz verdwijnt, omdat zorg die onder de Wlz valt wordt geleverd als een compleet pakket. Vanuit Alzheimer Nederland bestaan daar grote zorgen over, die door deze leden worden gedeeld.

De leden van de fractie van de ChristenUnie vragen of de regering het met de stelling van Alzheimer Nederland eens is dat niet iedere zorgaanbieder dezelfde capaciteiten en ervaringen heeft als de hbo-plus opgeleide casemanager dementie. Zo ja, waarom kunnen mensen met dementie dan geen casemanager inzetten op het moment dat zij thuis wonen met behulp van het vpt of het pgb? Hoe hangt dit samen met de continuïteit van zorg?

De leden van de ChristenUnie-fractie willen weten hoe de overdracht is geborgd als mensen overgaan van hulp gefinancierd uit de Zvw naar de Wlz, in het bijzonder voor mensen met dementie. Kunnen zij de casemanager dementie inzetten voor deze overdracht?

Deze leden lezen in de nota naar aanleiding van verslag dat in het geval van dementie een nieuw indicatiebesluit aan de orde kan komen. Waarom kan in de zorgprofielen geen rekening worden gehouden met het ziekteverloop, zodat hier geen extra indicaties voor gedaan hoeven te worden?

De leden van de fractie van de ChristenUnie willen weten op welke manier de samenwerking tussen de verschillende disciplines rond dementie wordt geborgd in de Wlz.

De regering verwacht dat het aantal aanvragers van een Wlz-indicatie zal dalen vanwege de behoefte van burgers om thuis te wonen en op basis van de Wmo en de Zvw hulp te ontvangen. Zolang er een verantwoorde situatie van extramurale zorg is op basis van de Wmo en de Zvw zal men geen Wlz-indicatie aanvragen, zo spreekt de regering uit. De leden van de **SGP-fractie** vragen hoe reëel die verwachting is, gezien het feit dat veel burgers die weliswaar met behulp van de Wmo en de Zvw thuis zouden kunnen wonen ook voldoen aan de criteria van de Wlz. Is het niet logischer te veronderstellen dat gemeenten – gelet op hun budgettaire uitdagingen – zullen proberen deze groep naar de Wlz te verplaatsen, ondanks het feit dat betrokkenen ook tevreden kunnen zijn met het aanbod op grond van de Wmo en de Zvw?

De leden van de SGP-fractie vragen naar de samenloop tussen passend onderwijs en de Wlz. Wordt gedurende schoolvakanties wel vergoeding voor dagbesteding op basis van de Wlz verstrekt, zo vragen genoemde leden.

De leden van de SGP-fractie hebben in de transitieagenda langer zelfstandig wonen ondanks de aankondiging een reactie gemist op het onderzoek van het Netwerk notarissen dat gemeenten onvoldoende voorbereid zijn op de behoefte aan mantelzorg. Deze leden wijzen bijvoorbeeld op de extra lasten die bij het creëren van een mantelzorgwoning kunnen ontstaan door eisen aan woningsplitsing. Welke inspan-

ningen pleegt de regering om deze knelpunten op korte termijn te verhelpen, zo vragen zij.

Het lid van de **fractie van 50PLUS/Baay** leest in de nota naar aanleiding van het verslag «Een beperkte beschikbaarheid van specialistische ondersteuning in een bepaald gebied ontslaat gemeenten niet van de taak om een passend ondersteuningsaanbod te doen. Vervoer van en naar de voorziening kan ook deel uitmaken van het aanbod.» Dat gemeenten daarvoor verantwoordelijk worden gemaakt moge duidelijk zijn. Genoemd lid vraagt echter hoe de afstemming gerealiseerd wordt. Het aantal intramurale zorginstellingen zal immers afnemen, waarmee bovendien op lokaal niveau voorzieningen als dagbesteding verdwijnen. Er zijn dan op korte afstand geen Wlz-aanbieders meer beschikbaar. In steden is hier veel makkelijker op in te spelen dan in dunbevolkte gebieden. Hoe is een soepele overgang tussen de Wmo en de Wlz dan realiseerbaar? In de nota naar aanleiding van het verslag wordt voorts op pagina 169 aangegeven dat gemeenten verantwoordelijk zijn voor een «warme overdracht» naar de Wlz. De inzet van onafhankelijke cliëntondersteuning zou hieraan moeten bijdragen. De Wlz-uitvoerder wordt verantwoordelijk voor cliëntondersteuning. Het lid van de fractie van 50PLUS/Baay vraagt waarom er niet gekozen is voor onafhankelijke cliëntondersteuning over de wetten heen. Is dat niet de beste manier om breed te kunnen kijken welke behoefte aan zorg en/of ondersteuning iemand nodig heeft en daar adequaat bij te kunnen ondersteunen? Graag ontvangt dit lid hierop een reactie.

7. Financiële houdbaarheid

De regering gaat er vanuit dat de raming van de Wlz-uitgaven en de instrumenten voor financiële beheersing in de komende jaren adequaat zijn, wat de kans op tegenvallers beperkt. De leden van de **VVD-fractie** vragen of de regering exact kan aangeven waarop deze verwachting is gebaseerd.

Daarnaast is het aan een volgend kabinet of het de premie van de Wlz aanpast. Mocht dit niet het geval zijn, of mocht de gemaakte raming niet overeenkomen met de daadwerkelijke realisatie, dan kan een tekort in het Wlz-fonds ontstaan. Op welke manier wordt met een dergelijk tekort omgegaan? Welke gevolgen heeft een tekort in het Wlz-fonds?

De leden van de **SP-fractie** maken zich zorgen over de enorme stijging tussen 2013 en 2014 van het aantal mensen dat een betalingsregeling heeft getroffen bij de zorgverzekeraars. Zij vragen de regering wat hun verklaring is voor deze stijging.

