

Vergaderjaar 2013–2014

33 891

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

Nr. 6

VERSLAG

Vastgesteld 20 mei 2014

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport, belast met het voorbereidend onderzoek van voorliggend wetsvoorstel, heeft de eer als volgt verslag uit te brengen van haar bevindingen.

Onder het voorbehoud dat de in het 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	7
2.	De verzekering	15
3.	Kwaliteit	52
4.	Betrokkenheid	58
5.	Wie is waarvoor verantwoordelijk?	60
6.	Samenhang tussen de Wlz en andere domeinen	64
7.	Financiële houdbaarheid	70
8.	Regeldruk	77
9.	Fraude en oneigenlijk gebruik	81
10.	Gegevensuitwisseling	84
11.	Innovatie door te experimenteren	85
12.	Internationaalrechtelijke aspecten	86
13.	Juridisch kader en rechtsbescherming	87
14.	Consultatie en adviezen	88
15.	Toekomstperspectief	88
16.	Overgangssituatie, inwerkingtreding en transitie	91
17.	Monitoring en evaluatie	92

ARTIKELSGEWIJS

93

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 leden van de VVD-fractie delen de ambitie van de regering om de kwaliteit van de langdurige zorg te verbeteren, de betrokkenheid van de samenleving te vergroten en de financiële houdbaarheid van de langdurige zorg te vergroten. In dit kader zien genoemde leden een aantal onderwerpen dat hiervoor van groot belang is. Specifiek gaat het dan om het terugdringen van bureaucratie en het stimuleren van vernieuwing, waarbij in ieder geval sprake moet zijn van voldoende ruimte voor nieuwe aanbieders en innovatieve manieren van werken. In algemene zin vragen deze leden de regering op deze onderwerpen in te gaan, en daarbij aan te geven in hoeverre voorliggend wetsvoorstel hiervoor ruimte biedt, en een verbetering inhoudt ten opzichte van de huidige Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ).

Ook eigen regie is een belangrijk onderwerp voor de leden van de VVD-fractie. Eigen regie is niet alleen van belang voor mensen met lichte beperkingen, maar zeker ook voor mensen met zwaardere beperkingen. Niet alleen op het moment dat ze voor een aanbieder kiezen, maar ook wanneer zij al enige jaren bij diezelfde aanbieder verblijven. Genoemde leden vragen de regering te bevestigen dat het uitgangspunt van zoveel mogelijk eigen regie ook in de Wlz een belangrijke pijler is, ook voor mensen die zorg in natura ontvangen in een instelling. Kan de regering nader op dit onderwerp ingaan?

In algemene zin vragen de leden van de VVD-fractie de regering hoe voorliggend wetsvoorstel concreet de volgende onderwerpen stimuleert:

- vernieuwing/innovatie;
- belonen van kwaliteit/uitkomsten;
- kostenbeheersing en doelmatige besteding van zorggelden;
- eigen regie en «ontzorgen»;
- «belonen» van goed presterende instellingen.

De regering geeft meermaals aan dat het om mensen gaat die zeer waarschijnlijk een blijvend beroep moeten doen op deze zorg. Voor de leden van de VVD-fractie staat voorop dat ook in de Wlz prikkels moeten bestaan om deze mensen waar mogelijk perspectief te bieden, zoveel mogelijk te laten participeren in de samenleving, continue te werken aan een verbetering van de kwaliteit van leven en indien mogelijk manieren te vinden om hun beperkingen te verminderen. Kan de regering dit bevestigen? Zo ja, op welke wijze draagt voorliggend wetsvoorstel bij aan de genoemde aspecten?

De regering benoemt op verschillende plekken in de memorie van toelichting de benodigde cultuuromslag in de langdurige zorg. Kan de regering nader toelichten wat zij hiermee bedoelt, en op welke manier voorliggend wetsvoorstel daaraan bijdraagt?

In de memorie van toelichting wordt uitgebreid ingegaan op de toegangs-criteria voor de Wlz. Vervolgens gaat het om de vraag of het aanbod passend is voor de cliënten. In de huidige AWBZ zijn verschillende gevallen bekend van mensen die toegang hebben tot de AWBZ, maar niet de benodigde of passende zorg ontvangen omdat deze niet geleverd kan worden door natura- instellingen. Dit ondanks het geldende recht op zorg en de bijbehorende zorgplicht. In hoeverre lost de voorgestelde Wlz deze problematiek op? Kan iedereen die toegang krijgt tot de Wlz erop rekenen dat hij of zij de benodigde zorg ook kan krijgen?

De leden van de VVD-fractie vinden het belangrijk dat cliënten inzicht krijgen in de zorg die zij geleverd hebben gekregen inclusief de kosten daarvan, ook met het oog op fraudebestrijding. Kan de regering aangeven op welke wijze zij dit mogelijk gaat maken in de Wlz, conform de

toezegging aan genoemde leden eind 2013 bij de begrotingsbehandeling VWS 2014?

In het wetsvoorstel wordt op verschillende plekken gebruik gemaakt van delegatie, bijvoorbeeld een algemene maatregel van bestuur (mogelijkheid). Kan de regering een overzicht geven van alle delegatiebepalingen in het wetsvoorstel? Kan de regering bij iedere delegatiebepaling aangeven wat het doel hiervan is, en waarom dit op deze manier en niet in de wet zelf geregeld dient te worden?

De leden van de VVD-fractie vragen of de regering kan toelichten waarom gekozen is voor regionale «zorgkantoren» én een Wlz-uitvoerder.

In hoeverre bereikt de wet dat men stimuleert dat niet de toegang tot een instelling, maar het verkrijgen van noodzakelijke zorg centraal staat?

In hoeverre is in dit wetsvoorstel «high trust, high penalty» de maatstaf?

Wat verbetert er op dit gebied ten opzichte van de huidige AWBZ?

Het is de verwachting dat er een toenemend aantal particuliere zorgaanbieders zorg zal verlenen in de Wlz. De Nederlandse Vereniging van Particuliere woon- en/of zorgvoorzieningen (NeVeP) heeft gepleit voor een kwaliteitskeurmerk voor deze aanbieders. Wat is de reactie van de regering op dit pleidooi?

De leden van de VVD-fractie vragen wanneer de regering voornemens is om inzicht te geven in de inhoud van de lagere regelgeving, behorende bij dit wetsvoorstel.

Hoe vermindert voorliggend wetsvoorstel de regeldruk, specifiek voor kleine (particuliere) aanbieders van nieuwe woonvormen?

De leden van de **PvdA-fractie** hebben met belangstelling kennisgenomen van het wetsvoorstel Wet langdurige zorg. Deze leden willen de langdurige zorg voor ouderen en gehandicapten nu en in de toekomst toegankelijk en betaalbaar houden. De mensen die onder de reikwijdte van dit wetsvoorstel vallen, behoren tot de meest kwetsbare doelgroepen in onze samenleving. Zij moeten kunnen rekenen op goede zorg en ondersteuning waarbij kwaliteit van leven voorop staat. Deze leden delen de doelstellingen die de regering verbindt aan het wetsvoorstel. Meer maatwerk, zorg in de buurt, zorg dichtbij de mensen georganiseerd en goede samenwerking tussen verschillende aanbieders staan voor genoemde leden centraal. Deze leden willen naar een systeem van langdurige zorg met kleinschalige en persoonlijke zorg als belangrijkste pijler. Zorg die zoveel mogelijk op de thuissituatie lijkt, zonder onnodige bureaucratie en verspilling. Dit willen deze leden bereiken met minder overhead in zorgorganisaties, minder papierwerk voor medewerkers en minder protocollen. Er moet weer meer vertrouwen komen in de kennis en kunde van zorgmedewerkers. Genoemde leden willen dat de medewerkers in de langdurige zorg, die hun werk met veel liefde uitvoeren, hun tijd zoveel mogelijk aan de contacten met cliënten zelf kunnen besteden. Dit wetsvoorstel biedt voor deze doelstellingen de juiste handvatten, maar er kunnen nog stappen worden gezet.

De leden van de PvdA-fractie lezen dat de regering vier uitgangspunten hanteert bij de herziening van de langdurige zorg: (1) kwaliteit van leven moet voorop staan in geboden zorg, (2) er moet een systeem komen waarin meer voor elkaar gezorgd wordt, (3) wanneer iemand niet meer zelfredzaam is, moet er altijd ondersteuning of passende zorg zijn en (4) de meest zorgbehoevenden krijgen recht op passende zorg en verblijf binnen de Wet langdurige zorg. Deze leden kunnen zich goed vinden in deze uitgangspunten. Deze inbreng heeft voornamelijk betrekking op het laatste uitgangspunt: de Wlz. De leden van de PvdA-fractie hebben vragen over het wetsvoorstel en de nadere uitwerking hiervan. Deze zullen in volgorde van de hoofdstukken van de memorie van toelichting gesteld worden.

De leden van de **SP-fractie** hebben met grote zorgen kennisgenomen van het wetsvoorstel Wet langdurige zorg. Deze leden hebben eerder al – tijdens de behandeling van de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo 2015) – gewezen op de enorme problemen die de splitsing van de AWBZ over andere wetten oplevert. Kan de regering toelichten waarom de AWBZ in beginsel is opgericht? Acht de regering het wenselijk om de stijging van het aantal ouderen in Nederland als problematisch te ervaren? Zou het niet beter zijn om net als in de jaren 60 de misstanden in de zorg aan te grijpen om de zorg te verbeteren in plaats van de boel af te breken, zoals de regering voorstaat? Wat is de reden dat de regering er niet voor kiest om ouderen en gehandicapten keuzevrijheid te geven en hen te laten kiezen tussen langer thuis blijven wonen of wonen in een zorginstelling? Kan de regering zich voorstellen dat er ouderen in Nederland zijn die juist de veiligheid en geborgenheid van een zorginstelling als zeer waardevol ervaren en daarom – ondanks een lager zorgzwaartepakket (zzp) – daar toch willen wonen? Acht de regering het niet contraproductief door honderden verzorgingshuizen te sluiten en tegelijkertijd 40% van de thuiszorg weg te snijden?

Is de regering met de leden van de SP-fractie van mening dat de zorg een taak is van de overheid die niet overgelaten kan worden aan particuliere initiatieven of kerkelijke gunsten? Is de regering met genoemde leden van mening dat de samenleving een gezamenlijke verantwoordelijkheid draagt voor een ieder en dat daarom iedereen recht moet hebben op toegang tot goede zorg in een zorgstelsel dat collectief wordt opgebracht en waarop iedereen ongeacht inkomen in gelijke mate recht heeft? Zo nee, waarom niet? Zo ja, kan de regering dit toelichten?

De leden van de **CDA-fractie** hebben kennisgenomen van de Wet Regels inzake de verzekering van zorg aan mensen die zijn aangewezen op langdurige zorg (Wet langdurige zorg). Onderhavige wet moet de AWBZ per 1 januari 2015 gaan vervangen. Gesteld kan worden dat dit een historisch moment is. De wet die sinds 1968 veiligheid bood aan grote groepen mensen die langdurig zijn aangewezen op zorg en verpleging wordt per 1 januari 2015 stopgezet. De regering komt met een nieuwe – kleinere – boom waar minder mensen onder mogen schuilen.

De leden van de CDA-fractie vragen of men straks door de zorgbomen het bos nog kan zien want de doelgroepenbenadering waar de regering maar voor blijft kiezen kent veel haken en ogen en biedt de ene groep meer rechtszekerheid dan de andere groep.

Deze leden noemen hier specifiek de cliënten met een ggz-indicatie en de toekomst van de ouderenzorg.

De leden van de CDA-fractie vragen zich ten eerste af of deze majeure wijzigingen die de regering voorstelt de problemen waar men in de zorg voor staat en die genoemde leden onderkennen werkelijk zullen verminderen of oplossen. Voor de leden van de CDA-fractie dient een volksverzekering waarbij de meest kwetsbaren een vangnet aangeboden krijgen het uitgangspunt te zijn. Het perspectief van de zorgvrager en zijn familie moet leidend zijn en de zorgkosten voor de samenleving en de overheid houdbaar voor de lange termijn. Deze leden vinden dat er tot heden door de regering onvoldoende helder is gemaakt wat de komst van deze nieuwe wet financieel betekent, voor de korte en de lange termijn. De regering heeft nog steeds onvoldoende helderheid kunnen bieden over de financiële consequenties van alle zorgwetgeving terwijl de leden van de CDA-fractie hier al meermalen om gevraagd hebben. Zowel de gevolgen voor de rijksbegroting, voor zorgvragers en hun naasten als de gevolgen voor de middeninkomens zijn niet helder. Deze informatie is noodzakelijk voordat de wetsbehandeling plaatsvindt aangezien deze leden moeten kunnen beoordelen of de positie van de cliënt in relatie tot de financiële consequenties in evenwicht is en wat de verschillen zijn met de huidige AWBZ. Daarbij gaat het wat betreft deze leden niet alleen om de korte

termijn maar ook om de lange termijn. Wat zijn de financiële consequenties voor de jaren na 2015? Het doorkijkje dat de regering biedt om de langdurige zorg op termijn over te dragen naar de zorgverzekeraars is geen toekomstscenario dat de leden van de CDA-fractie voor ogen hebben. Zij hechten aan een volksverzekering voor langdurige zorg. Vanuit het perspectief van de zorgvrager betekent het volgens genoemde leden dat de drie wetten (Wmo, Wlz, Zorgverzekeringswet) op elkaar moeten aansluiten wil men een sluitend zorgaanbod kunnen bieden. Doordat de wetgeving complementair is aan elkaar kunnen er ook zorgkosten bespaard worden.

De leden van de CDA-fractie zijn het met de regering eens dat de huidige AWBZ herijkt moet worden. Zoals deze leden in eerdere debatten en algemeen overleggen stelden is het een oude boom die beschutting moet bieden aan de meest kwetsbare mensen in onze samenleving. Daarom vragen genoemde leden aan de regering waarom er niet gekozen is om de persoonsvolgende bekostiging verder uit te werken. Ook blijven de kosten van de nieuwe Wlz vervuld met woonkosten en daardoor oneigenlijk hoog; waarom kiest de regering hiervoor? Hierdoor blijft het zo dat de kosten voor de langdurige zorg in Nederland veel hoger zijn dan in de landen om ons heen. De leden van de CDA-fractie zien hierop graag een uitgebreide reactie van de regering.

De regering stelt voor in tegenstelling tot de keuze die de leden van de CDA-fractie maken de AWBZ boom af te zagen en een nieuwe boom te planten: de Wlz genaamd. Deze boom groeit samen met twee andere kleinere boompjes die de regering plant, de Wmo 2015 en de aanspraak wijkverpleging.

Dat er lichtval tussen de bomen door komt begrijpen de leden van de CDA-fractie, maar is de door de regering gecreëerde lichtval niet veel te groot, zo vragen genoemde leden. Worden de mensen straks niet van het kastje naar de muur gestuurd? Bij de inbreng op de Wmo 2015 zijn verschillende voorbeelden hiervan genoemd.

De leden van de CDA-fractie willen weten wat het betekent voor de burger, de premie die hij gaat betalen en de zorg die men daarvoor kan krijgen. Tijdens het algemeen overleg eind 2013 is namens genoemde leden gevraagd of er straks sprake is van «minder zorg, minder zeggenschap maar meer betalen». Deze leden willen proberen voor de behandeling van de Wlz helderheid te krijgen.

Het lastendekkend maken van de Wlz-premie roept bij de leden van de CDA-fractie vragen en onduidelijkheden op die nog niet afdoende beantwoord zijn. Wat betekent deze wet voor de koopkracht van de middeninkomens, maar ook voor mensen die van de Wlz gebruik moeten gaan maken en nog een partner thuis hebben wonen? Genoemde leden weten nog steeds niet hoe de eigenbijdrageregeling er precies gaat uitzien en hoe de toekomst van de Wlz eruit ziet, of hoe lang de Wlz mag blijven bestaan aangezien de regering onomwonden stelt het een en ander op termijn over te willen dragen naar de Zorgverzekeringswet (Zvw).

De leden van de CDA-fractie willen dan ook uitgebreid van de mogelijkheid gebruik maken om vragen te stellen en hopen dat de regering de noodzakelijke duidelijkheid wil en kan verschaffen.

De leden van de **PVV-fractie** hebben kennisgenomen van het wetsvoorstel Wet langdurige zorg.

Deze leden vragen of de doelstelling van deze wet niet gewoon een bezuinigingsdoelstelling is om aan de drie procent van Brussel te voldoen.

De leden van de **D66-fractie** hebben met gemengde gevoelens kennisgenomen van het voorstel van de regering voor de Wet langdurige zorg. De Wlz vormt het «sluitstuk» van de hervorming van de langdurige zorg; met de overheveling van andere onderdelen van de huidige AWBZ naar gemeenten en zorgverzekeraars is de Wlz feitelijk een «kern-AWBZ». De

verschillen tussen de huidige AWBZ en onderhavig wetsvoorstel zijn, zeker prima facie, ook relatief beperkt van aard. De regering heeft, zoals zij zelf in de memorie van toelichting schrijft, slechts gekozen voor een «eerste stap» naar een doelmatiger en kwalitatief betere langdurige zorg, en afgezien van meer fundamentele wijzigingen in het stelsel, hoewel zij daar getuige hoofdstuk 15 van de memorie van toelichting wel ideeën over heeft. Genoemde leden achten deze keuze, gelet op het geheel van wijzigingen dat de komende jaren op stapel staat in de (langdurige) zorg, enerzijds verdedigbaar. Anderzijds tonen zij zich teleurgesteld dat daadwerkelijke zorgvernieuwing en innovatie hierdoor 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 zeer beperkte mate wordt gezet. Deze leden beschouwen het wetsvoorstel vanuit deze grondhouding en leggen de regering hierbij nog de hiernavolgende vragen voor.

De leden van de **ChristenUnie-fractie** hebben met belangstelling kennisgenomen van het onderhavige wetsvoorstel en hebben daarover nog vragen. Deze leden ondersteunen de wens van de regering om de inrichting van de langdurige zorg bij de tijd te brengen en daarin ook plaats te geven aan de gedeelde verantwoordelijkheid van kleinere verbanden en de samenleving als geheel. Daarbij hechten deze leden er evenwel aan dat zij die langdurig met zorg te maken hebben en daardoor voor lange tijd aangewezen zijn op zorg, kunnen rekenen op goede kwaliteit en een degelijke bekostiging.

De leden van de **GroenLinks-fractie** hebben met belangstelling kennisgenomen van voorliggend wetsvoorstel. Deze leden delen de wens om de mensen die zorg nodig hebben meer centraal te stellen, om de zorg meer thuis en in de eigen omgeving te leveren en om de invloed van mensen op de zorg te vergroten. Echter, zij maken zich grote zorgen over de manier waarop dit vorm krijgt, de haast waarmee de hervormingen worden ingevoerd en de risico's waarmee dit gepaard gaat.

De leden van de **SGP-fractie** hebben met belangstelling kennisgenomen van het voorliggende wetsvoorstel, waarin geregeld wordt dat mensen met een blijvende somatische of psychogeriatrische beperking en mensen met blijvende verstandelijke, lichamelijke en/of zintuiglijke beperkingen passende zorg krijgen. Deze leden willen zich sterk maken voor een samenleving waarin mensen zoveel mogelijk kunnen (blijven) deelnemen aan de maatschappij. Tegelijkertijd constateren zij dat de manier waarop de zorg en ondersteuning nu georganiseerd zijn tegen financiële en maatschappelijke grenzen aanloopt. Deze leden vinden het daarom een noodzakelijke ontwikkeling dat de samenleving zelf meer verantwoordelijkheid krijgt om de zorg voor zichzelf en de zorg voor elkaar vorm te geven. Voor mensen die niet (volledig) zelf- of samenredzaam kunnen zijn, vinden deze leden het belangrijk dat er kwalitatief goede ondersteuning en passende zorg op maat beschikbaar blijft. De visie achter het wetsvoorstel spreekt de leden van de SGP-fractie aan, maar ze hebben wel de nodige vragen over de manier waarop het nieuwe stelsel vorm gegeven wordt. Graag willen zij daarom van de regering meer duidelijkheid ontvangen over de consequenties van het wetsvoorstel.

De leden van de **50PLUS-fractie** hebben met belangstelling kennisgenomen van het wetsvoorstel Wet langdurige zorg. Deze leden willen hierover wel graag enkele vragen stellen.

1. Inleiding

De leden van de **VVD-fractie** lezen dat inmiddels bijna 5% van de bevolking recht heeft op AWBZ-zorg, tegenover de 0,6% die werd beoogd. De regering schat in dat minder dan 200.000 mensen onder de nieuwe Wlz zullen vallen, maar dat dit aantal in de loop der jaren nog zal oplopen. Kan worden aangegeven welk percentage van de bevolking volgens de regering onder de Wlz zal vallen en hoe ver dit percentage in de toekomst zal oplopen?

De leden van de **PvdA-fractie** delen de visie die de regering in het regeerakkoord heeft vastgelegd. In de langdurige zorg moet de omslag gemaakt worden naar meer maatwerk, meer zorg in de buurt en meer samenwerking tussen verschillende aanbieders. Maar ook de omslag naar houdbaar gefinancierde voorzieningen, zodat ook latere generaties gebruik kunnen maken van goede langdurige zorg. Dit wetsvoorstel vormt het sluitstuk van de hervorming van de langdurige zorg, waarbij de huidige AWBZ wordt omgevormd tot een nieuwe landelijke voorziening waarin de intramurale ouderen- en gehandicaptenzorg landelijk wordt georganiseerd. Deze leden vragen waarom de regering de inwerking-treding van de Wlz per 1 januari 2015 noodzakelijk acht. Is uitstel met een jaar denkbaar en wat zijn daarvan de consequenties? Wat zijn de voor- en nadelen? Graag ontvangen deze leden een toelichting van de regering. De regering stelt dat er drie belangrijke motieven zijn om de AWBZ te hervormen: (1) de regering wil tot betere kwaliteit van zorg komen voor langdurig zorgbehoevenden, (2) de regering beoogt meer betrokkenheid en ruimte voor de sociale omgeving te realiseren en (3) het stelsel moet financieel houdbaar blijven. De leden van de PvdA-fractie steunen deze motieven. Wel vragen zij of een jaar uitstel van de Wlz niet meer ruimte biedt om tot echte zorgvernieuwing te komen, zodat genoemde doelstellingen beter gerealiseerd kunnen worden. Graag vernemen deze leden de visie van de regering op dit punt.

De regering is van mening, zo lezen de leden van de PvdA-fractie in de memorie van toelichting, dat de huidige AWBZ vastloopt in steeds ingewikkeldere regelgeving en dat het systeem van de AWBZ als geheel een lappendeken geworden is dat door niemand meer echt wordt overzien. Deze leden zijn het eens met de regering dat er in de AWBZ een veelheid aan ingewikkelde regels ontstaan is die goede zorg en ondersteuning, waar gezond verstand en autonomie voor zowel de werknemer als cliënt centraal staan, in de weg staan. De regering stelt dat de Wlz een fundamentele trendbreuk met het verleden markeert en dat de regering een omslag in de langdurige zorg en het handelen in de praktijk wil bewerkstelligen. Tevens worden er volgens de regering verschillende verbeteringen doorgevoerd om de kwaliteit van zorg te verbeteren, meer betrokkenheid te creëren en de positie van de cliënt beter te borgen. Dit zijn voor de leden van de PvdA-fractie stuk voor stuk zeer belangrijke doelstellingen. Toch vinden genoemde leden dat de Wlz nog te veel van het huidige AWBZ-systeem ademt. Het lijkt erop dat de Wlz te veel uitgaat van consolidatie van de oude situatie. Graag ontvangen deze leden hierop een reactie van de regering. Deze leden zouden graag meer vernieuwing in de langdurige zorg zien, aangezien vernieuwingen veel kunnen bijdragen aan het op maat maken van langdurige zorg. Zij constateren dat er inmiddels talrijke goede voorbeelden en initiatieven zijn ontplooid in de praktijk. Hoe gaat de regering gebruik maken van deze goede voorbeelden en ervoor zorgen dat deze voorbeelden leidend worden voor de toekomst van de langdurige zorg? Voelt de regering bereidheid in het veld om te leren van goede voorbeelden en hoe gaat zij deze bereidheid benutten? De leden van de PvdA-fractie ontvangen op dit punt graag een uitgebreide reactie van de regering.

Er wordt een flink aantal randvoorwaarden genoemd waarmee de positie van de cliënt verstevigd wordt. Dit zijn stappen in de goede richting, vinden de leden van de PvdA-fractie. Toch hebben deze leden enkele vragen over de borging van de positie van de patiënt. Hoe kunnen cliënten, wanneer zij niet tevreden zijn over de kwaliteit van geleverde zorg in een instelling, concreet een verbetering in geleverde zorg tot stand laten komen? Patiënten zijn nu nog te vaak afhankelijk van de zorgaanbieder van wie zij zorg ontvangen. Stemmen met de voeten (vertrekken bij een zorgaanbieder wanneer men niet tevreden is) is vaak niet mogelijk door een gebrek aan keuzemogelijkheden of inzicht in de keuzemogelijkheden. Bovendien is overstappen van zorgaanbieder vaak niet makkelijk voor de cliënten die afhankelijk zijn van de zorg en ondersteuning vanuit de Wlz. Hoe wordt dit verbeterd met dit wetsvoorstel? Welke middelen kan de cliënt inzetten wanneer hij of zij niet tevreden is en welke middelen zijn nieuw? Hoe kunnen medewerkers in de zorg aan de bel trekken wanneer zij constateren dat de zorg die zij leveren niet van voldoende kwaliteit is, door welke reden dan ook? Hoe wordt ervoor gezorgd dat de ervaringen van de cliënt echt centraal komen te staan bij de inkoop van zorg door zorgkantoren? Graag ontvangen deze leden een nadere toelichting van de regering en een uiteenzetting welke verbeteringen deze leden ten aanzien van de oude situatie tegemoet kunnen zien.

De leden van de PvdA-fractie lezen dat de beheersbaarheid van de Wlz wordt geborgd doordat het beheersinstrumentarium dat men kent vanuit de AWBZ behouden blijft en dat de Wlz hiernaast instrumenten bevat om de beheersbaarheid te verbeteren. Deze leden zouden graag een nadere toelichting willen op de beheersbaarheid van de AWBZ. Kan er duidelijk aangegeven worden welke concrete problemen met beheersbaarheid binnen de AWBZ werden ervaren vanuit de verschillende stakeholders (verantwoordelijke Minister, NZa, ClZ, zorgverzekeraars, zorgkantoren en zorgaanbieders) en welke oplossingen er toen gevonden zijn? Het valt genoemde leden op dat qua inrichting en structuur veel behouden blijft van het AWBZ-stelsel. Hoe strookt dit met de problemen met beheersbaarheid? Welke overwegingen hebben geleid tot behoud van deze structuur? Welke problemen worden opgelost met het lijstje nieuwe instrumenten op pagina 9 van de memorie van toelichting? Hoe verhoudt de oprichting van een nieuwe aparte juridische entiteit door zorgverzekeraars voor de uitvoering van de Wlz zich met het verminderen van de bureaucratie en regeldruk in de Wlz? Hoe draagt dat hieraan bij? Graag ontvangen deze leden een toelichting van de regering.

De leden van de PvdA-fractie lezen verder dat het persoonsgebonden budget (pgb) en de zorg in natura onder één budgettair kader gaan vallen. Kan nader worden toegelicht welke consequenties deze stap heeft voor cliënten en welke consequenties de verschillende wijzen van inkoop en aanvraag van een pgb en zorg in natura hebben op de beschikbaarheid van beide vormen van zorg voor cliënten? Waarom is er in de Wlz alleen de keuze tussen óf een pgb óf zorg in natura? Waarom maakt de regering geen combinatie mogelijk? Deze leden zien bijvoorbeeld zorg via een zorg in natura regeling voor zich waarbij de dagbesteding via een pgb wordt ingekocht. Wat is de visie van de regering op dergelijke combinatieconstructies? Is de regering voornemens om te bezien vanaf wanneer zij genoemde combinaties mogelijk maakt in de praktijk? Het pgb kan te allen tijde worden aangevraagd (gedurende het hele jaar) door cliënten wanneer zij een indicatie krijgen via het Centrum indicatiestelling zorg (ClZ) voor zorg via de Wlz, terwijl zorgkantoren met zorgaanbieders jaarlijkse (of meerjarige) afspraken voor zorginkoop maken. Hoe verhoudt dit zich tot elkaar? Kan het zo zijn dat zorgkantoren pgb-aanvragen afwijzen gedurende het jaar als het budget voor dat jaar al ingezet is? Graag ontvangen deze leden ook hierop een nadere toelichting.

De leden van de **SP-fractie** delen de noodzaak tot onderliggende hervormingen in de zorg niet. Deze leden stellen vast dat het schrappen van de AWBZ en het overhevelen van de zorg naar de gemeenten en de zorgverzekeraars niet leidt tot betere zorg. Hoe wil de regering de zorg thuis versterken als erop bezuinigd wordt? Hoeveel extra budget wordt er vrijgespeeld door de regering om te investeren in de kwaliteit van zorg? Hoe wil de regering voorkomen dat mensen in een verpleeghuis terecht komen als gemeenten failliet gaan, dankzij de decentralisaties? Is het introduceren van marktwerking in de wijkverpleging niet per definitie vragen om forse problemen?

«Solidariteit is het fundament van ons zorgsysteem. Als daaraan getornd wordt, trekken de meest kwetsbaren aan het kortste eind. Dat is niet de samenleving die de regering voor ogen heeft.» Dit is een uitspraak die de regering heeft geschreven in het voorliggende wetsvoorstel. De leden van de SP-fractie zijn het daarmee zeer eens. Maar vindt de regering het niet wrang dat zij reeds moet constateren dat de meest kwetsbaren allang aan het kortste eind trekken? Kan de regering een overzicht geven van het aantal 80- en 90-jarigen dat de afgelopen vijf jaar gedwongen moest verhuizen? Kan de regering de ontwikkeling schetsen van het aantal 80- en 90-plussers dat de komende tien jaar gedwongen moet verhuizen (uitgesplitst per jaar)? Kan de regering een overzicht geven van het aantal verzorgingshuizen dat moet sluiten/is gesloten voor de jaren 2010 tot en met 2020? Hoeveel mensen zijn/worden gekort in het aantal uren huishoudelijke verzorging in de jaren 2010 tot en met 2020? Hoeveel mensen hebben/krijgen geen of minder dagbesteding meer in de jaren 2010 tot en met 2020?

De regering stelt haar pijlers voor de Wet langdurige zorg vast op een betere kwaliteit van leven, meer voor elkaar zorgen en passende zorg voor wie dat zelf niet meer kan regelen. De leden van de SP-fractie begrijpen dit niet. Kan de regering toelichten hoe mevrouw Steentjes, 89 jaar en gedwongen verhuisd uit haar verzorgingshuis, nu een betere kwaliteit van leven heeft? Kan de regering toelichten of mevrouw Gouw, gedwongen verhuisd uit haar verzorgingshuis – 18 kilo afgevallen door de stress – nu een betere kwaliteit van leven heeft?

Voorts willen genoemde leden ingaan op de pijler dat mensen meer voor elkaar moeten zorgen. De leden van de SP-fractie vinden dat een regelrechte schoffering van alle familieleden, vrienden, burens, kennissen en mantelzorgers die zorgen voor hun naaste of geliefde. Waarom stelt de regering dat mensen maar meer voor elkaar moeten zorgen, terwijl miljoenen mensen nu al zorgen voor een naaste? Waarom komt de regering er niet simpelweg voor uit dat het afschuiven van zorgtaken naar mantelzorgers en vrijwilligers gewoon een verkapt bezuiniging is? Ten slotte stellen deze leden vast dat de regering aangeeft dat de meeste zorgbehoevenden recht krijgen op passende zorg. Genoemde leden willen weten wat de regering verstaat onder «meeste»? Gaat het hierbij om de categorie mensen met een lagere zorgzwaarte? En om hoeveel mensen gaat het dan? Geldt een recht op zorg niet voor iedereen die te maken krijgt met zorg uit de Wet langdurige zorg?

De regering stelt in het voorliggende wetsvoorstel dat de AWBZ zoals men die nu kent vastloopt in steeds ingewikkeldere regelgeving. Waarom laat de regering dat dan toe, zo vragen de leden van de SP-fractie. Deelt de regering de mening van deze leden dat de AWBZ te duur is door alle productieregels, bureaucratie, verspilling, maar niet door het aantal mensen dat daarvan gebruik maakt? Kan de regering de uitgaven van de AWBZ specificeren naar:

1. daadwerkelijke zorg;
2. bureaucratie;
3. verspilling;
4. bezoldiging van bestuurders;
5. indicatiecircuit.

De leden van de SP-fractie vragen waarom de regering een stelselwijziging noodzakelijk acht en waarom zij er niet voor kiest om de huidige wet te verbeteren. Hoe denkt de regering dat zorgbehoevende mensen de zorg nog kunnen overzien als dit geregeld is in drie verschillende wetten? Hoe weet een persoon van 85 nu dat hij of zij voor dagbesteding naar de gemeente moet en voor verpleging naar de zorgverzekeraar? Genoemde leden vragen of de regering een noodscenario heeft klaarliggen in het geval de decentralisaties op een fiasco uitdraaien. Zo niet, hoe gaat de regering problemen voortvloeiend uit de decentralisaties oplossen?

De leden van de **CDA-fractie** lezen dat de regering van mening is dat er een groter beroep wordt gedaan op formele zorg dan nodig is. Genoemde leden vragen hoe zij dit moeten zien. Deze leden hebben de overtuiging dat mensen zich vaak genoodzaakt voelen gebruik te maken van intramurale zorg en daar niet voor hun plezier voor kiezen. Graag horen de leden van de CDA-fractie een onderbouwing op dit standpunt van de regering.

Vervolgens stelt de regering dat zij een stelsel voor zich ziet waar de rol van de overheid groter wordt naarmate mensen meer zorg nodig hebben en hun sociale netwerk het niet kan opvangen. Dat begrijpen genoemde leden, maar doordat de regering bewust kiest om de gemeente te laten beoordelen wat het netwerk wel of niet moet opvangen begrijpen deze leden dit argument in dit kader niet zo goed. Graag ontvangen zij een toelichting op dit punt.

De regering stelt dat er inmiddels ruim 800 000 mensen van AWBZ-zorg gebruik maken. De leden van de CDA-fractie willen graag een duidelijk overzicht ontvangen met daarin de volgende gegevens:

- het aantal mensen dat nu gebruik maakt van intramurale zorg, volledig pakket thuis (vpt) of pgb zzp;
- het aantal mensen dat uit de AWBZ gaat omdat zij overgaan naar gemeenten (begeleiding) en naar de Zvw (aanspraak wijkverpleging);
- het aantal mensen dat naar de gemeente gaat omdat zij een zorgzwaartepakket GGZ C hebben;
- het aantal mensen dat naar de Zvw gaat omdat zij een zorgzwaartepakket GGZ B hebben;
- het aantal mensen dat een pakket GGZ B heeft en naar de Wlz overgaat.

Kortom, de leden van de CDA-fractie willen weten hoe groot de groep mensen is die op 1 januari 2015 overgaat van de AWBZ naar de Wlz aangezien uit gegevens van het CIZ blijkt dat er in Nederland op 1 juli 2013 344.000 cliënten met een intramurale indicatie waren. Dat is toch een veel grotere groep dan de 200.000 mensen die de regering voor ogen heeft?

De regering stelt vervolgens dat de beheersbaarheid van de Wlz wordt geborgd doordat het beheersinstrumentarium dat bekend is vanuit de AWBZ behouden blijft en dat de Wlz instrumenten bevat die de beheersbaarheid van de Wlz ten opzichte van de AWBZ verbeteren. Deze argumentatie bevreemdt de leden van de CDA-fractie, aangezien de regering eerder stelt dat de AWBZ financieel onhoudbaar is geworden omdat de groep die voor AWBZ-zorg in aanmerking komt zo is uitgebreid en de financiën de pan uitrijzen. Hoe moeten deze leden nu beoordelen of deze wet financieel beheersbaar blijft als zij niet weten wat de premie van de Wlz in 2015 en de verdergaande jaren gaat doen, hoe hoog het eigen risico en de premie Zvw wordt en er op dit moment veel meer mensen gebruik maken van de AWBZ dan de regering voor de Wlz wenselijk vindt.

Er is vraag naar een nieuwe volksverzekering die de huidige Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten uit 1968 vervangt. De leden van de **PVV-fractie** vragen van wie deze vraag komt. Zij hopen dat op deze

vraag niet weer het standaard antwoord wordt gegeven dat «de mensen in het land» hierom vragen, maar dat het eerlijke antwoord wordt gegeven.

De hervorming is niet door de huidige economische situatie veroorzaakt, maar heeft hierdoor wel een extra impuls gekregen. Is het niet zo, dat deze hervorming wel wordt ingegeven door de economische situatie, en wel door het moeten voldoen aan de eisen van Brussel, zo vragen de leden van de PVV-fractie. Zij worden er een beetje moe van, dat hier steeds omheen gedraaid wordt.

De regering heeft drie motieven om het stelsel van langdurige zorg te herzien: het verbeteren van de kwaliteit van ondersteuning en zorg, het vergroten van de betrokkenheid van de samenleving (meer voor elkaar zorgen) en de financiële houdbaarheid van de langdurige zorg. De leden van de PVV-fractie vragen ook hier, waarom dit niet binnen de huidige wetten had gekund.

De eisen die mensen stellen aan de langdurige zorg zijn toegenomen. Ondanks de inzet van professionals, mantelzorgers en vrijwilligers is de ontwikkeling van de kwaliteit en organisatie van de langdurige zorg achtergebleven bij de ontwikkeling van de welvaart. Dit komt gedeeltelijk omdat de AWBZ niet meer goed aansluit bij de huidige tijd. De verzekeren en hun vertegenwoordigers stellen andere eisen aan de zorg en ondersteuning die hen geboden wordt. Andere eisen aan kwaliteit, maatwerk en zeggenschap. De leden van de PVV-fractie zijn verbijsterd, dat deze argumenten nu gebruikt worden terwijl zij al jaren goede voorstellen doen om dit alles aan te pakken binnen de huidige wetten. Aanbieders en uitvoerders die binnen de huidige AWBZ proberen om cliëntgericht te werken, ervaren de AWBZ als beperkend. Over welke beperkingen gaat het hier? De leden van de PVV-fractie willen hier graag concrete voorbeelden. Ook willen zij weten of deze beperkingen niet binnen de huidige AWBZ kunnen worden opgelost.

Er wordt naar de mening van de regering een groter beroep gedaan op formele zorg dan nodig is. De leden van de PVV-fractie willen hier duidelijkheid over met concrete cijfers. Hoeveel mensen maken ten onrechte gebruik van formele zorg? Over welke vormen van zorg gaat het hier? Welke formele zorg is niet meer nodig volgens de regering?

Mantelzorgers en vrijwilligers kunnen zowel binnen als buiten een instelling een belangrijke extra impuls geven aan het welbevinden onder meer door eenzaamheid tegen te gaan. Het is daarom gewenst dat mantelzorgers en vrijwilligers nauw betrokken blijven, ook wanneer iemand zijn eigen omgeving verlaat om in een meer beschermde omgeving zoals een instelling te gaan wonen. De leden van de PVV-fractie willen graag van de regering weten hoe zij dit precies wil gaan invullen. Worden mantelzorgers bijvoorbeeld verplicht om hand- en spandiensten te gaan verlenen in een instelling? Krijgen instellingen de mogelijkheid om vrijwilligers in de zorg in te zetten?

Solidariteit komt meer tot stand via een betrokken samenleving dan via een «verzekeringsmaatschappij». Bedoelt de regering hier niet gewoon mee, dat de solidariteit uit het zorgstelsel wordt gesloopt?

De regering vreest dat bij ongewijzigd beleid de uitgaven als percentage van het bruto binnenlands product verdubbelen. De solidariteit komt zo in gevaar. De leden van de PVV-fractie willen hiervan een uitgebreide berekening zien. Ook zijn zij van mening, dat niet de stijgende kosten, maar het uitkleden van de zorg een gevaar is voor de solidariteit. Goede zorg blijft op deze manier alleen nog bereikbaar voor hen die het kunnen betalen om het zelf te regelen en mensen met weinig geld worden aan hun lot overgelaten. Is dit niet een uitholling van de solidariteit voor iedereen? Graag ontvangen genoemde leden een uitgebreide reactie. Solidariteit is hét fundament van ons zorgsysteem. Als daaraan getornd wordt, trekken de meest kwetsbaren aan het kortste eind. Dat is niet de samenleving die de regering voor ogen heeft. Waarom neemt de regering

dan juist die beslissingen die de solidariteit uit het zorgsysteem halen, zo vragen de leden van de PVV-fractie.

De regering en tal van maatschappelijke organisaties en politieke partijen beseffen dat de huidige AWBZ niet houdbaar is. De afgelopen jaren zijn er dan ook tal van rapporten geschreven waarin wordt gewezen op de noodzaak tot hervorming van de langdurige zorg. Een aanbeveling die in veel van deze rapporten terugkomt, is dat de AWBZ moet worden teruggebracht tot de kern, oftewel de relatief kleine groep mensen met een zware, langdurige zorgvraag. De leden van de PVV-fractie zijn van mening dat een groot deel van deze rapporten politiek is ingegeven en is geschreven vanuit de bezuinigingsopdracht. Hierbij zijn bewust alternatieven, die geen totale ontmanteling van de zorg tot gevolg hebben, buiten beschouwing gelaten. Waarom is er niet binnen de huidige AWBZ gekeken naar alternatieven, die de kosten omlaag brengen en tegelijkertijd mensen hun zorg niet afpakken?

Op basis van huidig zorggebruik, de decentralisatie naar gemeenten, de overheveling naar de Zvw en het langer thuis wonen, verwacht de regering dat het structureel om minder dan 200.000 mensen zal gaan die aanspraak kunnen maken op de Wlz. Dit aantal zal jaarlijks groeien onder invloed van de demografische groei. Wil de regering hiermee nu zeggen, dat ruim 600.000 mensen nu ten onrechte gebruik maken van AWBZ-zorg? 600.000 mensen raken de zorg kwijt die ze nu hebben. Is dat de solidariteit waar de regering het over heeft, zo vragen de leden van de PVV-fractie.

De regering is van mening dat de AWBZ zoals men die nu kent vastloopt in steeds ingewikkelder regelgeving. Er is een groot gat ontstaan tussen de letter van de wet en de werking van de AWBZ in de praktijk. Door aanpassingen die in de wet, de lagere regelgeving en de uitvoeringspraktijk zijn doorgevoerd sinds 1968, is het systeem van de AWBZ als geheel een lappendeken geworden die door niemand meer echt wordt overzien. Dat is een onwenselijke situatie die niet kan worden opgelost met een aanpassing van de bestaande wet. De leden van de PVV-fractie vragen waarom dit niet kan worden opgelost binnen de bestaande wet. Er zijn tal van initiatieven die de regeldruk aanzienlijk verminderen binnen de huidige wet. Had het niet voor de hand gelegen om daar eerst naar te kijken? Onderzoeken wijzen uit dat dit ook een grote kostenbesparing kan opleveren, dus waarom de AWBZ ontmantelen, zonder eerst dit aan te pakken?

Veel elementen van de huidige AWBZ zijn in dit wetsvoorstel overeind gebleven, maar er zijn ook verbeteringen doorgevoerd die niet kunnen worden bereikt met een algemene maatregel van bestuur. De leden van de PVV-fractie vragen om welke verbeteringen het hier gaat en waarom die niet kunnen worden doorgevoerd via een algemene maatregel van bestuur (amvb).

De regering is van mening dat de hervormingen ingrijpend zijn en daarom wenst zij de beide Kamers der Staten-Generaal bij de totstandkoming van het nieuwe beleid te betrekken. De leden van de PVV-fractie zouden heel hard willen lachen als het niet zo triest was geweest. Er is helemaal geen sprake van het betrekken van beide Kamers bij de totstandkoming van deze wetten. Alles is in allerhanden akkoordjes dichtgetimmerd. Deze leden willen dan ook graag weten waar die betrokkenheid van beide Kamers uit bestaat volgens de regering. Geldt die betrokkenheid voor de gehele Kamers of alleen voor de leden van de twee coalitiepartijen en hun gedogers?

De regering wil met de Wlz het nieuwe verhaal van de langdurige zorg vertellen. Welk verhaal is dat precies, zo vragen de leden van de PVV-fractie. Het mooie verhaal of het echte verhaal?

De regering wil met de Wlz een bijdrage leveren aan de omslag in het denken en het handelen van onder andere zorgverzekeraars en zorgaanbieders in de langdurige zorg. Welke omslag wordt hier precies beoogd? De omslag naar zoek-het-zelf-maar-uit?

De regering wil met de Wlz een appel doen op verzekeraars, op zorgaanbieders, op uitvoeringsorganisaties en ook op de cliënten en hun sociale omgeving om bij te dragen aan de cultuuromslag die nodig is om de langdurige zorg te hervormen. De leden van de PVV-fractie zijn bijzonder geïnteresseerd in dat appel. Is dat het appel op zorgverzekeraars om zo min mogelijk zorg in te kopen? Is dat het appel op zorgaanbieders om zo goedkoop mogelijk te gaan werken en de kwaliteit van zorg maar op het tweede plan te zetten? Is dat het appel op uitvoeringsorganisaties om zo min mogelijk indicaties af te geven? Is dat het appel op cliënten en hun sociale omgeving om het vooral zelf maar uit te zoeken? Deze leden zijn benieuwd.

De regering is ervan overtuigd dat dit wetsvoorstel grote meerwaarde heeft voor de cliënten die erop zijn aangewezen. Bedoelt de regering hier niet dat het wetsvoorstel meerwaarde heeft voor die «paar» cliënten die nog aanspraak kunnen maken op deze wet en dat voor de overige 600.000 cliënten van de AWBZ een andere standaard gaat gelden? De vormgeving van het wettelijk instrumentarium is beter afgestemd op de nieuwe doelgroep van de wet. Is hier wel sprake van een nieuwe doelgroep? Moet er niet gesproken worden van het restant van de huidige doelgroep?

De Wlz bevat instrumenten die de beheersbaarheid ten opzichte van de AWBZ verbeteren. Een daarvan is: door te regelen dat behandelend artsen en andere hulpverleners met een medisch beroepsgeheim het Centrum indicatiestelling zorg desgevraagd die gegevens over hun patiënten moeten verstrekken, die noodzakelijk zijn om tot een goede (her)indicatie te komen, kan het CIZ indicatiefraude tegengegaan. Is hier niet expliciet toestemming van de patiënt voor nodig? Is hier niet gewoon sprake van uitholling van het medisch beroepsgeheim, zo vragen de leden van de PVV-fractie.

