

Nr. Vraag

- 1 Zal bij een versmalde vorm van de ABWZ in 2015, zoals beschreven in de bijlage «Uitvoering langdurige zorg» van de brief, het pgb ook als trekkingsrecht worden ingevoerd?
- 2 Gaan cliënten met een pgb bij de eventuele versmalde vorm van de AWBZ in 2015, zoals beschreven in de bijlage «Uitvoering langdurige zorg 2015» van de brief, ook een eigen bijdrage betalen voor het pgb, in plaats van dat deze op het pgb-budget wordt ingehouden?
- 3 In de bijlage «Brief aan de Nederlandse Zorgautoriteit over Voorlopige budgettaire kader Wlz 2015», staat dat een korting van € 510 miljoen is verwerkt in de contracteerruimte voor 2015, vanwege het extramuraliseren van de zorg voor nieuwe cliënten in de «lage» zzp's. Betreft dit een extra taakstelling?
- 4 vraag budgettaire kader Wlz
Waarom wordt de datum 1 januari 2012 gebruikt? Het Kunduzakkoord (met daarin de maatregel voor het extramuraliseren zzp 1-3) dateert immers van 25 mei 2012, en het stoppen met de financiering van zzp 1 en 2 is toch per 1 januari 2013 gestart, en het stoppen met de financiering van zzp 3 per 1 januari 2014?
- 5 vraag budgettaire kader Wlz
In de contracteerruimte 2015 is een korting van € 510 miljoen verwerkt vanwege het extramuraliseren van de zorg voor nieuwe cliënten in de «lage» zzp's. Deze € 510 miljoen is niet verwerkt in de beantwoording op de aangeleverde tabel op bladzijde 55 van de beantwoording vragen nader verslag Wlz. Waarom niet?
- 6 vraag budgettaire kader Wlz
Welke tabel klopt (nader verslag Wlz) als het gaat om de opbrengsten van de sluiting van de verzorgingshuizen? Tabel A op bladzijde 55 waarin in 2018, € 475 miljoen bezuinigd wordt, wat uiteindelijk door alle verzachtingen en compensaties nog maar € 115 miljoen oplevert? Of Tabel B op bladzijde 56 waarin € 1,8 miljard bezuinigd wordt wat uiteindelijk nog maar € 330 miljoen oplevert?
- 7 vraag budgettair kader Wlz
Welk deel van de in Tabel B (p 56 nader verslag Wlz) genoemde 1.8 miljard besparing door de sluiting van de verzorgingshuizen valt toe te schrijven aan de kapitaallasten? Die waren op een later tijdstip (2018 en verder) met de invoering van scheiden wonen-zorg en de normatieve huisvestingscomponent toch ook uit de begroting gelopen en kunnen derhalve toch niet toegeschreven worden aan het extramuraliseren?
- 8 vraag bugettair kader Wlz
Op of kort na Prinsjesdag, waarop de begroting 2015 wordt gepresenteerd, zal ik het definitieve kader voor de contracteerruimte 2015 en het maximumbudget voor de pgb's in 2015 bekend maken bij de Eerste en Tweede Kamer der Staten-Generaal. Is er dan voldoende tijd voor zorgkantoren en aanbieders om voor 2015 contracten af te sluiten?