De leden van de **CDA-fractie** zijn van mening dat de financiële onderbouwing van dit wetsvoorstel te veel op aannames en hoop is gebaseerd in plaats van op reële cijfers en ervaringen uit het verleden. Deze leden hopen ook dat de ramingen kloppen, dat de middelen voor de financiële beheersing in de komende jaren adequaat zijn en de kans op tegenvallers wordt beperkt, maar zij vinden dit nog te weinig concreet gemaakt door de regering. Daarom de vraag of de regering meer dan in de nota naar aanleiding van het verslag de financiële randvoorwaarden helder uiteen kan zetten. Ook de uitleg van hoe er € 0,5 miljard bespaard kan worden op de Wlz vinden deze leden niet helder gemaakt door de regering. Welke cijfers liggen er ten grondslag aan het feit dat de regering stelt dat door uniforme indicatiestelling de kosten zullen gaan dalen. Hoeveel gaat deze maatregel concreet opleveren? Dan lezen de leden van de CDA-fractie nog een tweede aannames, namelijk de doelmatigheid van de zorgleverantie. Hoeveel gaat die maatregel concreet opleveren?

Op pagina 177 lezen de leden van de CDA-fractie dat er € 110 miljoen nodig is voor extra solvabiliteit. In de brief van de Minister en Staatssecretaris van VWS d.d. 14 april 2014 stond dat de overhevelingen van de AWBZ naar de Zvw en de overhevelingen van de Zvw naar gemeenten in het kader van de Jeugdwet per saldo leiden tot een toename van de minimaal vereiste solvabiliteit met circa € 350 miljoen.⁷ Waarom wordt in de nota naar aanleiding van het verslag een ander bedrag genoteerd? Is bij beide bedragen reeds rekening gehouden met Solvency II? De regering stelt dat de Wlz-premie constant blijft in de komende jaren en dat als de uitgaven hoger zijn dan verwacht de regering hier dan verantwoordelijk voor is. Dat betekent dat naast het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten (AFBZ) met een negatief saldo van € 20 miljard er een nieuw fonds kan ontstaan met wederom een negatief vermogen; klopt dit, zo vragen deze leden. De regering stelt ook dat zij niet in 2018 het oude AFBZ wil afschrijven maar dat zij dit wil uitstellen tot 2023. Graag horen de leden van de CDA-fractie waarom de regering dit vijf jaar later wil doen dan in de eerdere brief werd aangegeven. En waarom begint de regering daar niet stapsgewijs vanaf 2017 mee?

Intramuraal voeren zorgkantoren momenteel een tariefskorting door van circa 2% op de maximumtarieven. Indien zij dit zouden verdubbelen bij te veel overhead/regels zou dit een extra kostenreductie van circa € 350–400 miljoen opleveren. De leden van de **PVV-fractie** vragen waarom de regering hier niet voor gekozen heeft.

Momenteel kunnen aanbieders in een aantal gevallen al zelf indiceren. Indien aanbieders alle taken zouden overnemen van het CIZ wordt een bedrag van € 50–100 miljoen bespaard (aan uitvoeringskosten CIZ). Het is daarbij wel de vraag of aanbieders deze taken goedkoper kunnen uitvoeren dan het CIZ en of er geen ongewenste effecten ontstaan door een toename van de zorgkosten. Genoemde leden vragen waarop deze aanname is gebaseerd en of de vele fouten die het CIZ zoal maakt zo'n besluit niet zouden rechtvaardigen.

De verwachting is dat de overheadkosten juist gaan toenemen als de zorginstelling zelf het indicatieproces moet overnemen van het CIZ. De leden van de PVV-fractie willen hierop graag een toelichting.

In het kader van de Wlz is een taakstelling van € 500 miljoen ingeboekt, die mede kan worden ingevuld door het tegengaan van verspilling in de zorg. Op dit punt heeft de regering een afzonderlijk actieprogramma opgesteld. Deze leden vinden dit nogal naïef van de regering, daar zij ervan overtuigd zijn dat, gebaseerd op ervaringen uit het verleden, die taakstelling behaald zal gaan worden door te beknibben op de zorg en het zorgpersoneel. Zie de vele ontslagen die nu al aangekondigd zijn. Graag ontvangen genoemde leden een toelichting en zij stellen nogmaals de vraag waarom er niet specifiek wordt ingezet op het tegengaan van verspilling met afzonderlijke maatregelen zoals regelmatig wordt voorgesteld door leden van de PVV-fractie.

De verwachting is dat de kosten en de verbruikte tijd juist gaan toenemen als medewerkers zelf verantwoordelijk worden voor het naleven van de verantwoordelijkheden in het kader van de Arbowet. Deze leden merken op dat het hier weer gaat om een verwachting en zij zouden hierop graag een toelichting krijgen.

Het generiek decimeren van de ondersteuningsfuncties binnen een organisatie zal leiden tot een ondoelmatig zorgverleningsproces. Zal leiden tot? Waarop is dit gebaseerd, daar er ook instellingen zijn die hier met groot succes wel in geslaagd zijn zonder dat het zorgverleningsproces ondoelmatig is geworden?

De beheerskosten zullen afnemen maar het risico bestaat dat de zorguitgaven zullen toenemen door een ondoelmatige aansturing van het

⁷ Kamerstukke II, 2013–2014, 30 597, nr. 432

zorgverleningsproces. Gaarne ontvangen de leden van de PVV-fractie een toelichting op dit antwoord.

Het verbeteren van de informatievoorziening is een continu vraagstuk. Daarmee kunnen ook de kosten en de tijdsinvestering worden beperkt. Het is echter onbekend in welk mate dit het geval zal zijn. Deze leden vragen de regering dit toch uit te zoeken en te berekenen.

De leden van de PVV-fractie hebben geconstateerd dat de totale uitgaven langdurige zorg van de Wlz, Jeugdwet, Wmo en Zvw € 2 miljard lager zijn dan de huidige AWBZ-uitgaven. Zij vragen waar de resterende € 2 miljard zijn gebleven. In haar antwoord geeft de regering aan dat het verschil wordt veroorzaakt door de taakstelling die is verbonden aan de hervorming van de langdurige zorg. Bedoelt de regering hier echt te beamen, dat er een taakstelling van € 2 miljard op de langdurige zorg is losgelaten?