De leden van de **D66-fractie** constateren dat de regering voornemens is voorliggend wetsvoorstel op 1 januari 2015 in werking te laten treden. Deze leden vragen in hoeverre de regering deze datum realistisch gezien haalbaar acht. Zorgkantoren en zorgaanbieders zullen ruim voordat de parlementaire behandeling van onderhavig wetsvoorstel is afgerond met elkaar in overleg moeten treden over het zorgaanbod dat in 2015 beschikbaar zal zijn. Daarbij rijst de vraag of de regering verwacht dat zorgkantoren en zorgaanbieders hun onderhandelingen zullen baseren op de thans vigerende wetgeving, dan wel op onderhavig wetsvoorstel, in de wetenschap dat dit laatste nog aan onzekerheid onderhevig is. Hoe wordt in dat laatste geval voorkomen dat zorgkantoren een eigen, mogelijk striktere, interpretatie geven van het voorgenomen beleid? Deze leden vragen de regering hierop te reflecteren. Zij vragen daarbij tevens in te gaan op de vraag wat in de ogen van de regering de uiterste datum is waarop de parlementaire behandeling van onderhavig wetsvoorstel dient te zijn afgerond, willen zorgaanbieders en zorgkantoren redelijkerwijs nog in staat zijn om de Wlz zorgvuldig in te kunnen voeren per 1 januari 2015.

De leden van de **ChristenUnie-fractie** constateren dat volgens de regering één van de redenen voor deze wet is dat aanbieders en uitvoerders die binnen de huidige AWBZ proberen om cliëntgericht te werken, de AWBZ als beperkend ervaren. Een nadere analyse daarvan ontbreekt echter in de memorie van toelichting bij het wetsvoorstel. Kan de regering die nadere analyse alsnog met deze leden delen? Genoemde leden constateren voorts dat de regering in de memorie van toelichting stelt dat de verbinding tussen mensen in de AWBZ en mensen in andere onderdelen van de maatschappij zwak is. Hoe draagt deze wet volgens de regering bij aan het verhelpen daarvan, zo willen deze leden weten.

Ook willen de leden van de ChristenUnie-fractie weten hoe de breed gedragen wens om de zorg via persoonsvolgende budgetten te finan-

cieren tot uitdrukking komt in de hervormingsagenda rond zorg in het algemeen en in deze wet in het bijzonder.

Kan de regering voor genoemde leden bij iedere delegatiebepaling in de wet aangeven of zij thans reeds voornemens is van de mogelijkheid om nadere regels te stellen gebruik te maken en zo ja, op welke termijn deze regels zijn te verwachten en in welke vorm dat zal zijn?

De leden van de ChristenUnie-fractie hebben enkele vragen over het moment waarop de onderhavige wet in werking kan treden. Deze leden vragen wat de uiterste datum is dat de Wlz in het Staatsblad moet staan om invoering van de Wlz per 1 januari 2015 verantwoord te kunnen laten plaatsvinden?

Voorts willen zij weten of de regering een scenario heeft voor het geval de Wlz niet per 1 januari 2015 kan ingaan. Zo ja, hoe luidt dat? Zo nee, kan de regering dan aan hen schetsen wat er gebeurt als de Wlz pas op 1 januari 2016 zal ingaan?

Kan de regering tot slot aan de leden van de ChristenUnie-fractie aangeven op welk moment voor de betrokkenen uiterlijk duidelijk zal zijn of zij voor 2015 met de Wlz of de AWBZ zullen werken?

Langer thuis wonen, de zorg meer in de thuissituatie en meer zorgen voor elkaar zijn uitgangspunten van voorliggend wetsvoorstel. De leden van de **GroenLinks-fractie** constateren dat de maatregelen van de regering dat ontmoedigen of onmogelijk maken. Hoe kan de zorg meer thuis geleverd worden en kan een grotere inzet van naasten worden gevraagd, wanneer 40% wordt bezuinigd op de zorg aan huis of wanneer mensen door middel van een mantelzorgboete worden ontmoedigd om ervoor te kiezen samen te gaan wonen en zo voor elkaar te kunnen zorgen? Zij krijgen hierop graag een reactie van de regering.

In de memorie van toelichting schrijft de regering dat zij streeft naar inwerkingtreding van de Wlz per 1 januari 2015, maar ook dat zij er naar streeft de Wlz uiterlijk een half jaar voor invoering in het Staatsblad te publiceren. De leden van de GroenLinks-fractie constateren dat dit laatste voornemen niet haalbaar is gezien het tijdstip van behandeling in de Tweede Kamer en de daaropvolgende behandeling in de Eerste Kamer. Hoe hard wil de regering vasthouden aan een half jaar voor invoering publiceren?

De leden van de GroenLinks-fractie constateren dat er bij veel van de bij de uitvoering van deze wet betrokken partijen grote zorgen bestaan over het in werking treden van de Wlz per 1 januari 2015. Zij krijgen hierop graag een reactie van de regering. Erkent de regering de zorgen van Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en ActiZ dat het niet mogelijk is om de Wlz reeds voor de zorginkoop voor 2015 op een zorgvuldige manier in praktijk te brengen? Wat is de reactie van de regering op de constatering van ZN dat in mei de besluitvorming over de hervormingen moet zijn afgerond om deze per 1 januari 2015 op een verantwoorde wijze in te kunnen voeren? En is de regering bereid om, zoals VNO-NCW en MKB-Nederland aangeven, te onderzoeken of handhaving van het bestaande AWBZ-regime met een jaar niet zou kunnen leiden tot een veel soepeler hervorming van de langdurige zorg? Is de regering het met de Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (NPCF) eens dat wanneer de uitvoerders al aangeven dat zij problemen verwachten met het op tijd gereed krijgen van de uitvoering, dat dan invoering van de Wlz per 1 januari 2015 niet meer mogelijk is? En kan de regering reageren op de constatering van leder(in) dat uitstel onvermijdelijk is en dat het riskant is om alle decentralisaties binnen het sociale domein tegelijkertijd per 1 januari door te voeren?

Wat zouden de financiële en bestuurlijke consequenties zijn van uitstel van invoering van de Wlz naar 1 januari 2016? Overweegt de regering in navolging van de zorgen over de invoeringsdatum om de invoering van voorliggend wetsvoorstel uit te stellen? Heeft de regering bijvoorbeeld

gekeken naar verschillende scenario's waarmee dat mogelijk zou zijn? Bijvoorbeeld de invoering een jaar verlaten of een gefaseerde invoering? Klopt het dat uitstel van de Wlz niet gepaard zou hoeven gaan met extra bezuinigingen in 2015? Zo nee, wat zouden de consequenties zijn?

Samen met de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 en de Zorgverzekeringswet maakt de Wet langdurige zorg deel uit van een brede hervorming in de langdurige zorg. Doordat er op dit moment meerdere wetsvoorstellen liggen die per 1 januari 2015 in werking treden, is het moeilijk om een totaalbeeld van de effecten te krijgen. Ondanks de inspanningen die worden gedaan om ongewenste effecten te voorkomen, is het mogelijk dat mensen tussen wal en schip vallen. Deelt de regering de visie van de leden van de **SGP-fractie** dat voorkomen moet worden dat kwetsbaren in de samenleving niet de toegang tot de zorg krijgen die ze nodig hebben? Is de regering bereid om hierop toezicht te houden en zo nodig in te grijpen en daarbij vooral ook goed te kijken naar de samenhang tussen de verschillende stelselwijzigingen?

2. De verzekering

Er wordt uitgegaan van een verzekerd recht op zorg en een verzekeringsrisico bij de overheid. Waarom wordt het verzekeringsrisico bij de overheid belegd, zo vragen de leden van de **VVD-fractie**. Welke alternatieven zijn hiervoor mogelijk? Kan bij de alternatieven tevens aangegeven worden wat de voor- en nadelen hiervan zijn?

Genoemde leden vragen op welke manier het sociale netwerk van volwassenen wordt gestimuleerd om een rol te spelen bij de zorg en ondersteuning voor hun naasten. In de toegangscriteria is niets opgenomen over de rol van de sociale omgeving van de cliënt. Gebruikelijke zorg speelt wel een rol bij kinderen, maar niet bij volwassenen. Wel kan gebruikelijke zorg bij volwassenen een rol spelen bij het invullen van het zorgplan. Is er een juridische basis hiervoor?

Rondom de toegangscriteria vragen de leden van de VVD-fractie nader te duiden wat de begrippen «zorg nodig hebben» en «iets (ernstig) mis gaan» inhouden. De huidige formulering biedt enerzijds ruimte voor maatwerk, maar kan ook tot onduidelijkheid leiden. Kan de regering hier nader op ingaan?

Op welke manieren kan Wlz-zorg worden aangevraagd; kunnen bijvoorbeeld zorgbehoevenden zelf een indicatie aanvragen? Welke andere manieren zijn er om een Wlz-indicatie aan te vragen? Op welke wijze dient deze indicatie te worden aangevraagd?

De leden van de VVD-fractie vragen of de regering nader kan ingaan op de term zorgprofiel; wat houdt dit precies in? Biedt het zorgprofiel een duidelijk kader voor zowel zorgaanbieders als cliënten ten behoeve van te maken afspraken voor het zorgplan? Hoeveel verschillende zorgprofielen zijn er? Wat is de samenhang tussen zorgprofielen en zorgzwaartepakketten (zzp's)? Wat is de verhouding van het aantal zorgprofielen tot het aantal zzp's? Hou verhoudt het zorgprofiel zich tot individueel maatwerk? Door de nieuwe manier van indiceren krijgen cliënten en zorgaanbieders een grotere vrijheid in de wijze waarop de zorg geleverd wordt. Kan de regering dit nader toelichten, en daarbij ook ingaan op de mogelijkheden om (ook vooraf) kosten te beheersen en gepast gebruik van zorg te stimuleren?

De regering verwacht minder herindicaties. Kan de regering toelichten wie een herindicatie kan aanvragen? Dient de cliënt altijd mee te werken aan of in te stemmen met een herindicatie? Zo nee, hoe kan dan de situatie opgelost worden waarin de zorgaanbieder een herindicatie wil aanvragen maar de cliënt dit niet wil?

Ten aanzien van woningaanpassingen voor volwassenen is tijdens het debat over de Wmo 2015 veel gewisseld. Kan de regering aangeven in hoeverre dit voorliggend wetsvoorstel wijzigt?

De leden van de VVD-fractie constateren dat de regering uitgebreid ingaat op de verschillen en overeenkomsten tussen volledig pakket thuis, pgb en verblijf in een instelling. Verderop in de memorie van toelichting gaat de regering in op de eigen betalingen bij deze drie mogelijkheden. Kan de regering, ondanks de nadere uitwerking die nog moet plaatsvinden, ingaan op de eigen betalingen die gelden bij het pgb, in verhouding tot de twee andere opties? Kan voor alle drie de opties ingegaan worden op eventuele eigen betalingen in het kader van de Zvw?

Gegeven de nieuwe manier van indiceren, kan de regering aangeven hoe de hoogte van het pgb wordt bepaald, waarmee iemand zelf de benodigde zorg kan inkopen? Dient de cliënt in het op te stellen budgetplan wel uit te gaan van het aantal uren zorg die hij/zij nodig heeft?

De regering benoemt een aantal aanspraken in de huidige AWBZ die geen onderdeel uitmaken van de Wlz. Kan de regering per aanspraak aangeven waar deze vanaf 2015 wordt ondergebracht?

De leden van de VVD-fractie vragen in hoeverre de bepalingen ten aanzien van het pgb in de Wlz verschillen ten opzichte van het pgb in de Wmo, na behandeling van de Wmo 2015 (inclusief aangenomen amendementen). Kunnen eventuele verschillen gemotiveerd worden?

De regering gaat uitgebreid in op de uitvoering van de verzekering. Kan de regering exact aangeven wat het verschil is tussen de voorgestelde uitvoering en de huidige uitvoering van de AWBZ? Welke voordelen levert dit op?

Ten aanzien van de uitvoering wordt aangegeven dat eventuele overschotten op de uitvoering terugvloeien in het Fonds langdurige zorg (Flz) en niet ten goede komen aan de Wlz-uitvoerders. In hoeverre hebben Wlz-uitvoerders een prikkel om tot een zo doelmatige uitvoering te komen, als zij de opbrengst daarvan afgeroomd zien worden?

In het kader van de uitvoering wordt aangegeven dat de regering van uitvoerders verwacht dat zij zich stevig – meer dan in de AWBZ – inspannen voor goede, innovatieve zorg en doelmatigheid. Hiertoe wordt de wet- en regelgeving aangescherpt. Kan de regering nader toelichten wat er precies wordt aangescherpt en hoe dit bijdraagt aan goede, innovatieve zorg en doelmatigheid?

De leden van de VVD-fractie hebben met interesse de toelichting gelezen op de overwegingen van de regering om een aanpak in twee fasen te kiezen ten aanzien van de uitvoering van de Wlz. Kan de regering een doorkijk geven naar het eventuele tijdpad en de beslismomenten ten aanzien van de tweede fase?

De regering geeft aan dat het algeheel functioneren van zorgkantoren dient te worden verbeterd en dat het niveau van de achterblijvers wordt opgetrokken. Wat gaat de regering concreet doen om dit te bereiken? In hoeverre worden deze ervaringen met de huidige AWBZ-zorgkantoren gebruikt bij het aanwijzen van de nieuwe «zorgkantoren» in de Wlz?

De leden van de VVD-fractie vragen in hoeverre verzekeraars zorg in natura dienen te vergoeden die wordt geleverd door niet-gecontracteerde aanbieders.

In hoeverre kunnen cliënten in de Wlz verblijf afnemen van een andere aanbieder dan waar zij overige Wlz-zorg afnemen? Met andere woorden: in hoeverre is het scheiden van wonen en zorg binnen de Wlz mogelijk? Kunnen cliënten in de Wlz deels zorg in natura en deels zorg via het pgb inkopen? Zo nee, waarom niet?

De leden van de **PvdA-fractie** zijn verheugd te lezen dat de regering van mening is dat er gegeven de zware behoefte van mensen die aangewezen zijn op zorg op grond van de Wlz er geen enkele twijfel mag bestaan dat

zij de zorg krijgen die ze nodig hebben. De regering geeft vervolgens aan dat een consequentie van deze stelling is dat de inzet van de sociale omgeving geen verplichtend karakter heeft. Hebben deze leden goed begrepen dat ook in de Wmo 2015, waar zorg geen verzekerd recht is, de inzet van de sociale omgeving geen verplichtend karakter mag hebben? De Wlz zal uitgevoerd worden door Wlz-uitvoerders. Dit zijn aparte rechtspersonen die behoren tot de groep waartoe ook de zorgverzekeraar behoort en die verantwoordelijk zijn voor de uitvoering van de wet voor de eigen verzekerden. Tevens hebben deze Wlz-uitvoerders, met goedkeuring van de leden van de PvdA-fractie, een zorgplicht jegens mensen die toegang krijgen tot de Wlz. Er wordt in de Wlz echter vervolgens gewerkt met regionale uitvoeringskantoren, de zorgkantoren, omdat de regering het nodig acht te werken met budgettaire kaders en met regionale uitvoering zoals nu in de AWBZ gebruikelijk is. De zorgkantoren blijven het feitelijke werk doen. Kan de regering een nadere toelichting op deze keuze geven en uiteenzetten hoe de oude situatie verschilt van de nieuwe situatie? Welke stappen moeten er gezet worden om tot deze verandering in het systeem te komen? Wat levert deze verandering concreet op aan minder bureaucratie en een efficiëntere werking van de Wlz in vergelijking met de huidige AWBZ? Kan tevens worden toegelicht hoe het systeem gaat functioneren wanneer Wlz-uitvoerders verantwoordelijk worden voor de eigen verzekerden? De regering geeft aan het belangrijk te vinden dat onafhankelijk, objectief en zoveel mogelijk op een landelijk uniforme manier wordt bepaald wie er toegang heeft tot zorg op grond van de Wlz. De leden van de PvdA-fractie onderschrijven dit standpunt. Het is voor deze leden nog niet volledig duidelijk hoe de toegang tot de Wlz geborgd wordt. Twee belangrijke voorwaarden worden genoemd: iemand moet permanent toezicht nodig hebben ter voorkoming van escalatie of ernstig nadeel en/of 24 uur per dag zorg in de nabijheid om ernstig nadeel voor de cliënt te voorkomen veroorzaakt door fysieke problemen of zware regieproblemen. Het CIZ zal een landelijk uniform afwegingskader hanteren. Hoe worden deze toegangscriteria echter nader uitgewerkt? Genoemde leden stellen dat heldere toegangscriteria voor de Wlz van wezenlijk belang zijn voor een juiste uitwerking van de hervorming van de langdurige zorg. Deze leden zouden graag toe willen naar toegangscriteria die niet technisch benaderd worden, maar functioneel. Hoe wordt er gekeken naar iemand die niet meer zelfstandig kan wonen en niet meer zelfredzaam is? Er is volgens de regering behoefte aan voortdurende zorg in de nabijheid wanneer de cliënt zelf niet in staat is om op relevante momenten hulp in te roepen en hij, om ernstig nadeel te voorkomen, door fysieke problemen voortdurend begeleiding, verpleging of overname bij zelfzorg nodig heeft, of door zware regieproblemen voortdurend begeleiding en overname van taken benodigt. Hoe wordt volgens deze criteria gekeken naar een hoogbejaarde dame die rolstoelgebonden is, of bedlegerig is, maar nog wel zelf op een noodknop kan drukken wanneer er problemen zijn? Heeft deze dame Wlz-zorg nodig? Hoe wordt nu concreet bepaald wanneer iemand onder de Wlz valt of wanneer iemand zorg via de Wmo nodig heeft? Er staat expliciet aangegeven dat er in de toegangscriteria niets is opgenomen over de rol van de sociale omgeving van de cliënt. Echter, verderop in de memorie van toelichting lezen deze leden dat er soms wel bepaald kan worden dat een cliënt met behulp van zorg via de Wmo of de Zvw thuis kan blijven wonen ondanks een Wlz-indicatie. Hoe verhouden deze zaken zich tot elkaar? Hoe worden de financiering van zorg en de zorg zelf geborgd voor deze cliënten? Wie bepaalt nu concreet wanneer het mogelijk en wenselijk is met zorg uit de Zvw en Wmo thuis te blijven wonen ondanks een zware zorgbehoefte en een Wlz-indicatie? Wie bepaalt door wie en waar de zorg geleverd wordt? Het CIZ zal in bovenstaande gevallen aansturen op een gesprek tussen de cliënt, mantelzorgers, gemeenten, verzekeraar en het CIZ. Hoe wordt zorg dan

afgestemd? Hoe wordt afwentelingsgedrag voorkomen? In hoeverre hebben de cliënten inspraak? Verder is het voor genoemde leden nog niet helemaal duidelijk waar iemand met een zorgvraag nu eerst terecht komt. Moet deze persoon zich eerst melden bij de gemeente? Of kan iemand zich direct melden bij het CIZ? Hoe loopt dit proces? Hoe weten mensen nu waar ze zich moeten melden wanneer ze zelf, of een naaste, een zorgvraag hebben? Graag ontvangen deze leden een nadere toelichting van de regering op de toegangscriteria en de afbakening tussen Wlz en Wmo en dan specifiek op het gebied van de toegang tot zorg. Kan de regering tevens toelichten welke instantie op welk moment verantwoordelijk is voor de benodigde zorg als de cliënt in afwachting is van het indicatiebesluit van CIZ? Maakt het verschil waar de cliënt zich als eerste heeft gemeld? Graag ontvangen de leden van de PvdA-fractie een toelichting van de regering. Ook vragen deze leden welke instantie verantwoordelijk is voor de benodigde zorg als de cliënt een bezwaarprocedure bij het CIZ afwacht. Graag ontvangen zij hierop ook een toelichting van de regering.

De leden van de PvdA-fractie willen aandacht vragen voor de extramuralisering van mensen met zorgzwaartepakket 4 (van Verpleging, Verzorging en Thuiszorg [VVT], ouderenzorg). In het recentste zorgakkoord (gesloten binnen de begrotingsafspraken voor 2015) is afgesproken dat er extra middelen (oplopend tot € 70 miljoen) beschikbaar worden gesteld om ouderen en verstandelijk gehandicapten, voor wie het thuis wonen niet langer meer gaat, meer zekerheid te bieden over een gepaste plek in een zorginstelling. 25% van deze doelgroep kan geëxtramuraliseerd worden, is toen afgesproken. Hoe wordt bepaald wie er geen zorg in een instelling nodig heeft, maar thuis kan blijven wonen? Welke criteria worden gebruikt? De NPCF geeft aan dat deze groep ouderen graag thuis wil blijven wonen, maar dat er dan wel voldoende geschikte woningen moeten zijn. Wat is de visie van de regering op deze zorgen? Hoe gaat de regering de komst van nieuwe geschikte woningen stimuleren? In hoeverre gaat de regering vrijkomende gebouwen inzetten om aan de woningvraag voor deze groep te voldoen en hoe ziet zij dit voor zich? Hoe gaat de regering bijvoorbeeld vrijkomend vastgoed inzetten om geschikte woningen te realiseren?

Kinderen kunnen ook toegang hebben tot de Wlz, zo lezen de leden van de PvdA-fractie naar tevredenheid. Echter deze leden lezen tevens op pagina 12 van de memorie van toelichting dat een verstandelijk gehandicapt kind voor wat betreft de zorgbehoefte aan de toegangscriteria van de Wlz kan voldoen, maar dat het kind eerst door de eigen omgeving en de gemeente (Jeugdwet) zal moeten worden geholpen omdat het nog niet redelijkerwijs op de Wlz-zorg is aangewezen. De regering stelt namelijk dat er van een ouder van een thuiswonend verstandelijk gehandicapt kind een substantiële bijdrage mag worden verwacht bij het toezicht, verzorgen en opvoeden van een kind. Deze uitspraak baart genoemde leden zorgen. Hoe verhoudt in deze situatie enerzijds het recht op zorg via de Wlz zich tot het geen zorg ontvangen via de Wlz, terwijl hier wel op basis van de toegangscriteria van de Wlz recht op is? Waarop kunnen ouders van verstandelijk gehandicapte kinderen rekenen en hoe worden zij geïnformeerd? Welke keuzes hebben zij zelf bij het organiseren van zorg voor hun kind? Wie bepaalt er in de situatie van een gehandicapt kind of iemand wel of niet redelijkerwijs op Wlz-zorg is aangewezen indien hiervoor een indicatie is op basis van de toegangscriteria van de Wlz? Wat gebeurt er wanneer er onenigheid ontstaat over deze redelijkerwijsheid? Welke positie hebben cliënten dan? Vaak doen ouders al het uiterste voor hun kinderen en doen zij wat ze kunnen, voordat zij een beroep doen op zorg of ondersteuning. De uitspraak op pagina 12 van de memorie van toelichting doet hieraan volgens deze leden geen recht. Wanneer wordt bekend welke nadere regels gesteld zullen worden aan gebruikelijke zorg door het CIZ en hoe wordt de Kamer hierover geïnformeerd? In hoeverre

worden cliëntorganisaties betrokken bij de uitwerking van het begrip gebruikelijke zorg?

Het CIZ stelt in onderzoek vast of iemand verzekerd is en voldoet aan de toegangscriteria voor de Wlz. Hiervoor gebruikt het CIZ een persoonlijke benadering. Heeft het CIZ voldoende capaciteit om persoonlijke gesprekken te voeren met cliënten en waaruit blijkt dat? Graag ontvangen de leden van de PvdA-fractie een toelichting van de regering. Kunnen deze gesprekken op verzoek van de cliënt of hun naasten plaatsvinden in de thuissituatie van een cliënt? Heeft de cliënt hier zelf een beslissende stem in?

De leden van de PvdA-fractie lezen dat er zorgprofielen worden opgesteld op basis waarvan bepaald wordt van welke aard, omvang en inhoud de zorgvraag is van de cliënt. Vervolgens bepaalt de zorgaanbieder samen met de cliënt hoe de zorg verder ingericht wordt en welke afspraken hierover worden vastgelegd in het zorgplan. De vormgeving van de zorgprofielen wordt door het Zorginstituut Nederland nader uitgewerkt. Wanneer zijn deze zorgprofielen gereed? In hoeverre worden cliëntorganisaties betrokken bij de uitwerking van de zorgprofielen? En hoe worden cliënten, zorgaanbieders en de Kamer over de zorgprofielen geïnformeerd? In hoeverre is de verwachting dat sommige mensen niet in een zorgprofiel passen? Dit kan zich bijvoorbeeld voordoen bij zeer complexe zorgvragen. Wat gaat de regering daaraan doen? Deze leden ontvangen hierop graag een uitgebreide toelichting van de regering.

De bekostiging van de langdurige zorg blijft gebaseerd op zorgzwaartepakketten. De leden van de PvdA-fractie zijn hierover teleurgesteld en zullen verderop in deze inbreng nog enkele vragen stellen. Zij hadden graag gezien dat de zorgzwaartepakketten zoveel als mogelijk is van het toneel zouden verdwijnen, zodat er echt ruimte zou komen voor maatwerk. Hoe gaat de regering ervoor zorgen dat de zorgprofielen geen nieuwe zorgzwaartepakketten worden en de zorgprofielen zullen leiden tot maatwerk? Graag ontvangen deze leden een uitgebreide toelichting van de regering op dit punt. Er wordt momenteel onderzoek gedaan naar het reduceren van het aantal zorgzwaartepakketten en het terugdringen van het aantal zorgprofielen bij de indicatiestelling. Dit gebeurt in het kader van onderzoek naar zzp-onderhoud. Wanneer is dit onderzoek afgerond en wanneer wordt de Kamer geïnformeerd over de uitkomsten?

Er kunnen zich situaties voordoen, zo lezen de leden van de PvdA-fractie, waarin het noodzakelijk is dat het CIZ versneld een indicatiebesluit afgeeft. De gemeenten en zorgverzekeraars zullen deze zorg en ondersteuning in eerste instantie op zich nemen terwijl tegelijk een indicatie voor de Wlz wordt aangevraagd, zo stelt de regering. Bij amvb kunnen nadere regels gesteld worden aan deze versnelde procedure. Zijn de gemeenten en de zorgverzekeraars altijd de juist aangewezen instanties om de zorg in bepaalde situaties op zich te nemen en waarom zijn zij dat? Bijvoorbeeld ook wanneer er een crisissituatie ontstaat rondom iemand met een verstandelijke beperking en gedragsproblematiek? Kunnen gemeenten en verzekeraars altijd de juiste specifieke zorg bieden voor de doelgroepen die de Wlz bedient? Graag ontvangen deze leden een nadere toelichting van de regering. Kan tevens een nadere toelichting worden gegeven waarom ervoor gekozen is personen met een Wlz-indicatie voor een zzp LVG (licht verstandelijk gehandicapt) geen indicatie voor de rest van het leven te geven in tegenstelling tot mensen met andere indicaties? Welke rechtsongelijkheid brengt dit mogelijk met zich mee?

De zorg en ondersteuning vanuit de Wlz wordt zoveel mogelijk als integraal pakket aangeboden, lezen de leden van de PvdA-fractie. Valt tijdelijk verblijf ook onder de Wlz? Zo ja, in welke gevallen valt dit onder de Wlz en in welke gevallen niet? Deze leden lezen tevens dat de woningaanpassingen voor cliënten tot 18 jaar als recht in de Wlz zijn opgenomen. Per amvb wordt nader invulling gegeven aan voorwaarden voor woningaanpassingen voor cliënten tot 18 jaar. Wanneer komt deze

amvb? Hoe gaan de voorwaarden eruitzien? Hoe kunnen cliënten bezwaar aantekenen? Overigens is het voor cliënten boven de 18-jarige leeftijd de eigen verantwoordelijkheid om woningaanpassingen te regelen wanneer iemand kiest voor een volledig pakket thuis of pgb. Noch Wlz-uitvoerders, noch gemeenten zijn hiervoor verantwoordelijk. Zullen met deze maatregelen mensen die eigenlijk voor een pgb of vpt willen kiezen, maar niet de middelen hebben om woningaanpassingen te financieren, toch voor zorg in natura kiezen in een instelling? Kan hierop een toelichting worden gegeven door de regering? In hoeverre is de regering van mening dat in het onderzoek naar de geschiktheid van de woonomgeving om de benodigde zorg te kunnen ontvangen, naast het zorgkantoor, ook een rol voor het CIZ is weggelegd? Zo nee, waarom niet? Zo ja, hoe ziet de regering deze rol voor zich?

Ook blijft partneropname in de nieuwe Wlz mogelijk. De leden van de PvdA-fractie zijn hierover zeer tevreden. Het kan echter zo zijn, zo lezen deze leden, dat indien de partner zelf ook zorgbehoevend wordt, maar nog niet voldoet aan de toegangscriteria van de Wlz, de partner de gemeente om zorgondersteuning kan vragen. De gemeente moet de partner dan zorg aanbieden in de Wlz-instelling. Hoe wordt dit vormgegeven en welke knelpunten ziet de regering? Geldt dit ook wanneer de partner zorg nodig heeft die binnen het kader van de zorgverzekeraar valt?

Op het gebied van behandeling wordt er onderscheid gemaakt tussen zorg in natura en het pgb of vpt. Mensen met een pgb of vpt hebben geen recht op behandeling vanuit de Wlz, in tegenstelling tot mensen met zorg in natura. De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (hierna: VWS) zal het Zorginstituut om een uitvoeringstoets verzoeken om te bezien onder welke voorwaarden en per wanneer tot aanpassing van het verzekerd pakket kan worden overgegaan, zo lezen deze leden. Wanneer moet deze uitvoeringstoets plaatsvinden? Wanneer en hoe wordt de Kamer hierover geïnformeerd?

De leden van de PvdA-fractie lezen dat de cliënt voor vervoer op grond van sociale overwegingen afhankelijk is van sociaal vervoer aangeboden door de gemeente. Hoe verhoudt deze toegang tot sociaal vervoer voor cliënten in de Wlz zich tot de regel dat cliënten uit de Wlz in principe geen recht hebben op zorg uit de Wmo? Hoe wordt afwenteledrag voorkomen? Hoe wordt ervoor gezorgd dat cliënten daadwerkelijk bij de gemeente terecht kunnen voor sociaal vervoer wanneer zij dit nodig hebben en hoe wordt voorkomen dat cliënten ten onrechte worden weggestuurd bij de gemeente?

De leden van de PvdA-fractie lezen dat het binnen de Wlz niet meer mogelijk zal zijn om in afwachting van een voorkeursinstelling zorg thuis te ontvangen als het niet verantwoord is om meer zorg thuis te ontvangen dan met een regulier vpt of pgb mogelijk is. De mogelijkheden voor overbruggingszorg in de eigen woning worden verkleind, omdat onder de zorgplicht van de Wlz-uitvoerders valt dat zij binnen redelijke termijn en op een redelijke afstand van waar de cliënt wil gaan wonen een andere geschikte verblijfsinstelling verzorgen. Hoe verhoudt dit zich tot meer eigen regie en keuzemogelijkheden voor cliënten in de Wlz? Genoemde leden vragen welke verplichtingen en mogelijkheden de Wlz-uitvoerders hebben als er niet direct een plek vrij is in een intramurale instelling, omdat er bijvoorbeeld een wachtlijst is? Ook vragen deze leden welke verplichtingen en mogelijkheden de Wlz-uitvoerders hebben als de cliënt niet in aanmerking komt voor een pgb omdat hij of zij niet aan de criteria voldoet of als een vpt niet mogelijk is omdat de woonomgeving dit niet toelaat. Indien de regering bij bovenstaande gevallen problemen verwacht, hoe gaat zij deze problemen oplossen? Welke mogelijkheden ziet zij? Graag ontvangen deze leden op dit punt een uitgebreide toelichting van de regering.

Hoeveel mensen maken nu gebruik van overbruggingszorg in de Wlz? Welke garanties heeft de regering dat cliënten allemaal binnen redelijke

termijn en op redelijke afstand van de gewenste plek kunnen wonen? Wat is een redelijke afstand? Wie bepaalt dit? De cliënt of de Wlz-uitvoerder? Graag ontvangen deze leden een nadere toelichting. Hoe wordt er voor voldoende diversiteit in aanbod gezorgd, zodat cliënten ook daadwerkelijk iets te kiezen hebben in de langdurige zorg? Welke prikkels zijn hiervoor ingebouwd in het wetsvoorstel? Waarop baseert de regering het vertrouwen dat er voldoende diversiteit gaat ontstaan? De regering kan nadere regels stellen om diversiteit te stimuleren, zo lezen deze leden, maar wanneer grijpt de regering in wanneer blijkt dat er te weinig gestuurd wordt op vernieuwing en diversiteit bij de inkoop van zorg? De leden van de PvdA-fractie lezen dat de regering heeft overwogen om in dit wetsvoorstel de mogelijkheid te creëren voor cliënten om ook een vpt af te nemen bij niet vooraf gecontracteerde aanbieders. Om verschillende redenen is daarvan afgezien, maar zal er wel een pilot gestart worden waarbij een klein deel van het budgettaire kader zal worden gereserveerd voor een andere vorm van contracteren. Wanneer zal deze pilot starten? Hoe wordt de Kamer geïnformeerd over de voortgang en resultaten van deze pilot? Graag ontvangen deze leden hierover meer informatie. Het pgb wordt in de vorm van een trekkingsrecht aangeboden in de Wlz. Het zorgkantoor moet vooraf kunnen toetsen of de zorg thuis verantwoord kan worden geleverd. Aan de voorkant van het proces moet worden beoordeeld of het pgb een geschikte leveringsvorm van zorg is. Hoe wordt de balans tussen controle en vertrouwen van budgethouders gevonden? Hoe wordt tevens de bureaucratische last voor budgethouders zo laag mogelijk gehouden? Hebben cliënten de mogelijkheid om tegen een negatief besluit van het zorgkantoor ten aanzien van het pgb bezwaar aan te tekenen? Zo nee, waarom niet? Zo ja, hoe ziet deze procedure eruit?

De regering stelt dat het is opgevallen dat de prestaties van de zorgkantoren zowel kwalitatief als financieel verschillen. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) zal de zorgkantoren benchmarken op de inkoop van de zorg. Is dit volgens de regering voldoende om de inkoop van zorgkantoren te verbeteren? Kan de regering een toelichting geven? Welke andere maatregelen en middelen zijn overwogen om de inkoop van zorgkantoren te verbeteren? Kan er een overzicht gegeven worden van de problemen met zorgkantoren en de oplossingen die de Wlz hiervoor biedt? Hoe worden de problemen met zorgkantoren concreet opgelost? Hoe gaat de regering in de Wlz een einde maken aan de uurtje-factuurtje-terreur, waarin zorgproductie wordt gefinancierd en niet de kwaliteit van zorg? De leden van de PvdA-fractie willen af van een systeem waarin alleen voor zorgproductie wordt betaald. Zij zien een systeem voor zich waarin via budgetten ruimte wordt geboden aan oplossingen en manieren van zorg waardoor mensen een zo normaal mogelijk leven kunnen leiden met hun zorgvraag. In hoeverre gaat de regering zorginkoop stimuleren via populatiegebonden bekostiging of lumpsum-financiering per aanbieder? Is de regering met deze leden van mening dat deze manier van financiering de kwaliteit van zorg stimuleert en bovendien de administratieve lasten sterk reduceert?

De leden van de PvdA-fractie lezen dat, zoals eerder ook al besproken, de zorgzwaartepakketten behouden blijven als bekostigingstaal. Welke overwegingen zijn hiervoor de reden geweest? Was het niet wenselijker geweest anders om te gaan met de bekostiging van de zorg? Graag ontvangen deze leden een nadere toelichting van de regering. Als taal vindt de regering de zorgzwaartepakketten echter niet de juiste vorm. Hoe wordt er nu met cliënt en zorgaanbieder gecommuniceerd over de inhoud, aard en omvang van zorg waar iemand recht op heeft? Hoe kan een cliënt controleren of hij de zorg krijgt waar hij op basis van de bekostiging recht op heeft? Hoe controleren toezichthouders of aanbieders cliënten datgene bieden waar zij op basis van de zorgvraag en bekostiging recht op hebben? Kan ook de keuze om zorg in natura op

basis van een integraal pakket te bekostigen toegelicht worden? En kan toegelicht worden in hoeverre het pgb de basis kan vormen om functies te bekostigen?

De regering zal de maximumtarieven binnen de Wlz onder de loep laten nemen door de NZa, zo lezen deze leden, omdat er grote verschillen tussen instellingen zijn in hoeverre de instellingen uitkomen met de geldende tarieven. De regering stelt dat instellingen een goed rendement halen. Er zijn verschillende denkbare verklaringen stelt de regering, maar het is voor de regering aannemelijk dat de maximumtarieven in de AWBZ relatief ruim zijn. Kan de regering een nadere toelichting geven op de verschillende verklaringen die mogelijk zijn en toelichten waarop de regering baseert dat het denkbaar is dat de maximumtarieven in de AWBZ ruim zijn? Hoe stroken de reacties van zorgaanbieders (ontslaan van personeel en het sluiten van locaties) op de huidige veranderingen met deze aanneme van de regering? Is de regering voornemens in de toekomst verdere tariefsaanpassingen te doen? Kan een nadere toelichting worden gegeven?

De leden van de PvdA-fractie lezen dat de regering een aanpak voor de in- en uitvoering van de Wlz in twee fasen overweegt. In de eerste fase blijft de uitvoering van de Wlz regionaal uitgevoerd. In de tweede fase wordt overwogen om bijvoorbeeld de ouderenzorg op termijn naar de Zvw over te hevelen en deze zorg daarmee risicodragend voor zorgverzekeraars te maken. De regering acht het denkbaar onderscheid te maken tussen de ouderenzorg en gehandicaptenzorg, omdat de twee sectoren een wezenlijk andere doelgroep kennen. Deze leden onderschrijven deze gedachte, maar hebben zorgen bij het risicodragend maken van de hele ouderenzorg voor zorgverzekeraars. Kan de regering de voor- en nadelen van het risicodragend maken van zorgverzekeraars voor de ouderenzorg op een rij zetten en aangeven waarom dit overwogen wordt?

Voor deze leden is een verbetering van kwaliteit en innovatie in de langdurige zorg van wezenlijk belang. De regering geeft aan dat zij verwacht dat de uitvoerders van de Wlz zich stevig zullen inspannen voor goede, innovatieve zorg en een doelmatige uitvoering van de Wlz. Kan aangegeven worden waarop deze verwachtingen gebaseerd zijn en welke mogelijkheden er zijn voor de regering om in te grijpen wanneer de gewenste innovatie en kwaliteitsverbetering uitblijft?

De Wlz-uitvoerder heeft in de Wlz een nieuwe taak: zorgbemiddeling. Hoe gaat deze functie idealiter vormgegeven worden? Het wetsvoorstel biedt de mogelijkheid om bij amvb nadere regels te stellen over de invulling van de zorgbemiddelingstaak. Hiervan zal gebruik gemaakt worden wanneer de zorgkantoren deze taak onvoldoende oppakken. Wanneer wordt geëvalueerd of dit nodig is? Hoe stimuleert de regering de zorgkantoren om deze taak serieus op te pakken en ervoor zorg te dragen dat cliënten per 1 januari 2015 op zorgbemiddeling kunnen rekenen?

De leden van de PvdA-fractie lezen dat het vereiste proces in de AWBZ door zorgaanbieders als een forse administratieve belasting wordt ervaren. Er wordt nu aan uitvoerders en zorgkantoren gevraagd om Wlz-inkoopregels op te stellen en die vervolgens ook te gebruiken. Deze leden vragen wanneer deze inkoopregels klaar zijn. Hoe wordt geborgd dat vanaf het in werking treden van de Wlz de nieuwe inkoopregels ook in werking treden? Wanneer vindt de regering het nodig door middel van een amvb op te treden en deze regels op te stellen? Waarom is er niet direct voor gekozen om meer op cliëntgerichtheid en innovatie te sturen met het opstellen van nieuwe inkoopregels? Hoe worden de administratieve lasten voor aanbieders concreet verlicht met de inwerkingtreding van de Wlz?

Op pagina 37 van de memorie van toelichting staat dat het voornemen is om een bruto pgb uit te keren en de cliënt vanwege onder meer een stimulans aan het kostenbewustzijn en de remmende werking die daar vanuit gaat, zelf de eigen bijdrage te laten betalen. In hoeverre is duidelijk

dat deze manier van innen van de eigen bijdrage van de cliënt daadwerkelijk een remmende werking zal hebben op de geleverde zorg? Bestaat er geen mogelijk gevaar dat cliënten door deze manier van betalingen worden belast met onnodige financiële onoverzichtelijkheid? Is het niet overzichtelijker voor de cliënt om het op de bestaande manier te houden, zodat voor de cliënt duidelijk is over hoeveel budget hij nog beschikt? Kan het kostenbewustzijn niet op andere manieren worden geprikkeld, zoals een maandelijks/halfjaarlijks «afschrift» met hierop de ingehouden eigen bijdragen? Graag ontvangen deze leden een reactie van de regering.

De leden van de **SP-fractie** willen een nadere toelichting opdat zij weten wat de regering precies bedoelt met de Wlz-uitvoerder als rechtspersoon en de uitvoering van zorgkantoren. Kan de regering nader toelichten wat zij hiermee beoogt? Wie wordt precies aangewezen als Wlz-rechtspersoon en welke functies en taken krijgt deze rechtspersoon opgelegd? Hoe is nu precies de relatie met de zorgverzekeraars en waarom wordt er niet voor gekozen om de Wlz geheel onafhankelijk van de zorgverzekeraars uit te voeren omdat concurrentie niet past binnen de Wlz?

De regering wil van de Wlz-uitvoerders privaatrechtelijke entiteiten maken. Wat is nu precies het verschil tussen privaatrechtelijk en publiekrechtelijk en waarom zou een publieke taak privaatrechtelijk moeten worden uitgevoerd?

De leden van de SP-fractie merken op dat het Centrum indicatiestelling zorg verantwoordelijk blijft voor het stellen van indicaties in het kader van de Wet langdurige zorg. Kan de regering aangeven waarom zij hiervoor het CIZ aanwijst? Waarom kiest de regering er niet voor om het CIZ af te schaffen en de indicatie te laten stellen door regionale indicatiecommissies waarbij betrokken zijn: huisarts/eerstelijns hulpverleners, zorginstellingen en patiënten, zodat maximaal gebruik kan worden gemaakt van de kennis en kunde van de professionals? Acht de regering het niet juist wenselijk om het eigen belang bij de indicatiestelling uit te schakelen door de concurrentie en marktwerking uit te schakelen?

Op grond van welke feiten is de aanname gebaseerd dat de indicatie door het CIZ zoals de regering die beoogt leidt tot een rechtvaardiger verdeling van de zorg die mensen nodig hebben dan wanneer professionals zelf de indicatie stellen? Is er onderzoek bekend waaruit blijkt dat de indicatiestelling voor de invoering van het Regionaal Indicatieorgaan (RIO)/CIZ oneerlijker was dan in het RIO/CIZ-tijdperk? Zo ja, kan de regering dit toelichten?

Voorts willen de leden van de SP-fractie weten wat het onderzoek door het CIZ inhoudt als een persoon een indicatie aanvraagt? Zijn in dit onderzoek verschillen aan te wijzen met de indicatiestelling zoals deze momenteel is georganiseerd? Zo ja, kan de regering hiervan een overzicht geven?

Kan de regering het landelijk uniform afwegingskader van de indicatiestelling door het CIZ in detail aan de Kamer doen toekomen? Welke precieze toegangscriteria gaan gelden voor de Wlz? Kan de regering de normen voor gebruikelijke zorg die worden uitgewerkt in beleidsregels met betrekking tot de indicatiestelling door het CIZ aan de Kamer zenden? Tevens willen genoemde leden weten waarom de standaardindicatieprotocollen komen te vervallen? Is de regering bang voor upcoding van indicaties? Kan de regering dat nader toelichten? Deze leden constateren dat het CIZ het onderzoek in persoon laat plaatsvinden. Betekent dat dat de telefonische indicaties worden afgeschaft, zo vragen deze leden, en dat men standaard op huisbezoek gaat voor de indicatiestelling? Verder willen deze leden weten hoe de bezwaar- en beroepsprocedure van het CIZ eruit komt te zien. Kan de regering een overzicht aan de Kamer doen toekomen van het aantal bezwaren en beroepen die zijn ingediend bij het CIZ in de afgelopen tien jaar uitgesplitst naar onderwerp?

Het is de leden van de SP-fractie onduidelijk waarom de regering er niet voor kiest om van het CIZ een agentschap te maken, terwijl de regering

dat zelf de meest geëigende vorm vindt gezien de taak van het CIZ. Is dat vanwege de financiële consequenties omdat medewerkers dan een ambtenarenstatus krijgen? Zo ja, om hoeveel middelen gaat het dan? En is dit dan niet een slecht argument omdat de beste vormgeving uitgangspunt voor het functioneren van het CIZ dient te zijn?

Genoemde leden vragen of de regering de vormgeving en de uitwerking van de diverse zorgprofielen voor de wetsbehandeling aan de Kamer kan doen toekomen. Wat is de reden dat het CIZ niet meer zal indiceren in uren? Acht de regering het wenselijk dat er tussen zorginstellingen en het CIZ discussies gaan ontstaan over het precieze aantal uren zorg dat verleend dient te worden? In de situatie dat er discussie is, wie heeft er dan uiteindelijk de doorzettingsmacht? Kan de regering aangeven in welke zorgprofielen de huidige zorgzwaartepakketten vallen? Is de regering bereid om de Kamer hiervan een totaaloverzicht te zenden?

Is het waar dat de regering onderzoek doet naar de mogelijkheden om het aantal zzp's terug te brengen? Zo ja, wanneer kan de Kamer de uitkomsten hiervan verwachten?

De leden van de SP-fractie constateren dat de zorgzwaartepakketten geen recht meer verlenen, maar alleen functioneren voor de bekostiging.

Waarom schaft de regering de bureaucratische zorgzwaartepakketten dan niet af, zo vragen deze leden. Waarom worden zorginstellingen niet bekostigd op bezetting, zorgzwaarte et cetera? Wat verstaat de regering onder zorgprofielen, wat houdt dat daadwerkelijk in?

Is de regering bereid om de nadere regels (via amvb) aan de Kamer te zenden met betrekking tot de indicatiestelling door het CIZ en de termijn waarbinnen het CIZ besluiten dient te nemen?

Welke opbrengst verwacht de regering als het gaat om het verminderen van de administratieve lasten voor het CIZ in verband met minder herindicaties?