Nr. Vraag

- 9 vraag budgettair kader Wlz
In de Wlz omvat het kader voor de zorg van € 17.100 miljoen;
a. de contracteerruimte zorg in natura betreft € 16.200 miljoen;
b. het maximumbudget voor pgb's betreft € 900 miljoen.
Het beschikbare kader voor de Wlz 2015 is gebaseerd op de contracteerruimte 2014 en de maximaal beschikbare middelen voor het persoonsgebonden budget 2014, waardoor continuïteit van zorg in de Wlz gewaarborgd wordt. Bestaande productieafspraken en bestaande verplichtingen voor het persoonsgebonden budget leggen uiteraard in 2015 beslag op het kader. Afhankelijk van het beroep dat op beide leveringsvormen wordt gedaan kan gedurende het jaar tussen deze twee kaders worden geschoven. Hierbij is het zowel mogelijk om van de contracteerruimte voor zorg in natura te schuiven naar het budgetplafond voor pgb als andersom. Wat gebeurt er als het plafond van de contracteerruimte bereikt is? Worden mensen dan aan hun lot overgelaten? Wat zijn de gevolgen van de mogelijkheid tot het schuiven tussen zorg in natura en pgb? Bestaat dan niet het risico dat halverwege het jaar, mensen die voldoen aan de criteria voor een pgb, dit alsnog niet kunnen krijgen omdat er geld is overgeheveld naar zorg in natura?
- 10 vraag budgettair kader Wlz
Een tweede mogelijkheid is het schuiven tussen de regionale contracteerruimte en de beschikbare middelen voor pgb, op verzoek van de betreffende zorgkantoren. De verzoeken hiertoe dienen de zorgkantoren in bij het aanleveren voor het indienen van de definitieve productieafspraken over het jaar. Voor het jaar 2015 is dit op 1 november 2015. Op dat moment weten Wlz-uitvoerders ook in hoeverre er nog middelen onbenut zijn ten aanzien van de contracteerruimte en kunnen ze op basis van de zorg die in de eerste maanden van het jaar is geleverd, een inschatting maken van de benutting van het pgb kader. De schuif tussen pgb en contracteerruimte zorg in natura is alleen mogelijk als het binnen het totale beschikbare kader past. Wat zijn de consequenties van dit schuiven in het regionale budget? Kan het hierdoor voorkomen dat iemand alleen nog zorg in natura kan krijgen in een andere regio?
- 11 vraag budgettair kader Wlz
De totale contracteerruimte AWBZ 2014 wordt verminderd met de kosten van zorg die in 2015 door de gemeenten in het kader van de Wmo en de Jeugdwet en door de zorgverzekeraars in het kader van de Zorgverzekeringswet geleverd zal worden. In het kader is de groei 2014 naar rato van de bedragen van de zorg verdeeld over de verantwoordelijke overheden en zorgverzekeraars in 2015. Welke maatregelen kunnen er genomen worden als blijkt dat deze verdeling niet de juiste is geweest, of als blijkt dat er toch veel meer mensen in aanmerking komen voor zorg vanuit de Wlz?
- 12 vraag budgettair kader Wlz
Daarnaast is er in 2015 een subsidieregeling voor extramurale behandeling (€ 95 miljoen) en een subsidieregeling voor ADL (€ 80 miljoen). Waarop zijn deze bedragen gebaseerd?
- 13 vraag budgettair kader Wlz
De contracteerruimte bevat een bedrag van € 670 miljoen in verband met het overgangsrecht. Deze middelen worden verdeeld over de zorgkantorregio's op basis van het aandeel van de zorgkantoren in de extramurale zorg in 2013. Op basis waarvan is dit bedrag vastgesteld?