De leden van de PVV-fractie hebben in het verslag gevraagd om de volgende tabel in en aan te vullen, maar kregen tot hun grote schrik een aangepaste tabel ingevuld retour, waarbij een complete regel was weggelaten. Deze leden vragen daarom nog een keer om onderstaande tabel in zijn geheel in en aan te vullen.

	2015	2016	2017	2018
AWBZ	30	31	33	?
Wlz	17,5	16,9	16,4	?
Wmo	3	?	?	?
Jeugd	1	?	?	?
Zvw	4	?	?	?
Minder AWBZ/Wlz	4,5	?	?	?
percentage	15%	?	?	?

8. Regeldruk

Het is de leden van de **PvdA-fractie** opgevallen dat het terugdringen van de regeldruk en overhead veel tekst kent in de memorie van toelichting en de nota naar aanleiding van het verslag, maar dat het weinig concrete doelstellingen en maatregelen bevat. Het komt tot zover weinig ambitieus over op genoemde leden. Deze leden vragen de regering dan ook om een hogere ambitie van de regering met een concreet actieplan.

De leden van de fractie van de PvdA zijn benieuwd naar de manier waarop de ervaringen en conclusies uit de experimenten met regelarme instellingen worden gebruikt in de uitwerking van de Wlz. Waarom is de hervorming van de langdurige zorg niet aangegrepen als mogelijkheid om naar aanleiding van de ERAI-ervaringen een norm op te stellen? Hiernaast heeft het project «Voorkomen verspilling zorg» plaatsgevonden. Deze leden zijn benieuwd naar de uitwerking van deze ervaringen in de Wet langdurige zorg. Welke opdracht krijgen zorgkantoren hierbij bij de zorginkoop? Ook willen genoemde leden weten welke opdracht de zorgkantoren krijgen bij de inkoop met betrekking tot de overhead. Hoe staat het nu met de gesprekken met zorgkantoren en aanbieders, naar aanleiding van de toezegging aan de leden van de PvdA-fractie dat de overhead moet worden teruggebracht?

De leden van de PvdA-fractie hebben gelezen over het experimenteerartikel in de wet waardoor innovatie wettelijk wordt gestimuleerd.

Genoemde leden zijn tevreden over dit experimenteerartikel, echter resteren nog enkele vragen hierover bij deze leden. Wie beslist wanneer van de Wlz mag worden afgeweken? In het geval dat hier toestemming toe wordt gegeven, mag dan van alle voorschriften worden afgeweken?

De regering zegt in haar beantwoording dat zij voornemens is om het aantal regio's met zorgkantoren te verminderen. De leden van de **SP-fractie** zijn benieuwd waarom de regering kiest voor deze schaalvergroting; is het juist niet verstandiger om te kijken naar schaalverkleining? Deze leden verwachten een toelichting op dit punt. Tevens vragen zij of de regering bereid is om het aantal zorgkantoren te koppelen aan het aantal centrumgemeenten. Is dit niet een veel logischere maat zodat de zorg waarvoor de gemeenten verantwoordelijk zijn beter kan worden afgestemd met de zorg waarvoor het zorgkantoor verantwoordelijk is? Kan de regering daarop antwoorden? Verder willen de leden van de SP-fractie weten wanneer de Kamer hierover geïnformeerd wordt. Tevens willen zij weten wanneer de Kamer de tussenevaluatie experiment regelarme instellingen kan verwachten, waarin de regering met voorstellen komt om de bureaucratie te verminderen.

De in het experiment regelarme instellingen opgedane ervaringen zullen worden betrokken bij de ontwikkeling van de kwaliteitsindicatoren. Begrijpen de leden van de **PVV-fractie** hieruit goed, dat de kwaliteitsindicatoren pas worden ontwikkeld na de evaluatie van het experiment? Dat gebeurt namelijk bij andere onderdelen uit het experiment ook. Is dat niet veel te laat? Is het niet van groot belang, dat juist bij het ingaan van deze enorme stelselherziening de kwaliteit op zijn minst gewaarborgd moet zijn?

De leden van de **D66-fractie** lezen dat de mogelijkheid voor meerjarige contracteren van zorgaanbieders formeel nu reeds bestaat in de AWBZ. Van deze mogelijkheid maken zorgkantoren in de praktijk echter nauwelijks gebruik. Waar ligt dat aan, zo vragen deze leden. Zullen de jaarlijks wijzigende financiële kaders c.q. het beschikbare budget in de toekomst naar verwachting van de regering geen belemmering meer vormen? En op welke wijze wordt geborgd dat zorgkantoren ook in 2015 al (selectief) meerjarenafspraken gaan maken?

De leden van de D66-fractie constateren dat er een groep cliënten is die beschikt over een indicatie voor verblijf, maar op 1 januari 2015 thuis woont. Cliënten met een hoog zzp binnen deze groep behouden hun recht op zorg vanuit de Wlz. Cliënten met een laag zzp kunnen tot 1 januari 2016 alsnog kiezen voor verblijf op grond van de Wlz, zo lezen deze leden. Bij ouderen is een laag zzp VV doorgaans een begin van een doorlooperperiode naar zwaardere zorg. Worden deze cliënten nu niet onnodig bang gemaakt dat ze hun zorg gaan verliezen? Is het mogelijk dat cliënten met een zzp in de ouderenzorg dit overgangsrecht langer behouden of gezien worden door het CIZ voordat hun recht in 2016 vervalt?

9. Fraude en oneigenlijk gebruik

De leden van de **PvdA-fractie** zijn benieuwd naar de uitslagen van de fraudetoets die door de NZa is uitgevoerd. Wanneer kunnen deze leden de uitkomsten van deze toets verwachten? Gaat de regering naar aanleiding van de resultaten van deze fraudetoets nog veranderingen doorvoeren in de concept-Wlz om deze fraudebestendiger te maken? Graag ontvangen genoemde leden op deze vragen een reactie van de regering.