Genoemde leden vragen of de regering kan aangeven hoeveel ouderen en hoeveel mensen met een beperking verblijven in een zorginstelling. Kan de regering een overzicht geven van alle bestaande zzp's en onder welke wetgeving de betreffende zzp's vallen vóór en na de decentralisaties?

Welke doelstelling heeft de regering als het gaat om het aantal 80- en 90-plussers dat niet meer in een verzorgingshuis mag wonen?

De leden van de SP-fractie hechten er veel waarde aan dat partners in dezelfde zorginstellingen kunnen verblijven bij hun geliefde. Zij vinden het positief dat de regering diezelfde mening is toegedaan. Echter, zij stellen wel vraagtekens bij de plannen van de regering. Wat gebeurt er als een gemeente weigert een partner te verzorgen, als hij of zij in een zorginstelling wil verblijven bij zijn of haar geliefde? Kan een partner het recht op een partneropname claimen? Kan de regering dat nader toelichten? Kan de regering ook aangeven hoeveel één- en tweepersoonskamers er zijn in zorginstellingen in Nederland? Is dat voldoende? Kan de regering hiervan een overzicht de Kamer doen toekomen? Ten slotte willen deze leden weten hoe de regering partnerscheiding in zorginstellingen gaat voorkomen. Kan de regering dat toelichten? Voorts willen zij weten waarom er in de gehandicaptenzorg geen recht is op een partneropname. Zou dit niet mogelijk moeten worden gemaakt?

De leden van de SP-fractie willen weten waarom de regering ervoor wil kiezen om op termijn het onderscheid tussen Wlz-behandeling en algemene medische zorg te laten vervallen. Kan de regering uitleggen wat zij hiermee bedoelt? Kan de regering toelichten waarom zij hiervoor kiest?

De leden van de SP-fractie hebben nog een aantal vragen over het vervoer van en naar de dagbesteding. Indien de dagbesteding niet op de verblijfslocatie van de zorgbehoevende persoon is, maakt deze persoon aanspraak op vervoer. Geldt dat ook voor eventuele begeleiding die nodig is tijdens de rit die gemaakt wordt? Is het ook zo dat er geen eigen bijdrage gevraagd mag worden voor vervoer van en naar de dagbesteding? Zijn er kosten voor de zorgvrager verbonden aan het meenemen

van een begeleider tijdens het vervoer naar de dagbesteding? Genoemde leden hebben een melding binnengekregen over Talant die de noodzakelijke begeleiding op de ritten niet meer betaalt. Ook vergoedt Talant geen taxiriten meer in het weekend. Deze leden constateren dat dit tegens de huidige wettelijke aanspraak is, aangezien mensen nu recht hebben op vervoer van en naar de dagbesteding. Is de regering bereid dit uit te zoeken en de Kamer hierover spoedig te informeren?

Is de regering bereid om de algemene maatregel van bestuur met betrekking tot woningaanpassingen voor de wetsbehandeling aan de Kamer te doen toekomen? Wanneer kan de Kamer de nota van wijziging met betrekking tot de woningaanpassing voor cliënten ouder dan 18 jaar tegemoet zien, gelet op de toezegging van de Staatssecretaris van VWS bij de wetsbehandeling Wmo 2015?

De leden van de SP-fractie vragen of de regering een overzicht kan sturen aan de Kamer met daarin alle hulpmiddelen, uitgesplitst naar de diverse wetten (Zorgverzekeringswet, Wet langdurige zorg en Wet maatschappelijke ondersteuning) en de criteria die gelden om hiervoor in aanmerking te komen.

Is de regering bereid om de nadere regels met betrekking tot de mobiliteitshulpmiddelen voor de wetsbehandeling aan de Kamer te doen toekomen?

Is de regering bereid om de nadere uitwerking van de lagere regelgeving met betrekking tot het voorkomen van afwenteling tussen domeinen voor mensen met een psychische stoornis (langdurige ggz) voor de wetsbehandeling aan de Kamer te doen toekomen?

Kan de regering een overzicht sturen van alle aanspraken in de AWBZ die geen onderdeel zullen gaan uitmaken van de Wlz? Kan de regering per aanspraak aangeven onder welke domeinen (wetten) deze aanspraken zijn/zullen komen te vallen?

Is het waar dat het persoonsgebonden budget in het kader van de Wlz alleen kan worden verstrekt via het trekkingsrecht van de Sociale Verzekeringsbank (SVB)? Welke andere eisen stelt de regering aan een persoonsgebonden budget in het kader van de Wlz? Hoe voorkomt de regering monetaarisering van de mantelzorg?

De leden van de SP-fractie hebben nog een aantal vragen over het persoonsgebonden budget. Zij krijgen nog steeds meldingen binnen dat er problemen zijn met de 10-uursmaatregel met betrekking tot begeleiding.

Waarom heeft de regering ervoor gekozen om deze regeling in stand te houden, zo vragen genoemde leden. Is de hernieuwde verstrekking van het persoonsgebonden budget via het trekkingsrecht van de SVB niet juist reden om de 10-uursgrens te schrappen? Waarom mogen mensen wel een persoonsgebonden budget voor verzorging en verpleging aanvragen, maar niet voor begeleiding onder de 10 uur? Waarom kiest de regering voor deze rechtsongelijkheid? Deze leden verlangen een uitgebreide toelichting op dit punt.

«Binnen de Wlz zal het, anders dan onder de AWBZ, derhalve niet meer mogelijk zijn om in afwachting van een plaats in de voorkeursinstelling zorg thuis te ontvangen terwijl dat niet helemaal verantwoord is of meer zorg thuis te ontvangen, dan in een regulier vpt of pgb besloten ligt. In die zin zijn de mogelijkheden van «overbruggingszorg» in de Wlz derhalve kleiner dan onder de AWBZ.» Kan de regering nader aangeven wat de reden is waarom zij deze beperking in de wet wenselijk acht?

De regering schrijft dat «een keuze voor zorg in natura niet betekent dat de verzekerde recht heeft op zorg van zijn voorkeursaanbieder. Indien deze geen capaciteit beschikbaar heeft, voldoet de Wlz-uitvoerder ook aan zijn zorgplicht indien hij binnen redelijke termijn en afstand andere geschikte zorg kan laten leveren.» Is dit niet een ongewenste beperking van de keuzevrijheid van de patiënt? Hoe verhoudt zich dit uitgangspunt met de rechten van patiënten onder de huidige AWBZ?

«Zorgkantoren kunnen bijvoorbeeld laten zien dat zij zich inspannen voor een doelmatige uitvoering, door alleen zorg in te kopen bij de meest doelmatige en kwalitatief verantwoorde zorgaanbieders (selectief contracteren)», zo schrijft de regering. Hoe verhoudt selectief contracteren zich tot de keuzevrijheid van de patiënt? Moet bij gebleken kwaliteit niet een contracteerplicht gelden?

De leden van de SP-fractie vragen hoe de respijtzorg is geregeld bij vpt en pgb en of deze goed geborgd is in de Wlz.

Kan de regering haar constatering dat «een aanzienlijk aantal mensen die voor een zorgzwaartepakket zijn geïndiceerd er niet voor kiezen om in een instelling te verblijven» staven met cijfers? Kan de regering hiervan een overzicht geven van de afgelopen tien jaar? Welke ontwikkeling verwacht de regering de komende jaren op dit punt?

Genoemde leden vragen hoeveel verzorgingshuizen, zorginstellingen voor mensen met een beperking en verpleeghuizen Nederland op dit moment telt. Kan de regering de ontwikkeling van het aantal verzorgingshuizen, zorginstellingen voor mensen met een beperking en verpleeghuizen schetsen voor de komende tien jaar (uitgesplitst per jaar)?

Wanneer verwacht de regering het onderzoek naar het zogenaamde Zweedse model met betrekking tot maatcontractering te kunnen afronden?

Kan de regering nader toelichten wat zij verstaat onder het vergoedingenregime in de periode 2012–2017? Wat is de stand van zaken nu en wat verwacht de regering de komende jaren te bereiken met dit regime, zo vragen de leden van de SP-fractie

De regering geeft aan dat de Minister van VWS en de Nederlandse Zorgautoriteit steviger gaan optreden om een mentaliteitsverandering en kwaliteitsverbetering in de langdurige zorg te realiseren. Kan de regering nader toelichten wat dit stevige optreden precies inhoudt, zo vragen genoemde leden.

Tevens willen de leden van de SP-fractie weten waarom het Centraal Administratie Kantoor (CAK) belast wordt met de inning van de eigen bijdrage uit de Wet langdurige zorg. Het CAK heeft een rampzalige voorgeschiedenis en al jaren worden genoemde leden overspoeld met klachten hierover.

Kan de regering een overzicht sturen van het aantal bezwaren- en beroepen en het aantal klachten die gedaan zijn ten opzichte van het CAK de afgelopen tien jaar uitgesplitst naar onderwerpen? Deze leden vragen of de regering bereid is te kijken naar vernieuwing van het CAK om de komende jaren zoveel mogelijk problemen met deze instantie te voorkomen. Is de regering bereid om te kijken hoe het functioneren van het CAK kan worden verbeterd? Dient het CAK niet meer onder de invloedssfeer van het ministerie te worden gebracht bijvoorbeeld door er een agentschap van te maken? De leden van de SP-fractie verwachten een uitgebreide toelichting op dit punt.

Voorts willen genoemde leden weten waarom de regering kortdurend verblijf alleen regelt voor meerderjarigen. Waarom zijn minderjarigen hiervan uitgesloten? Kan de regering nader toelichten waarom hiervoor gekozen is en welke mogelijkheden voor kortdurend verblijf er zijn voor minderjarigen?.

De regering geeft in het voorliggende wetsvoorstel aan dat op herstel gerichte tijdelijke opname na ziekenhuisopname niet mogelijk is in de Wlz. Waarom kiest de regering hiervoor, terwijl zij eerder aangaf dat mensen na een ziekenhuisopname in een zorginstelling konden herstellen? Kan de regering dit uitgebreid toelichten?

De leden van de SP-fractie vragen de regering ook of zij de inkomenseffecten met betrekking tot de eigen bijdrage voor de Wmo en de Wlz aan de Kamer kan doen toekomen. Indien dit niet kan, verwachten deze leden een reactie waarom dit niet kan. Is de regering bereid onderzoek te laten

doen naar de inkomenseffecten met betrekking tot de eigen bijdrage voor zorg uit alle wetten met betrekking tot zorg? Zo nee, waarom niet? Genoemde leden vragen welke inkomenseffecten het voorliggende wetsvoorstel heeft.

Voorts vragen zij of de regering een overzicht kan sturen van het aantal mensen dat gebruik maakt van de AWBZ, de Wmo, de Zvw, een persoonsgebonden budget en een volledig pakket thuis.

Kan de regering aangeven of mensen die nu met een laag zorgzwaartepakket thuis wonen, maar kiezen voor opname in een zorginstelling, hun volledig pakket thuis kunnen behouden als overbruggingszorg? Moeten zij niet levenslang deze indicatie kunnen behouden?

De leden van de SP-fractie vragen de regering een overzicht te sturen met daarin de stand van zaken van de extramuralisering, uitgesplitst per sector, met daarbij de verwachte opbrengsten van deze bezuinigingsmaatregel.

Kan de regering aangegeven wat de definitie is van sociaal vervoer? Geldt dit voor een familiebezoek of ook voor vervoer in verband met een medische behandeling of een artsenbezoek? Kan de regering daarover duidelijkheid geven of wordt dit een beslissing van een gemeenteambtenaar achter een bureau?

Kan de regering voorts aangeven wanneer iemand een beroep kan doen op respijtzorg vanuit de Wmo en vanuit de Wlz? Wat is de afbakening om te voorkomen dat mensen tussen wal en schip vallen?

De leden van de SP-fractie missen in het voorliggende wetsvoorstel hoe de Wlz voorziet in zorg voor kinderen en volwassenen met een zeer ernstige beperking en gedragsstoornissen. Al vele debatten zijn gevoerd sinds de situatie van Brandon. Hoe wil de regering de zorg voor deze kinderen en volwassenen vormgeven in de Wlz? Kan de regering aangeven waarom de problemen met goede zorg in instellingen voor deze groep, maar ook de tekorten aan aangepaste woningen, nog steeds niet zijn opgelost? Waar ligt dit aan? Hoelang moeten vele ouders overleven, terwijl er niemand is om te helpen? Waarom neemt de regering daarin haar verantwoordelijkheid niet? Kan de regering tevens uitleggen waarom zij kleinschalige zorgprojecten, zoals bijvoorbeeld de Dex Foundation, niet ondersteunt? Kan de regering dat uitgebreid toelichten?

Genoemde leden vragen of de regering kan aangeven hoeveel kinderen en volwassenen met zeer ernstige beperkingen en gedragsstoornissen in Nederland geen passende zorg in een instelling kunnen krijgen en daarom gedwongen zijn om zelf zorg thuis te organiseren.

De leden van de **CDA-fractie** lezen dat het verzekeringsrisico bij de overheid ligt. Daarom is er geen sprake van een schadeverzekering in de zin van het Burgerlijk Wetboek. De regering heeft er wel voor gekozen om het grootste gedeelte van de verpleging en verzorging die thuis wordt gegeven onder een schadeverzekering te brengen.

Waarom kiest de regering ervoor dat bij eerdergenoemde zorg en verpleging wel te doen en in het onderhavige wetsvoorstel alvast een doorkijkje te geven naar de toekomst van de Wlz die in delen mogelijk ook onder de schadeverzekering Zvw wordt gebracht? De regering stelt immers later voor in de toekomst bepaalde groepen wel over te hevelen naar de Zvw. Graag ontvangen deze leden een uitgebreide toelichting van de regering op dit specifieke punt.

Voorts stelt de regering dat de keuze voor een verzekering (Wlz) betekent dat de inzet van de sociale omgeving geen verplichtend karakter heeft. De leden van de CDA-fractie vinden dit vanzelfsprekend. Men krijgt niet voor niets een indicatie voor de Wlz. Deze leden betreuren het dat de regering dit bij de nieuwe Wmo wel gaat verplichten en zij vragen nogmaals aan de regering of zij niet bang is dat de sociale omgeving en de vrijwilligers het niet langer volhouden waardoor er toch een maatschappelijke druk op opname in een instelling (indicatie Wlz) komt te staan.

De leden van de CDA-fractie lezen dat de uitvoering van de Wlz wordt neergelegd bij de verzekeraars voor hun eigen verzekerden. De uitvoering van de Wlz vindt plaats in een aparte rechtspersoon omdat gewerkt wordt met budgettaire kaders en dus ook met regionale uitvoeringskantoren genaamd zorgkantoren. Dit betekent concreet dat de nieuwe Wlz dezelfde uitvoeringsstructuur hanteert als de oude AWBZ. Waarom is hiervoor gekozen en wat betekent dit voor zorgverzekeraars die geen zorgkantoor hebben?

De leden van de CDA-fractie lezen vervolgens in dit hoofdstuk dat de regering de keuze maakt een onafhankelijk, objectief en zoveel mogelijk op een landelijk dekkend uniforme manier te gaan indiceren. Genoemde leden zijn hierover zeer positief. Zij vinden vanuit het perspectief van de zorgvrager en de objectiviteit dat de indicatie zoveel mogelijk op dezelfde manier dient te gebeuren. Zij vinden het een gemiste kans dat er niet naar gekeken wordt om met een integrale onafhankelijke indicatiestelling over de domeinen heen te komen. Deze leden noemen specifiek de indicatiestelling Wmo en Zvw die samen ter hand zouden moeten worden genomen. De zorgvrager zou hiermee gebaat zijn; waarom kiest de regering hier niet voor? De leden van de CDA-fractie zijn van mening dat dit ook kan bijdragen aan het voorkomen van «waterbedden» in de aanpalende wetten.

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? Daarbij stelt de regering dat de toegang tot de Wlz geen afgeleide is van de vraag of de gemeente voldoende heeft gedaan om iemand zo lang mogelijk ondersteuning vanuit de Wmo te geven of van het feit of de zorgverzekeraar vanuit de Zvw voldoende zorg heeft geboden. Hier zit voor deze leden nu net het probleem van deze wet:

1. De indicatiestelling van de Wlz is zwaarder dan de huidige AWBZ;
2. De gemeente hoeft op het gebied van de Wmo 2015 pas in een vierde instantie een maatwerkvoorziening te verschaffen en mag bepalen hoeveel mantelzorgers hulp moeten geven;
3. Het criterium dat in de Zvw wordt gehanteerd om in aanmerking te komen voor de aanspraak wijkverpleging lijkt een zwaarder criterium te zijn en meer medisch te zijn dan in de huidige AWBZ.

De leden van de CDA-fractie vinden dan ook dat de wetswijzigingen en overhevelingen die nu voorliggen in de Kamer een onvoldoende dekkend zorgaanbod bieden. Genoemde leden bespeuren (grote) gaten tussen de wetten waarbij de rechtszekerheid van de zorgvrager niet goed is geregeld. Deze leden voelen zich hierbij gesteund door het College voor de Rechten van de Mens dat hetzelfde stelt. Het maakt namelijk in de gekozen richting van de regering uit wat voor soort beperking men heeft, op welke wetgeving men vervolgens eventueel aanspraak kan maken en of men dan wel een eigen bijdrage moet betalen. Mensen met een verstandelijke beperking betalen wel een eigen bijdrage voor persoonlijke zorg en een lichamelijke gehandicapte niet.

Dit uitgangspunt klopt wat betreft de leden van de CDA-fractie niet. Is de regering niet bang dat mensen eerder kiezen (proberen in aanmerking te komen) voor een Wlz-indicatie, omdat de gemeente bij de uitvoering van de Wmo 2015 zelf mag bepalen wel of geen ondersteuning te bieden en omdat in de Wlz bij het vpt huishoudelijke zorg wel onderdeel uitmaakt van de indicatie? Deelt de regering de vrees van deze leden dat mantelzorgers, die zich niet ondersteund voelen door de gemeente of de zorgverzekeraar, eerder een beroep proberen te doen op de Wlz, omdat de aangeboden zorg/ondersteuning uit de Wmo/Zvw niet voldoende dekking biedt?

De leden van de CDA-fractie lezen verder dat er bij de indicatieaanvraag voor Wlz-zorg een uitzondering is wat betreft de rol die de overheid

verwacht van de sociale omgeving. Dat is namelijk bij ouders van kinderen met een handicap. Deze leden weten dat er veelvuldig tussen ouders en het CIZ discussies zijn over de verwachte gebruikelijke zorg en de bovengebruikelijke zorg die van ouders verwacht wordt. Genoemde leden vragen concreet aan de regering of en zo ja wat er met de nieuwe Wlz gaat veranderen. Kan de regering aangeven hoeveel extra zorg de regering verwacht van ouders aan kinderen met een beperking? De leden van de CDA-fractie begrijpen namelijk heel goed dat de gewone dingen die ouders voor hun kinderen moeten doen hier ook gelden. Hoe zit het met de afbakening van de Jeugdwet in relatie tot deze wet? Dit is deze leden niet helemaal helder. Want hoe gaat de regering om met het feit dat situaties bij kinderen niet altijd hetzelfde zijn maar van dag tot dag kunnen verschillen?

Vervolgens geeft de regering een voorbeeld van een kind van vier jaar met een verstandelijke beperking dat wel aan de toegangscriteria voor de Wlz voldoet, eerst onder de Jeugdwet (en ouders) valt om op latere leeftijd wel onder de Wlz te vallen. Dit vinden deze leden een vreemde gang van zaken aangezien de regering stelt dat dit kind wel aan de toegangscriteria voor de onderhavige wet voldoet. Betekent dit dat de regering van mening is dat vooral zeer jonge kinderen nooit onder de Wlz kunnen vallen omdat ouders dan meer gebruikelijke (en bovengebruikelijke) zorg moeten geven? De leden van de CDA-fractie willen graag duidelijkheid op dit punt van de regering en vragen daarbij ook in te gaan op de meervoudig, ernstig lichamenlijk gehandicapte kinderen die thuis wonen.

De toegang van de Wlz wordt onder andere bepaald door de noodzaak van 24 uur per dag zorg in nabijheid om ernstig nadeel voor een persoon te voorkomen. Waarom is er niet voor gekozen om ernstig nadeel voor de omgeving van een persoon ook op te nemen als grondslag?

De leden van de CDA-fractie lezen met verbazing de zinsnede dat voor intensieve zorg of ondersteuning waarvan de verwachting is dat de zorgbehoefte overgaat of veel minder zal worden de gemeenten en zorgverzekeraars verantwoordelijk blijven. Deze leden kunnen zich voorstellen dat een tijdelijke opname in bijvoorbeeld een verpleeginstelling soms nodig kan zijn (denk aan een ziekte bij een mantelzorger waardoor de dementerende partner ineens professionele 24-uurs zorg nodig heeft). Vervolgens vragen zij wie vaststelt of de zorgbehoefte overgaat of minder wordt. Ook vragen de leden van de CDA-fractie of het de gemeenten en zorgverzekeraars volstrekt helder is dat zij dit soort zorg moeten bieden en of zij daar financiële middelen voor ontvangen. De op herstel gerichte tijdelijke opname na ziekenhuisopname is niet meer mogelijk in de Wlz. Betekent dit dat de aanspraak op geriatrische revalidatiezorg in de Zvw uitgebreid wordt voor de doelgroepen die er nu nog niet onder vallen? Waarom lezen deze leden nergens in de wet een artikel over een zogenaamde spoedprocedure? Dit moet toch mogelijk zijn binnen deze wet?

De doelgroepenbenadering van de regering leidt ertoe dat volwassenen met een licht verstandelijke beperking wel onder de Wlz vallen omdat deze soms nog integrale behandelenzorg nodig hebben na het 18^{de} levensjaar. Dat begrijpen deze leden goed en zij vinden dit ook positief maar zij vragen wel waarom 18-plussers die behandeling nodig hebben met een LVG-handicap wel onder de Wlz mogen vallen en 18-plussers die een ggz-behandelenzorgzwaardepakket hebben niet. Waarom maakt de regering dit verschil?

Ook psychische stoornissen worden uitgezonderd van de Wlz (via de motie Keijzer/Bergkamp¹ wel in de Wlz na drie jaar², de groep GGZ C pakketten).

¹ Kamerstukken II, 2013–2014, 30 597, nr. 397.

² Kamerstukken II, 2013–2014, 30 597, nr. 427.

De leden van de CDA-fractie blijven van mening dat er geen fundamenteel onderscheid gemaakt mag worden tussen een lichamelijke beperking en een psychische stoornis. Deze leden vinden het te betreuren dat de regering dit wel doet en ook blijft doen. Genoemde leden vinden de inhoudelijke argumentatie niet zo sterk (zie ook de groep LVG 18-plus die behandeling nodig heeft en er wel in mag) en zij zijn van mening dat een zorgzwaartepakket te allen tijde moet leiden tot een indicatie voor de Wlz. Men heeft immers verblijf nodig anders had men de indicatie niet gekregen. Dat is niet anders bij de GGZ C en B pakketten.

De leden van de CDA-fractie zijn positief gestemd dat het zorgakkoord van 17 april 2014 de mogelijkheid biedt om zzp VG3 en zzp VV4 in de Wlz te houden. In bedoelde brief³ lezen deze leden dat cliënten met een zzp VV4 en zzp VG3 toch in een instelling mogen, mocht dit noodzakelijk zijn. Deze leden vragen hoe het een en ander in praktijk vorm zal krijgen. Wordt de – concept – Wlz gewijzigd? De leden van de CDA-fractie gaan daar vanuit. Immers, de concept-Wlz ging er nog van uit dat de mensen met een indicatie zzp VG3 en zzp VV4 niet in aanmerking zouden komen voor intramurale zorg.

Vallen personen met bovengenoemde indicaties onder dezelfde criteria die per 1 januari 2015 voor de Wlz gaan gelden? Hoe komt de regering aan het bedrag van € 70 miljoen dat in 2017 beschikbaar is? Denkt de regering dat dit voldoende is? En kunnen mensen met een zzp VG3 en zzp VV4 ook kiezen voor een persoonsgebonden budget? Of mogen zij alleen in een instelling verblijven? De regering verwijst in de brief van 17 april 2014 namelijk steeds naar instellingszorg. Kan de regering deze leden derhalve uitgebreid toelichten wat er precies gaat veranderen? Er is € 100 miljoen beschikbaar voor begeleiding door instellingen. Hoe is dit bedrag precies opgebouwd? En waar mag dit bedrag wel of niet aan besteed worden, zo vragen de leden van de CDA-fractie.

Genoemde leden lezen dat het CIZ niet meer indiceert in uren (zzp) maar gaat indiceren in zorgprofielen. Begrijpen deze leden het goed dat mensen in drie zorgprofielen kunnen worden ingedeeld: licht, middel, zwaar? Vervolgens lezen deze leden tot hun verbazing dat de instellingen wel op basis van het zzp worden uitbetaald. Dit verbaast deze leden zeer. De leden van de CDA-fractie vinden de indicering van het zorgzwaartepakket de eerste stap naar de invoering van persoonsvolgende bekostiging. De regering laat dit bewust nu los. Ook het CIZ stelt dat in zijn reactie op het conceptwetsvoorstel. Het is ook al enkele jaren algemeen gebruikelijk. Het verschaft de cliënt, zorgverlener en instelling allemaal dezelfde duidelijkheid over uren zorg, ondersteuning et cetera die men kan verwachten. Dat leidt tot dezelfde uitgangspunten bij de zorgplanbespreking. Deze leden willen weten waarom de regering deze duidelijkheid wel blijft bieden aan de instelling en de zorgprofessional maar niet aan de cliënt. De leden van de CDA-fractie zijn bang dat dit nadelig uitpakt voor de rechtspositie van de cliënt in ieder geval op het punt van openbaarheid en helderheid.

Aangezien de regering voornemens is de Wlz per 1 januari 2015 te laten ingaan en instellingen door middel van de zzp's uit te betalen willen genoemde leden graag weten welke bedragen men wil gaan hanteren. Worden deze bedragen op een andere manier vastgesteld dan in 2014 het geval is en was?

Ziet de regering het gevaar dat mensen zich met allerlei klachten gaan richten tot de huisarts? En zo ja, wat betekent dit dan voor de bekostiging van de huisartsenzorg?

Vervolgens lezen de leden van de CDA-fractie dat het uitgangspunt van het zorgplangesprek de professionele standaarden voor goede zorg zullen worden. Deze leden begrijpen dat de zorgverlener een professional is en goede zorg wil geven maar zoals genoemde leden ook al in eerdere

³ Kamerstukken II, 2013–2014, 30 597, nr. 435.

verslagen over wetsvoorstellen hebben aangegeven vinden zij dat het welbevinden van de zorgvrager/cliënt het centrale uitgangspunt van een zorgplanbespreking moet en ook kan zijn. De cliënt woont soms jarenlang in een instelling, dat is de werkplek van de professional maar de cliënt zijn thuis. Genoemde leden zijn bang dat zorgstandaarden en andere normen zo leidend zijn dat er geen ruimte is voor de cliënt en zijn wensen en gewoonten. Eerder hebben de leden van de CDA-fractie gevraagd welke regels de regering wil schrappen, desnoods verbieden, in de intramurale zorg. Deze leden denken hierbij aan (delen van) de Hazard Analysis Critical Control Points (HACCP), Consumer Quality (CQ) en geschrapte regels in het kader van het project regelarme zorg.

De leden van de CDA-fractie lezen dat een indicatie voor Wlz-zorg in principe voor onbepaalde tijd geldig zal zijn. Genoemde leden begrijpen dit wel voor bepaalde groepen cliënten, maar is de regering het niet met deze leden eens dat er ook bepaalde mensen zijn die wel een herindicatie moeten kunnen krijgen? Sommige ziekten zijn progressief en dan hebben mensen meer (zwaardere) zorg nodig, andere zijn bestendig en een leven lang hetzelfde. Deze leden vragen dus aan de regering of er niet meer aangesloten moet worden bij het ziektebeeld om wel of niet te herindiceren.

De regering schetst dat de gemeenten ook verantwoordelijk worden voor het organiseren van cliëntenondersteuning voor mensen die mogelijk een beroep doen op een indicatie voor de Wlz. Pas na de indicatiestelling moet de cliëntenondersteuning geregeld worden door het zorgkantoor. De leden van de CDA-fractie vragen of gemeenten hiervoor middelen krijgen en of de regering zich ervan bewust is dat dit een ander soort cliëntenondersteuner vraagt.

Vervolgens waren deze leden verrast om in de memorie van toelichting te lezen dat als iemand in een situatie graag thuis wil blijven wonen, het soms doelmatiger kan zijn dat hij door een mantelzorger, gemeente, en zorgverzekeraar wordt geholpen dan wanneer hij Wlz-zorg thuis zou ontvangen met een vpt of pgb. De eerste vraag die deze leden aan de regering willen stellen is hoe zij het begrip doelmatig in dit verband moeten uitleggen. Wat bedoelt de regering hiermee? Het lijkt wel een financiële afweging, zo merken genoemde leden op. Dit vinden deze leden nu een voorbeeld waar niet duidelijk is onder welke wet een zorgvrager nu precies valt, waar hij aanspraak op kan maken. Deze leden willen hierover wel graag duidelijkheid.

Wie beslist nu wanneer het Wlz-zorg is of Wmo/Zvw-zorg, en mensen kunnen toch ook gewoon thuis wonen met een Wlz-aanspraak door middel van een pgb? Kortom, welk probleem denkt de regering met deze zinsnede op te lossen?

De leden van de CDA-fractie lezen dat er voor het vpt en het pgb wel voorwaarden zijn. De zorg moet verantwoord, tegen aanvaardbare kosten en in eigen woonomgeving geleverd worden. Dat begrijpen deze leden, maar wie bepaalt of de zorg verantwoord geleverd kan worden? De cliënt, de zorgverlener (instelling) of het CIZ? Waar komt de beslissingsbevoegdheid te liggen? En deze leden begrijpen dat de kosten voor 18-minners betreffende woningaanpassingen thuis door de Wlz worden betaald en voor 18-plussers door de Wmo. Maar nu vragen deze leden hoe het dan zit bij een persoon die een indicatie heeft voor Wlz-zorg, en die kiest om met een pgb thuis te blijven wonen (niet in een wooninitiatief) en daarvoor enkele woningaanpassingen nodig heeft, bijvoorbeeld een losse tillift. Genoemde leden vragen of dat kan. Zij denken van niet zo blijkt later uit de memorie van toelichting, maar zij vinden dit een wat vreemd argument van de regering.

Als de gemeente dit mag afwijzen waardoor de persoon tegen zijn zin in, in een instelling moet gaan wonen is de samenleving toch veel duurder uit? Woningaanpassingen waar een eigen bijdrage voor mag worden gevraagd en een pgb is toch goedkoper dan jarenlange opname in een

instelling? Hoe moeten de leden van de CDA-fractie de zinsnede in artikel 3.3.3, vierde lid, lezen dat «een deel» van de zorg in natura-tarief vergoed wordt?

De leden van de CDA-fractie vragen of er iets en zo ja, wat er verandert met betrekking tot de huishoudelijke verzorging van mensen die met een vpt of pgb in de eigen woning blijven. De huishoudelijke verzorging in de Wmo is als vast omschreven voorziening verdwenen. In de Wlz lijkt deze nog wel te bestaan. Zowel bij het vpt als bij het pgb blijft dit onderdeel van de te leveren zorg. Waarom is hiervoor gekozen? Men zou dit ook kunnen zien als onderdeel van het verblijf zeker gezien de keuze die gemaakt is in het kader van de Wmo 2015. Gaat dit ook niet leiden tot druk om in de Wlz te komen?

Bij een vpt is alleen de zelfzorg (artikel 3.1.1, eerste lid, onderdeel d) niet langer onderdeel van de te leveren zorg. Waarom hiervoor gekozen is, is de leden van de CDA-fractie niet geheel duidelijk. Graag ontvangen zij een toelichting hierop aangezien op pagina 19 van de memorie van toelichting een ander beeld komt.

De leden van de CDA-fractie hebben al eerder opgemerkt dat er niet meer geïndiceerd wordt in uren. Vervolgens lezen genoemde leden in artikel 8.1.1, tweede lid, onder a tot en met i, de bespreking van de op te nemen doelen in het zorgplan. Zorgt bovenstaand artikel er niet voor dat er meer administratieve lastendruk bij de aanbieder en burger terechtkomt? Door het opnemen in de wet zal men deze zaken ook moeten controleren hetgeen gaat leiden tot verantwoordingspapieren die afgevinkt moeten worden. De indicering in zorgzwaartepakketten gaven overigens toch een richting aan?

De volgende onduidelijkheid die deze leden aan de regering willen voorleggen is de zogenaamde partneropname. Genoemde leden lezen dat de regering het AWBZ-recht wil behouden zodat oudere echtparen zo lang mogelijk samen kunnen blijven wonen. Zij lezen vervolgens dat als de andere partner ook zorg nodig heeft maar nog geen recht heeft op een Wlz-indicatie dat kan betekenen dat de gemeente vanuit de Wmo 2015 ondersteuning zal leveren aan de gezonde partner in de instelling. Deze leden vragen of de gemeenten weten dat zij hiervoor verantwoordelijk zijn. De leden van de CDA-fractie vinden namelijk dat gedurende bestudering van de onderhavige wet het steeds onduidelijker wordt wie er nu wanneer verantwoordelijk is en wat men dan precies kan verwachten. Zij vinden ook dat hier weer ongelijkheid heerst aangezien partners van mensen met een lichamelijke beperking geen gebruik mogen maken van de Wlz. Dat vinden deze leden onrechtvaardig. Waarom mogen ouderen wel bij elkaar blijven maar mogen mensen waarvan één van de partners een CVA heeft gehad of de ziekte ALS dit niet? De gezonde partner kan toch gewoon de eigen huur en kosten voor levensonderhoud betalen? Dit moet de regering toch niet bij de betreffende instelling neerleggen, zo vragen de leden van de CDA-fractie.

Nu genoemde leden lezen welke behandeling er in de Wlz plaatsvindt, is het deze leden nog onduidelijker waarom mensen met een ggz-behandelingsvraag niet gelijk in de Wlz kunnen instromen. Ook daar is immers sprake van een specifieke behandeling in de zin dat die samenhangt met de beperking. Dat is na drie jaar niet ineens een andere behandeling, zo stellen deze leden.

De leden van de CDA-fractie vernemen graag van de regering hoeveel budget er wordt toegevoegd aan het budget van de zorgkantoren voor woningaanpassingen voor personen onder de 18 jaar. En waar komt dit bedrag precies vandaan, worden gemeenten hierop gekort en hoeveel dan precies? Tijdens het debat over de Wmo 2015 is een toezegging gedaan dat ook woningaanpassingen voor personen boven de 18 jaar vergoed gaan worden. Hiertoe zou een nota van wijziging naar de Kamer komen. Graag vernemen deze leden ook wat hier de financiële consequenties van zijn.

Verder kunnen de leden van de CDA-fractie zich voorstellen dat mensen met een zware lichamelijke beperking assistentie vragen en bijvoorbeeld ademhalingsondersteuning, een bepaalde mate van toezicht nodig hebben. Waarom kiest de regering hier niet voor? Het gaat immers over een kleine groep mensen.

Genoemde leden lezen vervolgens in de memorie van toelichting dat de Wlz wel open staat voor mensen met multi-problematieken zoals mensen met een psychogeriatrische zorgvraag. Geldt dit dan ook voor andere doelgroepen zoals mensen met een verstandelijke en psychische stoornis en mensen met een licht verstandelijke handicap en psychische stoornis? Verderop lezen de leden van de CDA-fractie dat de mogelijkheden van overbruggingszorg in de Wlz kleiner zijn dan onder de huidige AWBZ. Hierover willen genoemde leden graag wat meer uitleg. Soms is er toch gewoon overbruggingszorg nodig, zo stellen de leden van de CDA-fractie. Daarbij vinden deze leden het ook belangrijk wat de reden is (noodzaak) van overbruggingszorg, waarom dit wordt aangevraagd. Hiermee lijkt de regering geen rekening te willen houden. Kan de regering toelichten waarom niet? Zoals:

- plaatsing in een intramurale setting tijdelijk, op basis van een wachtlijst niet mogelijk is;
- de cliënt, omdat hij niet pgb-vaardig is, niet in aanmerking komt voor een pgb;
- een vpt niet mogelijk is omdat de woonomgeving daar niet geschikt voor is.

In de huidige AWBZ is het mogelijk om in een dergelijke situatie tot twee keer toe drie maanden extramurale zorg te geven.

En stel nu dat cliënten met een aanspraak wijkverpleging gegeven de situatie aanspraak kunnen maken op Wlz-zorg. Stel nu dat de aanvraag enkele weken in beslag neemt. Wie levert dan de overbruggingszorg? De zorgverzekeraar of de Wlz?

De leden van de CDA-fractie hebben een aantal vragen over het volledig pakket thuis. Genoemde leden horen uit het veld dat het vpt vaak alleen mogelijk is als de cliënt dicht bij een instelling woont. Anders is het niet rendabel – vanuit de instelling geredeneerd – om de zorg en hoteldiensten te leveren. Hoort de regering deze geluiden ook? Verder gaat de regering de NZa vragen hoe vanaf 2016 een deel van de vpt-bekostiging vorm kan krijgen. Deze leden vragen of de regering een idee heeft waar zij wil landen en of zij een toekomst ziet waar naast wonen in een instelling, de mogelijkheden van zelfstandig wonen met een pgb en vpt worden behouden.

De leden van de CDA-fractie lezen verder in de memorie van toelichting en begrijpen dat men met het pgb in de Wlz zowel mantelzorgers als professionals mag uitbetalen. Deze leden vinden dit goed en zien hier weer een groot verschil met de Wmo. De gemeente mag namelijk zelf bepalen of en hoeveel zij mantelzorgers uitbetalen. Dit niet doen, zo stellen deze leden, kan ervoor zorgen dat mensen sneller aanspraak willen maken op de Wlz. Graag ontvangen zij een reactie van de regering op dit specifieke punt. Vervolgens begrijpen deze leden dat het zorgkantoor hiervoor een maximumbedrag vaststelt dat de zorg aan deze niet-professional mag uitbetalen. Wie bepaalt dit bedrag, wie bepaalt hoeveel budgethouders mogen uitkeren aan niet-professionals, wordt er een onderscheid gemaakt tussen volwassenen met een Wlz-rgb en kinderen met een Wlz-rgb? Het valt deze leden op dat er een groot verschil lijkt te bestaan tussen het pgb in de Wmo, Zvw, Jeugdwet en Wlz. Overall stelt de regering andere eisen, leveringsvoorwaarden aan.

De tekst bestuderend blijkt dat er afspraken kunnen worden gemaakt als mensen uit de instelling thuis gaan logeren of als zij een pgb hebben en bijvoorbeeld een nachtje per week in een instelling verblijven. Maar toch is tijdelijk verblijf in de Wlz geen optie. Tijdelijk verblijf is geen afzonderlijk recht, respijtzorg voor mensen met een Wlz-indicatie komt wel ten laste

van de Wlz. De leden van de CDA-fractie willen van de regering klip en klaar weten wat er nu wel en niet kan als men een Wlz-indicatie heeft en tijdelijk zorg uit handen moet of wil geven. Genoemde leden vinden dit vanuit de positie van de cliënt een vreemde gang van zaken. De regering lijkt er bewust voor te kiezen in het midden te laten hoe men dit moet regelen en het financiële probleem bij de zorgaanbieders neer te leggen. Verder vragen zij of de wet de mogelijkheid blijft bieden meervoudig gehandicapte kinderen tijdelijk bij een gastgezin te plaatsen. De memorie van toelichting spreekt immers steeds van een instelling.

Door de regering wordt in de memorie van toelichting (bekostiging) beargumenteerd dat instellingen vooral winst maken op het intramurale gedeelte van de zorg en dat daarom aangenomen wordt dat de maximumtarieven die nu in de AWBZ gelden relatief ruim zijn. Klopt dit in het licht van het extramuraliseren van de lagere zzp's? Begrijpen de leden van de CDA-fractie het goed dat de maximale tarieven per 1 januari 2015 naar beneden worden bijgesteld? Hoe groot is het bedrag dat hierop bezuinigd kan worden? Komt dit bedrag vervolgens ten goede aan de Wlz, aan de begroting VWS of gaat het terug naar de rijkschatkist? Betekent dit dat het bedrag voor het vpt en pgb ook naar beneden wordt bijgesteld ten opzichte van 2014?

De leden van CDA-fractie hebben met verbazing kennisgenomen van het feit dat de regering in het onderhavige wetsvoorstel al vooruitloopt op een afschaffing van de Wlz. De wet heeft toch immers de doelstelling een nieuwe – in aangepaste – vorm van de AWBZ op te bouwen?

Een twee fasen-aanpak waarbij wordt gezien of verdere verbeteringen in de doelmatigheid mogelijk zijn en de ouderenzorg over te hevelen, door dit risicodragend door zorgverzekeraars voor eigen verzekerden te laten uitvoeren.

De leden van de CDA-fractie zijn hier enigszins verbaasd over. De regering kan tot heden geen duidelijk inzicht verschaffen in de premie die men voor de Wlz wil gaan heffen, het eigen risico en de premie in de Zvw, Solvency II eisen en reserves die zorgverzekeraars (extra) moeten aanleggen. Deze leden willen hier graag snel een duidelijke doorrekening van krijgen en ook graag wat dit vervolgens gaat betekenen voor de verschillende inkomensgroepen. En daarbij een onderscheid aan te geven voor inkomensgroepen met en zonder zorgafname.

Maar toch begint de regering nu al over een tweede fase. Buiten het feit dat de leden van de CDA-fractie duidelijk voorstander zijn om de zorg voor de meest kwetsbaren onder te brengen in een volksverzekering, waar men gezamenlijk voor verantwoordelijk is en premie aan afdragen, vinden deze leden dat er hierbij sprake is van een korte termijn reactie van de regering waarbij zij vooral kijkt naar doelmatigheid. Genoemde leden lezen dit als financiële doelmatigheid en vragen de regering of zij serieus denkt dat het zorgverzekeringsstelsel op deze manier overeind en doelmatig wordt gehouden.

De regering stelt vervolgens namelijk dat zij in verband met de zogenaamde twee fasen-aanpak nu voor de korte termijn kiest om grotendeels aan te sluiten bij de bestaande uitvoeringsstructuur. Dat doet de regering om twee redenen, zij wil nog niet voorsorteren op een toekomstperspectief en ten tweede maakt de regering een pragmatische keuze; de zorg staat al voor een forse opgave gezien de andere zorgwetten.

Verbaasd vragen de leden van de CDA-fractie waarom de regering dan kiest om met deze wet te komen. Zie in dit verband ook de opmerkingen van de Raad van State dat het voorliggende wetsvoorstel in belangrijke mate overeenkomt met de huidige AWBZ, zij het dat de groep personen die daarop aanspraak kan maken drastisch wordt beperkt. Vindt de regering dit een soort «tussenwet» om de geesten rijp te maken om de gedachte achter de AWBZ ten grave te dragen? Het is deze leden de

memorie van toelichting lezend ook niet meer duidelijk waar men bij behandeling en stemming van deze wet nu voor of tegen is. Per amvb wordt Nederland in regio's ingedeeld. Genoemde leden vragen of er dan wordt aangesloten bij de 30 regio's in het huidige zorgkantoren-model of wordt er een nieuw model ontwikkeld en hoe gaat dit model er dan uitzien?

De aanwijzingsbevoegdheid komt op hoofdlijnen overeen met de aanwijzingsbevoegdheid in de AWBZ, zo lezen de leden van de CDA-fractie op pagina 33 van de memorie van toelichting. Op pagina 142 is te lezen dat het ongewenst is om de uitvoeringspraktijk en de verantwoordelijkheidstoedeling in dit opzicht te wijzigen. De Kamer heeft vele debatten gevoerd met de Staatssecretaris van VWS hoe hij de zorgkantoren meer «op het bit kon rijden». Dit waren debatten waarin duidelijk werd dat zorgkantoren zelf bepaalden welke zorgzwaartepakketten zij inkochten. In deze debatten werd duidelijk dat de Staatssecretaris onvoldoende middelen in handen had om de zorgkantoren desnoods te dwingen zich te houden aan de wettelijke bepalingen in dezen. Waar in deze Wlz blijkt nu dat de Staatssecretaris dit wel kan?

De leden van de CDA-fractie lezen dat er aan ZN, Wlz-uitvoerders en zorgkantoren gevraagd gaat worden om Wlz-inkoopregels op te stellen en die vervolgens ook daadwerkelijk te gebruiken. Deze leden vinden vragen niet zo sterk en zij vragen aan de regering waarom de regering dit niet als voorwaarde, nadere eis in de wet opneemt. De regering is toch financieel verantwoordelijk?

In de huidige AWBZ staat in artikel 16b dat zorgkantoren met iedere instelling die dat wil een contract moet sluiten. In artikel 4.2.2 van de Wlz staat dat ter uitvoering van zijn zorgplicht Wlz-uitvoerders schriftelijke overeenkomsten sluiten. Waarom is er gekozen voor deze terughoudende formulering?

De leden van de CDA-fractie lezen onder het kopje van de eigenbijdrageregeling dat de regering niet voornemens is grote veranderingen door te voeren bij deze eigenbijdrageregeling.

Genoemde leden ontvangen graag een uitgebreide toelichting vanuit het vertrekpunt wat er dan allemaal wel verandert.

Vervolgens geeft de regering aan nog niet precies te weten hoe men omgaat met de eigenbijdrageregeling en het pgb. De regering geeft aan nog niet te weten hoe men op adequate wijze de eigen bijdragen gaat vaststellen en heffen. Is dit inmiddels duidelijk?

Vervolgens een belangrijk punt voor deze leden. De anticumulatie van de eigenbijdrageregelingen. De regering houdt hier geen rekening mee. Zij is van mening dat dit ook niet hoeft. De leden van de CDA-fractie stellen zich hier op het standpunt dat er wel rekening moet worden gehouden met anticumulatie tussen de Zvw, Wlz en Wmo omdat de regering ervoor kiest de extramurale AWBZ (zorg in de thuissituatie) onder te brengen in twee wetten. En hoe zit het met de anticumulatie van een echtpaar als er een oudere in een instelling woont en de andere thuis en die via een maatwerkvoorziening uit de Wmo een eigen bijdrage moet betalen? Is er dan sprake van anticumulatie?

Ten slotte willen de leden van de CDA-fractie weten hoe groot het bedrag is dat de regering voor 2015, 2016 en 2017 verwacht aan totale eigen bijdragen voor de Wlz te ontvangen; deze horen immers bij het Fonds langdurige zorg.