- Nr. Vraag**
- 14 vraag budgettair kader zorg
In de contracteerruimte 2015 is een korting van € 510 miljoen verwerkt vanwege het extramuraliseren van de zorg voor nieuwe cliënten in de «lage» zzp's. Waar komt deze € 510 miljoen vandaan? De opbrengst is door de regering steeds geraamd op € 475 miljoen. Waar komt de extra € 35 miljoen vandaan?
- 15 vraag budgettair kader Wlz
De extramurale zorg komt in 2015 ten laste van gemeenten en verzekeraars, die hiervoor uiteraard gecompenseerd worden. Voor hoeveel worden gemeenten en verzekeraars precies gecompenseerd?
- 16 vraag budgettair kader Wlz
De zorgkantoren en de zorgaanbieders maken derhalve productieafspraken over een gemiddelde afname van capaciteit over het gehele jaar, terwijl het daadwerkelijk aantal mensen met een «laag» zzp op 1 januari 2015 nog hoger is. Gelet hierop wil ik het voor zorgkantoren mogelijk maken om passende productieafspraken te maken met de zorginstellingen, waarbij rekening wordt gehouden met deze geleidelijke daling van het aantal mensen met een lage ZZZP dat intramuraal verblijft. Bestaat hier niet een heel groot risico dat instellingen eerder om zullen vallen, zoals nu eigenlijk ook al gebeurt?
- 17 vraag budgettair kader Wlz
Daarom heb ik besloten om een relatief groot deel van de groeimiddelen 2015 (namelijk € 140 miljoen) reeds bij aanvang van 2015 beschikbaar te stellen. Daarnaast heb ik besloten om de herverdelingsmiddelen over 2014 structureel beschikbaar te stellen. Per wanneer komen de herverdelingsmiddelen 2014 precies beschikbaar? Er worden nu al bij bosjes mensen ontslagen en locaties gesloten, dit had dus eigenlijk voorkomen kunnen worden?
- 18 vraag budgettair kader Wlz
De normatieve huisvestingscomponenten (NHC's) zijn vanaf 2012 binnen de contracteerruimte gebracht met inachtneming van de overgangsregeling NHC. De daarmee gemoeide middelen worden aan de contracteerruimte toegevoegd. Nieuw is dat 50% van het door u genormeerde bedrag aan inventariskosten (NIC's) in 2015 binnen de contracteerruimte gaan vallen. Per saldo is in 2015 voor NHC's en NIC's een bedrag van € 600 miljoen toegevoegd aan de contracteerruimte. Vanwege het langer thuis wonen van cliënten is het aantal afgesproken zzp-dagen 2013 hoger dan het aantal dat in 2015 afgesproken zal worden. Naar rato van het lagere aantal dagen waarover de normatieve huisvestingslasten in 2015 zal worden berekend, is het initiële bedrag van € 710 miljoen met € 110 miljoen verlaagd tot voornoemde € 600 miljoen. Het totale bedrag aan NHC in 2015 wordt € 1.170 miljoen en voor de NIC's € 130 miljoen. Vanwege de toename van het NHC-percentage tot 50% en de introductie van voornoemd NIC-percentage verminderen in 2015 uiteraard de na te calculeren huisvestingslasten buiten de contracteerruimte. Is hierdoor niet ook het risico veel groter dat instellingen financieel omvallen, terwijl er nog mensen verblijven in die instelling? Waarom is er niet een overgangsregeling voor de NHC gekozen voor de extramuralisering, een gefaseerde afbouw?
Als gevolg hiervan worden de zzp-tarieven in 2015 verlaagd met een bedrag van € 40 miljoen. Op welk percentage van de kostprijs liggen de zzp's nu?