Een eerdere versie van het wetsvoorstel Wet langdurige zorg is door diverse externe partijen bezien op risico's op oneigenlijk gebruik en fraude. Het wetsvoorstel, zoals uiteindelijk bij de Tweede Kamer is ingediend, heeft ondertussen wijzigingen ondergaan ten opzichte van de eerder getoetste versie. Reden waarom het wetsvoorstel aan een nieuwe toets wordt onderworpen. De Kamer zal over de uitkomsten binnenkort worden geïnformeerd. Is het niet een beetje vreemd, zo vragen de leden

van de **PVV-fractie**, om een wet te behandelen, waarvan de uitkomsten van de fraudetoets nog niet bekend is?

De NZa heeft in de tussenrapportage naar de omvang van zorgfraude voor alle sectoren in de zorg, waaronder de AWBZ, een kwalitatieve analyse gemaakt van de mogelijke risico's op fraude.⁸ De NZa zal in de eindrapportage van dit onderzoek ook een kwantitatieve analyse maken van de omvang van de fraude in de onderscheiden sectoren. Genoemde leden vragen wat deze rapportage nog waard is, gezien de laatste ontwikkelingen binnen de NZa.

Verrijking ten koste van de premiebetaler zet de solidariteit onder het zorgstelsel onnodig onder druk. De recent tot stand gekomen Wet normering topinkomens stelt regels voor het maximale inkomen van onder meer directeuren en bestuurders in de zorg. Dit voorkomt dat de solidariteit onder het zorgstelsel onder druk komt te staan door onverantwoord hoge topinkomens van directeuren en bestuurders in de zorg. Moet deze wet niet fors aangescherpt worden, zo vragen de leden van de PVV-fractie.

Uitwisseling van gegevens kan nodig zijn bij overgang van het ene naar het andere domein. Afstemming met andere uitvoerders en andere aanbieders is dan nodig. Deze afstemming van de zorg werkt tweeledig: de verzekerde krijgt een goed pakket op elkaar afgestemde zorg en dubbele verstrekkingen kunnen worden voorkomen. De leden van de PVV-fractie denken dat deze afstemming driedelig is: namelijk het «all over the place» verspreiden van gegevens. Klopt dit?

10. Gegevensuitwisseling

De leden van de **SP-fractie** maken zich zorgen over het medisch beroepsgeheim. Vele organisaties zoals bijvoorbeeld het CIZ, maar ook het CAK krijgen inzage in medische gegevens. Hoe gaat de regering voorkomen dat medische gegevens niet voor andere doeleinden gebruikt worden, dan waarvoor zij bedoeld zijn? Wie ziet hier precies op toe en welke procedure geldt hiervoor? Kan de regering tevens aangeven welke sancties ingezet kunnen worden indien het medisch beroepsgeheim geschonden wordt door een organisatie? Is niet altijd toestemming van de patiënt nodig om als hulpverlener medische gegevens uit te wisselen voor niet-behandelingsdoeleinden?

De regering is van mening dat de gegevensuitwisselingen in de Wlz noodzakelijk zijn in een democratische samenleving, in het belang van het economisch welzijn van Nederland. Welk economisch welzijn, zo vragen de leden van de **PVV-fractie**, en hoe verhoudt dit zich tot het welzijn van de burgers van Nederland als het om hun privacy gaat?

De leden van de **D66-fractie** lezen dat hulpverleners met een medisch beroepsgeheim het CIZ desgevraagd gegevens dienen te verschaffen, als het CIZ deze nodig heeft om tot een goede (her)indicatie te komen. Hoe verhoudt dit zich tot de regels wat betreft het medisch beroepsgeheim? Bestaat er een mogelijkheid dat de verzekerde bezwaar kan maken tegen uitwisseling van zijn gegevens? Waarom is de toestemming voor altijd en iedereen bij het CIZ een noodzaak? Vallen bevoegde medewerkers van het CIZ die betrokken zijn bij de indicatiestelling ook onder de geheimhoudingsplicht?

De vertrouwensband tussen zorgverlener en cliënt is noodzakelijk voor goede zorg. De leden van de **GroenLinks-fractie** maken zich daarom zorgen over de wijze waarop de privacy in voorliggend wetsvoorstel is

⁸ Kamerstukken II, 2013–2014, 28 828, nr. 56, bijlage: Onderzoek zorgfraude-tussenrapport (update)

geborgd. In hoeverre is voorliggend wetsvoorstel strijdig met het (medisch) beroepsgeheim? Is de regering bereid met betrokken beroepsgroepen de informatiebepalingen in voorliggend wetsvoorstel nader tegen het licht te houden en deze nader te preciseren?

11. Innovatie door te experimenteren

Het experiment regelarme instellingen heeft tot dusverre laten zien dat er een groeiende behoefte is om, onder bepaalde omstandigheden, van bepaalde wettelijke voorschriften af te kunnen wijken. De leden van de **PVV-fractie** vragen nog maar een keer waarom dit niet direct in deze wet is verankerd omdat zij daarop in eerste instantie geen antwoord hebben gehad.

12. Internationaalrechtelijke aspecten

Zoals eerder genoemd zijn de leden van de **SP-fractie** het zeer eens met uitspraken van het College voor de Rechten van de Mens, dat aangegeven heeft dat er sprake is van een verslechtering van rechten. Genoemde leden willen weten waarom de regering in het voorliggende wetsvoorstel er zo prat op gaat dat het recht op zorg behouden blijft, maar dit ondertussen heeft afgeschaft in de Wmo. Voorts willen deze leden weten waarom de regering de uitspraken van het College zo gemakkelijk aan de kant schuift. Hecht de regering niet aan de uitspraken van dit College? De leden van de **SP-fractie** hadden eerder een aantal vragen gesteld over de Wlz-zorg in het buitenland. Zij constateren dat de Wlz-uitvoerder bepaalt of iemand zorg kan krijgen in het buitenland. Waarom heeft de regering hiervoor gekozen en welke verschillen heeft dit met de wijze waarop dit nu in de AWBZ is geregeld? Tevens willen deze leden weten wie oordeelt over de beslissing van de Wlz-uitvoerder, als het gaat om zorgtoewijzing in het buitenland.