Consequentie van de keuze voor een verzekering is echter dat de inzet van de sociale omgeving, die bij kan dragen aan de kwaliteit van leven van betrokkenen, geen verplichtend karakter heeft. De leden van de **PVV-fractie** kunnen zich niet aan de indruk onttrekken dat deze consequentie wordt betreurd door de regering. Kan zij hierop een toelichting geven? Wil de regering inzet van de sociale omgeving echt verplichten?

Consequentie van de keuze voor een verzekerd recht met het verzekeringsrisico bij de overheid, is dat indien er veel meer Wlz-cliënten zijn dan verwacht, de overheid daarvan uiteindelijk de financiële gevolgen zal dragen. Kunnen genoemde leden hieruit opmaken, dat de regering eigenlijk helemaal af wil van een verzekerd recht op zorg? Is dat de toekomst van de zorg in Nederland?

Vreemdelingen die illegaal of zonder verblijfsvergunning legaal in Nederland verblijven zijn uitgesloten van de Wlz-verzekering. De leden van de PVV-fractie vinden dit terecht. Deze leden vragen wel waarom er niet gelijk voor gekozen is om ook arbeidsmigranten uit te sluiten van de Wlz. En waarom zijn buitenlandse familieleden van mensen die hier (legaal) verblijven niet uitgesloten van toegang tot de Wlz? Mensen die hier een verblijfsvergunning hebben, mogen gewoon hun ouders naar Nederland halen, die dan ook een beroep doen op de zorg. Deze leden vinden dat niet wenselijk.

De regering acht een toegangspoort tot de Wlz nodig die objectief en professioneel geregeld is. Dit stelt hoge eisen aan de indicatiestelling. De indicatiestelling blijft net als in de AWBZ daarom in handen van het CIZ. De leden van de PVV-fractie zijn van mening dat de indicatiestelling beter en zorgvuldiger kan plaatsvinden door bijvoorbeeld de huisarts en de wijkverpleegkundige, zij kennen de cliënten tenslotte beter dan iemand achter een bureau op een kantoor ver weg met een afvinklijstje. Waarom wordt er door de regering getwijfeld aan de objectiviteit en professionaliteit van die beroepsgroepen?

In hoofdlijnen komt het erop neer dat een cliënt recht heeft op zorg op grond van de Wlz indien hij vanwege een somatische of psychogeriatrische aandoening of beperking of een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap blijvend behoefte heeft aan permanent toezicht ter voorkoming van escalatie of ernstig nadeel. De leden van de PVV-fractie vragen of het hier gaat om ernstig nadeel voor de cliënt of ook om ernstig nadeel voor de omgeving. Wat gebeurt er met een beginnend dementerende cliënt die niet 24 uur per dag zorg nodig heeft, maar wel zeer regelmatig op een dag en die geen sociaal netwerk heeft? Valt deze categorie niet tussen wal en schip?

De toegang tot de Wlz is geen afgeleide van de vraag of een gemeente voldoende heeft gedaan om iemand zo lang mogelijk thuis te ondersteunen vanuit de Wmo 2015 of van het feit of de zorgverzekeraar vanuit de Zvw voldoende zorg heeft geboden. De leden van de PVV-fractie zijn van mening dat dit een extra instroom in de Wlz zal veroorzaken. Graag ontvangen deze leden een reactie van de regering.

Doordat de gebruikelijke zorg voor kinderen een rol speelt bij de vraag of het kind redelijkerwijs op zorg is aangewezen, wordt onder meer bereikt dat kinderen op een later moment toegang zullen krijgen tot de Wlz.

Indien bijvoorbeeld een verstandelijk gehandicapt kind van vier jaar wat betreft de zorgbehoefte aan de toegangscriteria van de Wlz voldoet, kan het zijn dat het kind eerst door de eigen omgeving en de gemeente (Jeugdwet) zal moeten worden geholpen omdat het nog niet redelijkerwijs op de Wlz-zorg is aangewezen. De leden van de PVV-fractie vragen wat onder redelijkerwijs wordt verstaan. Hoe objectief is «redelijkerwijs»? Hoe verhoudt zich dit tot een objectieve en professionele indicatie?

De normen voor gebruikelijke zorg zullen worden uitgewerkt in de (beleids)regels met betrekking tot de indicatiestelling. Hiermee bestaat ruimte om gedetailleerd beleid te maken aan de hand waarvan het CIZ het begrip invult. Bovendien biedt het enige flexibiliteit, zodat deze normen op een later moment kunnen worden gewijzigd in het licht van veranderende maatschappelijk opvattingen over gebruikelijke zorg. Geldt ook hier weer, dat het uiteindelijke doel is om deze groep in de toekomst helemaal te kunnen uitsluiten van de Wlz?

Ook indien een cliënt één of meer van de bovenbedoelde aandoeningen, beperkingen of handicaps heeft, wil dat nog niet zeggen dat er een recht

op Wlz-zorg bestaat. Hij moet namelijk daarnaast blijvend behoefte hebben aan permanent toezicht en/of 24 uur per dag zorg in de nabijheid. Onder «permanent toezicht» wordt verstaan dat onafgebroken toezicht en actieve observatie gedurende de gehele dag nodig is, waarmee tijdig ingrijpen mogelijk wordt gemaakt. Doordat de cliënt zorg nodig heeft op zowel te plannen data en tijdstippen als op ongeplande tijden, vaak ook in de nachtelijke uren, volstaat toezicht op afstand of een meer passieve observatie niet. Bij de personen die een behoefte aan permanent toezicht hebben kan elk moment iets (ernstig) mis gaan. De leden van de PVV-fractie vragen wie hiervoor de criteria bepaalt. Wie bepaalt er wanneer er behoefte is aan permanent toezicht? Is dat bij cliënten die ernstig dementerend zijn? Kan dat ook al zijn bij een cliënt in het beginstadium van Alzheimer die bijvoorbeeld 's avonds en 's nachts onrustig is en gaat dwalen? Hoe kan het in die situaties zijn dat het sociale netwerk niet meespeelt? Als zo'n cliënt niemand heeft in zijn omgeving, moet hij dan wachten tot hij diep dementerend is voordat hij toegang krijgt tot de Wlz? En een cliënt die niet 24 uur per dag toezicht nodig heeft, maar onder andere wel hulp en sturing bij de toiletgang? Wordt die cliënt maar incontinent gemaakt door hem een luier aan te doen?

Iemand krijgt alleen recht op zorg op grond van de Wlz indien hij blijvend behoefte heeft aan permanent toezicht en/of 24 uur per dag zorg in de nabijheid. Dat de zorgvraag van de cliënt blijvend moet zijn, is van belang voor de afbakening tussen de Wmo 2015 en de Wlz. Mensen die in het gemeentelijke domein of door zorgverzekeraars geholpen kunnen worden, hebben over het algemeen nog perspectief op herstel en/of participatie in de samenleving. De leden van de PVV-fractie willen graag weten welk perspectief de regering denkt te zien op herstel of participatie bij een cliënt van 104 jaar oud, die zijn verzorgingshuis is uitgeschipt. Welk perspectief heeft een zwaar verstandelijk gehandicapt kind van vier jaar op herstel en participatie?

Het behoud van aansluiting bij de op participatie gerichte maatschappij is daarbij van groot belang. Hoe ziet de regering dat bij die cliënt van 104 jaar oud en dat zwaar verstandelijk gehandicapte kind van vier jaar? Bij het onderzoek dat ten grondslag ligt aan het indicatiebesluit maakt het CIZ zo mogelijk gebruik van de (medische) informatie die al beschikbaar is bij andere hulp- en zorgverleners, zorgaanbieders, verzekeraars en gemeenten. In het wetsvoorstel is geregeld dat hulpverleners met een medisch beroepsgeheim het CIZ desgevraagd die gegevens dienen te verschaffen die het CIZ nodig heeft om tot een goede (her)indicatie te komen. Dit draagt bij aan het tegengaan van fraude bij de indicatiestelling. De leden van de PVV-fractie vragen waarop deze verplichting gebaseerd is. Het verschaffen van medische gegevens dient altijd de goedkeuring van de patiënt te hebben; waarom wordt hiervan afgeweken? Hoe is het medisch beroepsgeheim geregeld voor medewerkers van het CIZ? Welke eisen worden er gesteld aan medewerkers van het CIZ, waar het gaat om kennis en kunde, medische achtergrond? Op welke manier draagt deze verplichting bij tot het tegengaan van fraude? Om welke fraude gaat het hier? Zijn er nu cliënten die ten onrechte, op basis van fraude, een indicatie voor verblijf hebben? Om hoeveel cliënten gaat dat? Op welke manier is er gefraudeerd?

In het indicatiebesluit stelt het CIZ vast of een cliënt aan de toegangscriteria van de Wlz voldoet en/of de cliënt op basis hiervan toegang tot de Wlz heeft. Beschikken de medewerkers van het CIZ over voldoende kennis om de toegangscriteria te toetsen?

Daarnaast stelt het CIZ vast in welk inhoudelijk zorgprofiel de cliënt het beste past. Het CIZ indiceert de zorgbehoefte hiertoe in aard, inhoud en (globale) omvang. Ook hiervoor geldt diezelfde vraag: hoe is het gesteld met de kennis en kunde van de medewerkers?

Indien een cliënt zelf in zijn woning voorziet met gebruikmaking van een pgb of vpt heeft dit als consequentie dat de algemeen medische zorg,

zoals omschreven, voor hem niet ten laste komt van de Wlz. Er is hiermee dus onderscheid tussen een verzekerde die voor zorg in natura met verblijf kiest ten opzichte van de verzekerde die kiest voor een pgb of vpt. De leden van de PVV-fractie vragen waarom er niet voor gekozen is om de algemene medische zorg helemaal uit de Wlz te halen, en onder te brengen in de Zorgverzekeringswet. Vervalt met deze constructie dan ook de verplichting tot een zorgverzekering, want waarvoor wordt die premie dan nog betaald? Hoe zit het met het eigen risico in dezen?

Als een cliënt gedurende een dagdeel begeleiding of behandeling ontvangt op een locatie die niet dezelfde is als de verblijfslocatie van de cliënt, kan het verzekerd pakket tevens het vervoer van en naar die locatie omvatten. Indien de begeleiding of de behandeling niet op een externe locatie wordt geleverd, maakt de cliënt uiteraard geen gebruik van het recht op vervoer. Dit is hetzelfde als in de AWBZ.

Indien een cliënt in de Wlz zich op grond van sociale overwegingen (denk aan een familiebezoek) wenst te verplaatsen maar hiervoor niet zelfstandig gebruik kan maken van het openbaar vervoer, kan deze cliënt dan hiervoor een beroep doen op de gemeenten voor sociaal vervoer? Meerderjarigen hebben in de Wlz geen recht op woningaanpassingen of verhuizingen. Indien zij hun woning wensen aan te passen om thuis te kunnen blijven wonen terwijl zij Wlz-zorg ontvangen, komen de kosten daarvan voor eigen rekening. De leden van de PVV-fractie vinden dit een bizar standpunt van de regering. Er wordt steeds georeerd, dat mensen langer thuis willen wonen, dat al deze wetten daarvoor nodig zijn, omdat de mensen dat willen! Maar als iemand er dan voor kiest om langer thuis te blijven wonen, met een Wlz-indicatie, dan wordt hem dat onmogelijk gemaakt tenzij hij genoeg geld heeft. Is dit niet een inperking van de keuzevrijheid, de wens van de cliënt, waar de regering zo hoog van opgeeft? Worden cliënten met een Wlz-indicatie op deze manier niet op financiële gronden gedwongen naar een instelling te verhuizen?

Genoemde leden zijn van mening dat de kosten hoger zijn als cliënten in een instelling gaan wonen, dan dat ze voor een vpt of pgb met woningaanpassing vanuit de Wmo kiezen. Graag ontvangen deze leden een toelichting op deze keuze.

Ook zijn er nog enkele aanspraken in de AWBZ, die geen onderdeel uitmaken van de Wlz, omdat ze niet passen in een wet voor langdurige zorg zoals de Wlz. Het gaat bijvoorbeeld om neonatale hielprikscreening, vaccinatieprogramma, abortusklinieken, doventolken en kortdurend verblijf. Deze AWBZ-aanspraken worden ondergebracht bij andere domeinen. De leden van de PVV-fractie vragen of dit niet ook onder de huidige wet mogelijk was geweest.

In de eerste fase blijft de uitvoering van de verzekering regionaal plaatsvinden. Daarna wordt gezien of verdere verbeteringen in de doelmatigheid mogelijk zijn in de tweede fase, die nog niet met dit wetsvoorstel in gang wordt gezet, bijvoorbeeld door de ouderenzorg op termijn naar de Zvw over te hevelen en derhalve risicodragend door zorgverzekeraars voor eigen verzekerden te laten uitvoeren. Volgens de leden van de PVV-fractie is dit niets meer dan een verdere afbraak van de ouderenzorg, zoals verzocht door Brussel. Wil de regering toelichten waarom zij niet de mogelijkheid tot het niet laten uitvoeren van de Wlz door de verzekeraars in overweging wil nemen? Als het om de centen gaat: hier geeft het CPB ook € 460 miljoen voor! Graag ontvangen genoemde leden een toelichting.

Ook acht de Nederlandsche Bank (DNB) het onderbrengen van de uitvoering van de Wlz in een aparte rechtspersoon verstandig, omdat het uitvoeren van de Zvw en Wlz in één rechtspersoon zou leiden tot additionele prudentiële en integriteitsrisico's en daarmee tot additioneel solvabiliteitsbeslag. Voorts is de splitsing wenselijk om de verzekerings-technische risico's van de Zvw- en Wlz-activiteiten te scheiden. Om deze redenen wordt geregeld dat de Wlz moet worden uitgevoerd in een aparte

rechtspersoon. Is dit niet een beetje spelen met woorden, zo vragen de leden van de PVV-fractie. De uitvoering van de Wlz vindt plaats in een aparte rechtspersoon, die behoort tot de groep waartoe ook de zorgverzekeraar behoort. De Wlz-uitvoerder is toch gewoon een afgevaardigde van de zorgverzekeraars?

Staat ook met betrekking tot de eigen bijdragen de solidariteit van het zorgstelsel niet onder druk? Cliënten met een goed pensioen of een spaarpotje gaan met dit systeem drie keer zoveel betalen voor dezelfde gehaktbal. Hoe solidair is dat?

De leden van de **D66-fractie** steunen de keuze die met voorliggend wetsvoorstel wordt gemaakt om, in de vorm van een algemene sociale verzekering, het recht op zorg voor de meest kwetsbaren in onze samenleving wettelijk te regelen. Zij snappen ook dat daarbij een strikte afbakening noodzakelijk is, niet alleen uit het oogpunt van financiële houdbaarheid, maar ook om afwenteling tussen verschillende wetten tegen te gaan. Deze leden tonen zich verheugd dat met de afspraken uit het akkoord tussen de vijf partijen van 17 april 2014 zeker is gesteld dat ouderen en verstandelijk gehandicapten voor wie thuis wonen echt niet langer gaat, op basis van de Wlz een plaats in een zorginstelling kunnen krijgen. Zij vragen wel of deze afspraken nog gevolgen hebben voor de toelatingscriteria voor de Wlz. Kan de regering een toelichting geven op de precieze positie in 2015 van bestaande en nieuwe cliënten met – in huidige termen – een zzp VV4 of VG3? Betekent dit bijvoorbeeld dat de zorginhoudelijke criteria die het CIZ voor de Wlz gaat ontwikkelen voor deze groep cliënten voor 2015 toegang tot de Wlz bieden?

De leden van de D66-fractie lezen dat de regering het belangrijk vindt dat onafhankelijk, objectief en zoveel mogelijk op een landelijk uniforme wijze wordt bepaald wie er toegang heeft tot zorg op grond van de Wlz. De regering kiest daarom voor een toegangspoort, in de vorm van het CIZ, die objectief en professioneel geregeld is. Het CIZ zal een landelijk uniform afwegingskader hanteren. Deze leden snappen de afweging die de regering ter zake maakt. Wel tonen zij zich bezorgd of met het bij het CIZ in handen brengen c.q. houden van de indicatiestelling niet wordt voortgegaan op de «oude» weg. Daarom hebben zij de algemene vraag hoe zeker wordt gesteld dat de zorgvraag van de cliënt leidend is en blijft bij de indicatiestelling en hoe wordt voorkomen dat de Wlz uitgaat van een aanbodgestuurde zorg. Zullen bijvoorbeeld huisartsen en verpleegkundigen worden betrokken bij de indicering, en zo ja op welke wijze? In de toegangscriteria wordt niets opgenomen over de rol van de sociale omgeving van de cliënt, met één uitzondering: van ouders wordt naar algemeen aanvaardbare maatstaven verwacht dat zij hun kinderen verzorgen, opvoeden en toezicht bieden. Er is pas sprake van toegang tot de Wlz indien de zorg voor een kind qua tijd en intensiteit «substantieel» groter is dan voor een kind van dezelfde leeftijd zonder de beperkingen. Dit roept bij de leden van de D66-fractie een aantal vragen op. Wat moet in dit kader onder «substantieel» worden verstaan? Hoe verhoudt het meewegen van gebruikelijke zorg bij de indicatiestelling zich tot een eerdere toezegging van de regering dat thuiswonende kinderen met meervoudige beperkingen of een (zeer) verstandelijke beperking, die levenslang zijn aangewezen op zorg, in de Wlz thuishoren? En hoe geldt dit voor kinderen met een enkelvoudige beperking? In hoeverre wijken de normen voor en de definitie van gebruikelijke zorg af van die in de huidige AWBZ? Op welke wijze zullen de cliëntenorganisaties worden betrokken bij de nadere uitwerking van het begrip gebruikelijke zorg?

De leden van de D66-fractie constateren dat de verzekerde recht heeft op zorg als zorg nodig is om «ernstig nadeel» te voorkomen. Artikel 3.2.1, tweede lid, onderdeel c, van het wetsvoorstel definieert dit «ernstige nadeel». In de memorie van toelichting geeft de regering aan dat aansluiting is gezocht bij de terminologie van de Wet zorg en dwang.

Anders dan in dat wetsvoorstel het geval is, is de omschrijving van ernstig nadeel in de Wlz echter limitatief en worden in de Wlz vier situaties genoemd die ernstig nadeel kwalificeren, waar de Wet zorg en dwang acht situaties benoemt. Genoemde leden constateren dan ook dat het begrip «ernstig nadeel» in de Wlz beperkter lijkt te zijn gedefinieerd. Waarom is hiervoor gekozen? Acht de regering nadere afstemming van beide wetsvoorstellen ter zake niet wenselijk of niet nodig? Waarom niet? De leden van de D66-fractie constateren dat in voorliggend wetsvoorstel nog geen uitwerking is gegeven aan de brief van de Staatssecretaris van VWS over de positie van langdurige ggz-patiënten⁴. Zij wensen dan ook op voorhand aan te geven dat zij de aangekondigde nota van wijziging op haar merites zullen beoordelen. Desalniettemin wensen deze leden alvast een aantal vragen te stellen ten aanzien van de positie van cliënten van de geestelijke gezondheidszorg in de Wlz. Zo constateren deze leden dat onderhavig wetsvoorstel mogelijk eerder in werking zal treden dan de Wet zorg en dwang en/of de Wet verplichte ggz. Genoemde leden vragen de regering daarom in de aangekondigde nota van wijziging in te gaan op de vraag hoe de Wlz zich straks verhoudt tot de mogelijkheid van gedwongen opnames in deze wetten. De leden van de D66-fractie lezen dat bij het tot stand komen van een indicatiebesluit de cliënt verplicht is om de benodigde gegevens te verstrekken en om mee te werken door zich te laten onderzoeken door het CIZ of een door het CIZ aangewezen persoon. Met name dit laatste kan in sommige gevallen voor ggz-clieënten een te hoge drempel zijn. Op welke manier zal worden geborgd dat het CIZ bij de indicatiestelling rekening houdt met de specifieke problemen van cliënten met psychiatrische problematiek? Voorts kan het CIZ het indicatiebesluit intrekken wanneer onjuiste of onvolledige informatie is verstrekt. De leden van de D66-fractie vragen of de regering het met hen eens is dat het hier dient te gaan om opzettelijk verstrekken van onjuiste of onvolledige informatie.

De leden van de D66-fractie lezen dat het CIZ bij het indicatiebesluit, in geval van een positieve uitkomst, vaststelt in welk inhoudelijk zorgprofiel een cliënt het beste past. Het CIZ indiceert hiertoe in aard, inhoud en globale omvang, maar niet langer in uren. Met deze wijziging ten opzichte van de bestaande situatie in de AWBZ wil de regering bereiken dat de cliënt meer centraal komt te staan. De inhoud van de (drie?) zorgprofielen zal door het Zorginstituut nader worden uitgewerkt. Dat maakt het genoemde leden wel erg lastig om zich ter zake een goed oordeel te kunnen vormen en zij verzoeken de regering hier in de nota naar aanleiding van het verslag veel dieper op in te gaan. Zo lezen deze leden dat het indicatiebesluit Wlz in tegenstelling tot de huidige AWBZ geen uitspraken zal doen over de vraag hoe de cliënt zal gaan wonen en leven en hoeveel uur van welke zorg hij zal krijgen. Maar wat staat er dan wél in een zorgprofiel? Worden de criteria voor de te ontwikkelen zorgprofielen transparant en begrijpelijk voor cliënten weergegeven? Zal de uitwerking van de zorgprofielen (ruim) voor de voorziene inwerkingtredingsdatum gereed zijn? Zullen de cliëntenorganisaties worden betrokken bij de uitwerking van de zorgprofielen door het Zorginstituut? Op welke wijze wordt het afgegeven zorgprofiel verbonden aan de financiering van de zorg? En waarop baseert de regering haar overtuiging dat deze systematiek betere waarborgen biedt dan de huidige situatie?

De leden van de D66-fractie vragen in dit licht ook naar de gevolgen voor cliënten die niet in een profiel passen, zoals dat bijvoorbeeld thans het geval is bij mensen die gebruik kunnen maken van meerzorg nadat het Centrum voor Consultatie en Expertise (CCE) is geconsulteerd. Blijft de mogelijkheid bestaan om het CCE in te schakelen?

De leden van de D66-fractie begrijpen dat het CIZ in voorkomende gevallen versneld een indicatiebesluit kan afgeven. De gemeente en

⁴ Kamerstukken II, 2013–2014, 30 597, nr. 427.

zorgverzekeraar zullen in gevallen met een spoedeisend karakter in eerste instantie deze zorg en ondersteuning op zich nemen waarbij tegelijkertijd een indicatie kan worden aangevraagd. Hoe ziet een dergelijke versnelde indicatieprocedure eruit en binnen welke termijn dient het CIZ een dergelijk indicatiesbesluit af te geven?

Cliënten moeten, zo constateren de leden van de D66-fractie, bij de (initiële) indicatiestelling voor de Wlz naar de gemeente voor ondersteuning. Na een positief indicatiebesluit draagt het zorgkantoor in het vervolg zorg voor de cliëntondersteuning. Deze leden achten het van groot belang dat de cliëntondersteuning, net als in de Wmo, te allen tijde onafhankelijke is en ten dienste staat aan de wensen, behoeften en zorgvraag van de cliënt. Tevens achten genoemde leden het van belang dat wordt geborgd dat ondersteuning ook daadwerkelijk altijd beschikbaar is en dat het zorgkantoor de cliënt actief informeert over de mogelijkheid om bij het onderzoek/de aanvraag gebruik te maken van cliëntondersteuning. Dit geldt bijvoorbeeld ook voor de ondersteuning bij het voeren van een zorgplanbespreking. Op welke wijze worden deze eisen aan de cliëntondersteuning in onderhavig wetsvoorstel geborgd? Zij ontvangen op dit punt graag een nadere toelichting van de regering. Deze leden vragen de regering daarbij ook in te gaan op de vraag op welke wijze kan worden zorggedragen voor continuïteit in de cliëntondersteuning, nadat een cliënt is overgegaan van bijvoorbeeld de Wmo naar de Wlz. Het kan voor cliënten immers praktisch en wenselijk zijn om hun «vertrouwde» ondersteuner te behouden. Hoe zal de regering eraan bijdragen dat dit tot de mogelijkheden behoort en gemeenten en zorgkantoren ter zake afdoende afspraken maken?

De leden van de D66-fractie juichen het op zich toe dat het verzekerd pakket in de Wlz op wetsniveau wordt verankerd. Dit biedt enerzijds meer zekerheden voor verzekerden, maar kan anderzijds ook bijdragen aan de financiële houdbaarheid van de langdurige zorg. Wel vragen zij of de regering zich ervan vergewist heeft dat er met het voorgestelde verzekerd pakket niemand «tussen wal en schip» valt. Dat zal immers moeilijker zijn te repareren met een wettelijke verankering.

Cliënten met een Wlz-indicatie hebben, zo lezen de leden van de D66-fractie, recht op een integraal pakket aan Wlz-zorg, bij verblijf of thuis. In dit kader merken zij op dat de regering tijdens de plenaire behandeling van de Wmo 2015 in de Kamer desgevraagd heeft toegezegd om met een nota van wijziging op onderhavig wetsvoorstel te komen op basis waarvan een bijdrage ten behoeve van woningaanpassing op basis van de Wlz niet alleen mogelijk zal zijn voor cliënten tot 18 jaar, maar ook voor 18-jarigen en ouder. Wanneer kan de Kamer die nota van wijziging tegemoet zien, zo vragen deze leden.

Voor mensen die niet in een instelling willen verblijven, biedt onderhavig wetsvoorstel de mogelijkheid van het «volledig pakket thuis» en het persoonsgebonden budget. Het pakket voor deze leveringsvormen wijkt op enkele punten af van het integrale pakket wanneer iemand in een instelling verblijft. Zo komt onder andere de algemene medische zorg ten laste van de Zvw, in plaats van de Wlz. De leden van de D66-fractie zijn het met de regering eens dat dit onwenselijk is, omdat idealiter vanuit de Wlz een integraal pakket zorg wordt geboden. De regering kiest er evenwel om historische en praktische redenen voor dit onderscheid vooralsnog te laten voortbestaan. Graag ontvangen deze leden een nadere toelichting. Zij verzoeken de regering daarbij tevens in te gaan op de vraag op welke termijn dit alsnog kan worden aangepast.

De leden van de D66-fractie verzoeken de regering om een uitputtend overzicht van aanspraken uit de AWBZ die gegeven hun aard niet in de nieuwe Wlz passen, en daarbij tevens voor elke aanspraak afzonderlijk aan te geven in welk domein/wetgeving zij zullen worden ondergebracht.

De leden van de D66-fractie constateren dat in het bijzonder ten aanzien van de huidige functie «kortdurend verblijf» onduidelijkheid bestaat of en

hoe dit in de toekomst wordt geborgd vanuit de Wlz dan wel andere wetten in het sociale domein, zoals de Wmo en Jeugdwet. Zij verzoeken de regering hierop in de nota naar aanleiding van het verslag uitgebreid in te gaan, en daarbij tevens te betrekken het recht – in specifieke gevallen voor meerderjarigen – op tijdelijk verblijf zoals geregeld in artikel 3.2.1, derde lid, en het recht op respijtzorg.

Een cliënt die zich, getuige zijn indicatiebeschikking van het CIZ, voor de Wlz heeft gekwalificeerd, heeft altijd, naast de voor hem geïndiceerde vormen van zorg, recht op verblijf, zo constateren de leden van de D66-fractie. Het recht op verblijf impliceert echter niet, dat de verzekerde daar per se gebruik van dient te maken. Indien de geïndiceerde zorg op verantwoorde wijze bij hem thuis kan worden verleend, kan hij kiezen voor een vpt of pgb in plaats van voor zorg met verblijf. Te allen tijde dient er echter verantwoorde zorg te worden geleverd. Het zorgkantoor beoordeelt bij elke leveringsvorm of aan de voorwaarden is voldaan. Betekent dit, zo vragen deze leden, dat het zorgkantoor ook belast wordt met een medisch-inhoudelijke afweging of een pgb dan wel vpt verantwoord is? Zou deze beoordeling, bijvoorbeeld de vraag of bij een vpt de intramuraal geïndiceerde zorg wel verantwoord in de thuissituatie geleverd kan worden, niet de taak van de zorgaanbieder moeten en kunnen zijn?

De leden van de D66-fractie vragen in dit licht ook naar de reden dat het binnen de Wlz, anders dan onder de huidige AWBZ, niet meer mogelijk zal zijn om in afwachting van een plaats in de voorkeursinstelling zorg thuis te ontvangen terwijl dat niet helemaal verantwoord is of meer zorg thuis te ontvangen, dan in een regulier vpt of pgb besloten ligt. In die zin zijn de mogelijkheden van «overbruggingszorg» in de Wlz derhalve kleiner dan onder de AWBZ. Vanwaar deze aanscherping?

De leden van de D66-fractie zijn van mening dat een belangrijke meerwaarde van het vpt is dat de cliënt zelfstandig woont en dat daarmee echt zorg op maat mogelijk is. Cliënt en aanbieder kunnen in gezamenlijkheid afspraken maken over de professionele zorg die wordt geleverd en over de wijze waarop deze aanvullend is op zorg die door mantelzorgers geleverd wordt. Met de Wlz komt een vpt onder restricties beschikbaar. Het zorgkantoor zal beoordelen of een cliënt in aanmerking komt voor een vpt. Wat zijn de redenen voor de restricties bij toegang tot het vpt? En kan het vpt ook door extramurale instellingen worden geleverd?

De leden van de D66-fractie tonen zich geïnteresseerd in de pilot voor zorg-op-maat-contractering, vergelijkbaar met de systematiek in Zweden. Kan de regering een nadere toelichting geven op de precieze werkwijze van dit Zweedse model? En wanneer verwacht de regering dat met de pilot kan worden aangevangen?

Naast zorg met verblijf en het volledig pakket thuis is het pgb de derde leveringsvorm binnen de Wlz. Het komt de leden van de D66-fractie voor dat de eisen voor het verkrijgen van een pgb in de Wlz hoger zijn dan de eisen in de huidige AWBZ en ook in vergelijking met de Wmo 2015 en de Jeugdwet. Zo lijkt in de Wlz sprake van een kan-bepaling in plaats van een moet-bepaling en bovendien is in de wet de mogelijkheid opgenomen om bij amvb nog nadere regels te stellen. Deze leden vragen de regering op deze punten om een nadere toelichting. Wat verandert er concreet ten opzichte van het pgb in de AWBZ? Waarom heeft de regering niet – net als in de Wmo – gekozen voor een moet-bepaling? Waarom kiest de regering ervoor om, naast alle regels die in de wet zijn opgenomen, ook nog regels bij of krachtens amvb te kunnen stellen? De leden van de D66-fractie lezen in de memorie van toelichting dat bij een pgb de cliënt en zijn vertegenwoordiger uiteindelijk zelf verantwoordelijk zijn voor de kwaliteit, waar in het geval van het vpt dat het zorgkantoor is. Hoe verhoudt deze stelling zich tot de bepaling dat het zorgkantoor dient te bepalen of sprake is van «verantwoorde zorg»? En hoe wordt voorkomen dat zorgkantoren een ontmoedigingsbeleid gaan voeren? De leden van de D66-fractie vragen

om de gevolgen ook te schetsen aan de hand van het geval van een inwonende zoon of dochter, die zwaar gehandicapt is. Bestaat er – ongeacht de leeftijd – dan te allen tijde recht op een pgb voor alle zorg en ondersteuning, dus ook voor begeleiding, dagbesteding en logeer/tijdelijk verblijf?

De leden van de D66-fractie vragen of het klopt dat het in de Wlz niet mogelijk is om een pgb en zorg in natura te combineren. Wat is daarvan de reden? Hoe verhoudt dat zich tot de vigerende wet- en regelgeving? En worden hiermee niet onnodig de mogelijkheden voor eigen regie op bepaalde onderdelen ingeperkt? Ook vragen deze leden wat de aanpassingen betekent voor zorgconcepten als de Thomashuizen en de Herbergier. Graag ontvangen zij een toelichting van de regering op dit punt.

De leden van de D66-fractie vragen of het klopt dat de budgetgarantie van oude indicaties bij herindicaties pgb vervalt. Ook vragen zij of als gevolg van voorliggend wetsvoorstel wijzigingen zullen plaatsvinden in het vaststellen van de pgb-tarieven en de wijze waarop deze worden berekend.

De leden van de D66-fractie lezen dat de zorgzwaartepakketten als «bekostigingstaal» behouden blijven. Voor de indicatiestelling worden echter cliëntprofielen ontwikkeld en gebruikt, die aansluiten bij de zorgvraag van cliënten. Hoe, zo vragen deze leden, zal de verbinding worden gemaakt tussen zorgprofielen en zorgzwaartepakketten? De NZa zal onderzoek doen naar de mogelijkheden om tot clustering van zzp's te komen vanaf 2016, waarbij ook zal worden gekeken naar het aantal zzp's per sector, de grondslagen en het terugdringen van het aantal toeslagen. Genoemde leden achten dat op zich niet onverstandig. Wel vragen zij de regering toe te lichten op welke wijze gekomen zal worden tot een goede bekostigingsstructuur voor exceptioneel dure cliënten.

De leden van de D66-fractie vragen naar aanleiding van de problematiek met het verlenen van zorg in natura in de AWBZ door zzp'ers via onderaanneming, of het in de Wlz wel mogelijk gemaakt wordt om als zzp'er via onderaanneming zorg in natura te verlenen. Tevens vragen deze leden of dit ook het geval is voor zorg die nu via de AWBZ is geregeld, maar in de toekomst in de Zvw of de Wmo.

De regering sluit voor de uitvoering van de Wlz op korte termijn grotendeels aan bij de bestaande uitvoeringsstructuur. De huidige hybride uitvoeringsstructuur van zorgverzekeraars en regionaal opererende zorgkantoren blijft grotendeels gehandhaafd. Waarom heeft de regering hiervoor gekozen en bijvoorbeeld niet voor één landelijk opererend zorgkantoor? Wel geeft de regering aan op termijn te willen komen tot een opschaling van het aantal regio's. De leden van de D66-fractie vragen of de regering inzichtelijk kan maken aan wat voor termijn in haar ogen dan moet worden gedacht.

De leden van de D66-fractie hebben voorts nog enige vragen over de rol van het zorgkantoor en de verhouding van het zorgkantoor tot de Wlz-uitvoerders. Wordt het zorgkantoor, zo vragen deze leden, niet feitelijk een tweede indicatiesteller, waardoor de toegang tot zorg bureaucratischer en subjectiever wordt? En hoe wordt voorkomen dat aan het eind van het jaar het budget van de Wlz-uitvoerder tekorten laat zien als gevolg van de zorgtoewijzing door het zorgkantoor? Met het oog op de Wlz hebben zorgkantoren al aangegeven zorginkoop ook in de Wlz samen met cliëntenorganisaties te willen blijven invullen. Voor specifieke cliëntgroepen is men voornemens om samen met zorgaanbieders zorgtrajecten te realiseren die passen binnen de kwaliteitskaders verantwoorde zorg. Op welke manier worden deze zorgtrajecten vormgegeven?

In de Wlz wordt, zo lezen de leden van de D66-fractie, in de eigen bijdrage onderscheid gemaakt tussen de verschillende leveringsvormen, waarbij geldt dat er geen grote wijzigingen zullen optreden ten opzichte van de huidige situatie. Wel vragen deze leden op welke wijze en hoe hoog de

eigen bijdrage voor het pgb zal worden vastgesteld. Zij ontvangen ter zake graag een nadere toelichting van de regering.

De leden van de **ChristenUnie-fractie** vragen of het denkbaar is dat iemand zonder indicatie wordt opgenomen door een zorgaanbieder en dat met terugwerkende kracht een indicatie wordt afgegeven. Hoe verhoudt die (on)mogelijkheid zich tot de mogelijkheid van versnelde indicatie? Is die in alle gevallen toereikend?

Deze leden constateren voorts dat op grond van artikel 3.2.2, derde lid, een verzekerde alle informatie aan het CIZ moet verstrekken waarvan hem redelijkerwijs duidelijk moet zijn dat die van belang kan zijn voor de beoordeling van het recht op zorg. Wat gebeurt er als de verzekerde niet alle informatie verstrekt die al wel beschikbaar is, hij geen indicatie krijgt en pas enige tijd later alsnog volledige informatie aanlevert? Kan de verzekerde dan gewoon een indicatie krijgen op dat moment? Zijn er andere (rechts)gevolgen verbonden aan het verstrekken van onjuiste of onvolledige informatie aan het CIZ ten behoeve van een indicatie?

De leden van de ChristenUnie-fractie constateren bovendien dat het CIZ op grond van artikel 3.2.3 een indicatiebesluit kan intrekken indien dit is gebaseerd op onjuiste of onvolledige gegevens. Zij willen weten of dat kan leiden tot aansprakelijkheid voor de – naar achteraf blijkt – onterecht gemaakte kosten. Hoe zit dat in het bijzonder met het persoonsgebonden budget, dat in het wetsvoorstel als subsidie wordt aangemerkt? Kan intrekking of herziening van een indicatie met terugwerkende kracht gelden?

De leden van de ChristenUnie-fractie lezen in de memorie van toelichting dat het CIZ «ambtshalve» «kan» herindiceren indien het vermoedt dat het indicatiebesluit op basis van onjuiste gegevens is afgegeven. Tegelijkertijd wordt gesproken van een «discretionaire bevoegdheid». Is het CIZ ambtshalve verplicht om te herindiceren bij vermoedens of is het daartoe slechts bevoegd, zo vragen deze leden.

De leden van de ChristenUnie-fractie constateren dat in artikel 3.2.1, eerste lid, het recht op zorg redelijk open is geformuleerd. Een verzekerde heeft volgens dit artikel recht op zorg «voor zover hij naar aard, inhoud en omvang redelijkerwijs» op die zorg is aangewezen. Deze leden vragen de regering uit te leggen waarom is gekozen voor zo'n open norm.

De leden van de fractie van de ChristenUnie constateren dat op grond van artikel 3.2.4 bij of krachtens algemene maatregel van bestuur kan worden bepaald dat het recht op zorg slechts tot gelding kan worden gebracht indien de verzekerde de kosten daarvan gedeeltelijk draagt en dat aldus een eigen bijdrage mogelijk wordt gemaakt. Waarom heeft de regering er niet voor gekozen die wettelijk te begrenzen of tenminste in te kaderen? Deze leden krijgen daarop graag een reactie.

De leden van de ChristenUnie-fractie hechten er grote waarde aan dat cliënten keuzevrijheid houden, ook om te kiezen voor identiteitsgebonden zorg. Op welke wijze is dit geborgd in de wet?

Deze leden willen voorts weten op welke wijze is geborgd dat de infrastructuur van identiteitsgebonden zorg overeind blijft in de transitiefase.

De leden van de ChristenUnie-fractie willen weten waarom de regering ervoor heeft gekozen om het persoonsgebonden budget in artikel 1.1.1 te omschrijven als een subsidie en daarmee onder het subsidieregime van de Awb te brengen. Zij vragen of ook is overwogen om een specifiek op het persoonsgebonden budget toegesneden regeling voor wijziging en terugvordering te ontwerpen, waarin beter recht kan worden gedaan aan het persoonsgebonden budget als een specifieke financieringsvorm van (langdurige) zorg.

Voorts constateren genoemde leden dat in artikel 3.3.3 van het wetsvoorstel staat dat de Wlz-uitvoerder «kan» besluiten om een persoonsgebonden budget te verlenen. Is de bevoegdheid van de

Wlz-uitvoerder om een pgb te weigeren beperkt tot de gronden in het derde lid, zo vragen zij.

Ook vragen deze leden of de regering erkent dat het in het belang van de Wlz-uitvoerder is om cliënten zoveel mogelijk de gecontracteerde zorg af te laten nemen, zodat hij met zoveel mogelijk zorgaanbieders kwaliteitsafspraken kan maken.

De leden van de ChristenUnie-fractie constateren dat de regering ervoor kiest de Wlz-uitvoerder te laten beoordelen of iemand in staat is te achten op eigen kracht of met hulp van een vertegenwoordiger, de door hem verkozen zorgaanbieders en mantelzorgers op zodanige wijze aan te sturen en hun werkzaamheden op elkaar af te stemmen, dat sprake is of zal zijn van verantwoorde zorg. Waarom is daarvoor gekozen, zo willen zij weten.

Genoemde leden willen weten welke rechten en middelen een cliënt heeft als hij of zij de weigering van een pgb op grond van artikel 3.3.3, tweede lid, onderdeel c, wil aanvechten.

Waarom kiest de regering ervoor de Wlz-uitvoerder te laten beoordelen of sprake is of zal zijn van toereikende zorg van goede kwaliteit, zo vragen deze leden. Welke rol heeft de cliënt bij die beoordeling? Hoe verhoudt dit zich tot het feit dat de wet mogelijk maakt dat pgb-houders zorg van niet-professionals kunnen inkopen, waarbij zij zelf de kwaliteit beoordelen?

De leden van de ChristenUnie-fractie willen ook weten welke rechten en middelen een cliënt heeft als hij of zij de weigering van een persoonsgebonden budget op grond van artikel 3.3.3, tweede lid, onderdeel a, wil aanvechten.

Deze leden vragen voorts waarom de regering ervoor kiest de zorgkantoren de taak te geven om de maximumvergoeding vast te stellen die niet-professionals kunnen krijgen. Verwacht de regering grote verschillen tussen de maximumtarieven die zorgkantoren vaststellen?

De leden van de ChristenUnie-fractie constateren dat verzekerden om gebruik te kunnen maken van een pgb een vast woonadres moeten hebben. Waarom, zo vragen zij.

Genoemde leden constateren dat de SVB het budgetbeheer en de betalingen ten laste van het persoonsgebonden budget gaat uitvoeren.

Zoals bij iedere grote organisatie, zullen zich daarbij zo nu en dan fouten of vertragingen in de uitbetaling voordoen, zo verwachten deze leden.

Daarom willen zij weten hoe wordt voorkomen dat kleinschalige zorgaanbieders dan geen zorg meer kunnen leveren aan de pgb-houder, omdat ze niet uitbetaald hebben gekregen.

Deze leden vragen of iemand met een indicatie voor verblijf op enig moment ook gebruik kan maken van een pgb of vpt als leveringsvorm.

De leden van de ChristenUnie-fractie constateren dat bij een pgb onder meer het wassen van kleding onder de verantwoordelijkheid van de cliënt zelf valt, terwijl bij een vpt dergelijke zaken wel worden vergoed. Waarom maakt de regering dit onderscheid?

De leden van de ChristenUnie-fractie constateren dat in de huidige AWBZ voor de specialistische begeleiding ten aanzien van cliënten op wie een zorgsituatie van toepassing is waarvoor in de huidige situatie is vastgesteld dat enige ondoelmatigheid acceptabel is in functies en in klassen kan worden geïndiceerd, waardoor een budget ontstaat dat het mogelijk maakt ook aan deze cliënten zorg te verlenen. Deze leden willen weten of deze cliënten straks conform de toezeggingen van de regering onder de Wlz zullen vallen. Geldt dat ook voor nieuwe gevallen? Op grond van welk artikel uit de wet heeft deze groep toegang tot de Wlz? Blijft deze groep identificeerbaar bij de indicatiestelling? Kan de regering aan deze leden bevestigen dat zij voornemens is deze cliënten straks onder te brengen in één van de zorgprofielen? Hoe wordt aan deze bijzondere doelgroep en het bijzondere financiële arrangement dat ze nu krijgen recht gedaan bij het opstellen van de zorgprofielen? Ouders van deze cliënten vrezen, zo

begrijpen genoemde leden, dat zij onder de Wlz in een zzp-mal worden geduwd en daardoor onvoldoende middelen ter beschikking krijgen om tot voldoende zorg te kunnen komen in de thuissituatie. Kan de regering de zorgen van deze ouders wegnemen, zo vragen deze leden.

De leden van de ChristenUnie-fractie constateren dat voor veel ouders kortdurend verblijf in een (logeer)instelling een belangrijke verlichting betekent van de zorg die zij hun kinderen bieden. Zij willen weten hoe wordt voorkomen dat dit aanbod van respijtzorg verdwijnt, omdat de aanspraak daarop en de financiering daarvan versplinterd raakt in de decentralisatieoperatie.

De leden van de ChristenUnie-fractie constateren dat er een groep rondzwervende mensen is, die ook in het huidige stelsel niet geïndiceerd zijn voor AWBZ-zorg, terwijl hun complexe problematiek hiertoe wel alle aanleiding geeft. Zij begeven zich op straat of in dag- en nachtopvangvoorzieningen en vinden geen plek in vormen van beschermd wonen, de reguliere verpleegzorg of VG-zorg. Vanwege de combinatie van problemen zijn zij niet eenvoudig in indicatiecriteria of zorgprofielen te vangen. Deze leden vragen of de regering deze problematiek herkent? Hoe wil de regering deze groep onderbrengen in de zorgprofielen en de Wlz?

De leden van de ChristenUnie-fractie constateren dat cliënten die gedetineerd raken voor de duur van hun detentie een recht op zorg niet tot gelding kunnen brengen. Deze leden vragen hoe wordt voorkomen dat alle zorginfrastructuur rond hen wegvalt, omdat zij voor enkele weken hebben vastgezet. Raken gedetineerde cliënten bijvoorbeeld onmiddellijk hun Wlz-instellingsplek kwijt?

De leden van de ChristenUnie-fractie willen graag weten op welke wijze de beschikbaarheid van geestelijke verzorging in instellingen en de zorg in den brede wordt gewaarborgd en wat deze wet daaraan zal bijdragen. Erkent de regering, zo vragen deze leden, dat juist bij langdurige zorg, het werk van geestelijke verzorgers van het grootste belang is?

De leden van de ChristenUnie-fractie constateren dat de spoedzorg is verdwenen uit de Wlz. Deze leden constateren voorts dat juist bij sterk veranderde gezondheid of veranderingen in de zorgstructuur het noodzakelijk is mensen snel op te kunnen nemen, zodat het thuisfront kan herstellen of de gezondheidssituatie van de cliënt kan stabiliseren. Deze leden vragen hoe dat in de Wmo en Zvw gerealiseerd kan worden.

De leden van de ChristenUnie-fractie constateren ook dat abortussen, die worden uitgevoerd in een abortuskliniek, niet mee verhuizen naar de Wlz, maar dat de bijbehorende aanspraken worden ondergebracht bij een ander domein. Welk domein, zo willen deze leden weten. En waar komen die aanspraken vast te liggen?

In voorliggend wetsvoorstel wordt de indicatiestelling via zorgzwaartepakketten vervangen door indicatie via zorgprofielen. De leden van de **GroenLinks-fractie** constateren dat de vormgeving van deze zorgprofielen nog niet bekend is. Wat deze leden betreft moeten deze zo ver mogelijk voor inwerkingtreding van voorliggend wetsvoorstel bekend zijn. Wanneer verwacht de regering dat deze zorgprofielen wel bekend zullen zijn?