Nr. Vraag

- 19 vraag uitvoering langdurige zorg
Omwille van een soepele overgang van de AWBZ naar de Wlz, is het van groot belang om in 2015 Wlz-zorg thuis aan te kunnen bieden en te bekostigen op de wijze zoals in de AWBZ gebruikelijk is. Dit betekent dat zorgkantoren met zorgaanbieders kunnen afspreken dat de zorg voor cliënten die een indicatie hebben voor verblijf, op grond van functies en klassen bekostigd kan worden. Het woord «kan» impliceert dat het niet moet, wat zijn de gevolgen als wordt besloten niet in klassen en functies in te kopen? Zowel voor patiënten, als voor zorgaanbieders. Hierdoor kan aan cliënten die voldoen aan de toegangscriteria van de Wlz de keuze worden geboden om Wlz-zorg niet in de vorm van een totaalpakket af te nemen. Hebben de cliënten wel een keuze, of bepaalt de zorgverzekeraar dit?
- 20 vraag uitvoering langdurige zorg
Ook kan Wlz-zorg in functies en klassen passend zijn voor nieuwe cliënten die weliswaar voldoen aan de objectieve criteria voor toegang tot de Wlz, maar bijvoorbeeld vanwege goede informele zorg niet zijn aangewezen op het volledige zorgpakket thuis. Zij kunnen ervoor kiezen alleen die onderdelen van Wlz-zorg thuis af te nemen, waaraan zij behoefte hebben. Zou het niet wenselijk zijn om deze mogelijkheid ook na 2015 te behouden?
- 21 vraag uitvoering langdurige zorg
In lijn met de invoering van functies en klassen in de Wlz wordt mogelijk gemaakt dat cliënten in 2015 Wlz-zorg deels afnemen in natura en deels inkopen met een pgb (deelbaar pgb). De invoering van functies en klassen en het deelbaar pgb worden bij tweede nota van wijziging van de Wlz geregeld. Ook hiervoor geldt de vraag: Is het niet wenselijk dit ook na 2015 mogelijk te maken?
- 22 vraag uitvoering langdurige zorg
Ten aanzien van de onderstaande onderwerpen wordt de lijn van de Wlz, ongeacht het wettelijk regime in 2015, gevolgd:
De aanspraken ADL en extramurale behandeling op grond van de AWBZ worden per 2015 vervangen door een subsidieregeling, die wordt uitgevoerd door het Zorginstituut Nederland. Beide vormen van zorg worden immers ook in de Wlz op grond van een subsidieregeling bekostigd, waardoor zorgkantoren op dit moment de zekerheid hebben dat deze vormen van zorg niet in de inkoop 2015 betrokken hoeven te worden, maar via het subsidie-instrument bekostigd kunnen worden. Wat zijn de gevolgen voor de gebruikers van deze zorg als het subsidieplafond bereikt is?
- 23 vraag uitvoering langdurige zorg
De aanspraken ADL en extramurale behandeling op grond van de AWBZ worden per 2015 vervangen door een subsidieregeling, die wordt uitgevoerd door het Zorginstituut Nederland. Beide vormen van zorg worden immers ook in de Wlz op grond van een subsidieregeling bekostigd, waardoor zorgkantoren op dit moment de zekerheid hebben dat deze vormen van zorg niet in de inkoop 2015 betrokken hoeven te worden, maar via het subsidie-instrument bekostigd kunnen worden. Wat zijn de gevolgen voor de gebruikers van deze zorg als het subsidieplafond bereikt is?

Nr. Vraag

- 24 vraag uitvoering langdurige zorg
Het indicatieproces wordt zodanig herzien dat niet langer wordt ge(her)indiceerd aan de hand van standaard indicatieprotocollen, indicatiemeldingen en taakmandaat en dat meer in persoon wordt geïndiceerd. Ook zal het CIZ vanaf 2015 niet meer in termen van zorgzwaarten indiceren, maar een zorgprofiel vaststellen. Welke zorg, gegeven dit profiel, het meest passend is, bepaalt de zorgaanbieder met de cliënt en zijn of haar vertegenwoordiger, binnen de inkoopafspraken die zijn overeengekomen met het zorgkantoor. Door deze wijze van indicatiestelling worden de wensen, behoeften en mogelijkheden van de cliënt meer centraal gesteld en krijgen professionals in de zorg meer ruimte om maatwerk te leveren. De leden van de PVV-fractie maken hier ernstig bezwaar tegen. Het CIZ heeft bewezen niet adequaat en efficiënt te werken. In de pilot regelarm werken is bewezen, dat indiceren via mandaat beter en goedkoper is. Waarom houdt de regering vast aan het vergroten van de macht van een orgaan waarop zoveel aan te merken is? Als u nu weer begint over fraude, er waren toch slechts twee instellingen die aantoonbaar fraudeerden? Die kunt u via naming and shaming toch aanpakken? En die twee kunt u de mandatering toch afnemen? Daardoor houdt u toch niet zo'n vreselijk ergerlijk (uitkomsten ERAI) verantwoordingssysteem (CIZ) in het leven?
- 25 vraag uitvoering langdurige zorg
Omdat kortdurende opnames vanaf 2015 onder de verantwoordelijk van de zorgverzekeraar of de gemeente vallen, wordt vanaf 2015 verblijf op basis van een noodzaak tot een snelle opname alleen uit de langdurige zorg (Wlz of AWBZ) gefinancierd als uit de versneld afgegeven indicatie van het CIZ blijkt dat de cliënt daarop blijvend is aangewezen. Dit in tegenstelling tot de huidige praktijk in de AWBZ. Indien de Wlz niet op 1 januari 2015 in werking treedt, dan zal dit onder het AWBZ-regime in het Zorgindicatiebesluit worden geregeld. Wat is er mis met de huidige praktijk?
- 26 vraag uitvoering langdurige zorg
Palliatieve terminale zorg: Deze zorg is vanaf 1 januari 2015 onderdeel van de aanspraak wijkverpleging in de Zvw. Voor personen die deze zorg in een op grond van de Wtzi toegelaten instelling voor Zvw-verblijf ontvangen valt deze zorg vanaf 2015 onder de Zvw. Voor personen met een AWBZ-indicatie voor verblijf of een Wlz-indicatie geldt dat zij in 2015 de benodigde palliatieve terminale zorg uit de langdurige zorg krijgen aangeboden. Bestaat hier niet een groot risico, dat zorgverzekeraars dit zullen afwentelen op de Wlz? Beperkt dit niet de keuze van mensen om thuis of in een hospice te sterven? Waarom is er na al die jaren nog geen duurzame dekkende oplossing voor palliatieve zorg?
- 27 vraag uitvoering langdurige zorg
De te extramuraliseren zzp's Ig1, Ig3 en zg1: Deze zullen per 1 januari 2016 worden geextramuraliseerd, ongeacht het wettelijk regime in 2015. Is het niet wenselijk om eerst de gevolgen van eerdere extramuralisaties te evalueren, alvorens nog een grote groep dakloos te maken?
Dit betekent bijvoorbeeld dat de gemeente vanaf 1 januari 2015 verantwoordelijk is voor cliënten met ggz-C pakket die vanwege hun specifieke zorgbehoefte in een verpleeghuis verblijven. Wat gaat er met deze mensen gebeuren? Zijn gemeenten hier klaar voor?