Met betrekking tot de reactie van het College voor de Rechten van de Mens op de consultatieversie wordt het volgende opgemerkt. Het College is van mening dat er sprake is van verslechtering van rechten, die daarin gelegen is dat sommige vormen van zorg waarop ingevolge de AWBZ recht bestaat worden overgeheveld naar de Wmo 2015. Zoals ook in de memorie van toelichting aangegeven, is de regering van mening dat de voorgestelde wijzigingen vallen binnen hetgeen artikel 4 van het Internationale verdrag inzake economische, sociale en culturele rechten (IVESCR) de verdragspartijen toestaat. Voorts is in de memorie van toelichting aangegeven, dat het overhevelen van vormen van zorg naar de Wmo 2015 past bij de maatschappelijke trend dat ouderen zo lang mogelijk thuis willen wonen. Dit geldt ook voor de uit het Internationale verdrag inzake de rechten van personen met een handicap (IVRPH) voortvloeiende wens om dergelijke personen te helpen deel te nemen aan de maatschappij. Waarom zou deze maatschappelijke trend, zoals hier steeds benoemd, in strijd zijn met het wettelijk recht op zorg? De leden van de **PVV-fractie** vragen wat het afschaffen van het wettelijk recht op zorg te maken heeft met deze trend. Kunnen mensen niet langer thuis wonen met een wettelijk recht op zorg? Deze leden denken dat het zelfs beter en langer mogelijk is met een wettelijk recht op zorg. Graag ontvangen zij een toelichting.

Het lid van de **fractie van 50PLUS/Baay** leest in de nota naar aanleiding van het verslag dat het wettelijk verstrekkingspakket van het woonland ten laste komt van Nederland. Betekent dat dat deze zorg volledig wordt vergoed? Of betekent dit dat de kosten worden vergoed volgens Nederlandse marktomstandigheden, zoals het geval is bij in Nederland aangevangen zorg?

13. Juridisch kader en rechtsbescherming

De regering geeft aan dat de Wlz-uitvoerder een zorgplicht heeft. De leden van de **SP-fractie** vragen de regering of zij kan toelichten of de zorgplicht tevens blijft gelden voor de zorgverzekeraars.

14. Toekomstperspectief

Hoewel de regering aangeeft dat er op dit moment nog geen sprake is van een specifiek toekomstbeeld, constateren de leden van de **SP-fractie** dat de Wlz eigenlijk een tussenwet is, zodat de stap van de langdurige zorg naar de Zvw kleiner gemaakt wordt. Kan de regering haar visie op deze mogelijke overheveling nader toelichten?

De leden van de **CDA-fractie** lezen dat de regering vindt dat na invoering van de Wlz bezien moet worden of verdere verbeteringen nodig zijn. Dit uitgangspunt delen genoemde leden met de regering, maar dit vroegen deze leden niet. De leden van de CDA-fractie vinden dit van een andere orde dan het feit dat de regering nu al spreekt over een lange termijnvisie waarin de Wlz in delen (doelgroepen) wordt overgeheveld naar de Zvw als zorgverzekeraars aan bepaalde eisen voldoen. Dus daarom stellen genoemde leden nogmaals de vraag: waarom heeft de regering dit opgenomen in de wet? Moeten deze leden dit zien als een tussenwet omdat de regering van mening is dat de Wlz-zorg uiteindelijk (en dat kan lang of kort duren) onderbracht moet worden in de Zvw? Is de regering inmiddels in staat om duidelijkheid te verschaffen welke onderdelen van de Wlz zij daadwerkelijk in werking wil laten treden op 1 januari 2015 en welke niet? Is het geen wijsheid de wet een jaar later in werking te laten treden zodat voldoende tijd genomen kan worden voor een zorgvuldige voorbereiding?

15. Overgangssituatie, inwerkingtreding en transitie

De leden van de **PvdA-fractie** hebben enkele vragen over het overgangsrecht. Zij lezen dat mensen die «te licht» zullen zijn voor een Wlz-indicatie, en die een indicatie hebben voor een verblijf, maar nog extramurale zorg ontvangen, de mogelijkheid krijgen om alsnog te kiezen voor een verblijf in een instelling. Genoemde leden vragen op welke manier met de cliënten zal worden gecommuniceerd over deze mogelijkheid. Op welke termijn zullen deze cliënten hierover worden geïnformeerd? Deze leden zouden het spijtig vinden als cliënten pas van deze mogelijkheid vernemen wanneer het «keuzejaar» voorbij is. Kan de regering een inschatting maken van het aantal cliënten dat bij deze keuzemogelijkheid alsnog zal kiezen voor intramurale zorg? Is het aantal intramurale instellingsplekken op dit moment voldoende om deze eventuele verhoging van de instroom op te vangen? De leden van de PvdA-fractie begrijpen dat de regering een gefaseerde invoering van de bepalingen van de Wlz voor zich ziet. Kan de regering toelichten hoe dat praktisch vorm krijgt?

De leden van de **D66-fractie** lezen dat voor mensen met een hoog zzp die thuis wonen er vanaf 2015 geen mogelijkheid is om de zorg te verzilveren in functies en klassen. Zij moeten vóór 1 januari 2015 de keuze maken voor een vpt, een pgb of alsnog verblijf in een instelling. Is dit nog realistisch voor 2015, zo vragen deze leden. Wordt hiermee niet onder grote tijdsdruk een keuze neergelegd bij cliënten en hun mantelzorgers?