De leden van de GroenLinks-fractie zijn van mening dat om de zorg thuis meer mogelijk te maken, de zorg echt afgestemd moet worden op de individuele situatie en dus op de persoonlijke indicatie. In hoeverre geeft indicatiestelling via zorgprofielen daarvoor ruimte? Klopt het dat de indicatiezorgprofielen worden afgeleid van instellingszorg? Wat zijn hiervan de implicaties voor mensen die de zorg via een persoonsgebonden budget willen krijgen? Bestaat niet het risico dat wanneer vanuit profielen gewerkt wordt, er mensen zullen zijn die een te hoog of te laag budget krijgen? Ziet de regering dat risico ook? In hoeverre doet het indicatiesysteem recht aan de individuele zorg thuis en aan de zorg in

kleinschalige wooninitiatieven? Bij deze vormen van zorg is immers geen of weinig ruimte om te middelen in de zorg.

De zorgzwaartepakketten blijven voor de bekostigingstaal wel behouden. De leden van de GroenLinks-fractie krijgen graag meer duidelijkheid over hoe de verbinding tussen zorgprofielen en zorgzwaartepakketten wordt gemaakt.

De leden van de GroenLinks-fractie krijgen graag meer duidelijkheid over hoe de bekostiging van de zorg van mensen met een grote zorgvraag wordt geregeld. Blijft er een bekostiging mogelijk voor cliënten met een extreem hoge zorgvraag?

Daarnaast ontvangen genoemde leden graag meer duidelijkheid waarom ervoor gekozen is een meerzorgregeling alleen beschikbaar te stellen voor hogere zorgzwaarten. Is de regering met deze leden van mening dat ook mensen met een lagere zorgzwaarte te maken kunnen krijgen met een stapeling van problemen vanwege combinaties van grondslagen en een niet passende indicatie? Is de regering bereid om ook voor die groepen een meerzorgregeling mogelijk te maken wanneer dit nodig blijkt te zijn? Genoemde leden lezen in de memorie van toelichting dat er sprake is van een integraal pakket bij zorg in natura in de Wlz en dat wanneer door de cliënt gekozen wordt voor verschillende aanbieders, dit in onderaannemerschap geregeld kan worden. Betekent dit dat het niet meer mogelijk is dat de dagbesteding in de gehandicaptenzorg apart van de verblijfszorg bij een aanbieder wordt ingekocht, zoals dat nu in de AWBZ wel kan?

De leden van de GroenLinks-fractie krijgen graag meer duidelijkheid over de bekostiging van huisaanpassingen. Als van voorliggend wetsvoorstel het zo lang mogelijk thuis kunnen blijven wonen een uitgangspunt is, dan horen mensen ook voldoende mogelijkheid te hebben om het huis daar ook op te kunnen aanpassen. Genoemde leden vragen daarom waarom ervoor gekozen is huisaanpassingen alleen beschikbaar te stellen voor minderjarigen thuis of in een kleinschalige pgb-voorziening. Wanneer kan de Kamer de wijziging van voorliggend wetsvoorstel verwachten waarmee ook meerderjarigen die zorg ontvangen uit de Wlz vanuit deze wet huisaanpassingen kunnen krijgen?

Met het volledig pakket thuis kunnen mensen zelfstandig wonen en zorg op maat ontvangen. De leden van de GroenLinks-fractie constateren dat ook onder de Wlz het vpt mogelijk blijft. Deze leden vragen echter hoe strikt de beschikbaarheid van het vpt wordt geregeld. Genoemde leden vrezen dat de wijze waarop het zorgkantoor beoordeelt of een cliënt in aanmerking komt voor het vpt onnodig belemmerend is voor cliënten en zorgaanbieders en zij krijgen daarop graag een reactie. Wat zijn de redenen voor restricties bij de toegang tot het vpt? Waarom is ervoor gekozen om het vpt te definiëren als «zorg zonder verblijf»? Wat is de reactie van de regering op de uitspraak van ActiZ dat dit niet juist is en dat dit tot verwarring leidt? Is de regering bereid om de Wlz hierop aan te passen?

Wie zorg krijgt, moet zoveel mogelijk zelf kunnen bepalen hoe deze zorg eruit ziet, wie deze levert en wanneer men deze krijgt. De leden van de GroenLinks-fractie zijn daarom groot voorstander van het persoonsgebonden budget. Zij streven naar een volwaardig persoonsgebonden budget in elke zorgwet. De toegang tot het pgb hoort in alle zorgwetten zo duidelijk en eenduidig mogelijk te zijn. Genoemde leden vragen daarom waarom ervoor gekozen is om in voorliggend wetsvoorstel een kan-bepaling met betrekking tot het toekennen van een pgb op te nemen. Wat is de reden om in de wetstekst op te nemen dat de Wlz-uitvoerder een persoonsgebonden budget kan verlenen? Naar de mening van deze leden moeten mensen die de zorg via een pgb willen regelen, dit toegekend krijgen, tenzij er redenen zijn om aan te nemen dat mensen dit niet kunnen doen. Waarom is er niet voor gekozen een zogenaamde moet-bepaling in de wetstekst op te nemen?

Artikel 3.3.3, vierde lid, stelt kort gezegd dat een persoonsgebonden budget een deel van het vastgestelde tarief bedraagt. De leden van de GroenLinks-fractie ontvangen hierover graag nadere uitleg. Waarom wordt per definitie al uitgegaan van een deel van het vastgestelde tarief? Daarnaast vragen deze leden in hoeverre dit artikel garandeert dat de hoogte van het pgb toereikend moet zijn om de benodigde zorg te kunnen inkopen.

Genoemde leden krijgen graag meer uitleg over waarom in voorliggend wetsvoorstel wordt afgeweken van de bepalingen in de Wmo dat de keuze voor een pgb mogelijk is voor huisaanpassingen, mobiliteitshulpmiddelen en vervoersvoorzieningen in het sociale verkeer. Waarom heeft de regering er in voorliggend wetsvoorstel voor gekozen om dit in de Wlz te beperken tot een zorg in natura aanbod? Is de regering bereid de Wmo en Wlz op dit punt in overeenstemming te brengen? Zo nee, waarom niet? De leden van de GroenLinks-fractie ontvangen graag meer duidelijkheid over de mogelijkheden binnen voorliggend wetsvoorstel om het pgb en zorg in natura met elkaar te kunnen combineren. Is de regering het met de genoemde leden eens dat het de keuzevrijheid niet ten goede komt wanneer het pgb en zorg in natura niet met elkaar gecombineerd kunnen worden? Waarom is ervoor gekozen om deze mogelijkheid met voorliggend wetsvoorstel te laten vervallen?

De leden van de GroenLinks-fractie krijgen ook graag meer duidelijkheid over de gevolgen van de invoering van de Wlz voor bestaande budgethouders. Kan bijvoorbeeld alle huidige pgb-gefinancierde zorg voor thuiswonende meervoudig gehandicapte kinderen worden gecontinueerd? Blijven voor hen logeermogelijkheden mogelijk? Op welke manier kan de huidige logeerpraktijk voor meervoudig gehandicapte kinderen worden gecontinueerd?

Genoemde leden ontvangen ook graag meer duidelijkheid over de mogelijkheden om de zorg in ADL-clusterwoningen met een pgb in te kopen. Bestaat die mogelijkheid straks onder de Wlz? Daarnaast vragen deze leden aan de regering wat de definitie is van assistentie bij algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL). Is dit voldoende duidelijk in voorliggend wetsvoorstel opgenomen? Gaat het hierbij bijvoorbeeld ook om persoonlijke verzorging en hand- en spandiensten?

Oproepzorg, niet-planbare zorg op momenten dat iemand lichamelijke verzorging nodig heeft, wordt toegekend door middel van een subsidie aan instellingen, zo stelt artikel 10.1.3, eerste lid, van voorliggend wetsvoorstel. De leden van de GroenLinks-fractie vragen waarom ervoor gekozen is om in de memorie van toelichting expliciet te benoemen dat het hierbij gaat om de aanbieder Fokus. Betekent dit dat dit in de toekomst niet voor eventuele andere aanbieders open staat? Worden mensen die deze zorg nodig hebben door dit voorstel niet verplicht om in een Fokuswoning te gaan wonen?

De leden van de GroenLinksfractie ontvangen graag meer duidelijkheid over de wijze waarop onder de Wet langdurige zorg gekeken wordt naar gebruikelijke en bovengebruikelijke zorg. De regering heeft in een eerdere brief over de hervormingen in de langdurige zorg aangegeven dat thuiswonende kinderen met meervoudige beperkingen of een (zeer) verstandelijke beperking, die levenslang zijn aangewezen op zorg, in de Wet langdurige zorg thuishoren. Op welke manier wordt daar recht aan die toezegging gedaan wanneer er pas toegang is tot de Wet langdurige zorg wanneer de zorg qua tijd en intensiteit substantieel meer is dan bij kinderen zonder beperking? Kan de regering aangeven in hoeverre de normen voor en definitie van gebruikelijke zorg afwijken van die in de huidige AWBZ?

De leden van de **SGP-fractie** vragen de regering naar de gevolgen van dit wetsvoorstel voor gemoedsbezwaarden tegen verzekeringen. Gemoedsbezwaarden zien een verstrekking uit de AWBZ vaak niet als

bezwaarlijk, aangezien zij de AWBZ zien als overheidsvangnet waarin onverzekerbare risico's zijn ondergebracht. De bezwaarde betaalt via een bijdragevervangende belasting een zelfde bijdrage aan de overheid als elke Nederlander. Deze bijdrage wordt niet in de spaarpot van het College voor zorgverzekeringen (CVZ) gestort. Om deze reden heeft de Minister van VWS in een brief van 14 augustus 2001 verklaard, en op 20 februari 2006 herhaald, dat gemoedsbezwaarden wél aanspraak kunnen doen gelden op verstrekkingen uit de AWBZ. Kan de regering bevestigen dat gemoedsbezwaarden, zoals nu ook het geval is in de AWBZ, gebruik kunnen blijven maken van de zorg die valt onder de Wlz, zoals dat ook onder de huidige wettelijke regeling mogelijk was? In welk wetsartikel wordt dat geregeld, en op welke manier?

De leden van de SGP-fractie vragen de aandacht van de regering voor de financiële gevolgen die de overheveling van de functies verzorging, verpleging en de langdurige ggz heeft voor gemoedsbezwaarden, aangezien zij daardoor nog meer kosten zelf moeten betalen. Zij zien een verstrekking uit de Zorgverzekeringswet immers als een verzekering waartegen zij gemoedsbezwaarden hebben. Deze leden vragen de regering daarom hoe zij gemoedsbezwaarden hiervoor wil compenseren. Een mogelijkheid daartoe zien genoemde leden in het kader van de spaarrekening voor gemoedsbezwaarden bij het College voor zorgverzekeringen, artikelen 39, 57 en 70 van de Zorgverzekeringswet. Nu wordt jaarlijks (maximaal) 50% van de ingelegde premie onttrokken aan de CVZ-spaarrekening en toegevoegd aan het Zorgverzekeringsfonds. Deze onttrekking werkt niet goed uit, omdat de zorgkosten van gemoedsbezwaarden stijgen naarmate deze ouder worden. In de actieve periode vindt juist de meeste inleg op de spaarrekening plaats, terwijl er dan gemiddeld genomen relatief weinig kosten zijn. Dit leidt tot te grote onttrekkingen richting Zorgverzekeringsfonds in de actieve periode, zodat er te weinig gelden beschikbaar zijn voor zorgkostenbetalingen op hogere leeftijd. Is de regering bereid bij nota van wijziging te regelen dat niets aan de spaarrekening onttrokken wordt tijdens het leven van gemoedsbezwaarden, maar alleen het restant van het potje bij overlijden van het laatste lid van het gezin? Zou dat ook niet veel beter passen bij de nadruk op de persoonlijke verantwoordelijkheid die mensen volgens dit wetsvoorstel hebben en ook bij de zorgplicht die zij voor elkaar hebben in gezinsverband?

Onder de huidige AWBZ verloopt de indicatiestelling via zorgzwaartepakketten. Dit zal veranderen onder de Wlz, waar voor indicering via zorgprofielen is gekozen. De bekostiging blijft echter wel gebaseerd op zzp's. Het is de leden van de SGP-fractie nog niet helemaal duidelijk hoe de zorgprofielen zich precies verhouden tot de zorgzwaartepakketten, vooral omdat zzp's nog wel steeds vastgesteld zullen worden voor de financiering. Kan de regering precies aangeven wat de verschillen zijn? Maakt dit het systeem niet onnodig complex, terwijl een vereenvoudiging beoogd wordt?

In de toegangscriteria is niets opgenomen over de rol van de sociale omgeving van de cliënt. Er wordt niet gekeken of de cliënt familie, vrienden of kennissen heeft die hem kunnen verzorgen waardoor er geen zorg nodig zou zijn vanuit de Wlz. Uitzondering hierop zijn ouders, van wie naar algemeen aanvaardbare maatstaven verwacht wordt dat zij hun kinderen verzorgen en opvoeden c.q. toezicht bieden ook al is er sprake van een kind met een ziekte, aandoening of beperking. Wat verstaat de regering onder gebruikelijke zorg? Worden ouders geacht levenslang hun kind naar algemeen aanvaardbare maatstaven te verzorgen en op te voeden, omdat de ouder-kind relatie levenslang is? Door wie en volgens welke criteria wordt dit vastgesteld? Hoe wordt uniformiteit in de uitvoering hiervan bereikt?

Veel mensen willen zo lang mogelijk en zoveel mogelijk zelfstandig in hun vertrouwde omgeving blijven. Voor ouderen is dit veelal bij hun partner,

indien zij deze nog hebben. Bij kinderen en jongeren met verstandelijke, lichamelijke en/of zintuiglijke beperkingen is dit bij hun ouders. Als er geen opname is in een instelling, kan gebruik gemaakt worden van een vpt of pgb. Voorwaarde is wel dat de zorgkosten niet hoger mogen zijn dan bij verblijf in een instelling. Houdt de regering er rekening mee dat dit ervoor kan zorgen dat kinderen van hun ouders worden gescheiden vanwege financiële belemmeringen? Is de regering met deze leden van mening dat dit zoveel mogelijk moet worden voorkomen zolang ouders zelf de bereidheid en de mogelijkheid hebben voor hun kind te blijven zorgen, ook al is er een zware zorgvraag?

Voor de indicatiestelling maakt het CIZ gebruik van (medische) informatie. In het wetsvoorstel is geregeld dat hulpverleners met een beroepsgeheim desgevraagd gegevens dienen te verschaffen. Concreet betekent dit dat de informatieplicht voor het beroepsgeheim gaat. Hoe ziet de regering dit in het kader van de Wet bescherming persoonsgegevens (Wbp)? Hoe wordt gewaarborgd dat onder de Wet langdurige zorg de toegang tot de gezondheidszorg veilig blijft en de patiënten het vertrouwen houden dat hun gegevens niet met anderen gedeeld worden zonder hun toestemming?

De door de leden van de SGP-fractie gesteunde motie Keijzer/Bergkamp⁵ roept de regering op, mensen die langdurig zijn aangewezen op ggz, niet over te hevelen naar de Zorgverzekeringswet. In zijn brief geeft de Staatssecretaris van VWS aan dat cliënten met langdurige ggz-problematiek zowel vanuit de Zorgverzekeringswet als vanuit de Wmo op basis van nog vast te stellen criteria kunnen instromen in de Wlz.⁶ Deze leden dringen erop aan dit goed geregeld wordt, zodat voor iedereen duidelijk is in welke situaties mensen op welke wet een beroep kunnen doen, met name ook voor mensen die langdurig met de ggz te maken hebben.

Mensen met een indicatie voor de Wlz hebben een recht op verblijf in een instelling. In de Wlz behoudt ook de echtgenoot aanspraak op verblijf in dezelfde instelling. De regering schrijft dat zij van mening is dat echtgenoten zo lang mogelijk samen moeten kunnen blijven wonen. Daar zijn de leden van de SGP-fractie het helemaal mee eens. Genoemde leden maken zich zorgen of dit recht in de praktijk wel echt zo gegarandeerd is als de memorie van toelichting doet geloven. Kan de regering garanderen dat echtgenoten daadwerkelijk bij hun partner kunnen blijven of gaan wonen als deze op grond van de Wlz wordt opgenomen in een instelling? Kunnen gemeenten of instellingen geen enkele uitzondering hierop maken? Is dat ook het geval na overlijden van de zorgbehoevende echtgenoot?

In het wetsvoorstel is geregeld dat mensen met een Wlz-indicatie geen gebruik kunnen maken van de Wmo en de Jeugdwet. In de memorie van toelichting lezen deze leden dat de verzekerde zorg bestaat uit een integraal pakket, waaronder ook hulpmiddelen, vervoer voor begeleiding of behandeling en woningaanpassingen vallen. Woningaanpassingen als onderdeel van het pakket gelden echter alleen voor minderjarige cliënten. Dit is maar een zeer beperkte groep. Is de regering zich ervan bewust dat mensen hierdoor waarschijnlijk minder lang thuis kunnen blijven wonen? Is de regering het met deze leden eens dat het niet vergoeden van woningaanpassingen ervoor zorgt dat mensen zich genooddaakt zien om te kiezen voor een veel duurdere opname in een instelling? Is de regering bereid om een financiële tegemoetkoming in de wet te verankeren voor meerderjarigen met een Wlz-indicatie die voor een vpt of pgb kiezen en niet in staat zijn hun noodzakelijke woningaanpassing uit eigen middelen te bekostigen?

Het recht op verblijf behoort tot de zorgplicht van de Wlz-uitvoerder. Tot deze zorgplicht behoort niet het recht op verblijf in een instelling naar

⁵ Kamerstukken II, 2013–2014, 30 597, nr. 397.

⁶ Kamerstukken II, 2013–2014, 30 597, nr. 427.

voorkeur. Onder de AWBZ was het mogelijk om in afwachting van een plaats in een voorkeursinstelling thuis te blijven wonen. Binnen de Wlz zal dat niet meer mogelijk zijn als dat niet helemaal meer verantwoord is of als er thuis meer zorg moet worden ontvangen. De leden van de SGP-fractie vragen of de regering kan toelichten waarom hiervoor gekozen is. Moet niet, als het maar even mogelijk is, ervoor gezorgd worden dat mensen verhuizen naar een plaats waar ze zich ook thuis voelen? Kan worden aangegeven op welke manier de overbruggingszorg van de Wlz precies verschilt van die in de AWBZ? Houden mensen wel de mogelijkheid om de zorg thuis als overbruggingszorg te blijven ontvangen, als er voldoende mantelzorgmogelijkheden zijn uit het sociale netwerk om in de periode van de overbruggingszorg toch voldoende zorg te kunnen blijven ontvangen, zodat mensen niet onnodig extra moeten verhuizen?

Zoals bekend hechten de leden van de SGP-fractie zeer aan de keuzevrijheid en eigen regie van mensen om te kiezen voor zorg en ondersteuning die aansluit bij hun zorginhoudelijke, maar ook godsdienstige gezindheid, levensovertuiging en/of culturele achtergrond. De kans dat ondersteuning succesvol is, wordt namelijk aanzienlijk groter als de burger ervaart dat hij een zorgverlener kan vertrouwen en de ondersteuning aansluit bij de belevingswereld van de inwoner en diens sociale netwerk. Deze leden vinden het daarom een goede zaak dat in de wet is opgenomen dat verzekerden de mogelijkheid moeten hebben hun godsdienst of levensovertuiging te beleven. Blijft de plicht van instellingen om te zorgen voor voldoende geestelijke verzorging op precies dezelfde wijze gelden als onder de Awbz? Hoe vindt het toezicht plaats of dit ook daadwerkelijk gebeurt?

Iemand met een Wlz-indicatie kan kiezen voor een volledig pakket thuis. Maar is het mogelijk dat de cliënt in een later stadium dit alsnog kan omzetten in verblijf in een instelling zonder dat zijn indicatie is veranderd, zo vragen de leden van de **50PLUS-fractie**. Dit zou wenselijk kunnen zijn in situaties waar een mantelzorger aanwezig is die door overbelasting niet meer in staat is die zorg te bieden. Met andere woorden, kan bij een onvoorziene wijziging van omstandigheden bij gelijkblijvend ziektebeeld toch het vpt worden omgezet in verblijf in een intramurale instelling? In de Wlz is net als in de AWBZ de mogelijkheid tot partneropname opgenomen. Echter, de praktijk heeft inmiddels meermaals uitgewezen dat dit in lang niet alle instellingen mogelijk is. Onder de nieuwe regels verdwijnen er locaties voor intramurale zorg en kan het dus voorkomen dat bij gebrek aan mogelijkheid van partneropname de gezonde partner verder moet reizen om de echtgenoot te bezoeken. Hoe wordt geborgd dat dit onder de Wlz beter geregeld is, zo vragen de leden van de 50PLUS-fractie. Wanneer worden de resultaten van de inventarisatie inzake dit onderwerp, aangekondigd in de brief van 4 februari 2014⁷, bekend? Worden er richtlijnen gesteld voor een maximale afstand of regionale afspraken? Is er al iets bekend hoe het Kwaliteitsinstituut de beschikbaarheid van tweepersoons-appartementen in de regio voor partneropname binnen zorginstellingen inzichtelijk kan maken? De leden van de 50PLUS-fractie vragen waarom er niet voor gekozen is om woningaanpassingen van cliënten met een Wlz-indicatie die ervoor kiezen de zorg thuis te ontvangen, te vergoeden. De regering streeft er immers expliciet naar om mensen langer thuis te laten wonen. Zou hen dit niet makkelijker gemaakt moeten worden? Waarom worden woningaanpassingen niet gezien als essentieel onderdeel van de integrale zorg die thuis wordt geleverd, met als doel langer de regie over het eigen leven te houden en zelfredzaamheid te bevorderen en waar mogelijk te behouden? Waarom wordt er hier onderscheid gemaakt met intramurale

⁷ Kamerstukken II, 2013–2014, 30 597, nr. 419.

zorginstellingen, die wel beschikken over alle nodige aanpassingen die dus wel deel uitmaken van het zorgpakket? Zouden mensen niet moeten worden beloond voor hun keuze om zorg thuis te ontvangen, wat meestal goedkoper is? Hoe is deze maatregel te rijmen met de conclusie uit het rapport van de Raad voor de Leefomgeving dat er circa 80.000 aangepaste woningen nodig zijn, en volgens ActiZ en Uneto Vini zelfs 100.000? Kan een tekort aan aangepaste woningen niet leiden tot meer opnames in intramurale instellingen?

3. Kwaliteit

De leden van de **VVD-fractie** constateren dat de zorgplanbespreking wettelijk wordt verankerd. In hoeverre wordt toezicht gehouden op deze wettelijke verplichting? Wat gebeurt er in de situatie dat zorgaanbieder en cliënt geen overeenstemming kunnen bereiken over het zorgplan? Situaties kunnen wijzigen, nadat een zorgplan is opgesteld. In hoeverre dienen zorgplannen periodiek te worden geactualiseerd? Wat gebeurt er in de situatie dat zorgaanbieder en cliënt geen overeenstemming kunnen bereiken over de actualisatie van het zorgplan, en de cliënt ook niet bereid of in staat is te verhuizen naar een andere aanbieder?

De leden van de **PvdA-fractie** zijn tevreden dat de focus in de Wlz ligt op een zo hoog mogelijke kwaliteit van leven en dat de regering wil dat mensen zorg ontvangen die aansluit bij hun persoonlijke doelen, wensen en mogelijkheden. De cliënt hoeft zich niet aan te passen aan de zorgverlening, maar de zorg moet ondersteunend zijn aan het leven dat de cliënt nastreeft. Deze leden steunen deze visie van harte. Er wordt gezamenlijk met veldpartijen gewerkt aan een Kwaliteitsagenda. In het voorjaar zou deze Kwaliteitsagenda worden uitwerkt. Wanneer ontvangt de Kamer deze agenda? Hoe sluit deze Kwaliteitsagenda aan op het Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg waaraan door vele partijen in de gehandicaptenzorg is gewerkt, juist ook om de balans te vinden tussen verantwoording aan toezichthouders en toetsing van kwaliteit van zorg? In hoeverre zal de Kwaliteitsagenda leiden tot onnodige bureaucratische lasten en administratieve druk? Deze leden zijn het eens met de regering dat kwaliteit van zorg een domein overstijgend thema is, maar dat het thema ook binnen de aspecten van de verschillende domeinen (gehandicaptenzorg en ouderenzorg) goed bekeken moet worden. Welke rol speelt het Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg op de sturing van kwaliteit van zorg volgens de regering?

De zorgplanbespreking en het opstellen van het zorgplan worden opnieuw wettelijk verankerd. Het perspectief, de drijfveren en de mogelijkheden van een cliënt zijn hiervoor het uitgangspunt. Op basis hiervan vindt het gesprek plaats over de wijze waarop de zorg daarbij kan aansluiten, zo lezen deze leden. Hoe wordt geborgd dat dit daadwerkelijk gaat gebeuren? Hoe wordt deze cultuuromslag gerealiseerd? Hoe vindt controle hierop plaats? Hoe wordt gezorgd voor de juiste prikkels? Hoe worden de zorgplanbespreking en het opstellen van het zorgplan meegenomen in opleidingen en scholing van personeel dat aan het werk is of gaat in de Wlz? Er is tevens vastgelegd dat de cliënt of zijn vertegenwoordiger door de zorgaanbieder in staat wordt gesteld bij de evaluatie van het zorgplan aanwezig te zijn. Hoe wordt geborgd dat evaluaties plaatsvinden met de cliënt of zijn vertegenwoordiger aan tafel? Bij de bespreking van het zorgplan en de evaluatie hiervan moet de verzekerde in staat gesteld worden om maximaal zeggenschap uit te oefenen over zijn eigen leven en moeten de doeleinden besproken worden die met de zorgverlening worden nagestreefd. Hoe wordt hierbij ook de juiste bejegening en benadering van cliënten geborgd? Hoe komt van de grond dat de zorgplannen van cliënten leidend zijn voor de invulling van de zorg door zorgaanbieders en niet andersom? Hoe wordt de levering van de

zorg dusdanig georganiseerd dat de zorgplannen en dus de zorgvraag van cliënten leidend is? Hoe worden aanbieders in staat gesteld hun infrastructuur en middelen hierop af te stellen? Hoe kunnen goede voorbeelden in de sector overgenomen worden? Hoe zorgt men ervoor dat het opleidingsniveau van de medewerkers in de Wlz beter aangepast wordt op de zorgvragen van cliënten in de Wlz? Hoe komen hogere eisen die gesteld worden aan personeel met de wijzigingen in de Wlz op de werkvloer daadwerkelijk tot stand?

De leden van de PvdA-fractie hebben aangegeven vooral te willen aansturen op kleinschalige wooninitiatieven om het normale leven zo goed mogelijk na te bootsen, ook wanneer mensen in een instelling wonen. Hoe gaat de regering kleinschaligheid stimuleren? Wat deze leden betreft doet de regering dat onder andere door het scheiden van wonen en zorg. Past dat binnen de huidige visie van de regering op de langdurige zorg? Hoe gaat de regering versneld inzetten op het scheiden van wonen en zorg? Waarom worden het pgb en het vpt niet als uitgangspunt genomen voor de langdurige zorg en wordt zorg in natura binnen instellingen de uitzondering? Deze leden stellen dat kleinschalige wooninitiatieven ook zorgvoorzieningen in kleine dorpen mogelijk maken. Daardoor kunnen mensen in hun vertrouwde omgeving blijven wonen, met de mensen die zij liefhebben en kennen om hen heen. Kent de regering de zorgorganisatie Opella in het dorpje Ederveen? Wat vindt de regering van de manier waarop Opella zorg verleent? Waarom hanteert de regering deze manier van zorgverlening niet als model voor andere aanbieders? Hoe gaat de regering kleinschaligheid afdwingen en welke instrumenten zet zij daar voor in? Hoe gaat de regering schoon schip maken met allerlei nietszeggende protocollen zoals de HACCP-normen of de HKZ-certificering (Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector)? Als men ernaar streeft om het gewone leven leidend te laten zijn, vinden de leden van de PvdA-fractie, passen dergelijke normen daar niet bij. Men gaat er immers niet vanuit dat bij mensen thuis die geen Wlz-zorg nodig hebben een HACCP-checklijstje in de keuken hangt. Welke visie heeft de regering op dergelijke normen en protocollen nu de norm het «normale leven thuis» wordt?

Verder vragen deze leden hoe het wetsvoorstel borgt dat naar een systeem wordt toe gewerkt waarin de focus op de cliënt en persoonsvolgend budget ligt, waar de medewerker en de cliënt de ruimte hebben om de zorg zo goed mogelijk in te richten en het systeem minder instellingsgericht is. Kan de regering de voor- en nadelen van persoonsvolgende financiering op een rij zetten? Een deel van de patiëntenbeweging pleit voor persoonsvolgende financiering, constateren deze leden. Wat betekent een dergelijke financiering voor zorgaanbieders? En wat betekent het voor cliënten? Hoe gaat de regering vernieuwing van het aanbod bevorderen als de cliënt met een persoonsvolgende financiering alleen kan kiezen uit veel keer hetzelfde bestaande aanbod? Hoe gaat de regering een basisinfrastructuur van zorg borgen als met persoonsvolgende financiering continuïteit van zorg niet vanzelfsprekend is? Deze leden zien op deze punten graag een uitgebreide reactie van de regering. Ook vragen genoemde leden hoe het hospitaliseren van cliënten, eigen netwerken en zorgmedewerkers wordt voorkomen, zodat men toe kan naar een systeem van eigen regie, zeggenschap en gezond verstand? In het wetsvoorstel is aandacht voor de ondersteuning van de cliënt. In principe is de Wlz-uitvoerder verantwoordelijk voor deze ondersteuning, tenzij een cliënt nog geen toelating tot de Wlz heeft en bij het aanvragen van een indicatie bij het CIZ ondersteuning nodig heeft. In dat geval moet de gemeente ondersteuning bieden. Het ontgaat deze leden nog wat hier specifiek de bedoeling van is. Moet een cliënt zich te allen tijde eerst melden bij de gemeente met een zorgvraag? Hoe wordt de financiering van cliëntondersteuning dusdanig geregeld dat wanneer een cliënt eerst via de gemeente cliëntondersteuning heeft, vervolgens onder de Wlz valt

en via de Wlz ondersteuning krijgt, niet afhankelijk is van een andere ondersteuning na de overgang van het ene naar het andere systeem? Hoe wordt continuïteit van ondersteuning geborgd?

De leden van de PvdA-fractie lezen dat zorgkantoren cliënten betrekken bij de inkoop van zorg in de AWBZ en gebruik maken van de meting van cliëntervaringen over de geleverde zorg. Kan aangegeven worden hoe dit gebeurt en wat de frequentie hiervan is?

De leden van de **SP-fractie** zijn verbouwereerd dat de regering zulke grote woorden gebruikt over het verbeteren van de kwaliteit van zorg, terwijl ondertussen bewoners in verzorgingshuizen gedwongen worden te verhuizen, mensen hun thuiszorg kwijtraken en personeel massaal ontslagen wordt. Deze leden vinden het onbegrijpelijk dat de regering wegkijkt van goede zorg, maar ook wegkijkt van geld verspillende zaken, zoals bonussen, bureaucratie, et cetera.

Kan de regering aangeven hoe groot de omvang van de bureaucratie in de AWBZ is en op welke wijze deze bureaucratie in de Wlz wordt verminderd? Kan de regering toelichten hoeveel bestuurders van zorginstellingen in het kader van de AWBZ (straks Wlz) meer verdienen dan de zogenaamde WNT-norm (Wet normering bezoldiging topfunctionarissen publieke en semipublieke sector)? Is de regering bereid om de Kamer een overzicht te verstrekken van deze bestuurders? Zo nee, waarom niet?

Een goede kwaliteit van zorg wordt bereikt met voldoende gekwalificeerde zorgverleners die de ruimte krijgen zorg op een menswaardige manier te kunnen bieden. Er wordt met deze wet niets gedaan aan de hoge werkdruk en de slechte arbeidsvoorwaarden waaronder zorgverleners moeten werken. De regering gaat er dan niet over, zoals de leden van de SP-fractie vaak te horen kregen in debatten en Kamervragen, maar deze leden vinden dat de regering hierover wel zou moeten gaan. Wat acht de regering een wenselijk salaris voor medewerkers van zorginstellingen? Kan de regering per functie hierop een toelichting geven?

Genoemde leden vragen welke doelstellingen de regering heeft als het gaat om de kwaliteit van zorg. Waarop kan de Kamer de regering afrekenen als het gaat om de kwaliteit van zorg?

Kan de regering aangeven wat de voorliggende wet doet met het aantal banen in de langdurige zorg? Hoeveel werknemers verliezen hun dienstbetrekking vanwege de forse bezuinigingen die worden doorgevoerd? Vindt de regering de beschikbaar gestelde € 100 miljoen voor omscholing van mensen in de zorg ook niet een schijntje?

De leden van de SP-fractie vragen wat voorliggend wetsvoorstel betekent voor het vastgoed van zorginstellingen in Nederland. Kan de regering hiervan een overzicht geven en de kosten die gepaard gaan met de afbouw van verzorgingshuizen in beeld brengen? Kan de regering inzicht verschaffen in de extra rentekosten door een risico-opslag van de banken nu de kapitaallasten zijn geprivatiseerd? Kan de regering een reële schatting aan de Kamer doen toekomen? Wat is het oordeel van de regering over deze extra kosten die wegvloeien naar de banken in plaats van dat deze middelen ten goede komen aan de zorg?

Algemeen stellend zien de leden van de **CDA-fractie** dat de regering in de Wlz betreffende kwaliteit een aantal extra amvb's opneemt waardoor eerder kan worden ingegrepen dan tot dusver in de AWBZ het geval is geweest. En wordt de bevoegdheid van de Minister van VWS ten opzichte van de AWBZ uitgebreid. Genoemde leden zijn positief gestemd over het feit dat het pgb een volwaardige leveringsvorm wordt naast de zorg in natura en dat de huidige subsidievorm wordt opgeheven. Deze leden vragen of middelen die hiermee gemoeid zijn worden «geparkeerd» bij de SVB of verdeeld over de regionale zorgkantoren. Kan de Minister van

VWS zorgkantoren aanwijzingen geven en welke procedure geldt hiervoor?

De regering spreekt ook over nieuwe beroepsprofielen omdat de Wlz om mensen gaat met de meest zware zorgaanvraag. Dit snappen deze leden niet zo goed en lijkt te leiden tot onnodige administratieve druk. Ook in de huidige wet bestaat de grootste groep toch uit mensen met de meest zware zorgvraag? Zeker gezien het lenteakkoord. Genoemde leden gaan er toch vanuit dat deze groep geholpen wordt door gekwalificeerd hoger personeel en dat die nu niet ineens opgeleid moeten worden.

Zorgaanbieders krijgen de plicht om met iedere cliënt een bespreking over de zorgverlening te organiseren en de resultaten daarvan vast te leggen in het zorgplan. Het perspectief, de drijfveren en de mogelijkheden van een cliënt zijn het uitgangspunt, waarna het gesprek plaatsvindt over de wijze waarop de zorg daarbij kan aansluiten. De leden van de **PVV-fractie** vragen wie bij deze bespreking de doorslaggevende stem heeft. Als dat de zorgaanbieder is, dan verandert er feitelijk niets, zo denken zij.

De zorgaanbieder moet om goede zorg te kunnen leveren zonder meer met de verzekerde overleggen over de zorginhoudelijke aspecten. Overleggen is nogal vrijblijvend vinden deze leden, al wordt dat een afdwingbaar recht voor de verzekerde. Graag ontvangen zij hierop een reactie.

De inzet van de cliënt en de aanbieder wordt in het zorgplan vastgelegd.

De zorgstandaard en de richtlijnen vormen daarbij het kwaliteitskader.

Staat een zorgstandaard geen maatwerk, zoals gewenst, in de weg?

De wet biedt de mogelijkheid om een opdracht aan de Wlz-uitvoerder te geven door bij amvb bij de zorginkoop in acht te nemen regels te stellen aan bijvoorbeeld kwaliteit, de afstemming van de zorg op de behoeften van de cliënt en de wijze waarop bij de zorgverlening mantelzorgers en vrijwilligers betrokken kunnen worden. De leden van de PVV-fractie zijn van mening dat deze regels opgenomen moeten worden in de wet.

Waarom is daar niet voor gekozen? Wat is er mis met het expliciet vastleggen van regels ten aanzien van kwaliteit en afstemming van de zorg?

De Kwaliteitsagenda dient het proces van kwaliteitsverbeteringen te faciliteren, waarbij er een aantal inhoudelijke speerpunten wordt gekozen, die vervolgens zowel via de Wlz als via flankerend beleid worden ingevuld. Hoewel de uitwerking hiervan in de komende maanden vorm krijgt, kan al wel worden aangegeven, dat het versterken van professionaliteit van medewerkers een belangrijke rol zal spelen. De leden van de PVV-fractie vragen of de regering kan garanderen dat bij de inwerking-treding van deze wet, de zorgorganisaties in staat zullen zijn om kwalitatief goede zorg te leveren. Hoelang mag het flankerend beleid gaan duren?

De wet schrijft, zo merken de leden van de **D66-fractie** op, in artikel 8.1.1 uitputtend en tot op hoog detailniveau voor aan welke eisen het zorgplan moet voldoen en aan welke onderwerpen in ieder geval aandacht moet worden besteed. Vooropgesteld zij dat ook voor deze leden de zeggenschap van de cliënt over zijn eigen leven voorop dient te staan. Tegelijkertijd herkennen zij hierin het eerder door de regering ingetrokken wetsvoorstel Beginselenwet AWBZ-zorg. De bedenkingen die deze leden eerder tegen de betreffende bepalingen in dat wetsvoorstel hebben geuit, gelden onverkort voor onderhavig wetsvoorstel. Genoemde leden tonen zich opnieuw bezorgd over de administratieve lastendruk voor zorgaanbieders en de ruimte die aan zorgprofessionals wordt geboden. Maar daarenboven achten zij het zeer ongelukkig om deze bepalingen op te nemen in onderhavig wetsvoorstel, aangezien het hier gaat om een systeemwet. Bovendien maakt vastlegging op wetsniveau het niet eenvoudig om de bepalingen op dit terrein snel te kunnen aanpassen aan

veranderende eisen van de tijd. Waarom heeft de regering hiervoor desondanks gekozen? Waarom wordt geen aansluiting gezocht bij bestaande ontwikkelingen in de diverse sectoren, zoals het Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg? Wat dient er te worden verstaan onder de professionele standaard van goede zorg? Door wie wordt toegezien op uitvoering van de bepalingen uit de voormalige Beginselenwet en op welke wijze? En hoe moet artikel 8.1.1 worden geïnterpreteerd: als «recht op zorg» of als «recht op bespreking»?

Voorliggend wetsvoorstel voorziet in een versterking van de invloed van de verzekerde op het beleid van de Wlz-uitvoerder bij de uitvoering van de Wlz. Hiervoor is in de Wlz, conform de Zvw, bepaald dat de statuten van de Wlz-uitvoerders waarborgen moeten bieden voor invloed van de verzekerden op het beleid, zo constateren de leden van de D66-fractie. Waarom heeft de regering ervoor gekozen hierbij uit te gaan van «verzekerden» en niet, of in ieder geval nadrukkelijk ook, voor cliënten?

De leden van de **ChristenUnie-fractie** vragen welke verbeteringen ten opzichte van de huidige AWBZ de regering heeft aangebracht in de vertegenwoordiging van cliënten bij aanbieders, uitvoerders en marktmeesters en de versterking van de positie van de cliënt in het algemeen. Is de regering het met genoemde leden eens dat patiënten- en cliëntenorganisaties belangrijk werk doen om de stem van verzekerden te laten klinken bij alle betrokkenen in de zorg en in het bijzonder ook op het zorgkantoor en straks bij de Wlz-uitvoerder? Hoe wordt die ondersteunende rol van landelijke én regionale patiëntenorganisaties geborgd, zo willen deze leden weten. Hoe wordt die rol in de toekomst gefinancierd? Deze leden vragen hoeveel geld daarvoor de komende jaren op landelijk niveau beschikbaar is en wie aanspraak kunnen maken op deze middelen. Voorts vragen zij hoeveel geld daarvoor de komende jaren op provinciaal niveau beschikbaar is en wie aanspraak kunnen maken op deze middelen. De leden van de ChristenUnie-fractie willen weten of de regering van plan is op korte termijn bij ambv regels te stellen over de wijze waarop verzekerden invloed kunnen uitoefenen op de Wlz-uitvoerder en de zorgkantoren. Zo ja, dan zouden zij graag weten wat de regering betreft de contouren van een dergelijke regeling moeten zijn. Zo nee, dan willen zij vragen op welke andere wijze de invloed en inspraak van verzekerden op de uitvoering van de langdurige zorg is gewaarborgd.

De leden van de ChristenUnie-fractie constateren dat er vanuit het veld kritiek is op de onderdelen van de voormalige Beginselenwet, die nu een plek hebben gekregen in artikel 8.1.1 van de Wlz. Deze leden vinden dat dit artikel innovatie niet mag belemmeren en zij vragen de regering hoe kan worden voorkomen dat dit artikel een afvinklijstje wordt.

De leden van de **GroenLinks-fractie** ontvangen graag uitleg van de regering waarom ervoor gekozen is om de aanspraken en de zorgplanbespreking in de wetstekst op te nemen. Deze leden zijn het met de regering eens dat de wensen van de cliënt voorop dienen te staan, en dat deze in een zo vroeg mogelijk stadium besproken moeten worden. Genoemde leden vragen echter of de wijze waarop het nu in het wetsvoorstel wordt vastgelegd niet tot extra administratieve lasten zal leiden of tot verwachtingen bij cliënten die mogelijk niet waargemaakt kunnen worden. Heeft de regering overwogen deze bepalingen in lagere regelgeving vast te leggen in plaats van in de wetstekst zelf? Zo ja, waarom is ervoor gekozen dit op deze manier in de wet op te nemen? Waarom is gekozen voor deze bepalingen? Brengt dit niet het risico met zich mee dat niet flexibel met deze onderwerpen kan worden omgegaan en dat deze bepalingen niet eenvoudig kunnen worden aangepast aan wat er in de maatschappij gebeurt?

In voorliggend wetsvoorstel staat dat indien meerdere zorginstellingen de verzekerde binnen redelijke termijn de zorg kunnen verlenen waaraan hij

behoefte heeft, de Wlz-uitvoerder hem in de gelegenheid stelt om uit deze instellingen te kiezen. Echter, zo stellen genoemde leden, die keuzevrijheid hangt wel af van de contractering door zorgkantoren. Klopt het dat wanneer een instelling boven het productieplafond zit, de cliënt niet meer voor die instelling kan kiezen?

De hervormingen in de langdurige zorg hebben mede tot doel dat de wensen van de mensen die zorg nodig hebben, meer centraal komen te staan. Persoonsvolgende bekostiging is wat de leden van de GroenLinks-fractie betreft een belangrijk instrument om ook echt te sturen op de cliënt meer centraal stellen. In hoeverre is er onder voorliggend wetsvoorstel sprake van persoonsvolgende bekostiging, zo vragen de leden van de GroenLinks-fractie. Waarom is er niet voor gekozen om de zorg via persoonsvolgende budgetten te financieren? Of daar naartoe te werken? Dat zou de cliënten meer mogelijkheden geven de zorg op de eigen manier in te richten. Keuzevrijheid moet niet beperkt blijven tot het persoonsgebonden budget, maar hoort ook bij de zorg in natura het uitgangspunt te zijn.

De cliënt krijgt onder de Wet langdurige zorg recht op een zorgplanbespreking. Verschillende belangenorganisaties hebben hun zorgen geuit over de wijze waarin dat zorgplan ondergebracht is in de wet. Kan de regering aangeven waarom de te bespreken onderwerpen van het zorgplan in de wet zijn opgenomen? Herkent de regering de zorgen van verschillende belangenorganisaties die vrezen dat het zorgplan op deze manier een afvinklijst wordt? Herkent de regering ook de zorgen dat door het vastleggen in de wet de flexibiliteit om mee te bewegen met ontwikkelingen sterk verminderd wordt? Heeft de regering bijvoorbeeld overwogen het zorgplan en de eventuele inhoud daarvan bij lagere regelgeving vast te leggen?

De leden van de GroenLinks-fractie zijn van mening dat onafhankelijke cliëntondersteuning beschikbaar moet zijn voor mensen die een beroep doen op de Wlz en dat de toegang tot onafhankelijke cliëntondersteuning in elke zorgwet gelijkwaardig moet zijn. Zij vragen dan ook of mensen bij de overgang van de Wmo naar de Wlz hun vertrouwde cliëntondersteuner kwijt kunnen raken, aangezien in de Wlz de uitvoerder van de Wlz verantwoordelijk is voor de cliëntondersteuning, in tegenstelling tot de Wmo. Ziet de regering mogelijkheden om gemeenten en uitvoerders van de Wlz goede afspraken te laten maken over het beschikbaar stellen van integrale cliëntenondersteuning? Is de regering bereid op die afspraken aan te dringen?

Genoemde leden krijgen graag meer duidelijkheid voor welke zaken cliëntondersteuning in elk geval beschikbaar moet zijn. Beperkt deze zich tot ondersteuning bij het zorgplan of is deze breder? Is onafhankelijke cliëntondersteuning ook beschikbaar bij bijvoorbeeld de zorgbemiddeling?

De leden van de GroenLinks-fractie vragen op welke manier onafhankelijke cliëntondersteuning is geregeld bij de bespreking van het zorgplan. Wanneer en op welke manier worden mensen op de hoogte gebracht dat zij recht hebben op onafhankelijke cliëntondersteuning? Moeten Wlz-uitvoerders en zorgaanbieders mensen actief wijzen op de mogelijkheid voor onafhankelijke cliëntondersteuning?

Deze leden hechten grote waarde aan invloed van mensen die zorg krijgen op het beleid van de Wlz-uitvoerder. Zij vragen waarom de invloed van de mensen die gebruik maken van Wlz-zorg niet expliciet wordt benoemd, maar dat in voorliggend wetsvoorstel wordt gesproken over de invloed van verzekerden. Wat hen betreft horen cliënten die gebruik maken van zorg op basis van de Wlz expliciet betrokken te worden.

De leden van de GroenLinks-fractie krijgen graag meer duidelijkheid waarom ervoor gekozen is om vast te leggen dat bij amvb nadere regels kunnen worden gesteld over de mate van invloed die verzekerden ten minste op het beleid van een Wlz-uitvoerder dienen te hebben. Is het de

intentie van de regering om deze amvb op te stellen of zal daartoe alleen worden overgegaan als de regering daartoe aanleiding ziet?