- Nr. Vraag**
- 28 Voor een zo zorgvuldig mogelijke indicatiestelling wordt onder de Wlz ingezet op het vervallen van de mandaatconstructie en het invoeren van de indicatiestelling in persoon. Deze ambitie zal ook bij een eventuele versmalde AWBZ in 2015 worden vormgegeven. Waarom wordt deze beslissing genomen voordat de evaluatie van de ERAI heeft plaatsgevonden, daar de verwachting is dat zelf indiceren beter, goedkoper en efficiënter zal zijn?
- 29 De verplichting van medische beroepsbeoefenaren om, met eventuele doorbreking van hun beroepsgeheim, medische gegevens te verstrekken is gekoppeld aan de invoering van de Wlz. Als de Wlz niet per 1 januari 2015 wordt ingevoerd, wordt dit voornamelijk niet gerealiseerd. Dit mag helemaal nooit een verplichting worden?
- 30 vraag uitvoering langdurige zorg
Onder de Wlz is voorzien dat het pgb en de zorg in natura onder één budgettair kader komen. Dit vervalt als de Wlz nog niet in 2015 wordt ingevoerd. Het pgb en de zorg in natura blijven dan gescheiden kaders. Wat zijn hiervan de gevolgen voor pgbhouders?
- 31 Kan de regering duidelijk uiteenzetten hoe de ruimte voor de professional ontstaat?
- 32 Voor 2015 kunnen bestaande cliënten met een hoge ZZP die thans AWBZ zorg ontvangen in functies en klassen hun vertrouwde zorg in 2015 houden. Zij vallen niet onder het overgangsrecht, maar het overgangsrecht in de Wlz voor cliënten met een laag ZZP verandert niet. Waarom niet?
- 33 Deze fasering houdt in dat in het overgangsjaar 2015 geen wezenlijke veranderingen worden doorgevoerd ten aanzien van de bekostiging van zorg (zzp-bekostiging), de regionale zorgkantorindeling (32 zorgkantoorregio's), de AZR-registratie en de zorginkoop. Gelet op deze geleidelijke overgang heeft een uitstel van de Wlz geen voordelen, maar biedt invoering in 2015 wel mogelijkheden om genoemde verbeteringen onder de Wlz te realiseren. Het is dus mogelijk om binnen de AWBZ wijzigingen door te voeren, waarom wordt er niet gekozen voor het verbeteren van de huidige AWBZ in plaats van die op te heffen en te vervangen voor de Wlz?
- 34 Op welke manier en binnen welke termijn zullen cliënten, die nu met een laag ZZP thuis wonen, worden geïnformeerd over het overgangsrecht in de Wlz?
- 35 Kan het feit dat er meer in personen wordt geïndiceerd en niet in termen van zorgzwaarte nader geduid worden?
- 36 Hoe transparant is het nieuwe proces van indicatiestelling voor de cliënt?
- 37 In dat geval zal de AWBZ na 1 januari 2015 tijdelijk, zij het in versmalde vorm, worden voortgezet. Versmald omdat ik ervan uitga dat de Wmo 2015, de Jeugdwet en de wijziging van het Besluit zorgverzekering wel op 1 januari 2015 ingaan. De AWBZ-amvb's (het Besluit zorgaanspraken, het Zorgindicatiebesluit en het Bijdragebesluit zorg) zullen alsdan worden aangepast in verband met de geplande overhevelingen naar de Zvw en decentralisaties naar gemeenten. Ook hieruit blijkt dat een hele stelselwijziging niet echt nodig is en dat er binnen de AWBZ een heleboel te realiseren is, waarom dan toch deze stelselwijziging middels het opheffen van de AWBZ doorduwen?
- 38 Zijn de zorgprofielen waar in 2015 mee gewerkt moet worden al bekend?
- 39 Hoe kan telefonisch worden nagegaan of de situatie zonder twijfel duidt in de richting van een bepaald zorgprofiel?