De leden van de **SGP-fractie** vragen of het klopt dat cliënten met budgetgarantie aanmerkelijk beter af zijn wanneer zij alle zorg vanuit het pgb ontvangen ten opzichte van degenen die de zorg zowel in natura als

vanuit het pgb ontvangen. Zo ja, waarom vindt de regering het acceptabel dat de laatste categorie cliënten er aanmerkelijk op achteruitgaat door het wetsvoorstel, terwijl de gevolgen van hun keuze bij deze cliënten niet bekend waren?

De leden van de **SGP-fractie** vragen of de cliënten die in 2015 alsnog gebruik willen maken van hun indicatie voor verblijf in 2015 die mogelijkheid ook daadwerkelijk bij de bestaande aanbieder kunnen verzilveren. Kunnen deze aanbieders aanspraak maken op de vergoeding voor verblijf, zo vragen zij.

In antwoord op vragen van diverse partijen geeft de regering aan dat er middelen zijn gereserveerd voor mensen met een laag zvp die gebruikmaken van het overgangsrecht. Het lid van de **fractie van 50PLUS/Baay** gaat uit van de middelen genoemd in tabel 7.1 van de memorie van toelichting. Is er een inschatting gemaakt welk percentage van de rechthebbenden hier daadwerkelijk gebruik van gaat maken? Is de hoeveelheid aan middelen hierop gebaseerd? Zo niet, waar is dit dan op gebaseerd? Hoe wordt gerealiseerd dat er voldoende plaatsingscapaciteit is, nu het aantal beschikbare plaatsen in een instelling wordt verminderd door zowel regeringsbeleid als door zorgkantoren, die het aantal beschikbare plaatsen versneld afbouwen? Binnen welke concrete termijn moet iemand, die aangeeft van het overgangsrecht gebruik te willen maken, een plek toegewezen krijgen? Is hier een deadline aan verbonden?

16. Nota van wijziging

De kans op verbetering van gezondheid waardoor iemand een instelling weer zal kunnen verlaten is naar de mening van de regering groter in de Zorgverzekeringswet dan in de Wlz. De leden van de **VVD-fractie** vragen of de regering kan bevestigen dat ook in de Wlz een perspectief op genezing of verbetering van de situatie gehanteerd wordt. Zo nee, waarom niet? Zo ja, kan de regering dit nader onderbouwen?

Aangegeven wordt dat de uitgaven Zvw structureel met € 310 miljoen stijgen en dat daarnaast € 430 miljoen van de huidige AWBZ-middelen voor de Wlz worden bestemd. Genoemde leden vragen of nader kan worden toegelicht hoe deze twee bedragen zijn opgebouwd, inclusief een jaarlijks overzicht van 2015 – 2017. Kan deze passage nader worden toegelicht, waarbij ingegaan wordt op de verhouding tussen deze twee bedragen en waarom er naast het bedrag van € 310 miljoen ook sprake is van een bedrag van € 430 miljoen?

Zorginstituut Nederland zal binnenkort opdracht krijgen om een voorstel te doen voor objectieve inhoudelijke toetsingscriteria voor toegang van ggz-cliënten tot de Wlz. Hoe verhouden deze nog op te stellen toegangscriteria zich tot de algemene objectieve toegangscriteria voor de Wlz? De leden van de VVD-fractie vragen of er verschillen zijn tussen de algemene criteria en de criteria voor de ggz-doelgroep. Zo ja, waarom?

De leden van de **SP-fractie** hebben kennisgenomen van de nota van wijziging met betrekking tot de behandeling van de Wet langdurige zorg. De leden van de SP-fractie vragen de regering waarom gekozen wordt voor een periode van drie jaar, voordat mensen kunnen doorstromen naar de Wlz. Kan de regering dat nader toelichten? Kan de regering tevens aangeven wat de uitstroom van mensen in de langdurige ggz in het eerste jaar en in het tweede jaar precies is? Kan de regering dat concretiseren in aantallen en percentages?

De regering geeft in haar toelichting aan dat op dit moment criteria ontbreken die beoordelen of iemand die voor een ggz-behandeling in een instelling wordt opgenomen daar blijvend op zal zijn aangewezen. De

leden van de SP-fractie willen weten waarom dergelijke criteria op dit moment ontbreken. Kan de regering dat nader toelichten?

Voorts zijn genoemde leden benieuwd waarom de regering ervoor kiest om indicatiebesluiten in de Wlz elke keer met drie jaar te verlengen. Kan de regering daar nader op ingaan?

Verder vragen deze leden een nadere toelichting waarom de regering het advies van het Zorginstituut niet heeft overgenomen, waarin wordt voorgesteld om bij de afschaffing van de AWBZ, iedereen met een ggz-behandeling voor verblijf in te laten stromen in de Wlz. Hoe gaat de regering regelen dat mensen geen problemen krijgen met verschillende eigen betalingen en overdrachten van dossiers tussen uitvoeringsorganen? Hoewel de regering aangeeft dat zij geen problemen met de financieringsystematiek verwacht, zijn genoemde leden wel benieuwd wat de regering gaat doen als dat wel het geval blijkt te zijn. Is er dan een (nood)scenario voorhanden?

De leden van de SP-fractie vragen de regering waarom mensen die de periode van drie jaar onderbroken hebben, niet terug kunnen keren voor ggz-zorg in de Wlz? Wat als om een of andere reden dit niet haalbaar is voor een persoon, zodra bijvoorbeeld ziekteverschijnselen terugkomen? Waarom wordt er niet voor gekozen om deze mensen bij terugkeer in de Wlz te plaatsen, als blijkt dat de psychische aandoening langdurig is? Hoewel de regering een periode van 90 dagen heeft ingesteld, bepaalt de regering alsnog een limiet voor terugkeer in de Wlz. Waarom wordt er precies voor 90 dagen gekozen, kan de regering dat nader toelichten?