4. Betrokkenheid

De regering wil de betrokkenheid vergroten in de langdurige zorg. In de Wlz heeft betrokkenheid voor de regering drie betekenissen: (1) eigen verantwoordelijkheid, (2) mantelzorg en informele zorg en (3) het betrekken van de samenleving. De regering is allereerst van mening dat ook bij cliënten in de Wlz de eigen verantwoordelijkheid voorop moet staan. Deze eigen verantwoordelijkheid heeft voor cliënten in de Wlz wel een andere betekenis, zo stelt de regering. In de Wlz wordt eigen verantwoordelijkheid vormgegeven door cliënten keuzevrijheid en zeggenschap over de zorg te geven. De vraag die bij de leden van de **PvdA-fractie** dan direct opkomt is waarom er voor de benaming eigen verantwoordelijkheid gekozen is. Is de regering het met deze leden eens dat eigen verantwoordelijkheid niet helemaal een gepaste term is bij de doelgroepen die vallen onder de Wlz en dat dit wellicht een negatief frame met zich meebrengt? Waarom is er niet voor gekozen de betrokkenheid vooral vast te leggen als zeggenschap en keuzevrijheid, zoals vervolgens de term verantwoordelijkheid in de Wlz wordt uitgelegd? Zou dit bovendien niet de doelstelling om meer zeggenschap en keuzevrijheid voor cliënten te borgen versterken? Graag ontvangen deze leden een nadere toelichting van de regering. Daarnaast vragen deze leden hoe de regering concreet meer zeggenschap en eigenaarschap gaat bevorderen om de betrokkenheid in de langdurige zorg te vergroten. Graag ontvangen zij hierop ook een nadere toelichting van de regering. Hoe gaat de regering bijvoorbeeld stimuleren dat cliënten en zorgmedewerkers zélf mede-eigenaar worden van hun zorgvoorziening, bijvoorbeeld via een zorgcoöperatie.

De leden van de PvdA-fractie delen de mening van de regering dat mantelzorgers een hele belangrijke bijdrage leveren aan het welzijn van de cliënt en dat de rol van mantelzorgers juist ook voor cliënten in de Wlz geborgd moet worden. In het zorgplan en de zorgplanbespreking moet er aandacht besteed worden aan de betrokkenheid van mantelzorgers. Wordt gestimuleerd dat mantelzorgers aan tafel moeten zitten bij het opstellen van het zorgplan met de cliënt en aanbieder en bij de evaluatie en zorgplanbespreking? Hoe wordt dit gestimuleerd? Het is bij wet geregeld dat bij amvb regels kunnen worden gesteld over de wijze waarop mantelzorgers en vrijwilligers daadwerkelijk bij de zorgverlening betrokken kunnen worden. Wanneer en hoe wordt geëvalueerd of mantelzorgers daadwerkelijk betrokken worden? Wanneer vindt de regering het nodig per amvb regels te stellen? Aan welke regels denkt de regering?

In hoofdstuk 2 van de memorie van toelichting is toegelicht dat het pgb ook kan worden gebruikt om niet-professionals uit het sociale netwerk van de betrokkene financieel voor hun diensten te belonen, omdat dit bijdraagt aan de ondersteuning van mantelzorgers van Wlz-gerechtigden. De leden van de PvdA-fractie zijn hiermee tevreden. Het zorgkantoor hanteert dan een maximumbedrag dat de budgethouder aan deze niet-professionals mag uitbetalen. Kan er een nadere toelichting gegeven worden op hoe de hoogte van het pgb voor niet-professionals bepaald wordt? Hoe wordt geborgd dat cliënten ook met een pgb waarmee niet-professionele hulp wordt ingekocht goede en voldoende zorg kunnen inkopen? Deze leden denken hierbij bijvoorbeeld aan ouders die voor hun ernstig meervoudig gehandicapte kind zorgen en zelf een groot deel van de verpleging, verzorging en begeleiding op zich nemen, maar daarnaast ook deels professionele hulp inschakelen. Hoe wordt als iemand mantelzorg verleent bepaald wanneer iemand dusdanig veel zorg verleent dat een pgb aangewezen en/of noodzakelijk is? Kan hierop een nadere

toelichting gegeven worden? Waar kunnen cliënten terecht wanneer ze onenigheid met het zorgkantoor hebben over de hoogte van het pgb bij mantelzorg?

Tevens wordt de opdracht gegeven aan Wlz-uitvoerders om bij de zorginkoop rekening te houden met regels voor de wijze waarop mantelzorgers en vrijwilligers bij de zorgverlening worden betrokken. Waarom is ervoor gekozen om dit niet steviger te verankeren in de wet? Er is een mogelijkheid opgenomen om per amvb nadere regels te stellen bij de inkoop van zorg door zorgkantoren. Waarom doet de regering dit niet vooraf en worden er niet gelijk al nadere regels rondom de zorgplicht van het zorgkantoor gesteld, zodat de regel: «samen met professionals bijdragen aan een hoger welbevinden van de cliënt» ook wettelijk geborgd wordt?

De regering heeft als derde doel gesteld dat het belangrijk is om meer integratie te realiseren tussen de zorg en het dagelijks leven van mensen die geen of minder zorg nodig hebben. De regering denkt hierbij aan een inclusieve samenleving waarbij er verbindingen zijn tussen de organisaties die zorg aanbieden op grond van de Wlz, de Wmo 2015 en de Zvw. Hoe wordt afwenteling voorkomen? Kan de regering aangeven hoe de inclusieve samenleving nu concreet met dit wetsvoorstel gestimuleerd wordt? Is de regering het eens met de leden van de PvdA-fractie dat de zorg in de Wlz zo goed mogelijk moet aansluiten op het normale leven, zodat cliënten een zo normaal mogelijk leven kunnen leiden ondanks hun beperking of aandoening? Deze leden vinden immers dat mensen die gebruik maken van de Wlz er net zo goed bij horen als ieder ander mens. Hoe zal maatschappelijke deelname van mensen die aangewezen zijn op Wlz-zorg worden bevorderd? Er zijn mooie voorbeelden van mensen met een verstandelijke beperking die ouderen in een verpleeghuis helpen door een ommetje met ze te maken of een spelletje te doen. Welke prikkels kent de Wlz om deze interactie te stimuleren? Hoe zorgt de regering dat ook kwetsbare mensen bij de samenleving betrokken worden en niet apart worden gezet? Hoe zorgt de regering ervoor dat met de Wlz de inclusieve samenleving ook voor deze mensen een grote stap dichterbij komt? Deze leden zien graag een uitgebreide toelichting van de regering tegemoet.

De leden van de **SP-fractie** worden ondertussen een beetje moe van het mantra van de eigen verantwoordelijkheid. Is de regering van mening dat Nederlanders de eigen verantwoordelijkheid niet nemen? Kan de regering aangeven hoeveel Nederlanders de eigen verantwoordelijkheid niet nemen? Hoe komt de regering tot de bewering dat te veel mensen leunen op de overheid? Kan de regering dit staven met cijfers?

De leden van de **SP-fractie** merken op dat de regering de inzet van mantelzorgers niet meetelt voor de zorg die nodig is, maar wel kijkt naar de inzet van gebruikelijke hulp. Waar ligt voor de regering de grens als het gaat om gebruikelijke hulp? Kan de regering aangeven wat een 5-jarige moet doen in het huishouden en hoe vaak om te voldoen aan de eisen van de regering als het gaat om gebruikelijke hulp? Kan de regering dit ook aangeven voor de leeftijden 6 tot en met 12 jaar? Voorts willen deze leden weten welke nadere regels de regering voornemens is te stellen via een algemene maatregel van bestuur. Kan de regering deze nadere regels voor de wetsbehandeling aan de Kamer doen toekomen?

De leden van de **CDA-fractie** lezen dat het CIZ met dit wetsvoorstel een publiekrechtelijk zelfstandig bestuursorgaan wordt met rechtspersoonlijkheid.

Verder lezen deze leden dat de regering nu bezig is met een verkenning naar het samenvoegen van het UVW en het CIZ. Genoemde leden vragen wat de doelstelling van de regering precies is. Er staat toch een hele andere vraag centraal bij het CIZ als bij het Uitvoeringsinstituut werknemersverzekeringen (UWV)?

De leden van de CDA-fractie vragen ook wanneer de nieuwe criteria voor de Wlz naar de Kamer worden gezonden.

Vrijwilligers kunnen in sommige gevallen ook professionele zorg bieden, waarbij dat nadrukkelijk de keuze van de vrijwilliger zelf is. De leden van de **PVV-fractie** vragen welke eisen hieraan zullen worden gesteld. Een vrijwilliger kan dat wel willen, maar kan hij dat ook?

Op pagina 53 van de memorie van toelichting staat dat er bij het bepalen van het recht op toegang tot zorg op de grond van de Wlz de aanwezigheid van mantelzorg geen rol speelt. Desalniettemin wordt op pagina 146 aangegeven dat het CIZ door middel van beleidsregels invulling kan geven aan de wijze waarop de indicatiestelling plaatsvindt, en dat de weging van gebruikelijke zorg via de beleidsregels zal kunnen worden meegenomen door het CIZ. De leden van de **50PLUS-fractie** vragen waarom dit überhaupt nodig is als bij de indicatiestelling alleen gekeken wordt naar de zorgvrager zelf en niet naar de aanwezigheid van mantelzorg. Waarom wordt niet volstaan met de bepaling dat pas bij invulling van de zorgvraag/het zorgplan gebruikelijke zorg in beeld komt? Daarnaast wordt op pagina 150 aangegeven dat «het CIZ bij de indicatie uitgaat van «bovengebruikelijke» zorg en, net als nu in de AWBZ, de dagelijkse zorg die partners, ouders, inwonende kinderen of andere huisgenote geacht worden om elkaar onderling te bieden (gebruikelijke zorg) meewegen». De leden van de 50PLUS-fractie constateren hier een tegenstelling. Wordt gebruikelijke zorg nu wel of niet meegewogen? En wat wordt er verstaan onder bovengebruikelijke zorg, zoals dat in deze paragraaf genoemd wordt? Kan de regering een duidelijke omschrijving hiervan leveren en aangeven hoe een en ander te rijmen is met de eerdere opmerking dat gebruikelijke zorg niet wordt meegewogen bij de indicatiestelling?

5. Wie is waarvoor verantwoordelijk?

Ten aanzien van het CAK merken de leden van de **VVD-fractie** op dat wordt aangegeven dat de betaalfunctie van het CAK op termijn plaatsvindt op basis van declaraties in plaats van bevoorschotting. Wat is de reden voor deze wijziging?

Daarnaast hebben deze leden enkele praktische vragen over de overgang naar declaraties in plaats van bevoorschotting. Wanneer kan de geleverde zorg gedeclareerd worden; per jaar? Welke invloed heeft deze wijziging op de financierbaarheid van instellingen in de Wlz? Indien zij pas na afloop van een periode kunnen declareren, hoe kunnen zij dan het onderhanden zijnde werk financieren? Zijn er investeerders die bereid zijn deze financiering op zich te nemen?

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) heeft een belangrijke taak bij het handhaven van de kwaliteit van zorg. Hoe kan de IGZ deze taak uitvoeren bij zorg die in de thuissituatie (pgb of vpt) wordt geleverd? Is het de IGZ toegestaan bij deze mensen thuis te komen om toezicht te houden? Zo nee, hoe kan de IGZ haar taak in deze gevallen dan uitvoeren?

Ten aanzien van de NZa geeft de regering aan dat zij in het geval van eenzijdig ingediende productieafspraken een inhoudelijk oordeel zal uitspreken, in plaats van te handelen op basis van een mechanische beleidsregel. Kan deze uitspraak nader worden toegelicht?

De NZa zal de «geschiktheid en betrouwbaarheid» van bestuurders van Wlz-uitvoerders beoordelen. Wat houdt dit precies in? Wat gebeurt er vervolgens met het oordeel van de NZa; leidt een negatief oordeel tot gevolgen voor de betreffende bestuurder of Wlz-uitvoerder?

Het pgb wordt, naast de middelen voor zorg in natura, onderdeel van het macrobudgettair kader. De leden van de VVD-fractie vragen hoe wordt

gegarandeerd dat er voldoende middelen beschikbaar zijn voor het pgb, en niet alle middelen besteed worden aan zorg in natura.

De leden van de **PvdA-fractie** hebben met belangstelling kennisgenomen van de partijen die bij de uitvoering van de Wlz betrokken zijn en van de verantwoordelijkheidsverdeling die in het wetsvoorstel vastgelegd is. Deze leden moeten echter tegelijk concluderen dat veel van de huidige, ingewikkelde organisatiestructuur van de AWBZ in stand gehouden wordt. Hoe wordt de omslag naar minder bureaucratie en ingewikkeldheid van het systeem geborgd wanneer het merendeel van het systeem in stand gehouden wordt? Graag ontvangen deze leden een nadere toelichting. Het valt genoemde leden tevens op dat innovatie, zorgvernieuwing en verbetering van kwaliteit nergens als doelstelling genoemd wordt bij de betrokken partijen. Hoe wordt dit dan toch wettelijk en in de praktijk gestimuleerd? Worden deze zaken ook geëvalueerd en wanneer gebeurt dit?

De cliënt is verantwoordelijk voor het aangeven van wensen en behoeften in de zorgplanbespreking en voor het kiezen tussen verschillende leveringsvormen. Hoe wordt gestimuleerd dat cliënten daadwerkelijk een keuze hebben in het soort zorg dat ze willen ontvangen en de soort instelling waar ze de zorg van willen krijgen? Hoe wordt verscheidenheid en diversiteit in het aanbod van zorg gestimuleerd? Hoe wordt gezorgd dat de cliënt zijn zeggenschap en keuzevrijheid daadwerkelijk kan benutten?

Het CIZ is momenteel een privaatrechtelijk rechtspersoon, een stichting, zo lezen de leden van de PvdA-fractie. Met het wetsvoorstel wordt het CIZ een publiekrechtelijk zelfstandig bestuursorgaan met rechtspersoonlijkheid. Kan aangegeven worden wat de belangrijkste verschillen tussen beide juridische vormen zijn? Welke gevolgen heeft deze keuze voor het functioneren van het CIZ? Graag ontvangen deze leden een nadere toelichting. In het Sociaal Akkoord is afgesproken dat sociale partners streven naar één onafhankelijk indicatieorgaan dat verantwoordelijk wordt voor de keuring van de mate van arbeidsgeschiktheid. Dit zou een samenvoeging van het UWV en het CIZ betekenen. Dit wordt momenteel door de regering nader bezien. Wanneer wordt de Kamer geïnformeerd over de verkenning die momenteel plaatsvindt? Hoe wordt in een dergelijke samenvoeging de specifieke kennis over de doelgroep van cliënten die onder de Wlz valt geborgd? Is de regering het met deze leden eens dat er bij de cliënten die onder de Wlz vallen slechts zeer zelden sprake is van enige vorm van arbeidsvermogen? Kan de regering haar antwoord toelichten? Het CIZ zal een andere wijze van indiceren gaan toepassen, bovendien zal herindicatie in steeds mindere mate gaan voorkomen. Welke gevolgen heeft dit voor het personele bestand van het CIZ?

Voor de uitvoering van de Wlz is gekozen voor een model dat aansluit bij de uitvoeringspraktijk in de AWBZ, namelijk uitvoering door zorgverzekeraars die hun taken op basis van vrijwilligheid uitbesteden aan regionaal opererende zorgkantoren. Wel wordt voor de Wlz op onderdelen een verbeterde werkwijze voorgesteld. Zorgkantoren moeten inzetten op zorgbemiddeling, ze maken jaarlijks hun zorginkoopbeleid kenbaar aan zorgaanbieders en ze maken met aanbieders productieafspraken over prijs, volume en kwaliteit. Zorgkantoren controleren declaraties, indicatiebesluiten en productieafspraken. Ook controleren zij of gedeclareerde zorg daadwerkelijk en doelmatig is geleverd. Het is voor de leden van de PvdA-fractie echter nog niet duidelijk hoe het systeem van de Wlz daadwerkelijk verbetering brengt ten opzichte van de oude uitvoeringspraktijk. Hoe wordt inkoop van zorg nu daadwerkelijk verricht op basis van kwaliteit en keuzevrijheid van de cliënt? Hoe wordt dit vormgegeven? Hoe kan via de inkoop van zorg de overhead, bureaucratie en verspilling in de langdurige zorg worden teruggedrongen? Wat is de cijfermatige

verwachting van de regering? Hoe wordt het functioneren van de zorgkantoren daadwerkelijk verbeterd? Graag ontvangen deze leden een nadere toelichting van de regering.

Het Zorginstituut gaat een belangrijke rol spelen bij het versneld (door)ontwikkelen van (her)nieuw(d)e meetinstrumenten en indicatoren waarin naast de visie van de regering op de kwaliteit van zorg, ook aandacht is voor de beleving en het welzijn van cliënten, het realiseren van zorgdoelen en maatwerk en zelf- en samenredzaamheid, zo lezen deze leden. Wanneer moeten deze meetinstrumenten ontwikkeld en geïmplementeerd zijn? Hoe worden deze meetinstrumenten concreet ingezet om de mate van kwaliteit en verbetering van kwaliteit te meten? Wordt er gebruik gemaakt van het reeds ontwikkelde kwaliteitskader in de gehandicaptenzorg, zodat recht gedaan wordt aan de verschillen tussen de ouderenzorg en de gehandicaptenzorg in de Wlz?

De regering stelt tevens dat zij het belangrijk vindt dat informatie over de kwaliteit van zorg in de Wlz breed toegankelijk wordt gemaakt. De leden van de PvdA-fractie delen deze visie. Welke doelstellingen verbindt de regering aan het toegankelijk maken van informatie over kwaliteit van zorg in de Wlz? Graag zouden deze leden willen weten wat de regering wenst te bereiken op het gebied van transparantie over kwaliteit van zorg en de toegankelijkheid en begrijpelijkheid van informatie voor de cliënt. De Inspectie voor de Gezondheidszorg blijft toezicht houden op de geleverde zorg. Er worden wijzigingen doorgevoerd in de borging van het zorgplan en de zorgplanbespreking. Op welke wijze wordt toezicht gehouden op de borging hiervan? Indien er geen toezicht is, waarom niet en hoe wordt de borging van het zorgplan dan gecontroleerd?

De regering wil steviger inzetten op de controle van Wlz-uitvoerders. De mogelijkheden van de NZa om zorgkantoren aan te spreken op hun verantwoordelijkheid worden verbeterd met het in voorbereiding zijnde wetsvoorstel «Verbetering toezicht en opsporing Wmg». Wanneer komt het wetsvoorstel naar de Kamer en wanneer is het de bedoeling dat dit wetsvoorstel in werking treedt? Kan er inzicht gegeven worden in de mogelijkheden die de regering wil vastleggen in het wetsvoorstel? Tevens zal de NZa de geschiktheid en betrouwbaarheid van bestuurders van Wlz-uitvoerders beoordelen. Kan aangegeven worden hoe deze beoordeling plaatsvindt?

DNB stelt ondanks dat dat met het wetsvoorstel niet beoogd wordt het verzekeringstechnisch risico bij de Wlz-uitvoerder neer te leggen, het wetsvoorstel wel degelijk uitvoeringsrisico's met zich meebrengt. Op basis van de Solvency II-richtlijn dient DNB onder meer deze operationele risico's te betrekken bij het geconsolideerd toezicht op de zorgverzekeraar binnen dezelfde verzekeringsgroep, ongeacht bij welke groepsentiteit deze risico's ontstaan. Dit kan gevolgen hebben voor de vereiste solvabiliteitsmarge. Kan hierop een nadere toelichting gegeven worden? Welke gevolgen kan het hebben en hoe wordt hierop ingespeeld?

De regering geeft aan dat de Minister van VWS als ultimum remedium een uitbestedingsverbod kan opleggen aan zorgkantoren die onder de maat presteren. De leden van de **SP-fractie** vragen of dit de enige maatregel is die zorgkantoren opgelegd krijgen bij wanbeleid. Welke andere mogelijkheden heeft de regering om zorgkantoren tot de orde te roepen? Wat is de precieze procedure die gevolgd wordt door de Minister, zodra een zorgkantoor een wanbeleid voert? Kan de regering tevens aangeven wat de mogelijkheden binnen de huidige wetgeving zijn en of er al vaker dergelijke maatregelen zijn opgelegd in de afgelopen jaren? Genoemde leden willen weten welke taken het Zorginstituut nu daadwerkelijk krijgt in het kader van de Wet langdurige zorg. De warrige taal in het voorliggende wetsvoorstel maakt niet duidelijk welke concrete maatregelen het Zorginstituut gaat uitvoeren. Kan de regering dat duidelijk uitleggen?

De regering geeft aan dat de NZa steviger gaat handhaven. De leden van de SP-fractie zijn benieuwd hoe de handhaving de afgelopen jaren is geweest door de NZa. Wat betekent in dit kader «steviger»? Welke aanvullende maatregelen of welk instrumentarium kan de Kamer verwachten? Kan de regering de Kamer een overzicht doen toekomen van handhavende maatregelen die ingezet zijn jegens zorgaanbieders en zorgkantoren in de jaren 2006 tot en met heden (uitgesplitst per jaar)? De Nederlandsche Bank heeft de taak om toe te zien of de uitvoering van de Wlz geen ongewenste consequenties heeft voor de onder haar toezicht vallende zorgverzekeraars. De regering schrijft dat één van de uitgangspunten is dat de Wlz-uitvoerder onderdeel is van een groep waartoe ook een of meer zorgverzekeraars behoren. Dit wetsvoorstel kan derhalve gevolgen hebben voor de vereiste solvabiliteitsmarge. De regering verzuimt dit echter exact te formuleren. De leden van de SP-fractie vragen de regering precies aan te geven welke gevolgen dit wetsvoorstel heeft voor de solvabiliteit die zorgverzekeraars moeten aanhouden. Kan de regering aangeven hoe groot de kans is dat de vereiste marge stijgt en hoeveel deze stijging bedraagt? Genoemde leden wijzen erop dat een stijging van de vereiste solvabiliteit gevolgen kan hebben voor de premie die zorgverzekeraars hun verzekerden vragen. Zij vragen de regering de gevolgen die dit kan hebben voor de zorgpremie in kaart te brengen en de Kamer hierover voor de wetsbehandeling zorgvuldig en financieel onderbouwd te informeren. Voorts constateren de leden van de SP-fractie dat er ook bij Zorgverzekeraars Nederland onzekerheid bestaat over de vereiste solvabiliteit. Die onzekerheid als zodanig kan al leiden tot een premiestijging omdat zorgverzekeraars hierin reden kunnen zien uit voorzorg hun solvabiliteit te verhogen. Genoemde leden vragen de regering of die vrees gerechtvaardigd is.

De leden van de **CDA-fractie** vragen of het CAK op tijd klaar kan zijn voor alle veranderingen waar het per 1 januari 2015 voor staat. Verder lezen zij dat het CAK zorgaanbieders gaat uitbetalen niet meer op voorschotten maar op basis van declaraties. Deze leden vragen wat dit precies betekent voor de zorgaanbieders; kan de regering dit toelichten? En hoeveel tijd trekt de regering uit om tot een systeem van declaraties van geleverde zorg te komen?

Het Zorginstituut gaat het nieuwe Fonds langdurige zorg beheersen. Ook geeft het de Minister van VWS advies over de premie. Genoemde leden horen graag het advies dat het Zorginstituut geeft over de premie voor 2015 en verdergaande jaren. Geeft het Zorginstituut ook een lange termijn advies over de premie en wanneer is dit gereed?

De leden van de CDA-fractie lezen over de twee nieuwe taken die het Zorginstituut krijgt. Zij vragen waarom het Zorginstituut verantwoordelijk wordt voor het bevorderen van vernieuwing en verbetering van zorgberoepen en opleidingen. Deze verantwoordelijkheid lag toch altijd bij het veld en niet bij de overheid; waarom wordt hiervoor gekozen?

De sociale omgeving heeft ook een rol bij de zorgverlening in de vorm van mantelzorg. Inzet van mantelzorgers draagt positief bij aan het welbevinden van cliënten. De leden van de **PVV-fractie** vragen of dit verplicht kan worden (zoals binnen de AWBZ ook is gebeurd) door zorgaanbieders, wel of niet met afkoopregeling?

De Minister van VWS wordt systeemverantwoordelijk voor de Wlz, net als voor de Wmo. Is hiermee de functie van de Staatssecretaris niet overbodig geworden, zo vragen genoemde leden.

De leden van de **D66-fractie** constateren dat het proces van zorgvraagbeoordeling, de indicatiestelling in het kader van de Wlz, met onderhavig wetsvoorstel geheel onder de verantwoordelijkheid van het CIZ komt. De opdracht van het CIZ wordt daarmee uitgebreid ten opzichte van de

huidige praktijk. Het CIZ is op dit moment een privaatrechtelijke rechtspersoon, een stichting, maar zal met dit wetsvoorstel worden omgevormd naar een publiekrechtelijk zelfstandig bestuursorgaan met rechtspersoonlijkheid. Wat betekent de wijziging van opdracht voor het aantal medewerkers van het CIZ? Is daarmee rekening gehouden met de reservering van financiële middelen? Genoemde leden constateren dat het CIZ thans werkt vanuit grote regio's. Hoe verhoudt zich dat met de gedachten zorg dicht bij huis en lokaal beleid?

De leden van de **ChristenUnie-fractie** constateren dat er veel organen en instituten bij de uitvoering van de Wlz zijn betrokken. Een deel van die instituten, bijvoorbeeld het Zorginstituut, gaat taken uitvoeren die naar de mening van deze leden ook onder de directe verantwoordelijkheid van het Ministerie van VWS zouden kunnen vallen. Kan de regering van alle op pagina 56 en 57 van de memorie van toelichting genoemde verantwoordelijkheden aangeven waarom ervoor is gekozen deze bij een ander dan de Minister onder te brengen?

Kan de regering voor de leden van de ChristenUnie-fractie het feitelijke onderscheid tussen de Wlz-uitvoerder en het zorgkantoor verhelderen? Kan de regering voorts het verschil verhelderen tussen enerzijds de Wlz-uitvoerder en het zorgkantoor in het nieuwe stelsel en anderzijds de concessiehouder en het zorgkantoor in het oude stelsel? Verwacht de regering dat de Wlz-uitvoerders hun taken zullen delegeren aan de zorgkantoren zoals men die nu kent, zo vragen zij. Vindt de regering het wenselijk dat de Wlz-uitvoerder de uitvoering van de zorg centraliseert, zoals nu veel zorgkantoren van een bepaalde concessiehouder/zorgverzekeraar al vanuit één locatie werken? Op welke wijze wordt in deze wet de regionale inbedding van de Wlz-uitvoerder geborgd?

6. Samenhang tussen de Wlz en andere domeinen

De leden van de **VVD-fractie** constateren dat de regering ingaat op de toekomst van de ADL-assistentie. De tijdelijke aanspraak wordt opgevolgd door een subsidieartikel. Verandert er hiermee iets in de huidige situatie of mogelijkheden van mensen in dergelijke ADL-clusterwoningen? Zo ja, wat? Is het met dit nieuwe subsidieartikel mogelijk voor nieuwe aanbieders – eventueel met nieuwe ADL-clusterwoningen – om toe te treden tot dit onderdeel van het zorgaanbod? Zo nee, waarom niet? De leden van de VVD-fractie zijn het zeer eens met de regering die aangeeft te bezien of positieve prikkels kunnen worden ingebouwd om gemeenten te stimuleren om cliënten waar mogelijk en verantwoord zo lang mogelijk in het gemeentelijk domein te ondersteunen, zoals ook aangegeven tijdens de behandeling van de Wmo 2015. Kan worden aangegeven hoe de regering dit punt verder wil brengen? Kan de regering ingaan op de positie van medisch kinderdagverblijven en de kinderen die tot deze doelgroep behoren?

De regering beoogt een flinke hervorming van de langdurige zorg. Om deze hervorming zo goed mogelijk te laten verlopen is het belangrijk dat burgers helder krijgen waar zij met hun zorgvraag terecht kunnen. De leden van de **PvdA-fractie** vinden het belangrijk dat afwenteling wordt tegengegaan, dat er goede samenwerking plaatsvindt tussen uitvoerders van de verschillende wetten en dat geen cliënt tussen wal en schip valt. Ook de regering vindt deze aspecten belangrijk, zo lezen deze leden in de memorie van toelichting van dit wetsvoorstel. In de andere wetsbehandelingen zijn hier meerdere vragen over gesteld door deze leden. Genoemde leden houden het bij deze inbreng bij enkele vragen over de borging dat zoveel mogelijk zorg aan Wlz-cliënten ook daadwerkelijk vanuit de Wlz wordt geleverd en de bepalingen die hierover zijn opgenomen in de Wlz, Wmo 2015, Zvw en Jeugdwet.

De Wlz biedt de mogelijkheid om subsidies te verstrekken aan instellingen voor het verlenen van direct oproepbare ADL-assistentie. Deze leden zijn hiermee zeer tevreden. Zij hebben meerdere malen aandacht gevraagd voor goede borging van de functie ADL-assistentie in de langdurige zorg. Genoemde leden lezen wel dat indien iemand naast de 24-uurs ADL-assistentie andere hulp of zorg nodig heeft, hij hiervoor is aangewezen op de Wmo 2015 of Zvw. Wat zijn de consequenties hiervan voor Fokuswonen en aanverwante zorgvormen? Hoe strookt deze uitwerking van de wet met de toezeggingen van de Staatssecretaris van VWS over de borging van Fokuswonen binnen één wettelijk domein? Het CIZ zal een besluit nemen over de vraag of de verzekerde recht heeft op ADL-assistentie. Hierover worden via een amvb nadere voorwaarden gesteld. Hoe en wanneer wordt de Kamer over die amvb geïnformeerd? Hiernaast vragen de leden van de PvdA-fractie hoe het op dit moment staat met het experiment rondom persoonlijke assistentiebudgetten? Graag krijgen zij meer duidelijkheid over de huidige situatie: voor een kleine groep cliënten met een zeer complexe ondersteuningsvraag is dit erg belangrijk. Wat is de situatie van dit experiment op dit moment? Wie heeft nu de regie over dit experiment? Worden belangenorganisaties en het werkveld betrokken bij het experiment? Er ligt veel specifieke kennis bij deze organisaties over deze specifieke doelgroep. Deze leden willen tevens weten of de mensen die aan de pilot deelnemen, de garantie hebben om op dezelfde wijze hun zorg te mogen organiseren wanneer het experiment een succes blijkt. Hoe zijn de ervaringen van dit experiment tot nu toe, meegenomen in de uitwerking van dit wetsvoorstel?

De leden van de PvdA-fractie lezen dat gemeenten, indien zij daaraan behoefte hebben, gespecialiseerde zorg zoals dagbesteding kunnen inkopen bij aanbieders die zich vooral richten op de Wlz. Het zorgkantoor moet gebruik kunnen maken van de kennis en kunde die bij gemeenten in huis is wanneer het gaat om het organiseren van woningaanpassingen voor jongeren. Hoe wordt deze samenwerking tussen aanbieders in de Wlz, zorgkantoren en gemeenten gestimuleerd?

Eerder in deze inbreng hebben de leden van de PvdA-fractie al vragen gesteld over de afstemming tussen Wmo- en Wlz-zorg. Gemeenten worden gestimuleerd om cliënten waar mogelijk en verantwoord zo lang mogelijk in het gemeentelijk domein te ondersteunen en daarmee onnodige doorstroom van de Wmo 2015 naar de Wlz te voorkomen. Ook wordt er gekeken of naast gespreksmogelijkheden positieve prikkels kunnen worden ingebouwd. Kan hierop een nadere toelichting gegeven worden door de regering? Deze leden zijn er namelijk van overtuigd dat zonder positieve prikkels deze mogelijkheden en wensen niet optimaal benut worden. Er moet een gezamenlijke drijfveer zijn om cliënten zo lang mogelijk thuis in de eigen omgeving te laten wonen, de juiste zorg en ondersteuning te laten ontvangen en cliënten zoveel mogelijk te laten inzetten op zelfredzaamheid en participatie. Deze wens is ook in het veld vanuit verschillende partijen (zowel patiëntenorganisaties als brancheorganisaties) te horen. Hoe zullen deze positieve prikkels worden vormgegeven?

De leden van de PvdA-fractie hebben enkele vragen over de intensieve kindzorg. Zij lezen dat intensieve kindzorg onderdeel gaat uitmaken van de functie wijkverpleging onder de Zvw. De huidige contra legem situatie wordt hiermee opgelost. Deze leden lezen echter dat om dubbeling te voorkomen, in de Wlz is bepaald dat iemand die jonger is dan 18 jaar uitgesloten kan worden van de Wlz ondanks dat diegene wel aan de Wlz-criteria voldoet. Zodra er geen sprake meer is van intensieve kindzorg of het kind 18 jaar wordt, komt het wel in aanmerking voor Wlz-zorg indien het kind aan de toegangscriteria voor de Wlz voldoet. Kan de regering nader toelichten welke overwegingen hebben geleid tot dit besluit? Waarom is hiertoe besloten? Welke voordelen heeft dit voor de kinderen die intensieve zorg ontvangen ten opzichte van het ontvangen

van zorg uit de Wlz? Hoe wordt afwenteling voorkomen, zodat geen kind tussen wal en schip valt? Wie zijn er betrokken bij het nemen van deze beslissing? Graag ontvangen deze leden een nadere toelichting van de regering.

Er kan sprake zijn van samenloop tussen de Wlz en de toekomstige Participatiewet, zo lezen de leden van de PvdA-fractie. Deze samenloop speelt vooral in de gehandicaptenzorg, zo stelt de regering. Het kan zo zijn dan Wlz-gerechtigden te maken krijgen met een sollicitatieplicht uit de Participatiewet. Om hoeveel cliënten zal dit naar verwachting gaan? Hoe strookt dit met de functie dagbesteding uit de Wlz? Hoe wenselijk vindt de regering herkeuring van cliënten onder de huidige AWBZ en de toekomstige Wlz? Graag ontvangen deze leden een nadere toelichting van de regering.

De regering geeft aan dat afstemming en samenwerking tussen de verschillende domeinen nodig is, maar kan de regering aangeven wie tussen de verschillende domeinen doorzettingsmacht heeft, indien er onenigheid plaatsvindt, zo vragen de leden van de **SP-fractie**.

Hoe gaat de regering voorkomen dat het voorliggende wetsvoorstel een afwentelmechanisme wordt, omdat gemeenten een maatwerkvoorziening kunnen weigeren in verband met de grote bezuinigingen waarmee zij te kampen hebben? Hoe wil de regering dit voorkomen?

Voorts constateren deze leden dat de ADL-assistentie een subsidieregeling blijft. Waarom heeft de regering daarvoor gekozen? Kan de regering voorts aangeven hoe het assistentiebudget geregeld wordt?

De leden van de SP-fractie hebben vragen over mensen die de wens hebben om thuis zorg te ontvangen vanuit de Wlz. De regering geeft in het voorliggende wetsvoorstel aan dat de zorgverzekeraar bij dit gesprek aanwezig is om mede te bepalen of de zorg dan wel doelmatig is. Deze leden kunnen niet begrijpen waarom de regering hiervoor kiest. Is zij niet van mening dat de indicatiestelling onafhankelijk dient te gebeuren? Hoe gaat de regering voorkomen dat financiële beslissingen worden genomen door zorgverzekeraars, in plaats van zorginhoudelijke beslissingen? Waarom krijgen zorgverzekeraars de taak om mede te indiceren?

Genoemde leden verwachten een uitgebreide toelichting op dit punt. Kan de regering een overzicht sturen van de bestaande wachtlijsten in de langdurige zorg op dit moment? De leden van de SP-fractie willen weten hoe de regering denkt nieuwe wachtlijsten te voorkomen met het voorliggende wetsvoorstel. Hoe gaat zij wachtlijsten voorkomen, als het geld bij gemeenten op is? Tijdens de behandeling van de Wmo 2015 heeft de regering aangegeven dat als het budget bij gemeenten op is, zij zorg moeten blijven bieden. Kan de regering aangeven hoe dit geregeld is binnen de Wlz?

De regering stelt dat intensieve kindzorg contra legem in de AWBZ zit. Op grond van welke visie komt de regering tot deze stellingname? Wat is erop tegen om intensieve kindzorg als aanspraak wijkverpleging in de AWBZ/Wlz te houden?

Als men thans een AWBZ-indicatie voor verblijf heeft en in een instelling zit, dan houdt men dit recht. Zit men nog niet in een instelling dan geldt een overgangsrecht van een jaar tot 2016. Is het niet beter om het recht op intramuraal verblijf ook voor mensen die thans nog extramuraal wonen maar wel een intramurale indicatie hebben onverkort te handhaven? Juist ook vanuit de gedachte dat zo lang mogelijk thuis wonen het beste is? De leden van de SP-fractie vragen of de hele zaak niet in het honderd loopt als de 70.000 mensen die het betreft allemaal zouden kiezen voor intramuraal verblijf. Hoe denkt de regering dit dan op te vangen en op te lossen?

De regering schetst in dit hoofdstuk een scenario waarbij zij de verschillende actoren op dit terrein aanspoort tot een intensieve samenwerking

bij het tot stand brengen van ondersteuning op maat. De leden van de **CDA-fractie** vinden dat hier sprake is van een grote mate van vrijblijvendheid. De Minister van VWS kan binnen de Wlz amvb's in werking laten treden als bijvoorbeeld zorgkantoren geen goede zorg inkopen maar heeft ten aanzien van de aanpalende wetgeving geen tot weinig middelen in handen. De zorgverzekeraar bepaalt in verband met de Zvw de schadeclaim en ook de gemeente bepaalt het wel of niet toekennen van een maatwerkvoorziening. Kortom, de leden van de CDA-fractie willen graag een wat actievere houding van de regering op dit terrein en zien graag concreet uitgewerkt hoe en wat de consequenties zijn als er niet tot intensieve samenwerking gekomen wordt.

De regering stelt in dit wetsvoorstel wel dat de Zvw, Wmo en Jeugdwet risicodragend door gemeenten en zorgverzekeraars worden uitgevoerd. Om afwenteling te voorkomen richting de Wlz worden er toegangscriteria opgenomen die onafhankelijk en objectief zijn. Maar de afwenteling van de Wmo en Zvw vindt toch plaats richting de burger? Het is zijn probleem als hij geen ondersteuning of zorg in de thuissituatie krijgt. De leden van de CDA-fractie zien hier een duidelijk afbakeningsprobleem in de wetgeving. Graag ontvangen zij een reactie van de regering op dit punt, zeker aangezien later in de memorie van toelichting ook wordt gesteld dat gemeenten en zorgverzekeraars niet gedwongen kunnen worden.

De leden van de CDA-fractie begrijpen dat assistentie bij algemeen dagelijkse levensverrichtingen als aparte subsidieregeling in de Wlz blijft bestaan en dat de subsidie wordt verstrekt aan een instelling. Deze leden vragen hoe het dan staat met het in ontwikkeling zijnde assistentiebudget en hoe het staat met alle IGZ-onderzoeken betreffende het niet goed functioneren van een aantal Fokus-woonprojecten. Genoemde leden horen graag wat de stand van zaken is in dezen. En verder kunnen mensen die gebruik maken van een ADL-woning ook een aanvraag doen voor een Wmo-maatwerkvoorziening die de gemeente vervolgens niet hoeft te geven. De regering stuurt deze doelgroep dus naar meerdere loketten; is de regering niet bang dat dit leidt tot onduidelijkheden? Klopt de redenering dat ADL-ondersteuning in huis Wlz is en ADL buiten de deur gemeentelijk (Wmo)? En hoe zit het dan met de eigenbijdrageregeling voor deze doelgroep die straks wel gebruik mag maken van de Wmo en Wlz terwijl er door het CAK geen rekening wordt gehouden met de cumulatie aan eigen bijdragen?

Omdat de Wlz niet risicodragend wordt uitgevoerd en de Zvw, Wmo 2015 en Jeugdwet wel, kan er in financieel opzicht een prikkel zijn voor gemeenten en zorgverzekeraars om te proberen om cliënten in de Wlz onder te brengen. De leden van de **PVV-fractie** vragen waar dit wantrouwen ineens vandaan komt. Vinden al deze «hervormingen» niet plaats omdat iedereen dat zo graag wil en omdat het dan allemaal beter wordt? Als het allemaal beter wordt, dan moet er toch ook geen prikkel zijn om af te wentelen? Graag ontvangen deze leden een toelichting. Het CIZ geeft een indicatiebesluit af. Omdat gemeenten, verzekeraars en zorgaanbieders belanghebbend zijn, is het niet wenselijk dat zij hier invloed op hebben. In de Wlz is daarom vastgelegd dat het mandaat tot het nemen van indicatiebesluiten niet wordt verleend aan iemand die niet werkzaam is voor het CIZ (zoals een medewerker van een zorginstelling, gemeente of verzekeraar). Hoe strookt dit met de jubelverhalen over de inzet van wijkverpleegkundigen binnen de Wmo, die zo goed zouden weten wat mensen nodig hebben, zo vragen de leden van de PVV-fractie. Wil de regering nu zeggen, dat de wijkverpleegkundige niet deskundig en professioneel genoeg is om te indiceren voor de Wlz?

Er is opgenomen dat de gemeente een maatwerkvoorziening mag weigeren indien er reden is om aan te nemen dat iemand aanspraak kan maken op verblijf en daarmee samenhangende Wlz-zorg, maar niet mee wil werken aan het verkrijgen van een indicatiebesluit van het CIZ. De

leden van de PVV-fractie vragen hoe deze bepaling zich verhoudt tot het mantra van de regering dat iedereen zo lang mogelijk thuis wil en moet blijven wonen. Waarom is hier naar de mening van de regering geen mogelijkheid tot afwenteling op de Wlz? Waarom kan een cliënt, als hij dat wil en verder regelt met zijn sociale netwerk, niet met wat extra inspanning (een maatwerkvoorziening) van de gemeente en zorgverzekeraar gewoon thuis blijven wonen? Als een kind een van zijn ouders in huis wil nemen die eigenlijk in aanmerking zou komen voor een Wlz-indicatie, maar hiervoor is bijvoorbeeld een traplift nodig, kan dat dan? Zo nee, waarom niet? De gemeente kan zich in deze situaties verstaan met de cliënt, zijn mantelzorgers, het CIZ en eventueel de zorgverzekeraar om te bespreken wat in de thuissituatie mogelijk en verantwoord is. Waarom zou de gemeente dit doen als zij de kosten kan afwentelen op de Wlz? 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, Jeugdwet en/of Zvw voort te zetten. Wie bij de gemeente en zorgverzekeraar gaan dit beslissen? Waarom zouden deze partijen zich inspannen als zij de kosten op de Wlz kunnen afwentelen? Als ouders graag zelf voor hun gehandicapte kind willen zorgen, ondanks dat dat kind eigenlijk in aanmerking zou komen voor een Wlz-indicatie, maar hiervoor is bijvoorbeeld wat extra ondersteuning nodig, kan dat dan? Zo nee, waarom niet? De gemeente kan zich in deze situaties verstaan met de cliënt, zijn mantelzorgers, het CIZ en eventueel de zorgverzekeraar om te bespreken wat in de thuissituatie mogelijk en verantwoord is. Waarom zou de gemeente dit doen als zij de kosten kan afwentelen op de Wlz?

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, Jeugdwet en/of Zvw voort te zetten. Wie bij de gemeente en zorgverzekeraar gaan dit beslissen? Waarom zouden deze partijen zich inspannen als zij de kosten op de Wlz kunnen afwentelen? Ook kan er een gesprek plaatsvinden indien de cliënt mogelijk recht zou kunnen hebben op Wlz-zorg, maar zelf graag thuis wil blijven wonen met zorg en ondersteuning door zijn of haar mantelzorgers, de gemeente en de verzekeraar. Ook de verzekeraar neemt dan deel aan dat gesprek, om te bezien of het doelmatig en verantwoord is om de zorg vanuit de Zvw te continueren. Op basis waarvan denkt de regering, dat zorgverzekeraars hier actief aan mee gaan werken? Het motto van de zorgverzekeraars, zo hebben deze leden ook bij de behandeling van de Wmo gezien, is immers «ontzorgen».

Voor de algemeen medische zorg geldt dat deze alleen tot het verzekerd pakket in de Wlz behoort, indien de cliënt verblijft in een instelling en daar tevens Wlz-behandeling ontvangt. Het gaat hierbij onder andere om geneeskundige zorg van algemeen medische aard (huisartsenzorg), behandeling van een psychische stoornis, farmaceutische zorg, hulpmiddelen, tandheelkundige zorg en kleding. Wanneer een Wlz-gerechtigde thuis woont met behulp van een vpt of pgb komt deze zorg ten laste van de Zvw in plaats van de Wlz. De leden van de PVV-fractie vragen waarom er niet voor de logische weg is gekozen, om alle geneeskundige zorg van algemene medische aard in de Zvw onder te brengen. Ook mensen die verblijven in een Wlz-instelling betalen hun zorgverzekeringspremie gewoon. Is dit niet nog een extra prikkel voor zorgverzekeraars om vooral niet mee te werken aan het langer thuis kunnen blijven wonen, ondanks een Wlz-indicatie? Gaan cliënten die in een Wlz-instelling verblijven dan ook minder premie betalen? Zo nee, worden de zorgverzekeraars dan gekort voor die cliënten die in een Wlz-instelling verblijven?

Om ervoor te zorgen dat een cliënt zo min mogelijk last heeft van de schotten tussen de verschillende domeinen, is afstemming en samenwerking tussen deze domeinen noodzakelijk, zo schrijft de regering naar

de mening van de leden van de **D66-fractie** terecht. De regering wil daarom bevorderen dat gemeenten, zorgverzekeraars, Wlz-uitvoerders, zorgkantoren en zorgaanbieders intensief samenwerken bij het tot stand brengen van zorg en ondersteuning op maat. Dit is een aspect dat bij de transitie verder wordt uitgewerkt, zo schrijft de regering in de memorie van toelichting, maar genoemde leden vragen de regering ter zake nu reeds om een nadere toelichting. Op welke wijze wordt de Wlz ook op lokaal niveau afgestemd op de Zvw en de Wmo, zodat cliënten geen last ervaren van de nieuwe schotten? Hoe zal er bijvoorbeeld voor worden zorggedragen dat ondanks het schot tussen de Wmo en Wlz voor mensen met een voorspelbaar ziektebeloop, zoals dementerende ouderen, een soepele overgang kunnen maken van thuis naar een instelling? Op welke manier zijn er prikkels in de Wlz ingebouwd om ervoor te zorgen dat gemeenten in de Wmo tot het uiterste gaan om mensen met dementie zo lang en goed mogelijk thuis te ondersteunen?