- | Nr. | Vraag |
|------------|--|
| 40 | Dit omvat alle werkzaamheden die er toe leiden dat er op 1 januari 2015 een organisatie is die op die taak is toegerust. Onder meer betekent dit dat de scholing van de medewerkers is afgerond, de systemen en processen voor het indicatieproces gereed en getest zijn en de werkwijze van het CIZ met een nieuw klantbedieningsconcept (de cliënt wordt in persoon beoordeeld) operationeel is. Hoe groot is de kans, dat het CIZ hiervoor op tijd klaar is? |
| 41 | De hoeveelheid werkzaamheden en tegelijkertijd de wijze waarop die werkzaamheden in het kader van de Wlz uitgevoerd gaan worden, brengen met zich mee dat de gehele huidige organisatie onder de loep moet worden genomen, dat er met alle medezeggenschaporganen overleg moet worden gevoerd over de afbouw van de huidige en de opbouw van de nieuwe organisatie in alle facetten. Welke garantie is er dat de organisatie optimaal is ingesteld op de nieuwe werkwijze voor 1 januari 2015? |
| 42 | Het CIZ, dat onafhankelijk is van andere partijen in de zorg, beschikt over de kennis en expertise om deze aanvragen te beoordelen. Omdat het gaat om complexe Wlz-zorg, is van belang dat aanvragers in direct contact worden onderzocht. Hoe onafhankelijk is het CIZ? Waaruit blijkt dat er over voldoende kennis en expertise wordt beschikt? Het onderzoek dat door het CIZ zelf is gedaan naar het zelf indiceren van organisaties en zorgverleners is niet echt onafhankelijk en objectief te noemen toch? |
| 43 | Op basis van welke gegevens van het CIZ is uitgekomen op de verwachte reductie van 50%? Op welke manier zal dit percentage worden beïnvloed door ofwel de inwerkingtreding van de WLZ, ofwel de gefaseerde uitvoering van de WLZ tot 1 januari 2016? |
| 44 | Thans zijn bij het CIZ circa 1300 mensen werkzaam. Op basis van de meest recente inzichten van het CIZ zou een reductie van circa 50% te verwachten zijn. Over welke inzichten gaat het hier? De verwachting is dat het aantal indicaties zal afnemen, maar daar staat tegenover dat er met iedere cliënt persoonlijk contact zal moeten worden gezocht en onderhouden. Dat is veel arbeidsintensiever dan de huidige manier van indiceren toch? En arbeidsintensiever dan het zelf indiceren met de steekproefsgewijze controle achteraf? |
| 45 | Er is een hoop afspraken gemaakt met zorgkantoren en aanbieders over het beperken van de administratieve lasten. Hoort hier ook bij dat alle zorgkantoren (lees: zorgverzekeraars) op alle fronten uniform gaan werken? |
| 46 | In de brief wordt een pilot genoemd over het reduceren van administratieve lasten, het proces van inkoop van de langdurige zorg, de opschaling van zorgkantorregio's en de ontwikkeling van meerjarige overeenkomsten. Kan er meer duidelijkheid gegeven worden over de realiseerbaarheid en de duur van de pilot? Wanneer zal de Kamer worden geïnformeerd over de uitkomsten van deze pilot? Wanneer zal de pilot met betrekking tot de reductie van de administratieve lasten worden gestart? |
| 47 | Zorgkantoren hebben de overtuiging dat door hun gezamenlijke inzet zorgaanbieders in 2015 een wezenlijke vermindering van administratieve lasten zullen ervaren. Ook hier is dus geen stelselwijziging nodig? |
| 48 | Kan de regering aangeven op basis waarvan de besparing van € 880 miljoen met betrekking tot de extramuralisering wordt geraamd? |
| 49 | Kan de regering de berekening van de € 880 miljoen de Kamer doen toekomen? Zo nee, waarom niet? |