De leden van de **CDA-fractie** hebben kennisgenomen van de nota van wijziging en hebben daarover nog een aantal vragen en opmerkingen. De leden van de CDA-fractie zijn van mening dat voor toegang tot de Wlz het geen verschil mag maken of iemand een lichamelijke, zintuiglijke of verstandelijke beperking heeft of een psychiatrische stoornis heeft. Genoemde leden zijn dan ook blij dat de regering het uitgangspunt van de motie-Keijzer/Bergkamp⁹ in principe uitgevoerd heeft voor de zwaardere B-pakketten. Wel constateren zij dat de precisering daarvan nog achterwege gebleven is en dat over de zwaardere C-pakketten de regering nog geen stappen gezet heeft. De leden van de CDA-fractie lezen dat met verblijf gepaard gaande algemene behandeling slechts onder het verzekerd pakket valt indien de betrokkene ook Wlz-specifieke behandeling ontvangt en de algemene behandeling door of namens de verblijfsinstelling wordt verleend. Welke behandeling zou hier niet onder kunnen vallen? De grondslag psychiatrie is niet opgenomen in de teksten waarin staat wie recht heeft op Wlz-zorg. Dat zal moeten worden aangepast, omdat is besloten om ook mensen met de grondslag psychiatrie, die aangewezen zijn op 24-uurs toezicht, een aanspraak te geven op Wlz-zorg. Deze toevoeging maakt het wettelijk ook mogelijk om mensen met een huidig hoog zorgzwaartepakket GGZ C in de nieuwe Wlz te houden en van daaruit te onderzoeken wie er wel en wie er niet in de Wlz kan blijven. De regering heeft al ingestemd tijdens de behandeling van de Wmo 2015 met de opname van mensen in de Wlz die de grondslag psychiatrie hebben en 24/7 toezicht nog hebben. De leden van de CDA-fractie willen daarom weten of de mensen met een huidig hoog zorgzwaartepakket GGZ C in de nieuwe Wlz gehouden kunnen worden en van daaruit te onderzoeken wie er wel en wie er niet in de Wlz kan blijven of te zorgen voor een andere oplossing, dat de mensen de garantie krijgen dat hun zorg doorloopt totdat ze zijn getoetst voor de Wlz. Op dit moment ontbreken de criteria aan de hand waarvan beoordeeld kan worden of iemand die voor ggz-behandeling in een instelling wordt opgenomen, daar blijvend op zal zijn aangewezen. Deze criteria zullen zo snel mogelijk worden ontwikkeld. Tot het moment waarop deze zullen

⁹ Kamerstukken II, 2013–2014, 30 597, nr. 397

kunnen worden toegepast, zullen de eerste drie jaren gedurende welke iemand ggz-behandeling met verblijf nodig heeft, ten laste van de zorgverzekering komen. Wanneer zullen deze criteria kunnen worden toegepast, zo vragen de leden van de CDA-fractie. Wat gebeurt er in de tussentijd met iemand die korter dan drie jaar ggz-zorg vanuit de Zvw ontvangt wanneer door de behandelaar besloten wordt dat er geen sprake meer is van medische behandeling en de patiënt dus niet meer voldoet aan de criteria van de Zvw? Dit lijkt voort te vloeien uit het gevoerde schriftelijke overleg inzake de voorgenomen aanwijzing over bekostiging van de langdurige intramurale ggz. Betekent het dan dat deze persoon zich moet melden bij de betreffende gemeente? De leden van de CDA-fractie zijn niet overtuigd waarom de huidige termijn van een jaar overgezet wordt naar een termijn van drie jaar. Zij vragen de regering wetenschappelijk onderbouwd aan te geven waarom deze termijn van drie jaar voor toegang naar de Wlz te verkiezen is boven de huidige termijn van een jaar. De cliënten met indicatie zzp GGZ 6c wonen nu beschermd met intensieve begeleiding en intensieve verpleging en verzorging. Deze worden een verantwoordelijkheid van de gemeenten. Zitten de kosten hiervan in de overheveling van middelen? Is het mogelijk dat deze groep cliënten in aanmerking gaat komen voor een Wlz-indicatie? Heeft de regering zicht op de zwaarte van hun zorgbehoefte? Anders gezegd: hoeveel jaar verblijven deze mensen al in hun beschermde woonomgeving? Analooq aan het criterium van drie jaar dat de regering gekozen heeft voor de GGZ B-pakketten is de vraag gerechtvaardigd of deze cliënten niet in aanmerking zouden moeten komen voor Wlz-financiering. Graag ontvangen de leden van de CDA-fractie een reactie hierop van de regering. Wanneer een cliënt niet tevreden is over de zorg en behandeling die hij ontvangt ingevolge de Zvw en hij wil geplaatst worden in een Wlz-gefinancierde instelling kan hij daar dus niet in komen totdat de nieuwe criteria gelden en de Wlz overeenkomstig is aangepast. Klopt deze stelling, zo vragen deze leden. De af te geven indicaties gelden voor drie jaar, zo lezen de leden van de CDA-fractie. Waarom is er voor ggz-patiënten gekozen voor een duur van drie jaar en voor andere Wlz-gerechtigden voor een indicatie met onbepaalde termijn? Of is de regering voornemens om wanneer de indicatiecriteria bekend zijn, het algemene regime van de Wlz voor de duur van de indicaties ook te laten gelden voor ggz-indicaties? Zo nee, waarom niet? Cliënten die op de dag waarop de Wlz in werking treedt wel al een jaar ggz-behandeling met verblijf ten laste van hun zorgverzekering hebben gehad maar nog geen twee jaar ggz-behandeling met verblijf ten laste van de AWBZ hebben gehad, gaan op dat moment over naar de Zvw. Reden hiervoor is dat de kans op verbetering van hun gezondheid onder de Zvw groter is dan onder de Wlz. De leden van de CDA-fractie vragen de regering te onderbouwen waarop dit gebaseerd is. Indien dit cijfermatig en wetenschappelijk te onderbouwen is, vragen de leden van de CDA-fractie of dit niet een zeer negatieve waardering is van de zorg die in intramurale ggz-instellingen gegeven wordt. En als dat zo is, vragen deze leden de regering hoe tot verbetering van deze zorg gekomen kan worden. Immers, ook binnen de Wlz-zorg moet men erop gericht blijven het intramuraal verblijven niet langer te laten duren dan noodzakelijk. Voor de groep ouderen met ggz-problematiek met een intramurale indicatie (al dan niet intramuraal verblijvend) vragen de leden van de CDA-fractie meer duidelijkheid over het overgangsrecht. Gaat deze groep indien zij op 1 januari 2015 nog niet drie jaar intramuraal verblijven over naar de Zvw? Zo ja, is het dan geen wijsheid deze cliënten direct onder de Wlz te brengen? De verwachting is ook hier dat met het voortschrijden van de jaren eerder wel dan niet een verzwaaring van de zorgvraag zich voor zal doen. Studenten met autisme die in een wooninitiatief van Stumass wonen hebben een zzp GGZ 2c of zzp GGZ 3c indicatie. Hun indicaties zijn meestal voor een relatief korte periode (1 tot 3 jaar) afgegeven, omdat de