In de Wlz is een artikel opgenomen dat het mogelijk maakt om subsidies te verstrekken aan instellingen voor het verlenen van direct oproepbare ADL-assistentie. De subsidie wordt verstrekt aan de instelling die de 24-uurs ADL-assistentie levert. De ADL-assistentie wordt op grond van artikel 1.1.1 geleverd binnen ADL-clusterwoningen die tot stand zijn gekomen met subsidies uit de Regeling Geldelijke Steun Huisvesting Gehandicapten of het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten (AFBZ). Betekent dit, zo vragen de leden van de D66-fractie, dat er na inwerking-treding van de onderhavige wet geen nieuwe ADL-clusterwoningen meer bij kunnen komen? Zo ja, waarom acht de regering dat wenselijk of noodzakelijk? Zo nee, op elke wijze blijft het mogelijk om in de toekomst nieuwe ADL-clusterwoningen te realiseren?

De leden van de **ChristenUnie-fractie** willen van de regering weten in hoeverre in de Wlz rekening wordt gehouden met bestaande zorgstandaarden, zoals de Zorgstandaard Dementie. Zijn zorgaanbieders verplicht om bestaande zorgstandaarden te gebruiken bij de uitwerking van het zorgplan, zo vragen deze leden. Voorts vragen zij welke positie de casemanager dementie binnen de Wlz heeft.

De leden van de ChristenUnie-fractie verwachten dat gemeenten als dat nodig is gespecialiseerde zorg moeten inkopen (bijvoorbeeld dagbesteding) bij zorgaanbieders die zich vooral richten op de Wlz. Hoe verhoudt dit zich tot dagbesteding op basis van de Wmo? Zij willen voorts weten of er verschillen zijn en zo ja, welke.

Ook vragen zij of een cliënt een beroep kan doen op respijtzorg vanuit de Wlz bij dementie en hoe dit zich verhoudt tot respijtzorg die wordt aangeboden via de Wmo.

De leden van de ChristenUnie-fractie constateren dat de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) ervoor pleit dat in de nieuwe bekostiging van huisartsenzorg een apart tarief wordt opgenomen voor huisartsenzorg aan mensen met een Wlz-indicatie. Zij vragen wat de regering daarvan vindt.

Indien iemand verblijft in een instelling en daar ook Wlz-behandeling ontvangt, komt naast de Wlz-behandeling ook algemeen medische zorg ten laste van de Wlz. Onder deze algemeen medische zorg vallen ook noodzakelijke hulpmiddelen. Als echter gebruik gemaakt wordt van het vpt of pgb, dan kunnen dergelijke hulpmiddelen niet langer meer aangeschaft worden via de Wmo. Cliënten die een beroep kunnen doen op de Wlz, kunnen geen beroep doen op ondersteuning op grond van dit wetsvoorstel. Wel kunnen zij gebruik maken van een algemene voorziening, bijvoorbeeld sociaal vervoer en mantelzorgondersteuning. De leden van de **SGP-fractie** vragen waarom deze mensen worden uitgesloten van bijvoorbeeld hulpmiddelen en woningaanpassingen. Hoe strookt dit met de wens van de regering om mensen zo lang mogelijk

thuis te laten wonen? Zou het niet logischer zijn om zolang mensen thuis wonen zoveel mogelijk aan te sluiten bij de normale wettelijke regels, waarbij gemeenten een compensatie moeten kunnen ontvangen voor de hulpmiddelen of aanpassingen die zij verstrekken? Moeten gemeenten dan eerst vaststellen of iemand wellicht voor een Wlz-indicatie in aanmerking komt? Betekent deze regel dat gemeenten iemand met hogere zorgkosten min of meer kunnen dwingen om in een instelling te gaan wonen, ook als dit duurder zou zijn? Wordt dit systeem niet te bureaucratisch?

Er wordt gesproken van een groot belang van een soepele overgang van de Wmo naar de Wlz. Het is hierbij wel van belang dat zorg en ondersteuning goed op elkaar zijn afgestemd; gemeenten moeten hun voorzieningen kunnen inkopen bij aanbieders die vooral gericht zijn op de Wlz, als die behoefte bestaat. Maar hoe wordt dit geborgd? De leden van de **50PLUS-fractie** vragen hoe dit garandeert dat meer gespecialiseerde voorzieningen, zoals dagbesteding voor dementerenden, voldoende beschikbaar zijn. Wat als er in dunbevolkte gebieden te weinig aanbod beschikbaar is? Hoe wordt geborgd dat er een soepele, bijna geruisloze overgang van het ene naar het andere regime wordt geborgd, wat immers het streven moet zijn? Is hier iets over vastgelegd?

In de Zorgverzekeringswet is casemanagement dementie voldoende geborgd. Dit is niet het geval in de Wlz. Met name bij mensen die thuis wonen en hun zorg (bijvoorbeeld) met een vpt ontvangen, is het van belang dat deze functie geborgd is. De casemanager heeft immers een belangrijke regiefunctie en het is makkelijker deze te borgen in een instelling dan in de thuissituatie, waar vaak ook mantelzorg aanwezig zal zijn die ondersteuning zal behoeven. De leden van de **50PLUS-fractie** vragen waarom er niet voor is gekozen om in elk geval voor thuiswonende dementerenden die onder de Wlz vallen, casemanagement dementie op te nemen.

7. Financiële houdbaarheid

Ten aanzien van de premie Wlz wordt voorgesteld een constante premie voor een kabinetsperiode vast te stellen, waarmee naar verwachting aan het eind van die periode geen tekort ontstaat. De leden van de **VVD-fractie** vragen waarom hiervoor is gekozen, in plaats van een direct kostendekkende premie (die jaarlijks wordt aangepast). Hoe groot is het risico op – opnieuw – oplopende tekorten in het Flz, zoals ook in het AFBZ, zeker als de Wlz-premie in een volgende kabinetsperiode niet wordt aangepast? In hoeverre is nog sprake van een lastendekkende Wlz-premie?

De regering heeft een betere financiële houdbaarheid als een belangrijke overweging voor de hervorming van de langdurige zorg. De leden van de **PvdA-fractie** delen deze visie van de regering. Om langdurige zorg, nu en in de toekomst, betaalbaar en toegankelijk voor iedereen te houden, moet de langdurige zorg financieel houdbaar worden gemaakt. De regering stelt echter dat zolang het verzekeringsrisico bij de overheid ligt, de financiële prikkels tot kostenbeheersing relatief beperkt zijn en dat er mede hierom extra waarborgen moeten worden ingebouwd. Kan de regering hierop een nadere toelichting geven? Hoe kan een wijziging van het verzekeringsrisico bijdragen aan betere kostenbeheersing? Welke instrumenten kan de overheid inzetten om de financiële prikkels tot kostenbeheersing de goede kant op te sturen en welke resultaten verwacht de regering te boeken in de nieuwe situatie? Welke overwegingen maakt de regering op dit moment?

De leden van de **PvdA-fractie** lezen dat de Minister van VWS in de Wlz het macrobudgettaire kader vast zal stellen, inclusief de nominale ontwik-

keling, de beschikbare groeimiddelen en de effecten van maatregelen. Tevens blijft de tariefregulering door de NZa met betrekking tot zorg in natura in de Wlz gehandhaafd. Deze leden lezen tevens dat de NZa niet meer automatisch zal uitgaan van maximumtarieven als een aanbieder en zorgkantoor geen overeenkomst bereiken over de prijs van de te leveren prestaties. Wat betekent dit concreet in de praktijk voor zorgaanbieders en de door hen gehanteerde prijzen? En wat betekent dit voor de kleine aanbieders en kleinschalige initiatieven?

De Minister van VWS heeft een stuurgroep ingesteld om de informatievoorziening voor een goede uitgavenbeheersing te verbeteren. Deze groep richt zich in eerste instantie op de curatieve zorg, maar er is afgesproken om de stuurgroep ook te betrekken bij de uitwerking van de hervormingen in de langdurige zorg. Wanneer gaat dit gebeuren? Hoe en wanneer wordt de Kamer over de resultaten van de stuurgroep geïnformeerd?

In de Wlz wordt geleidelijk overgestapt van bevoorschotting op basis van productieafspraken naar betalingen op basis van declaraties van daadwerkelijk geleverde zorg. Wat voor effecten heeft dit op kleine zorgaanbieders en kunnen zij wel zonder bevoorschotting? Zijn ook deze aanbieders in staat op basis van declaraties zorg aan te bieden aan cliënten? Hoe wordt de stap gezet naar een meer persoonsvolgend budget? Graag ontvangen deze leden een nadere toelichting van de regering

Cliënten met een laag zzp kunnen tot 1 januari 2016 alsnog kiezen voor verblijf op grond van de Wlz. Echter, deze leden ontvangen signalen dat zorgkantoren vooruitlopen op de aangekondigde maatregelen en minder verblijfszorg inkopen bij zorgaanbieders voor deze lagere zzp's. Hoeveel cliënten hebben tot 1 januari 2016 recht op verblijf? Wanneer al deze cliënten besluiten hun indicatie te verzilveren, is daar dan voldoende plek voor in intramurale instellingen? Hoe houden instellingen en zorgkantoren hier rekening mee met hun bedrijfsvoering? Patiëntenorganisatie NPCF en brancheorganisatie ActiZ spreken hun zorgen uit over een zachte landing voor cliënten met een laag zzp. Tevens hebben de leden van de PvdA-fractie meerdere keren schriftelijke vragen gesteld over de handelwijze van de zorgkantoren op dit punt. Hoe borgt de regering dat cliënten hun indicatie tot 1 januari 2016 kunnen blijven verzilveren betreffende verblijfszorg? Graag ontvangen deze leden een nadere toelichting van de regering.

De leden van de PvdA-fractie lezen dat de uitgaven in de Wlz volgens de regering kunnen worden beperkt met een € 0,5 miljard in 2017 door een meer doelmatige uitvoering. Waarop is deze verwachting gebaseerd? Hoe wordt deze taakstelling ingevuld, zonder dat dit ten koste van goede kwaliteit van zorg gaat?

Wlz-uitvoerders en zorgkantoren zijn wettelijk verplicht een reserve aan uitvoeringskosten voor de Wlz aan te houden van 20% van het jaarbudget. Het gaat in totaal om € 136 miljoen. Kan de regering toelichten waarop deze wettelijke verplichting gebaseerd is, ook in het licht dat het verzekeringsrisico bij de overheid ligt?

De leden van de **SP-fractie** vragen de regering waarom zij ervoor kiest om in de Wlz over te stappen op betaling op basis van declaraties van de geleverde zorg in plaats van op basis van voorschotten. Leidt dit niet tot onnodige rentelasten als instellingen daardoor leningen moeten gaan afsluiten met banken? Graag ontvangen deze leden een toelichting om welke financiële extra lasten het gaat voor instellingen als van voorschotten wordt afgestapt.

Tevens vragen de leden van de SP-fractie of dit niet het risico met zich meebrengt dat zorginstellingen «productie gaan draaien» zoals dat bijvoorbeeld in de ziekenhuiszorg zichtbaar is. Genoemde leden vragen voorts of dit risico nog groter wordt wanneer op termijn ook de kapitaal-

lasten volledig worden geïntegreerd in het zorgtarief. Erkent de regering dat de neiging zou kunnen ontstaan om het marktaandeel te vergroten om zo het voortbestaan van de instelling te bewerkstelligen? Deze leden vragen hoe de regering dit in de hand denkt te kunnen houden. Voorts vragen zij wat de regering bedoelt met de volgende zin: «Indien zorgverzekeraars graag zien dat de zware langdurige ouderenzorg op termijn wordt overgeheveld naar de Zvw, zullen zij zich in moeten spannen om aan te tonen dat verbeteringen in de doelmatigheid mogelijk zijn.» De leden van de SP-fractie vragen de regering of dit zal inhouden dat zorginstellingen te maken krijgen met allerlei extra verslaglegging bovenop de verslaglegging die nu al plaatsvindt. Zij vragen de regering of dit betekent dat de zorgkantoren op dat punt zich de werkwijze van zorgverzekeraars eigen moeten maken.

De regering schrijft dat de NZa niet meer automatisch uitgaat van de maximumtarieven als een aanbieder en zorgkantoor geen overeenstemming bereiken over de prijs van de te leveren prestaties. Kan de regering dit nader toelichten? Hoe wordt de vermindering van tarieven vormgegeven?

De leden van de SP-fractie vragen of het klopt dat op de Wlz € 1,1 miljard in 2017 bezuinigd wordt (tabel 7.1). Nu rept de regering van een taakstelling van € 0,5 miljard dat in de cijfers is verwerkt (tabel 7.2). Hoe verhoudt zich dit tot de € 1,1 miljard uit het bovengenoemde staatje? Komt de € 0,5 miljard bovenop de € 1,1 miljard?

Kan de regering aangeven wat de beheerskosten in absolute en procentuele zin zijn in de AWBZ, Zvw, Wmo en toekomstige Wlz? Wat zeggen de verschillen over de bureaucratie van de verschillende wetten en kunnen daaruit conclusies worden getrokken als het gaat om doelmatigheid en efficiency?

De regering wil de Wlz met een schone lei beginnen en heft daarom het AFBZ op. Kan de regering nader toelichten of in de Wlz weer niet nieuwe tekorten ontstaan zodat het nieuwe fonds weer snel in toenemende mate negatief zal worden? Hoe gaat de regering dit voorkomen? Wat verandert er aan de systematiek van premieheffing en belastingheffing ten opzichte van de huidige methodiek in de AWBZ? Kan de regering de verschillen tussen de huidige financiering van de AWBZ en de toekomstige financiering van de Wlz aangeven?

«Met betrekking tot de uitvoering van de Wlz is er door het CVZ op gewezen dat de contracteerruimte, het pgb-subsidieplafond en de productieplafonds op gespannen voet staan met het verzekeringskarakter van de Wlz», zo schrijft de regering. Hoe borgt zij dan toch het verzekeringskarakter van de Wlz? Moet er niet uit worden gegaan van een reële behoefte van wat er nodig is aan middelen om aan de totale zorgvraag in het kader van de Wlz te voldoen?

Het hoofddoel dat de regering denkt te bereiken met de invoering van de Wlz is het realiseren van een bezuiniging. Dat doet de regering in de gedachte dat de care te duur is. De leden van de SP-fractie vragen de regering de zorgkosten van zowel de cure als de care sinds 1998 in beeld te brengen. Zij vragen de regering in dat kader de volgende vragen te beantwoorden:

1. Kan de regering vanaf 1997 tot nu voor elk jaar de totale zorgkosten binnen de cure (te weten de ziekenhuizen en specialistenpraktijken, de verstrekkers van geestelijke gezondheidszorg, huisartsenpraktijken, tandartsenpraktijken, paramedische praktijken en de overige verstrekkers) die worden gemaakt in beeld brengen?
2. Kan de regering binnen de cure vanaf 1997 per jaar uitsplitsen de zorgkosten van de ziekenhuizen en specialistenpraktijken, de verstrekkers van geestelijke gezondheidszorg, huisartsenpraktijken, tandartsenpraktijken, paramedische praktijken en de overige verstrekkers?
3. Kan de regering vanaf 1997 tot nu voor elk jaar de totale zorgkosten binnen de care (te weten de verstrekkers van ouderenzorg, de

verstrekkers van gehandicaptenzorg en de overige verstrekkers van welzijnszorg) in beeld brengen?

4. Kan de regering binnen de care vanaf 1997 per jaar uitsplitsen de kosten van de verstrekkers van ouderenzorg, de verstrekkers van gehandicaptenzorg en de overige verstrekkers van welzijnszorg?
5. Kan de regering vanaf 1997 per jaar de totale zorgkosten in beeld brengen en daarbij per jaar aangeven welk percentage werd uitgegeven aan cure en welk percentage werd uitgegeven aan care?

Voorts vragen de leden van de SP-fractie de regering om een tabel aan de Kamer te zenden met de bezuinigingen voortvloeiend uit voorliggend wetsvoorstel waarin per maatregel voor de komende vier jaren de structurele besparing inzichtelijk wordt gemaakt.

Het aantal mensen dat kampt met betalingsproblemen als gevolg van het eigen risico of de zorgpremie is dit jaar volgens de vier grootste zorgverzekeraars verdubbeld ten opzichte van vorig jaar. 880.000 mensen hebben volgens deze berichten een betalingsregeling met hun verzekeraar moeten treffen. De leden van de SP-fractie vinden dit schokkende cijfers en zij vragen de regering of zij deze aantallen kan bevestigen. Voorts vragen zij over welke actuele cijfers de regering beschikt over het aantal mensen dat een betalingsachterstand heeft of een betalingsregeling heeft moeten treffen. Genoemde leden vragen hierbij een vergelijking te maken met de tien voorgaande jaren en de ontwikkeling in beeld te brengen. Daarnaast vragen deze leden een actuele stand van zaken van het aantal mensen dat op dit moment veroordeeld is tot het betalen van de bestuursrechtelijke premie als gevolg van een betalingsachterstand. Tussen 2015 en 2019 zal de premie als gevolg van de overheveling van zorg naar de Zvw met € 100 stijgen, los van de mogelijke reguliere stijging van de premie. Dit zal in etappes van € 20 geschieden. Daarnaast is de verwachting dat het eigen risico met € 30 op jaarbasis wordt geïndexeerd. De leden van de SP-fractie vragen de regering de verwachte premiestijgingen concreet in beeld te brengen gedurende de jaren 2015–2019. Ook vragen deze leden de regering een prognose te maken van het aantal mensen met betalingsproblemen over deze periode. Zij vragen de regering dit uit te splitsen naar mensen die een betalingsachterstand oplopen, mensen die een betalingsregeling treffen met hun zorgverzekering en mensen die in het bestuursrechtelijke regime terechtkomen. Voorts vragen genoemde leden of de regering het aanvaardbaar vindt wanneer mensen als gevolg van de significante stijging van de premie en het eigen risico in de betalingsproblemen komen. Zij vragen hoeveel mensen in de betalingsproblemen moeten komen voordat de regering tot de conclusie komt dat een verdere stijging van de premie maar ook van het eigen risico onaanvaardbaar is. Met andere woorden: welke aantallen moeten zijn bereikt voordat, los van aanpassing van het bestuursrechtelijke regime zoals dat in de Kamer voorligt, maatregelen worden genomen die de kern van het probleem oplossen, namelijk het stoppen van de stijging van het eigen risico, het verlagen daarvan of het afschaffen?

De leden van de **CDA-fractie** lezen dat de regering de kosten van de Wlz in de hand wil houden door strakke indicatieregels bij de toegangspoort op te stellen. Verder is een verandering ten opzichte van de huidige wet dat de Minister van VWS in de Wlz jaarlijks het totaal van het macrobudgetair kader vaststelt inclusief de nominale ontwikkelingen.

De memorie van toelichting spreekt van: «Zo zullen de beschikbare middelen of minder regio's worden verdeeld als wordt overgegaan naar regionale opschaling». Wanneer wil de regering dan precies overgaan tot regionale opschaling en wat is het doel daarvan precies?

Ook hier schetst de regering een toekomstperspectief waarbij zij stelt dat indien zorgverzekeraars de ouderenzorg risicodragend willen uitvoeren zij zich moeten inspannen om aan te tonen dat verbeteringen in de doelma-

tigheid mogelijk zijn. Deze leden ontvangen graag bij de wetsbehandeling een overzicht van wat de regering dan precies van de zorgverzekeraars verwacht.

De leden van de CDA-fractie vragen hoe het nu precies zit: in de memorie van toelichting stelt de regering dat mensen met de lagere zorgzwaartepakketten tot 1 januari 2016 kunnen kiezen voor een verblijf in de Wlz. Daarnaast stelt de regering dat mensen met lichte zorgzwaartepakketten – die nu in de AWBZ zitten – zullen overlijden waardoor de uitgaven in de Wlz zullen gaan dalen en er op termijn minder dan 200.000 mensen van de Wlz gebruik zullen maken. Genoemde leden zijn deze mening niet toegedaan en zij vragen de regering waar toch het aantal van 200 000 mensen op gebaseerd is. Hoeveel mensen zullen er gebruik maken van de mogelijkheid om toch in de Wlz te blijven met een laag zorgzwaartepakket? Zeker gezien het laatst gesloten zorgakkoord. Welk groot bedrag raamt de regering hiervoor. Wat betekent het voor de inkoop van de lage zorgzwaartepakketten die via zorgkantoren moeten worden ingekocht. En wat zal dit vervolgens allemaal betekenen voor de premie van de Wlz? Kortom, de leden van de CDA-fractie vinden de aannames boterzacht en zij vragen serieus of de regering een reëel beeld schetst van de toekomst van de Wlz.

Vervolgens geeft de regering aan dat de € 0,5 miljard (Regeerakkoord) wordt gehaald door een doelmatigere uitvoering bovenop de overige bezuinigingen. Graag ontvangen genoemde leden een toelichting op dit punt. Hoe wordt dit bedrag van € 500 miljoen concreet in 2017 gerealiseerd? De leden van de CDA-fractie lezen wel dat er duidelijker geïndiceerd wordt en dat maximumtarieven, regionale budgettaire kaders en regionale inkoop onder de loep worden genomen. Deze leden lezen dit niet voor het eerst en begrijpen dat de regering denkt met dit wetsvoorstel meer handvatten te hebben om in te grijpen. De leden van de CDA-fractie vragen of dit daadwerkelijk zoveel financiële middelen gaat opleveren en in hoeverre er financiële ruimte is als er meer dan 200 000 mensen in de Wlz blijven. Kortom, hoe reëel is dit toekomstbeeld van de regering? En kan de regering ten slotte helder maken welke solvabiliteitseisen er aan de zorgverzekeraars worden gesteld voor zorgverzekeraars die optreden als uitvoerders van deze wet. Tijdens het rondetafelgesprek over de «knipbrief»⁸ gaf de vertegenwoordiger van DNB al aan dat deze hoe dan ook zullen gaan stijgen. Genoemde leden vragen hoeveel de solvabiliteit zal stijgen vanwege de invoering van de Wlz en door de aanspraak wijkverpleging.

De leden van de CDA-fractie lezen dat het uitvoeringsbudget van de zorgkantoren wordt verlaagd met € 42 miljoen tot een bedrag van € 136 miljoen in 2015 en verdergaande jaren. Waarop is dit bedrag van € 42 miljoen gebaseerd zeker gezien het feit dat mensen met een licht zpz tot 2016 in de Wlz mogen (terugkeren) en het laatst afgesloten zorgakkoord?

In de memorie van toelichting van de Wlz maar ook in de brief van de Minister en Staatssecretaris van VWS d.d. 14 april 2014⁹ stelt de regering dat de Wlz-premie nog niet vaststaat en de premie waarschijnlijk tussen 9–11% zal liggen. De premie dient lastendekkend te zijn en zal worden vastgesteld voor 2015 en constant worden gehouden in 2016 en 2017. Dit betekent dat de premie in 2015 iets boven het lastendekkend niveau zal uitkomen en in 2017 onder het lastendekkend niveau, zo lezen deze leden. De leden van de CDA-fractie vragen hoe de premie concreet wordt berekend; van welke financiële parameters wordt er uitgegaan? Zijn deze anders dan bij de berekening van de huidige AWBZ-premie? De regering verwacht een daling van 2,65% van de Wlz-premie ten opzichte van de huidige AWBZ-premie. Tegenover deze verlaging staat eenzelfde

⁸ Kamerstukken II, 2013–2014, 30 597, nr. 380.

⁹ Kamerstukken II, 2013–2014, 30 507, nr. 432.

verhoging van de belastingtarieven. De regering haalt dus minder Wlz-premie binnen en meer belasting. De leden van de CDA-fractie vragen wat er met de extra belastingopbrengsten gebeurt. De regering stelt dat het op een lastendekkend niveau vaststellen van de Wlz-premie niet gepaard zal gaan met een lastenverzwaring. De Zvw-premie en het eigen risico stijgen echter wel onder andere door de overheveling van de verzorging en verpleging thuis. Kan de regering een totaalbeeld geven van de koopkrachteffecten van de zorgkosten?

VNO-NCW heeft reeds aangegeven dat het stijgen van het werkgeversdeel onacceptabel is. Hoe reageert de regering op deze stellingname?

Vervolgens willen de leden van de CDA-fractie weten wat er gaat gebeuren als in 2016 de premie-inkomsten niet lastendekkend zijn. Gaat de premie voor 2017 dan toch omhoog, gaat de regering dan het bedrag aanvullen zoals dat nu voor het AFBZ gebruikelijk is, of wordt de indicatiestelling verzwamd zodat er minder mensen van de Wlz gebruik mogen maken? Kortom, deze leden vragen of de financiële houdbaarheid van de Wlz voor de korte en lange termijn kan worden gegarandeerd.

De regering stelt dat de afrekening van het AFBZ pas in 2018 kan plaatsvinden. Deze leden begrijpen dat er pas in 2018 bekend zal worden hoeveel het negatief vermogen van het fonds zal bedragen. Gaat de regering de Kamer uitgebreider dan bij de begroting op de hoogte houden van de stand van zaken over de ontwikkeling van dit fonds?

De regering stelt dat de liquidatie van het AFBZ in 2018 zal plaatsvinden het negatieve vermogen van het AFBZ wordt aangezuiverd via een eenmalige rijksbijdrage. Deze leden vragen of deze eenmalige rijksbijdrage op de begroting van VWS zal drukken en of hier al een reservering voor is of dat dit bedrag geheel drukt op de begroting van 2018. En hoe verhoudt dit zich tot artikel 11.2.10 van de in de wet genoemde datum? Waarom start de regering niet eerder met de liquidatie?

De centrale vraag voor de leden van de CDA-fractie is: kloppen de verwachtingen die de regering hier schetst en hoeveel lager zullen de kosten voor de Wlz dan precies zijn? Hoe hard zijn de aannames van de regering? Genoemde leden vinden deze wensgedachte van de regering niet zo reëel. In totaal bedraagt het negatieve AFBZ-vermogen ruim € 20 miljard en dat kan pas over een aantal jaren door de Minister van Financiën precies worden vastgesteld. Daarom vinden deze leden dit nogal optimistisch van de regering. Zeker gezien het aantal mensen dat nu van Wlz-zorg gebruik maakt. Deze leden vragen of het uitspreken van een verwachting de financiële degelijkheid biedt die deze wet toekomstbestendig maakt.

Het is bekend dat met de vergrijzing en de goede zorg mensen ouder worden en gedurende de latere levensfase Wlz-zorg nodig hebben, dat er geen sluitend zorgaanbod is tussen Wmo/ aanspraak wijkverpleging enerzijds en de Wlz anderzijds waardoor de leden van de CDA-fractie verwachten dat dit mensen zal aanzetten een Wlz-indicatie aan te vragen. Kortom, is de onderbouwing van de onderhavige wet niet gebaseerd op drijfzand?

Ten slotte ziet de regering geen directe koopkrachtgevolgen door de veranderingen in de Wlz. De leden van de CDA-fractie zien die wel en zij vragen wederom een doorrekening, maar zij willen ook graag weten waarom de regering van mening is dat dit niet het geval is.

Zolang het verzekeringsrisico bij de overheid ligt, zijn de financiële prikkels tot kostenbeheersing bij de uitvoerders relatief beperkt. Daarom moeten hiervoor extra waarborgen worden ingebouwd. Dit gebeurt op diverse manieren. De leden van de **PVV-fractie** vragen waarom hier niet gekozen is voor het inbouwen van die prikkels binnen de AWBZ. Zij denken bijvoorbeeld aan tariefkortingen bij te veel overhead of een korting bij te veel regels. Wat zou het opleveren als instellingen zelf indiceren, behalve de kosten die nu gemaakt worden voor het CIZ?

Hoeveel zou de JP van den Bent stichting nog aan overhead kunnen schrappen als zij zelf zou indiceren? Wat levert het tegengaan van verspilling in de zorg op? Wat zou het opleveren als instellingen hun medewerkers zelf verantwoordelijk zouden maken voor Arbo-taken, zodat een aparte afdeling hiervoor overbodig wordt? Wat levert het op als organisaties driekwart van hun interne administratie schrappen? Wat levert het op als er een uniforme informatievoorziening wordt ontwikkeld voor alle zorgverzekeraars (voor het uitvragen van gegevens door de zorgverzekeraars, nu hebben ze allemaal een ander systeem)? Wat levert het op als alle instellingen gaan indiceren door middel van standaardindicatieprotocollen (sip) en herindicaties via taakmandaat (hit)? In tijd en geld?

De indicatiecriteria worden in de Wlz zelf geregeld. Door dit niet te delegeren naar de lagere regelgeving, wordt bevorderd dat uitbreiding van de doelgroep van de Wlz alleen na gedegen afweging en met volledige betrokkenheid van het parlement kan plaatsvinden. Op basis waarvan denkt de regering dat het parlement beter in staat is te bepalen wie er wel en niet voor langdurige zorg in aanmerking komt, dan de professionals in het veld?

De invloed van zorgaanbieders hierop vervalt en het CIZ gaat meer face-to-face gesprekken voeren om de zorgbehoefte van mensen vast te stellen. Objectieve en onafhankelijke indicatiestelling op basis van zorginhoudelijke criteria is nodig om onterechte afwenteling van cliënten en van zorg vanuit andere domeinen tegen te gaan. Welke kwaliteitseisen gaan er gelden voor de medewerkers van het CIZ? Welke achtergrond moeten deze medewerkers hebben? Over welke medische achtergrond moeten deze medewerkers beschikken?

Anders dan in de AWBZ, stelt de Minister van VWS in de Wlz jaarlijks het totaal van het macrobudgettaire kader vast inclusief de nominale ontwikkeling, beschikbare groeimiddelen en effecten van maatregelen. Anders dan in de huidige AWBZ is dit een totaalkader voor zorg in natura en pgb. Binnen dit macrobudget bestaan aparte kaders voor zorg in natura en pgb, die gedurende het jaar wel met elkaar in verbinding kunnen worden gebracht. De leden van de PVV-fractie vragen wat hiervan de gevolgen zijn. Als er meer zorg in natura wordt geleverd, kan er dan een pgb-stop ingesteld worden als er geschoven gaat worden met de middelen? Zo ja, hoe verhoudt zich dat tot de wettelijke verankering van het pgb?

De Wlz-uitvoerders worden op basis van deze wet verplicht hun werkzaamheden op een doelmatige wijze uit te voeren. Zij dienen maatregelen te treffen ter voorkoming van onnodige zorg en van uitgaven die hoger zijn dan noodzakelijk. De leden van de PVV-fractie vragen wat hier bedoeld wordt met onnodige zorg. Zorg gaat toch verleend worden op basis van een onafhankelijke indicatie en vervolgens het zorgplan, waarin de cliënt centraal staat? Op welke wijze kunnen de Wlz-uitvoerders zich bemoeien met de invulling van de zorg?

Het extramuraliseren van zorg leidt tot een overheveling van ruim € 3 miljard uit de AWBZ naar het gemeentelijk domein vanaf 2015. Daarnaast wordt ruim € 1 miljard overgeheveld naar de gemeenten vanwege de integrale verantwoordelijkheid voor de jeugdzorg. De overhevelingen naar de Zvw leiden tot een verschuiving van lasten van circa € 4 miljard van de AWBZ naar de Zvw. In totaal zijn de uitgaven in de Wlz € 10 miljard lager dan de AWBZ-uitgaven. Waar zijn de € 2 miljard gebleven, die het totaal op € 10 miljard brengen, zo vragen de leden van de PVV-fractie.

Genoemde leden vragen of de regering onderstaande tabel verder kan invullen.

	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%	?	?	?

Deze leden vragen of er een overzicht kan komen van de opbrengst van het extramuraliseren van de zzp's. Te beginnen met de € 400 miljoen uit het Kunduz-akkoord, aangevuld met alle maatregelen die daarna op dit punt zijn genomen. Zij ontvangen het overzicht graag tot en met 2018. Het AFBZ kende de afgelopen jaren een negatief exploitatiesaldo. Over 2013 wordt een negatief exploitatiesaldo verwacht van € 4,5 miljard. Is dit alleen toe te rekenen aan de AWBZ of spelen hier ook de heffingskortingen mee?

De leden van de **D66-fractie** lezen dat in de Wlz de contracteerruimte als financieel beheersinstrument voor zorg in natura wordt gehandhaafd en verder wordt versterkt. Anders dan in de huidige AWBZ geldt het macrokader voor zorg in natura en pgb tezamen. Binnen dit macrobudget bestaan aparte kaders voor zorg in natura en pgb, die gedurende het jaar wel met elkaar in verbinding kunnen worden gebracht. De totaal beschikbare middelen worden verdeeld over de regio's. Genoemde leden vragen de regering om een nadere toelichting op dit punt. Wanneer zal kunnen worden geschoven tussen de (deel)kaders voor zorg in natura en pgb's? Hoe hard zijn de plafonds van deze deelkaders? En op welke wijze zal de toekenning aan de regio's plaatsvinden?

In het uitgavenbeeld voor de Wlz is een taakstelling verwerkt van € 0,5 miljard vanaf 2017, zo lezen de leden van de D66-fractie. De regering schrijft dat deze taakstelling kan worden gerealiseerd door standaardisering en het terugdringen van regionale verschillen. Kan de regering een uitsplitsing geven van de taakstelling naar de verschillende invullingen? In de Wlz zal op termijn worden overgegaan op bekostiging op basis van declaraties, zo lezen de leden van de D66-fractie. Hoe wil de regering voorkomen dat bij de overgang naar bekostiging op basis van declaraties betalingsproblemen voor zorgaanbieders ontstaan, zoals bijvoorbeeld wel bij de overheveling van de ggz naar de Zvw is gebeurd? En wat zijn de voor- en nadelen van een persoonsvolgende bekostiging?

De leden van de D66-fractie constateren dat de regering voornemens is het bestaande Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten op termijn te liquideren. Daarvoor in de plaats komt een nieuw Fonds langdurige zorg. Deze leden ontvangen graag een nadere onderbouwing van de regering op de fundamentele keuze om opnieuw te kiezen voor een fondssystematiek voor de bekostiging.

8. Regeldruk

De leden van de **VVD-fractie** lezen dat er een grote landelijke communicatiecampagne komt via de media en via het benaderen van cliënten door organisaties. Kan verder worden ingegaan op de doelen, verantwoordelijkheden van verschillende partijen, kosten en verdeling daarvan over partijen en het tijdpad van deze grote communicatiecampagne?

De regering geeft aan dat de ervaren regeldruk voor zorgaanbieders zal worden gereduceerd met het invoeren van deze wet. Kan de regering aangeven op welke punten deze wet – en niet zaken die ook onder de huidige AWBZ geregeld hadden kunnen worden – zal bijdragen aan het verminderen van de regeldruk?

De leden van de VVD-fractie hebben met interesse kennisgenomen van de mogelijkheid om meerjarige zorginkoopcontracten overeen te komen. Kan de regering toelichten wat de belemmeringen zijn om dit op korte termijn mogelijk te maken?

De leden van de **PvdA-fractie** delen de mening van de regering dat de inspanning van het Rijk en gemeenten erop gericht moet zijn om regeldruk voor burgers en zorgaanbieders en de uitvoeringslasten voor uitvoerders zoveel mogelijk te beperken. Regeldruk en uitvoeringslasten gaan immers ten koste van het primaire proces: het verlenen van zorg. Deze leden zijn van mening dat de regering in al haar wetsvoorstellen die zij bij deze hervormingen indient zoveel mogelijk regeldruk moet zien te verlichten.

In dit licht vragen genoemde leden de regering om uitgebreid te motiveren hoe zij de soms schrikbarende overhead bij zorgorganisaties gaat terugdringen en wat zij hierin concreet verwacht te bereiken. Hoe gaat de regering uitvoering geven aan de toezegging aan de leden van de PvdA-fractie, verkregen tijdens de begrotingsbehandeling VWS 2014, om met de sector in gesprek te gaan om overhead te verminderen? Wat is de stand van zaken van dit overleg, welke partijen zijn aangesloten en welke resultaten zijn er inmiddels geboekt? Deze leden nemen aan dat er in dit overleg uitvoerig gebruik wordt gemaakt van goede voorbeelden van zorgverleningsinitiatieven die zeer goede zorg verlenen met een lage overhead en zij ontvangen hierop graag een bevestiging van de regering. De regering geeft aan dat de in dit wetsvoorstel opgenomen wijziging van de vormgeving van het pgb kansen biedt voor vermindering van de administratieve lasten voor budgethouders. Kan een overzicht gegeven worden van de lasten die een budgethouder nu heeft onder de AWBZ en hoe deze onder de Wlz zijn? Hoe wordt concreet de administratieve last voor budgethouders verminderd vanaf 2015?

Door de beperktere doelgroep van de Wlz vergeleken met de AWBZ lijkt het de regering niet efficiënt om nog te werken met 32 regio's en regionale contracteerruimtes. Er is daarom aan ZN gevraagd om een voorstel te doen voor regionale herindeling voor de komende jaren. Wanneer komt hierover duidelijkheid? Welke deadline is verbonden aan het voorstel dat ZN gaat doen? Welk aantal contracteerruimtes vindt de regering zelf redelijk? Hoe gaat de regering inzetten op zo min mogelijk bureaucratie bij de inkoop van zorg? Ook de amvb rondom zorginkoop en kwaliteitscriteria kan de regeldruk laten dalen voor zorgaanbieders bij zowel de inkoop als verantwoording van geleverde zorg. Waarom is er dan toch voor gekozen om nog geen nadere regels te stellen aan zorginkoop en kwaliteitscriteria? Waarom zet de regering hier nog niet volledig op in? Graag ontvangen deze leden een nadere toelichting van de regering.

Bij de begroting 2013 is de motie Otwin van Dijk aangenomen waarin verzocht wordt om tot meer overzichtelijke, eenduidige en heldere kwaliteitsindicatoren te komen.¹⁰ De regering geeft aan dat er een landelijk inkoopkader moet worden ontwikkeld door de zorgkantoren. Dit is een stap in de goede richting, maar dan is men er nog niet, zo stellen de leden van de PvdA-fractie. De regering stelt dat er kan worden aangesloten bij het landelijk Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg. Welke borging is er dat dit ook daadwerkelijk gebeurt? In de motie is verzocht om de overdaad aan verschillende indicatoren en metingen te bundelen om tot minder lasten en tegelijkertijd tot heldere kwaliteitsinzichten te komen. Deze leden lezen wel dat opgedane ervaringen met het experiment met regelarme instellingen (ERAI) zullen worden betrokken bij de ontwikkeling van de kwaliteitsindicatoren. Er is echter nog veel vrijblijvendheid wat betreft het komen tot een landelijk inkoopkader en deze leden moeten

¹⁰ Kamerstukken II, 2012/2013, 33 400 XVI, nr. 61.

constateren dat er nog steeds geen eenduidige kwaliteitscriteria zijn ontwikkeld die tevens bijdragen aan het verminderen van de lasten voor zorgaanbieders. Welke rol ziet de regering hier voor zichzelf weggelegd? Graag ontvangen deze leden een nadere toelichting van de regering. De leden van de PvdA-fractie zijn zeer verheugd te lezen dat zorgkantoren in dit wetsvoorstel meerjarige contracten kunnen afsluiten met zorgaanbieders. Hierover hebben deze leden meerdere keren vragen gesteld. Genoemde leden vragen nog wel welke prikkels er zijn voor zorgkantoren en zorgaanbieders om meerjarige contracten aan te gaan en hoe er op deze prikkels gestuurd wordt. Kan de regering hierop een nadere toelichting geven?

Tevens zijn de leden van de PvdA-fractie zeer tevreden met het uitgevoerde onderzoek naar het verminderen van de administratieve lasten in het proces van zorginkoop in de langdurige zorg dat is uitgevoerd naar aanleiding van de motie Otwin van Dijk c.s.¹¹ Wel roept dit direct de vraag op hoe de resultaten van het onderzoek nu betrokken worden bij de inrichting van het inkoopproces in de langdurige zorg. Welke maatregelen uit dit onderzoek worden nu concreet geïmplementeerd in dit wetsvoorstel? Hoe gaat de regering stimuleren dat het reduceren van overhead een belangrijke pijler wordt bij zorginkoop? Bij het verschijnen van dit wetsvoorstel was dit onderzoek nog niet afgerond, maar deze leden gaan ervan uit dat nuttige maatregelen worden overgenomen. Kan de regering dit beaamen?

De leden van de **SP-fractie** willen weten op welke wijze zorgbehoevende mensen, hun vertegenwoordigers en cliëntenorganisaties betrokken worden bij de totstandkoming van deze wet. Kan de regering dat nader toelichten?

De regering heeft aangegeven dat een herindicatie niet nodig is, indien de zorgvraag niet verandert. Genoemde leden vinden dat positief, maar hoe is dat precies geregeld bij progressieve ziekten, zoals dementie? Kan de regering toelichten hoe zij dit met het voorliggende wetsvoorstel beoogt? Ten slotte zijn deze leden ook nieuwsgierig naar de overbruggingszorg als een indicatie wordt aangevraagd. Stel iemand wordt op basis van de Zvw behandeld, maar vraagt een indicatie bij het ClZ aan voor Wlz-zorg. Indien deze aanvraag twee weken duurt, vervalt dan de behandeling voor zorg/behandeling vanuit de Zvw, indien er nog geen akkoord is voor een Wlz-opname? Kan de regering daarop ingaan?

De regering geeft aan dat ZN gaat werken aan een regionale herindeling. Kan de regering toelichten hoe ZN dit beoogt en waarom dit verstandig zou zijn? Is het niet veel wenselijker dat zorgkantoren aansluiten op het werkgebied van een centrumgemeente? Is het ter vermindering van de regeldruk en bureaucratie niet van belang dat er korte lijnen zijn tussen de burger, het zorgkantoor en de lokale/regionale politiek?

De leden van de SP-fractie vragen de regering waarom Wlz-uitvoerders en zorgkantoren een minder gedetailleerde verantwoordingsplicht krijgen tegenover de Nza. Tevens willen deze leden weten welke bureaucratie er vermindert voor zorgaanbieders. Kan de regering hierbij aangeven welke veranderingen dit meebrengt op de werkvloer?

De regering stelt in de memorie van toelichting dat de inspanning van het Rijk en gemeenten erop is gericht de regeldruk voor burgers en zorgaanbieders en de uitvoeringslasten/beheerskosten zoveel mogelijk te beperken. De leden van de **CDA-fractie** begrijpen dit, maar zij vragen wel wat de regering hieraan concreet gaat doen. Dit komt namelijk niet terug in het wetsvoorstel. Eerder hebben deze leden gevraagd welke regels de regering wil schrappen, desnoods verbieden in de intramurale zorg.

¹¹ Kamerstukken II, 2012/2013, 30 597, nr. 356.

Genoemde leden denken hierbij aan (delen van) de HACCP, CQ en geschrapte regels in het kader van het project regelarme zorg. De leden van de CDA-fractie vinden meerjarige contracten met zorgaanbieders een goed uitgangspunt, maar zij lezen enkele regels verder dat financiële kaders jaarlijks aan wijzigingen onderhevig zullen blijven. Deze leden hebben een concrete vraag: gaan er straks wel of geen meerjarige contracten met aanbieders worden afgesloten? Want wat is precies een basisbudget? Welke diensten vallen daar dan onder en over hoeveel procent van het bedrag hebben aanbieders dan zekerheid? Verder maken genoemde leden zich grote zorgen over de zzp'ers in de zorg. Hoe denkt de regering deze te behouden voor de zorg (voornamelijk de gespecialiseerde zorg) nu er zoveel problemen zijn met de belastingdienst en de VAR-verklaring? De regering stelt dat niet alleen het volume in de zorg in natura in de Wlz gaat dalen maar zij stelt dat ook voor bij het pgb. Waarop baseert de regering dit? De leden van de CDA-fractie missen in de memorie van toelichting een doorrekening wat deze wet betekent voor het aantal banen in de langdurige zorg. Kan de regering hier een toelichting op en doorrekening van geven?

Op grond van het voorliggende wetsvoorstel is het mogelijk om meerjarige zorginkoopcontracten overeen te komen. De regering is ervan overtuigd dat meerjarige contracten een vliegwieltje zijn voor kwaliteit en innovatie in de zorg. De leden van de **PVV-fractie** vragen waarom zorgaanbieders zouden investeren in kwaliteit en innovatie als er toch een meerjarig contract is afgesloten. Wat gebeurt er als een zorgaanbieder tussentijds niet meer aan de kwaliteitseisen voldoet? Wat zijn dan de gevolgen voor de cliënten die afhankelijk zijn van die zorg? In de experimenten met regelarme instellingen wordt ook proefondervindelijk ervaring opgedaan met een andere wijze van kwaliteitsverantwoording. In de experimenten wordt het welbevinden van de cliënt als vertrekpunt genomen: wat is goede zorg en hoe kan deze gemeten worden zodat aangesloten wordt bij de beleving van de cliënt? De in het experiment opgedane ervaringen zullen worden betrokken bij de ontwikkeling van de kwaliteitsindicatoren. Waarom niet gelijk doorpakken, zo vragen de leden van de PVV-fractie, en direct de eis van regelarm werken neerleggen als voorwaarde voor contracteren.

De leden van de **D66-fractie** komen al lezend tot de conclusie dat voorliggend wetsvoorstel op een veelheid van terreinen mogelijkheid biedt tot het stellen van nadere regels door middel van een amvb. Graag ontvangen deze leden een integraal overzicht in tabelvorm van alle terreinen waarop deze mogelijkheid bestaat. Zij verzoeken de regering daarbij tevens telkens inzichtelijk te maken of het hierbij gaat om een zal-dan wel een kan-bepaling, en tevens te schetsen wanneer de regering in het geval van een kan-bepaling daadwerkelijk zal overgaan tot het stellen van nadere regels.

De leden van de D66-fractie constateren voorts dat de regering ervan uitgaat dat als gevolg van voorliggend wetsvoorstel slechts tijdelijk sprake zal zijn van een toename van de administratieve lastendruk. Op termijn zou deze weer moeten dalen. Is de regering, zo vragen deze leden, bereid om de daadwerkelijke administratieve lasten als gevolg van de hervorming langdurige zorg de komende jaren te blijven monitoren en de Kamer daarover regulier te informeren? Het wetsvoorstel maakt, zo lezen de leden van de D66-fractie, meerjarige zorginkoopcontracten mogelijk. De regering is ervan overtuigd dat deze een vliegwieltje zijn voor kwaliteit en innovatie. De huidige praktijk laat echter zien dat zorgkantoren geen meerjarencontracten met zorgaanbieders aangaan omdat zij een eenjarige concessie hebben. Hoe wil de regering faciliteren dat de zorgkantoren

meerjarenafspraken met zorgaanbieders overeenkomen, of hiermee in de eerste jaren in ieder geval gaan experimenteren?