- Nr. Vraag**
- 50 Kan de regering aangeven hoe het komt dat van de geraamde € 880 miljoen al € 370 miljoen is gerealiseerd. Kan de regering nader verklaren hoe dat komt?
- 51 Kan de regering de Kamer een overzicht doen toekomen waarin de daling van het aantal mensen met een laag ZZP is weergegeven? Zo nee, waarom niet?
- 52 Waarom is de Kamer niet eerder geïnformeerd over de besparing van € 880 miljoen die de extramuralisering moet opbrengen? Kan de regering dat toelichten met argumenten?
- 53 Wanneer heeft de regering de zorgkantoren geïnformeerd dat zij in de contracteerruimte de korting van € 510 miljoen moeten meenemen, terwijl de definitieve contracteerruimte nog vastgesteld moet worden?
- 54 Waarom heeft de regering wel de Nza en de zorgkantoren geïnformeerd over de korting in de contracteerruimte, voordat de Kamer hierover werd geïnformeerd? Kan de regering toelichten waarom zij hier voor gekozen heeft? Zo nee, waarom niet?
- 55 Welk effect heeft deze mogelijke korting op de contracteerruimte, met betrekking tot de inkoopgesprekken die momenteel plaatsvinden? Kan de regering daar nader op ingaan?
- 56 Waarom kiest de regering ervoor om de overige € 510 miljoen te korten op de contracteerruimte in 2015?
- 57 Kan de regering aangegeven welke consequenties de korting van € 510 miljoen op de contracteerruimte 2015 zal meebrengen?
- 58 Hoeveel verzorgingshuizen verwacht de regering die de deuren zullen sluiten, vanwege de korting op de contracteerruimte?
- 59 Hoeveel ontslagen verwacht de regering naar aanleiding van de korting op de contracteerruimte in 2015?
- 60 Welke consequenties heeft de korting van € 510 miljoen op de kwaliteit en continuïteit van zorg voor mensen die verblijven in een instelling?
- 61 Is deze korting op de intramurale zorg verantwoord? Kan de regering daarover rapportages overleggen?
- 62 Is de regering nog steeds voornemens om kleine en standalone verzorgingshuizen een overlevingskans te bieden, zoals zij eerder beloofde? Zo ja, hoe moeten zorgkantoren rekening houden met standalone instellingen in hun inkoop?

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

De griffier van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
Teunissen