zorgvraag van mensen met autisme sterk kan toe- of afnemen in deze levensfase (18 tot 27 jaar).

Van ongeveer de helft van de cliënten van deze organisatie verloopt hun zzp GGZ indicatie in de eerste helft van 2015. Zoals de plannen nu voorliggen moeten zij bij het aflopen van hun zzp- indicatie naar het Wmo-loket van de centrumgemeente voor een Wmo-maatwerkvoorziening. De meeste centrumgemeenten hebben echter nog geen concreet plan van aanpak over hoe de toegang van het beschermd wonen georganiseerd gaat worden en op basis van welke criteria een aanvraag beoordeeld gaat worden. Voor een grote groep cliënten van Stumass die nu naar tevredenheid specialistische zorg georganiseerd hebben in het wooninitiatief en succesvol studeren aan een universiteit of hbo, breekt hierdoor nu al een periode van grote onzekerheid aan. Het is voor deze cliënten onzeker of zij hun zorg in het wooninitiatief kunnen behouden en hun studie kunnen voortzetten. Graag ontvangen de leden van de CDA-fractie een reactie hoe te voorkomen dat deze cliënten tussen wal en schip vallen.

Door de eerste drie jaar van ggz-behandeling met verblijf voor rekening van de Zvw te laten komen stijgen de uitgaven van de Zvw structureel met € 310 miljoen. Graag ontvangen de leden van de CDA-fractie de consequenties hiervan voor de premie en het eigen risico, alsmede de werkgeverslasten en de solvabiliteit. In dit nader verslag zijn deze leden hier ook uitgebreid op ingegaan. Genoemde leden zien een geactualiseerd overzicht tegemoet. Het Zorginstituut heeft een lezenswaardig advies gegeven over de consequenties van de onderhavige wetswijziging voor de eigen betalingen. De reden waarom de regering dit niet opgevolgd heeft is de tot op heden niet onderbouwde stelling dat cliënten zolang zij onder Zvw vallen zij nog een kans hebben op uitstroom. De leden van de CDA-fractie citeren: «Het kabinet is van mening dat het van groot belang is dat mensen die nog kans op uitstroom uit de instelling hebben, deze kans ook waar kunnen maken. Zoals eerder in deze toelichting is aangegeven, is de kans het grootst zolang de benodigde zorg op grond van de zorgverzekering wordt gefinancierd.» De leden van de CDA-fractie hebben zojuist in dit nader verslag gevraagd om onderbouwing van de driejaarstermijn. Deze leden herhalen met nadruk deze vraag hier. In de nota naar aanleiding van het verslag is nog aangekondigd dat artikel 5.1.3, derde lid, alsmede artikel 4.2.2, zevende lid, van de Wlz geschrapt worden. Wanneer ontvangt de Kamer de desbetreffende nota van wijziging? En mogen de leden van de CDA-fractie ervan uitgaan dat deze nota geen andere wijzigingen bevat dan deze? Genoemde leden houden de mogelijkheid open dat hierover nog een nadere inbreng noodzakelijk zal blijken te zijn. De op pagina 132 van de nota naar aanleiding van het verslag aangekondigde nota van wijziging waarin de bevoegdheden van het zorgkantoor vastgesteld gaan worden kan hiertoe aanleiding geven.

ARTIKELSGEWIJS

Artikel 8.1.2

De leden van de **SGP-fractie** vragen of de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) van toepassing is op de relatie tussen cliënt en aanbieder in de Wlz en of de vertegenwoordiging van wilsonbekwamen in genoemde wetten en de Wet zorg en dwang eenduidig geregeld is.

Artikel 11.1.1

De leden van de **VVD-fractie** vragen waarom er bij het overgangsrecht voor verzekerden met een «laag» zzp die wonen in een kleinschalig wooninitiatief sprake is van een onderscheid tussen wooninitiatieven met

pgb-gefinancierde zorg en wooninitiatieven waarin de bewoners zorg in natura ontvangen maar niet onder toegelaten instellingen vallen?

De leden van de **SGP-fractie** vragen op grond van welke overwegingen de regering tot de stelling komt dat kleinschalige wooninitiatieven waarbij zorg in natura wordt verleend altijd toegelaten instellingen zijn. Hoe verklaart de regering dat er kleinschalige initiatieven zijn die geen toegelaten instelling zijn noch daarvan juridisch of fysiek onderdeel uitmaken en waarbij de zorg niet op basis van een pgb maar in natura geleverd wordt? Bovendien vragen deze leden of de regering hun visie deelt dat de wijze waarop de zorg wordt gefinancierd bij kleinschalige initiatieven niet tot uiteenlopende aanspraken dient te leiden, zodat kleinschalige initiatieven met pgb of zorg in natura gelijke kansen hebben.

De voorzitter van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
Neppérus

Adjunct-griffier van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
Clemens