De leden van de **D66-fractie** lezen dat de regering voornemens is in de overgangsfase veel aandacht te besteden aan de wijzigingen die de Wlz met zich meebrengt. Er zal onder andere worden gestart met een grote communicatiecampagne, zo lezen zij. Naast de Wlz zijn er echter nog meer domeinen waarin grote veranderingen plaatsvinden, zoals de Wmo en de Jeugdwet. Hoe verhouden de verschillende communicatietrajecten zich met elkaar? En op welke wijze zal de regering gefragmenteerde informatie, doordat de Wlz nog niet is aangenomen wanneer het communicatietraject over de nieuwe Wmo van start is gegaan, voorkomen?

De leden van de **SGP-fractie** vinden het van groot belang dat de regeldruk, bureaucratie en administratieve lasten in de langdurige zorg worden verminderd. Zij hopen dat dit wetsvoorstel daar een belangrijke bijdrage in levert.

Een van de routes is het verminderen van het aantal regio's bij de zorgkantoren. Is er al zicht op de precieze invulling daarvan en wat de concrete consequenties hiervan zijn voor de zorgvragers?

9. Fraude en oneigenlijk gebruik

De leden van de **VVD-fractie** merken op dat het wetsvoorstel nogmaals wordt getoetst op fraudegevoeligheden. Kan de regering aangeven wanneer de uitkomsten van deze toets worden verwacht?

Ten aanzien van de opsporing en strafketen vragen genoemde leden aan de regering om toe te lichten of er voldoende capaciteit beschikbaar is om fraude op te sporen en te bestraffen, ook in het licht van de wijzigingen die voorgesteld worden in voorliggend wetsvoorstel.

Bij het opsporen van fraude en oneigenlijk gebruik missen deze leden de rol die de cliënt kan spelen. Wanneer er sprake is van transparantie, zodat de cliënt kan zien welke zorg de aanbieder declareert, kan deze ook signalen afgeven wanneer de gedeclareerde zorg onjuist is. Graag ontvangen zij hierop een reactie van de regering.

De NZa is zeer kritisch ten aanzien van de frauderisico's bij het conceptwetsvoorstel. In hoeverre zijn de punten die de NZa opbrengt onderwerpen in het voorliggende wetsvoorstel, zo vragen de leden van de VVD-fractie.

Het tegengaan van fraude en oneigenlijk gebruik heeft voor de regering en voor de leden van de **PvdA-fractie** hoge prioriteit. De regering doet veel om fraude en oneigenlijk gebruik van zorg tegen te gaan. Dit wetsvoorstel is tevens getoetst door externe partijen op mogelijke risico's op fraude en oneigenlijk gebruik. Verbetervoorstellen uit het onderzoek zijn vervolgens meegenomen in de opzet van dit wetsvoorstel. De risico's bevinden zich op het vlak van bekostiging en het toezicht en tevens zijn de pgb's een aandachtspunt, zo lezen deze leden. Het is voor genoemde leden van belang de balans tussen controle en het verlagen van de administratieve lasten te vinden. Hoe is door de regering geprobeerd deze balans te vinden? Is de regering van mening dat de ultieme balans is gevonden? Graag ontvangen deze leden een nadere toelichting.

Deze leden hebben zich meerdere momenten ingezet om fraude door upcoding aan te kaarten. Zij zijn tevreden over het feit dat de mogelijkheid tot upcoding tegengegaan wordt door de aanbieders in dit wetsvoorstel geen mogelijkheid tot het geven van eigen indicaties meer te geven. Op deze wijze wordt ongewenst strategisch gedrag door zorgaanbieders gereduceerd.

Bij de Inspectie SZW is een aparte eenheid ingericht om fraude met pgb's op te sporen. Deze leden hebben eerder signalen ontvangen dat niet alle zaken die aan het licht komen bij de inspectie en het Fraudeteam pgb

Inspectie nader onderzocht worden of leiden tot vervolging. Kan aangegeven worden of in alle zaken overgegaan wordt tot strafvervolging van de daders? Kan aangegeven worden waarom niet, als dit niet het geval is? Hoe worden fraudeurs met het pgb geregistreerd?

De leden van de **SP-fractie** vragen de regering of zij een overzicht kan sturen van alle meldingen en handhaving van het Expertisecentrum Zorgfraude Bestrijding, dat in 2013 is opgericht. Kan de regering tevens aangeven hoe de aangegeven instanties fraudebestrijding gaan versterken? Hoeveel meldingen zijn de afgelopen jaren binnengekomen, bij alle genoemde organisaties en bij het Ministerie van VWS? Kan de regering daarvan een overzicht sturen? Zo nee, waarom niet?

Kan de regering aangeven waarom het Fraudeteam pgb Inspectie een aparte eenheid is bij de Inspectie SZW? Waarom valt dit niet onder de Inspectie voor de Gezondheidszorg?

«Het CIZ krijgt een stevigere positie in het kader van de fraudeaanpak. Zo zullen hulpverleners met een beroepsgeheim het CIZ desgevraagd gegevens over hun patiënten dienen te verstrekken indien die patiënten een indicatie voor de Wlz hebben aangevraagd of indien sprake is van een mogelijke herindicatie», zo schrijft de regering. Is dit niet een onaanvaardbare aantasting van het beroepsgeheim? Wat is het oordeel van de artsenorganisatie KNMG in dezen en het oordeel van het College bescherming persoonsgegevens (CBP)?

Het tegengaan van fraude en oneigenlijk gebruik in de zorg heeft hoge prioriteit. Het is ongewenst dat de kwaliteit en de betaalbaarheid van de zorg mede onder druk komen te staan doordat de beschikbare middelen op een onjuiste manier worden gebruikt. De leden van de **PVV-fractie** vragen wat hier bedoeld wordt met oneigenlijk gebruik van zorg. Wederom wordt hier de suggestie gewekt dat mensen maar zorg aanvragen en krijgen terwijl dat niet nodig is. Deze leden vragen daarom nog een keer om concrete cijfers en voorbeelden.

Verrijking ten koste van de premiebetaler zet voorts de solidariteit onder het zorgstelsel onnodig onder druk. Wordt onder verrijking ook het graaien van zorgbobo's verstaan?

In de Wlz is de afbakening tussen de domeinen zo scherp mogelijk vormgegeven maar er blijft altijd een schaduwgebied. Er zal daarom gegevensuitwisseling nodig zijn tussen verschillende uitvoerders, zoals gemeenten, zorgverzekeraars, zorgkantoren, het CIZ et cetera. Genoemde leden vragen over welke concrete gegevens het hier gaat. Op welke manier zal deze gegevensuitwisseling plaats gaan vinden? Welke veiligheidseisen worden hieraan gesteld?

Stel bijvoorbeeld dat iemand een indicatie aanvraagt bij het CIZ en dat het CIZ een positief indicatiebesluit afgeeft waarmee deze persoon recht op zorg krijgt op grond van de Wlz. Dan is het belangrijk dat het zorgkantoor weet dat het een zorgplicht heeft voor die persoon en dat de gemeente en zorgverzekeraar weten dat zij binnenkort niet meer verantwoordelijk zijn voor (een deel van) de zorg en ondersteuning voor deze persoon. Door gegevens bij elkaar te brengen en uit te wisselen kan eventuele fraude worden opgespoord. De leden van de PVV-fractie vragen of het in deze casus niet gewoon voldoende is dat er een melding naar gemeente en zorgverzekeraar gaat dat de indicatie is afgegeven. Waarom moeten hier gegevens bij elkaar gebracht en uitgewisseld worden?

De toegang tot de Wlz wordt minder fraudegevoelig, doordat het CIZ de indicatie zelf stelt in plaats van dit aan zorgaanbieders uit te besteden. Zegt de regering hiermee dat alle zorgaanbieders hebben gefraudeerd met indicaties? Zo nee, waarom is er dan niet voor gekozen om fraudeerende zorgaanbieders keihard aan te pakken en de goede zorgaanbieders gewoon hun werk te laten doen? Is dit niet de goeden onder de kwaden laten lijden?

Daarnaast dienen ook hulpverleners met een medisch beroepsgeheim het CIZ die gegevens te verstrekken, die het nodig heeft voor de indicatiestelling en voor eventuele latere (al dan niet ambtshalve) herindicatie. De leden van de PVV-fractie vinden dit een ernstige uitholling van het beroepsgeheim en verwachten dat dit alleen kan en mag als de cliënt daar expliciet toestemming voor geeft. Graag ontvangen zij hierop een reactie van de regering.

Het versterken van de positie en handelswijze van het CIZ als poortwachter van de Wlz gebeurt onder andere door de invloed van de zorgaanbieders op de uitkomst van het indicatieproces terug te dringen, meer persoonlijk contact te laten plaatsvinden tussen indicatiesteller en potentiële Wlz-gebruikers en het vormgeven van het CIZ als publiekrechtelijk zelfstandig bestuursorgaan. Hoezo «meer» persoonlijk contact? Moet er niet voor ieder indicatiebesluit persoonlijk contact zijn geweest? Is het weer de bedoeling dat er een zaal vol telefonistes afvinklijstjes via de telefoon gaat invullen? Is dat wat de regering bedoelt met objectieve en professionele indicatiestelling?

Uit onderzoek van het CIZ naar de omvang van upcoding bij de gemandateerde vormen van indicatiestelling in de AWBZ, blijkt dat instellingen die zelf, via taakmandaat, hun cliënten indiceren vaker zwaardere zorg (of hogere zorgzwaartepakketten) indiceren dan strikt noodzakelijk (upcoding). De leden van de PVV-fractie vragen of het niet raar is dat de regering een onderzoek naar upcoding laat doen door een instantie die er voor zijn bestaansrecht bij gebaat is dat het gemandateerd indiceren wordt gestopt. Is het niet de zorgverlener zelf die het beste kan inschatten of er een zwaardere vorm van zorg nodig is? Is het niet logisch dat cliënten na verloop van tijd een zwaardere zorgbehoefte krijgen, soms zelfs al kort na opname?

Het CIZ heeft medische informatie nodig van degene voor wie het indicatiebesluit wordt aangevraagd. In voorkomende gevallen betreft dit specifieke medische gegevens. Vraagt het CIZ deze op bij hulpverleners, dan weigeren die soms het CIZ met een beroep op het medisch beroepsgeheim de desbetreffende gegevens te verstrekken. En terecht wat de leden van de PVV-fractie betreft! Het medisch beroepsgeheim is een groot goed. En dat moet het wat deze leden betreft ook blijven.

Het medisch beroepsgeheim gaat echter uit van volledige integriteit van alle zorgaanbieders, terwijl de praktijk laat zien dat ook zij partij kunnen zijn bij het veroorzaken of in stand houden van oneigenlijk gebruik of zelf frauduleus handelen in de zorg. De leden van de PVV-fractie zijn verbijsterd over deze stellingname en zij willen graag namen en rugnummers van artsen die zijn betrapt op frauduleus handelen. Zijn deze artsen gestraft? Zo ja, op welke manier? Waarom is ook hier weer gekozen voor het over een kam scheren van een hele groep, terwijl de fraudeplegers gewoon aangepakt moeten worden? Waarom worden nu de patiënten gestraft voor het gedrag van artsen, want het zijn tenslotte hun gegevens die nu te grabbel gegooid gaan worden?

In dit wetsvoorstel wordt geregeld dat zorgaanbieders het CIZ die persoonsgegevens, waaronder medische gegevens (en derhalve ook psychologische rapportages), over de cliënt moeten verstrekken, die voor het CIZ noodzakelijk zijn om een cliënt goed te kunnen (her)indiceren. Het gaat hierbij zowel om informatie die noodzakelijk is voor (her)indicaties op aanvraag, als om gegevens die noodzakelijk zijn om te komen tot een ambtshalve herindicatie in gevallen waarin het CIZ vermoedt dat er sprake is van onregelmatigheden. Dit betekent dus dat het CIZ in principe altijd van iedereen de gegevens kan opeisen. Zien de leden van de PVV-fractie dit goed? Zo ja, dan vinden deze leden dit schandalig en verzetten zij zich dan ook luid en duidelijk tegen deze uitholling van het beroepsgeheim.

10. Gegevensuitwisseling

De leden van de **PvdA-fractie** zijn tevreden over het feit dat er veel aandacht is voor de uitwisseling van gegevens van cliënten in de Wlz. In het wetsvoorstel is geregeld dat hulpverleners met een medisch beroepsgeheim het CIZ desgevraagd die gegevens dienen te verschaffen, als het CIZ deze nodig heeft om tot een goede (her)indicatie te komen. Over dit punt hebben deze leden enkele vragen. 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? Welke (medische) gegevens worden bedoeld bij deze uitwisseling? Gaat het over de gegevens die betrekking hebben tot de indicatie en de Wlz-behandeling, of kunnen meerdere gegevens worden uitgewisseld? Wordt geregistreerd naar welke organen en personen de gegevens zijn gestuurd? Wat is er tot nu toe aan eisen gesteld aan de manier waarop organen en personen moeten omgaan met de gegevens die zij van de zorgaanbieders hebben ontvangen? Bestaat er voor hen iets als een beroepsgeheim? Welke regels bestaan er over de aanvraag van de gegevens van een persoon? Kan elke «partij» dit over iedere persoon opvragen, of bestaan hier duidelijke criteria voor? Wat is er met de adviezen van het CBP gedaan? Graag ontvangen deze leden een nadere toelichting van de regering.

Vanwege de voor een goede uitvoering van het wetsvoorstel noodzakelijke verwerking van persoonsgegevens is het noodzakelijk de gegevensverwerking in het wetsvoorstel zorgvuldig te normeren en te reguleren teneinde een te grote inbreuk op de persoonlijke levenssfeer en risico's voor de bescherming van die gegevens te voorkomen. De in deze wet voorgestelde bepalingen omtrent de gegevensuitwisselingen tussen uitvoerende organen vormen de uitkomst van een belangenafweging tussen deze belangen. Kunnen de leden van de **PVV-fractie** hieruit de conclusie trekken, dat in dit geval het belang van het stelsel dus zwaarder weegt dan het belang van de burgers, die ernstig in hun persoonlijke levenssfeer worden aangetast?

Een inmenging in de persoonlijke levenssfeer moet volgens artikel 8, tweede lid, van het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens (EVRM) bij wet zijn voorzien en noodzakelijk zijn in een democratische samenleving en een legitiem doel nastreven. De Wlz voorziet in een dergelijk legitieme doel, namelijk het beschermen van de gezondheid van de burger. Volgens de leden van de PVV-fractie is dit feitelijk onjuist: het legitieme doel is hier de zorgkosten beteugelen op basis van de aanname dat cliënten, zorgorganisaties en artsen de hele boel bij elkaar frauderen. Graag ontvangen zij hierop een reactie. Op welke manier wordt de gezondheid van de burger beschermd, door het op grote schaal uitwisselen van gegevens? Waarom wordt er niet een onafhankelijke keuringsarts ingezet bij de totstandkoming van de indicatie? Het verzamelen van persoonsgegevens moet tevens daadwerkelijk noodzakelijk zijn voor het bereiken van het doel en in verhouding staan tot dat doel. Welk doel wordt hier bedoeld en hoe staat het met die verhouding?

Artikel 21 van de Wbp bevat specifieke uitzonderingen op het verbod van artikel 16 voor zover het gaat om persoonsgegevens betreffende de gezondheid. De bepaling geeft in onderdeel a van het eerste lid hulpverleners, instellingen of voorzieningen voor gezondheidszorg of maatschappelijke dienstverlening het recht om gezondheidsgegevens van iemand te verwerken, voor zover dat noodzakelijk is voor een goede behandeling of verzorging van de betrokkene dan wel voor het beheer van de betreffende instelling of beroepspraktijk noodzakelijk is. Onderdeel f van het eerste lid geeft bestuursorganen of instellingen die te hunnen behoeve werkzaam zijn dat recht, voor zover dat noodzakelijk is voor een goede uitvoering

van wettelijke voorschriften die voorzien in een verzekerd pakket dat afhankelijk is van de gezondheidstoestand van de betrokkene. Dit artikel geeft genoemde groepen het recht om gegevens te verwerken en niet de plicht zoals nu het geval wordt. Is de regering het met de leden van de PVV-fractie eens dat dat nogal een verschil is?

Het verwerkingsverbod van die gegevens (artikel 16 Wbp) wordt uitgezonderd in artikel 21 Wbp. Hierdoor is er voor zorgaanbieders en zorgverleners (artikel 21, eerste lid, onderdeel a) en voor bestuursorganen als het CIZ, het CAK, en de Wlz-uitvoerders/zorgkantoren (onderdeel f) een wettelijke basis om gegevens betreffende de gezondheid te verwerken voor de uitvoering van de Wlz. Er is een wettelijke basis om gegevens vrijwillig te mogen verwerken. Waar staat dat het een plicht is?

De leden van de **D66-fractie** constateren dat in de wet een verplichting is opgenomen voor de uitwisseling van gegevens tussen zorgaanbieders en het CIZ, de Wlz-uitvoerder en het CAK. Uitwisseling van gegevens is verplicht, en kan dus met doorbreking van de geheimhoudingsplicht geschieden, voor zover het gegevens betreft die «noodzakelijk» zijn voor de in de wet genoemde doelen. In de wet is echter niet geregeld, zo constateren deze leden, wie bepaalt of verstrekking van bepaalde gegevens «noodzakelijk» is. Evenmin is geregeld welke partij daarover beslist bij verschil van mening. Zij verzoeken de regering daarom op dit punt in te gaan in de nota naar aanleiding van het verslag en daarbij ook in te gaan op het doel waarvoor het CIZ gegevens kan opvragen, waarbij de noodzakelijkheid, proportionaliteit en subsidiariteit hiervan onderbouwd worden zodat het beroepsgeheim zo min mogelijk wordt geschonden.

De leden van de D66-fractie vragen of op onderhavig wetsvoorstel een privacy impact assessment heeft plaatsgevonden. Zo nee, waarom niet? Zo ja, kan de regering de Kamer over de uitkomsten daarvan informeren?

Uitwisseling van persoonlijke gegevens hoort met de grootst mogelijke zorgvuldigheid te gebeuren. Voorliggend wetsvoorstel regelt dat gegevens uitgewisseld moeten worden tussen zorgaanbieders en het CIZ, de Wlz-uitvoerder en het CAK. Hierbij gaat het om gegevens die noodzakelijk zijn voor de in de wet genoemde doelen. De leden van de **GroenLinks-fractie** vragen waarom niet is geregeld wie bepaalt of verstrekking van bepaalde gegevens noodzakelijk is of wie daarover beslist bij verschil van mening. Kan daarom nader aangegeven worden hoe zorgaanbieders kunnen bepalen of gegevensverstrekking noodzakelijk is?

Uitwisseling van privacygevoelige informatie mag volgens het wetsvoorstel met het CIZ zonder toestemming van de verzekerde, zo nodig met doorbreking van het beroepsgeheim. De leden van de GroenLinks-fractie zien graag nader onderbouwd op welke gronden het CIZ gegevens bij de zorgaanbieder kan opvragen en hoe zich dit verhoudt tot het medisch beroepsgeheim.

11. Innovatie door te experimenteren

De leden van de **VVD-fractie** hebben met interesse kennisgenomen van het experimenteerartikel. Hiermee kan afgeweken worden van een deel van de artikelen in voorliggend wetsvoorstel. Houdt dit in dat door alle betrokkenen kan worden afgeweken van de betreffende artikelen, of geldt deze mogelijkheid bijvoorbeeld voor een af te bakenen groep betrokkenen? Kan de regering enkele concrete voorbeelden geven van mogelijkheden die zij voor ogen heeft met dit experimenteerartikel?

Is de regering voornemens om het experiment regelarme instellingen ook na 2014 voort te zetten? Zo nee, waarom niet?

De leden van de **PvdA-fractie** zijn zeer tevreden met het feit dat er met het ERAI-experiment goede ervaringen opgedaan zijn met experimenten op het gebied van indicatiestelling, kwaliteitsverantwoording en uniformering van inkoopvoorwaarden. Het is voor deze leden van groot belang dat onnodige bureaucratie, protocollen en administratie verbannen worden uit de langdurige zorg en dat er ruimte komt voor gezond verstand van de zorgmedewerker. Het experiment laat tot nu toe zien dat er een groeiende behoefte is in het veld om af te wijken van bepaalde wettelijke voorschriften. Hoe worden goede resultaten van deze experimenten geïmplementeerd in de langdurige zorg? Hoe wordt er nu concreet geleerd van deze experimenten? Genoemde leden missen nog concrete vervolgstappen van de regering en ontvangen graag een nadere toelichting.

In de Wlz is een experimenteermogelijkheid opgenomen. Bij amvb kan worden afgeweken van een deel van de artikelen in deze wet. Op welke gebieden is de regering van plan om af te wijken van de wet? Welke afwijkingen zijn volgens de regering wenselijk? Waarom is er niet voor gekozen om direct wettelijk deze afwijkingen te borgen? En waarom is niet gekozen voor een zwaarder experiment-artikel, waardoor zorgaanbieders vrijer de ruimte krijgen om te experimenteren en zo min mogelijk worden gedwarsboemd door geldende regelgeving? Nu constateren deze leden dat experimenten nog steeds als afwijking worden gezien. Kunnen aanbieders binnen de huidige experimenteermogelijkheid experimenteren zonder dat zij eerst de beschikking moeten hebben over een verkregen experimenteertitel? Graag ontvangen deze leden een reactie van de regering, waarin zij vooral ingaat op de ruimte die er nu is voor experimenten, hoe er geleerd kan worden van goede voorbeelden en waarom de regering verwacht dat deze ruimte toereikend is om echte innovatie te stimuleren.

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 waarom dit niet direct in deze wet is verankerd.

De leden van de **D66-fractie** tonen zich verheugd over de expliciete aandacht die in de memorie van toelichting wordt besteed aan innovatie en de opname van een experimenteerartikel in de Wlz. Tegelijkertijd zijn zij van mening dat innovatie niet wordt «afgedwongen» met een wetsartikel alleen. Zij vragen daarom de regering inzichtelijk te maken hoe voorliggend wetsvoorstel zal bijdragen aan het realiseren van zorgvernieuwing. Hoe komt de innovatie ook echt van de grond? Op welke wijze zorgt de regering ervoor dat nieuwe en innoverende woonvoorzieningen mogelijk blijven? En worden mogelijke belemmeringen in de wet- en regelgeving voor het inschakelen van zelfstandigen zonder personeel met onderhavig wetsvoorstel ondervangen? Op welke wijze wordt het zzp'ers eenvoudig(er) gemaakt om ingeschakeld te worden?

12. Internationaalrechtelijke aspecten

De leden van de **SP-fractie** hebben met grote belangstelling de reactie van het College voor de Rechten van de Mens gelezen. Het College geeft als oordeel dat het voorliggende wetsvoorstel de rechten van burgers zal verslechteren. Genoemde leden begrijpen niet waarom de regering dit punt zo makkelijk aan de kant schuift, omdat de bezuinigingsagenda belangrijker wordt geacht door de regering. Deze leden vinden het zeer betreuenswaardig dat de regering wegkijkt bij rechten van burgers. Zij vragen de regering om toe te lichten waarom de bezuinigingsagenda belangrijker is dan de rechten van mensen.

De leden van de SP-fractie vragen de regering om een overzicht te sturen met daarin de verschillen tussen hoe de AWBZ nu geregeld is in het buitenland en hoe dat in de toekomst zal worden. Betekent het dat bij de vergoeding van zorg in het buitenland sprake is van een restitutiestelsel waarbij slechts een deel van de zorg wordt vergoed? Zo ja, welk deel? Of dient er sprake te zijn van een contract met het zorgkantoor alvorens Wlz-zorg wordt vergoed?

De regering schrijft dat bepaalde onderdelen van de Wlz onder de Dienstenrichtlijn kunnen vallen. Kan nader worden toegelicht wat dit nu concreet betekent en wanneer zich dit voordoet?

De regering meldt dat het College voor de Rechten van de Mens van mening is dat de Wlz en andere herzieningen op gespannen voet staan met de uit diverse mensenrechtenverdragen voortvloeiende verplichting om gezondheidszorg te verbeteren en zeker niet te verslechteren. Dit vinden de leden van de **CDA-fractie** een heftige, maar ware uitspraak. Graag ontvangen zij een reactie van de regering.

Overigens stelt de regering verder in de memorie van toelichting dat niet kan worden ontkend dat het weer beheersbaar maken van de langdurige zorg een van de redenen is voor deze herziening. Daarom nogmaals de vraag van de leden van de CDA-fractie: welke garanties geeft de regering dat dit ook daadwerkelijk zal gaan gebeuren, welke garanties geeft de regering de Kamer hiervoor?

Verder stelt de regering dat met de Wmo 2015 zal worden voorzien in ondersteuning van diegenen die dit echt nodig hebben. Nu gaat het deze leden om de zinsnede«die het echt nodig hebben». Wie zijn dat dan volgens de regering?

Begrijpen de leden van de CDA-fractie het goed dat verpleging en verzorging en allerlei ondersteuningsactiviteiten die respectievelijk onder de Zvw en Wmo worden gebracht wel een economische activiteit zijn?

Het College voor de Rechten van de Mens is van mening dat de Wlz de rechten van burgers zal verslechteren. De AWBZ voorziet immers in verzekerde rechten op zorg, terwijl de Wmo 2015, waar een deel van de extramurale zorg van de AWBZ naartoe zal gaan, de gemeenten een grote vrijheid zal geven om te bepalen wie voor de in die wet genoemde voorzieningen in aanmerking zal komen en wat deze inhouden. Daarmee staat de overheveling op gespannen voet met de uit diverse mensenrechtenverdragen voortvloeiende verplichting om de gezondheidszorg voor de bevolking zo mogelijk te verbeteren (en zeker niet te verslechteren). Het College heeft geadviseerd om een en ander beter te beargumenteren. Begrijpen de leden van de **PVV-fractie** dat deze betere argumentatie bestaat uit het volgende: «het weer beheersbaar maken van de langdurige zorg één van de redenen voor deze herziening is. Zouden de kosten voor de langdurige zorg verder blijven stijgen, dan ontstaat, mede gezien het feit dat ten gevolge van de economische crisis ook andere lasten zwaarder op het inkomen van burgers drukken, het risico dat de gezonden niet meer willen bijdragen aan de zorg voor de zwakkeren. In het ergste geval leidt het wegvallen van deze solidariteit ertoe, dat er in het geheel geen langdurige zorg voor de meest kwetsbaren meer is.»? Dus dreigen met het wegvallen van de solidariteit is genoeg om de rechten van de mens te schenden? Dat is interessant. Graag ontvangen genoemde leden een toelichting van de regering.

13. Juridisch kader en rechtsbescherming

De leden van de **SP-fractie** hebben een vraag over de beschikkingen gericht aan de verzekerden, zoals de regering dat omschrijft. Zij stellen dat de Wlz-uitvoerder/het zorgkantoor over de leveringsvorm van zorg beslist. Volgens deze leden moet uitgaande van het kader voorgestaan door de

regering dat de taak zijn van het CIZ en niet van de Wlz-uitvoerder of van het zorgkantoor. Kan de regering toelichten hoe de indicatieprocedure nu precies verloopt en wie wat beslist?

De leden van de **D66-fractie** vragen of het klopt het dat de burger alleen bij de indicatiestelling (wel of niet) recht heeft op bezwaar en beroep conform de Algemene wet bestuursrecht (Awb). Zijn de rechten van de cliënt daardoor niet veel beperkter dan bij de huidige aanspraak van zorg, omdat in de huidige situatie ook bij wijziging van de zorgzwaarte bezwaar en beroep mogelijk is?

14. Consultatie en adviezen

De leden van de **PvdA-fractie** hebben met belangstelling kennisgenomen van het verslag van de consultatie van veldpartijen over dit wetsvoorstel. Tevens zijn zij zeer tevreden over het feit dat naar aanleiding van de consultatieronde aanpassingen aan het wetsvoorstel zijn gedaan. Deze leden willen hun waardering uitspreken voor de wijze waarop de regering zich inzet om bij deze majeure hervorming het veld constant te betrekken en de kennis en kunde in het veld te gebruiken om tot een zorgvuldige en succesvolle hervorming, die gedragen wordt door het veld, te komen. Deze leden hebben naar aanleiding van onder andere de rondetafelgesprekken over dit wetsvoorstel meerdere vragen van veldpartijen betrokken in de verschillende hoofdstukken van deze inbreng.

Uit de reacties op het conceptwetsvoorstel begrijpen de leden van de **CDA-fractie** dat cliëntenorganisaties, brancheorganisaties en toezicht-houders een aantal dezelfde problemen signaleren. Namelijk de afbakening met de andere wetgeving, Wmo en Zvw. Instellingen geven aan de veranderingen niet voor 1 januari 2015 te kunnen realiseren, en dat er averechts prikkels in het systeem ontstaan tussen de Wmo, Zvw, Jeugdwet en Wlz. Het toezicht op de Wlz wordt als een groot risico gezien door de NZa. DNB stelt dat zij niet kan overzien wat dit betekent voor de aanvullende solvabiliteitseisen die hieruit kunnen voortvloeien. Het College voor de Rechten van de Mens stelt dat de rechten van de burgers verslechteren. Het CBP stelt dat de basis voor de gegevensverstrekking te algemeen is en wil dat de regering specificeert welke instantie welke soort gegevens mag verwerken en met elkaar mag of moet uitwisselen. En Actal vindt dat dit wetsvoorstel niet zo dient te worden ingediend bij de Tweede Kamer. Wel, de leden van de CDA-fractie merken op dat dit wel is gebeurd en zij vragen of de regering van mening is dat zij een weloverwogen en weldoordacht wetsvoorstel heeft ingediend waarbij alle randvoorwaarden duidelijk geregeld zijn. Graag ontvangen deze leden een diepgaander reactie op de adviezen van genoemde organisaties dan vermeld in de memorie van toelichting.

15. Toekomstperspectief

De leden van de **PvdA-fractie** lezen dat met dit wetsvoorstel een belangrijke stap gezet wordt naar een doelmatiger en kwalitatief betere langdurige zorg voor ouderen en gehandicapten. De regering overweegt een onderscheid te maken tussen de gehandicaptenzorg en de ouderenzorg. Voor de gehandicaptenzorg worden verschillende modellen overwogen: een landelijk georganiseerde gehandicaptenzorg, welke door één landelijke inkoper ingekocht wordt, of een regionale uitvoering door gemeenten, of risicodragende uitvoering door verzekeraars voor eigen verzekerden met een vereveningsmodel. Voor de zwaardere ouderenzorg wordt de mogelijkheid onderzocht om op termijn de ouderenzorg risicodragend over te hevelen naar de Zvw. Over deze laatste overweging hebben deze leden al enkele vragen gesteld in deze inbreng. Graag

zouden deze leden ook een nadere toelichting willen hebben op de verschillende modellen die overwogen worden voor de gehandicaptenzorg. Welke voor- en nadelen hebben de verschillende modellen? Hoe kijkt de regering aan tegen de verschillende modellen? Graag ontvangen deze leden een nadere toelichting van de regering.

Tegelijk wordt in dit hoofdstuk van de memorie van toelichting door de regering aangegeven dat het op korte termijn niet mogelijk is om de zwaardere langdurige zorg te splitsen, namelijk door de ouderenzorg risicodragend uit te laten voeren door privaatrechtelijke verzekeraars en de gehandicaptenzorg in een ander domein onder te brengen. De komende jaren worden de mogelijkheden door de regering nader onderzocht. Kan de Kamer geïnformeerd worden over dit onderzoek door de regering? Zo ja, hoe en wanneer wordt de Kamer geïnformeerd over het onderzoek? Zo nee, waarom niet?

Uit het hoofdstuk «Toekomstperspectief» blijken de ware bedoelingen die deze regering heeft met de langdurige zorg. De leden van de **SP-fractie** constateren dat de regering zowel de gehandicaptenzorg als de ouderenzorg naar de markt wil brengen door deze in de toekomst onder te brengen bij private zorgverzekeraars. Dit baart genoemde leden grote zorgen. Waar het gaat om de gehandicaptenzorg is de regering weliswaar nog niet tot een finale conclusie gekomen maar de markt lijkt wel het toekomstbeeld waar de regering het liefst wil uitkomen. Kunnen deze leden de conclusie trekken dat wanneer de regering van mening is dat het vereveningsmodel in haar ogen voldoende goed is uitvoering door private zorgverzekeraars de voorkeur heeft? Volgens de leden van de SP-fractie heeft uitvoering door private zorgverzekeraars naast principiële bezwaren grote praktische risico's. Wat deze leden betreft is dit dan ook een onbegaanbare weg. Het betreft een kleine groep zorgbehoevende mensen die bijzonder kwetsbaar is en daarom maximale bescherming van de overheid verdient. Daar past het niet bij om private zorgverzekeraars de verantwoordelijkheid te geven om deze groep zorg te bieden. Risicoselectie ligt op de loer. Ook het bestaan van een vereveningsmodel kan dat niet voorkomen. Zoals bekend is het risicovereveningsmodel verre van perfect en kunnen zorgverzekeraars ondanks het bestaan ervan risico's die zij lopen op (bepaalde) groepen verzekerden voorspellen. De leden van de SP-fractie vragen of de regering dat erkent. Deze leden vragen waarom de regering desondanks het niet bij voorbaat uitsluit om deze zorg in de Zorgverzekeringswet onder te brengen.

Volgens de regering verstevigt de overheveling van de ouderenzorg naar de Zorgverzekeringswet de relatie tussen de verzekerde en zijn verzekering. De leden van de SP-fractie vragen de regering of zij denkt dat dit de eerste zorg is van mensen die ouderenzorg nodig hebben. Ook lijkt de regering te denken dat mensen er behoefte aan hebben keuzevrijheid te krijgen via hun zorgverzekering. De leden van de SP-fractie wijzen de regering erop dat het juist deze ouderen zijn die weinig tot geen keuzevrijheid hebben waar het gaat om een zorgverzekering. Het zijn de zorgverzekeraars die ouderen een hogere premie voor hun aanvullende verzekering vragen en het aanvullende pakket zo samenstellen dat dit voor hen minder aantrekkelijk wordt. Genoemde leden vragen de regering hierop te reageren. Zij verzoeken de regering de vraag te beantwoorden of ouderen werkelijk zoveel heil te verwachten hebben van zorgverzekeraars als de regering lijkt te veronderstellen. In dat kader vragen de leden van de SP-fractie of de regering de vrees deelt dat zorgverzekeraars door verantwoordelijkheid te krijgen voor de uitvoering van de ouderenzorg nog meer prikkels ervaren om ouderen proberen te weren uit de zorgverzekering. Tevens vragen genoemde leden of de regering kan uitsluiten dat zorgverzekeraars daarnaast ook meer mogelijkheden krijgen om deze zelfde groep ouderen te weren. De regering spreekt de verwachting uit dat zorgverzekeraars zullen proberen de beste kwaliteit tegen een gunstige

prijs te bieden. Genoemde leden zetten daar grote vraagtekens bij. Nu al blijkt dat zorgverzekeraars bij de inkoop van zorg vooral letten op de prijs en er is geen enkele reden om aan te nemen dat dit bij de ouderenzorg anders zal zijn. Daarnaast is het zeer goed denkbaar dat zorgverzekeraars om ouderen uit de door hen aangeboden verzekering te houden er helemaal niet voor kiezen om goede kwaliteit van zorg aan te bieden. De leden van de SP-fractie vragen de regering of zij dit risico ziet. Ook wat de ouderenzorg betreft lijkt de regering te vertrouwen op de risico-verevening. Dat vertrouwen is wat deze leden betreft misplaatst en daarom is het behalve principieel onjuist ook onverantwoord om de ouderenzorg op termijn over te hevelen naar de Zorgverzekeringswet. Genoemde leden vragen waarom de regering hier desondanks voor kiest. Voorts vragen zij de regering heel precies aan te geven waaraan het vereveningssysteem moet voldoen wil de regering overgaan tot overheveling van de ouderenzorg naar de Zorgverzekeringswet. De leden van de SP-fractie vinden het een cynische constatering dat de regering ervoor kiest de overheveling door te zetten wanneer het aantal ouderen dat gebruik maakt van een verzorgingstehuis in haar ogen voldoende is afgenomen. Eerst kiest de regering ervoor om ouderen de toegang te ontzeggen of gedwongen te laten verhuizen. En als dat beleid voldoende effect heeft gesorteerd worden de overgebleven ouderen overgeleverd aan private zorgverzekeraars. Zorgverzekeraars waar diezelfde ouderen weinig heil van hebben te verwachten gezien de manier waarop zij er alles aan doen om hen uit de verzekering te houden. Vervolgens zetten de leden van de SP-fractie grote vraagtekens bij deze overhevelingsplannen. Is de regering voornemens opnieuw grote bezuinigingen door te voeren, indien zij de gehandicaptenzorg en de ouderenzorg wil overhevelen naar de Zvw? Is dit een nieuwe reden van de regering om in de toekomst de bezuinigingsagenda verder te kunnen doordrukken? Kan de regering hierop nader ingaan?

De leden van de **CDA-fractie** vragen waarom de regering dit hoofdstuk nu precies heeft opgenomen in de nieuwe Wlz. Geloof de regering zelf niet in deze wet? Of wil zij de Kamer enerzijds een korte termijn en anderzijds een lange termijnvisie presenteren? Deze leden hebben al gesteld dat zij bang zijn dat met deze wet de financiële doelstellingen die de regering zichzelf stelt niet haalbaar of reëel zijn waardoor men zich gedwongen voelt de Wlz over te hevelen naar de zorgverzekeraars, zonder dat hierbij sprake is van een duidelijke inhoudelijke overweging.

De regering onderzoekt de mogelijkheden om op termijn de ouderenzorg risicodragend over te hevelen naar de Zvw. Hiermee zou een schot worden weggenomen. Dit kan niet alleen zorginhoudelijke kwaliteit bevorderen, maar ook leiden tot verdere doelmatigheidswinst. Is dit het antwoord op de vraag van Brussel om verder te bezuinigen en de ouderenzorg nog verder uit te kleden, zo vragen de leden van de **PVV-fractie**.

De regering zet, zo schrijft zij zelf, met voorliggend wetsvoorstel een eerste stap naar een doelmatiger en kwalitatief betere langdurige zorg. In een tweede stap zal worden gezien of verdere verbeteringen in de doelmatigheid mogelijk zijn, bijvoorbeeld door delen van de Wlz over te hevelen naar andere domeinen zoals de Zvw. Daarin voorziet dit voorstel van wet nadrukkelijk niet, hoewel de regering in de memorie van toelichting wel aanzetten geeft voor een mogelijke invulling daarvan, zoals de mogelijkheid om onderscheid te maken tussen de gehandicaptenzorg en ouderenzorg, zo lezen de leden van de **D66-fractie**. Dit roept bij deze leden wel de vraag op of de regering reeds in het kader van onderhavig wetsvoorstel deze discussie wil voeren met cliënten, partijen

in de zorg en ook de beide Kamers der Staten-Generaal. Graag ontvangen deze leden daarop een reactie.

16. Overgangssituatie, inwerkingtreding en transitie

De leden van de **PvdA-fractie** zijn het eens met de regering dat een goed overgangsregime bijdraagt aan een zachte landing van de hervorming van de langdurige zorg. De regering beschrijft twee categorieën van veranderingen: ten eerste ten gevolge van verschuiving van zorg naar een ander domein, ten tweede veranderingen als gevolg van wijzigingen binnen de Wlz ten opzichte van de AWBZ.

Voor mensen met een indicatie voor extramurale AWBZ-zorg wordt er in de Wmo 2015 overgangsrecht geborgd. Hierover zijn door deze leden bij die wetsbehandeling meerdere vragen gesteld. Ook het overgangsrecht voor mensen die per 2015 een indicatie hebben voor beschermd wonen wordt binnen de Wmo geborgd. Over de intramurale langdurige ggz-zorg worden in een apart schriftelijk overleg vragen gesteld door deze leden. Deze vragen zullen te zijner tijd betrokken worden bij de behandeling van dit wetsvoorstel na beantwoording van de regering, indien dat nog nodig is.

De leden van de PvdA-fractie zijn tevreden met het feit dat mensen die nu een indicatie met verblijf hebben en die daadwerkelijk in een instelling verblijven, recht houden op deze plek in een instelling onder de Wlz. Wel lezen zij dat er door de regering een uitzondering gemaakt is voor meerderjarige LVG-cliënten. Kan aangegeven worden waarom gekozen is voor deze uitzondering? Welke partijen zijn betrokken geweest bij het nemen van deze beslissing? Graag ontvangen deze leden een nadere toelichting van de regering.

Cliënten die in de AWBZ een vpt of pgb hadden en die hun vpt of pgb in 2015 in de Wlz willen behouden, moeten per 2015 aan de nieuwe leveringsvoorwaarden voldoen. Wanneer dit niet het geval is, moeten cliënt en zorgkantoor maatregelen treffen om te zorgen dat dit wel mogelijk is. Deze leden ontvangen hierop graag een nadere toelichting van de regering. Hoe worden cliënten in de gelegenheid gesteld om tijdig aan de nieuwe leveringsvoorwaarden te voldoen? Hoe worden zorgkantoren in de gelegenheid gesteld de voorwaarden tijdig te controleren? Wat gebeurt er wanneer niet tijdig aan de voorwaarden voldaan wordt? Raakt iemand dan zijn pgb of vpt kwijt? En hoe wordt de continuïteit van zorg dan geborgd? Graag ontvangen genoemde leden een toelichting van de regering op dit punt.

Cliënten met een pgb kunnen door de wijziging in tariefstelling te maken krijgen met een direct effect op het pgb en dus ook op de geleverde zorg. Hoe worden cliënten tijdig geïnformeerd over de wijzigingen in de tarieven van de pgb's indien dit nog niet gebeurd is? Hoe wordt geborgd dat cliënten met een pgb voldoende budget overhouden om de benodigde zorg te kunnen blijven financieren?

Ook zorginstellingen krijgen te maken met wijzigingen vanuit de Wlz die invloed hebben op hun bedrijfsvoering. De leden van de PvdA-fractie lezen dat zorginstellingen zich kunnen richten op het leveren van zorg aan zwaardere doelgroepen. Deze leden krijgen echter signalen vanuit de branche dat dit niet gestimuleerd wordt door zorgkantoren, maar dat instellingen vaak tegengewerkt worden. Heeft de regering deze signalen ook ervaren en zo ja, wat gaat de regering hieraan doen?

De leden van de **CDA-fractie** begrijpen dat alle mensen met een laag zorgzwaartepakket die in een instelling wonen er mogen blijven wonen. Maar mensen met een laag zorgzwaartepakket die thuis wonen kunnen tot 1 januari 2016 kiezen voor opname in een instelling of uit de Wlz/AWBZ. Dus als men nu thuis zorg krijgt met een laag zorgzwaartepakket dan heeft men eigenlijk maar één keuze als men die zorg wil houden, men kan

kiezen voor zorg in een instelling. De eerste vraag is of hier überhaupt binnen de instellingen plek voor is, maar is de regering niet bang dat men de mensen die hier onder vallen (70.000 in totaal) «de instelling worden ingejaagd»? Heeft de regering hier middelen voor gereserveerd?

Mensen met een indicatie voor extramurale AWBZ-zorg gaan per 1 januari 2015 over naar de Wmo 2015 en/of de Zvw, of de Jeugdwet. Er is geen reden voor overgangsrecht in het kader van de Wlz (onmiddellijke werking), wel zal binnen de nieuwe domeinen aandacht worden besteed aan deze cliëntgroepen. Waarom is er geen reden voor overgangsrecht voor deze groep, zo vragen de leden van de **PVV-fractie**. Dan kan het zo maar zijn dat iemand met ingang van 1 januari 2015 zijn extramurale zorg kwijt raakt?

Mensen met een indicatie voor verblijf die ook daadwerkelijk in een instelling verblijven worden voor het recht op verblijf en daarmee gepaard gaande zorg gelijkgesteld met mensen die na invoering van de Wlz op grond van de indicatiecriteria toegang krijgen tot de Wlz-zorg, ook wanneer deze reeds in een instelling verblijvende cliënten niet aan die toegangscriteria zouden voldoen (de «lage zzp's»). Klopt het dus, dat cliënten van een verzorgingshuis dat omvalt wel recht blijven houden op een intramurale plaats? Zo ja, hoe gaat de regering dit dan faciliteren? Zorginstellingen kunnen eventueel een deel van hun gebouw dat niet meer wordt gebruikt verhuren. Naast het leveren van zorg aan cliënten die thuis zorg krijgen (gecombineerd met het verhuren van woonruimtes) kunnen de zorginstellingen zich ook richten op het leveren van zorg aan de zwaardere doelgroepen (de doelgroepen die in de Wlz terechtkomen). Ook sanering van de capaciteit zal aan de orde kunnen komen. Gaat de regering dat dan ook wettelijk mogelijk maken? Want zorgorganisaties die dit willen, lopen tegen behoorlijk wat beperkingen aan.

De regering streeft naar inwerkingtreding van de Wlz per 1 januari 2015. De leden van de PVV-fractie vragen waarom de regering volhardt in dit streven, ook nadat tijdens de rondetafelgesprekken is gebleken dat niemand invoering per 1 januari 2015 ziet zitten.

De leden van de **D66-fractie** hebben een aantal vragen ter verduidelijking en verificering van de bepalingen ten aanzien van het overgangsrecht, zoals geregeld in artikel 11 van het wetsvoorstel. Zo vragen zij of bestaande indicaties te allen tijde zullen worden geëerbiedigd, zelfs als sprake is van indicaties met een zeer lange looptijd. Ook constateren zij dat alle cliënten met een hoger zzp levenslang recht houden op zorg in de Wlz. Een deel van deze cliënten neemt thans een deel van de AWBZ-zorg af in de vorm van extramurale functies. De Wlz biedt deze mogelijkheid echter niet. Het zal zeer waarschijnlijk niet mogelijk zijn om deze functies reeds allemaal per 1 januari 2015 om te zetten naar een vpt of een pgb, zo veronderstellen deze leden. Kunnen cliënten die in de Wlz blijven in 2015 nog de zorg in extramurale functies afnemen en binnen welke termijn moet voor deze cliënten de zorg zijn omgezet? En is het nodig dat voor deze cliënten een besluit moet worden genomen door de Wlz-uitvoerder op grond van artikel 3.3.2 (vpt) respectievelijk artikel 3.3.3.(pgb)?

De leden van de D66-fractie vragen voorts of de continuïteit van zorg specifiek voor ggz-cliënten in de overgangssituatie wel voldoende wordt gewaarborgd. Zij vragen dit omdat de specifieke afbakening voor de Wlz voor deze groep nog niet is afgerond. Voorkomen dient te worden dat er mensen tussen wal en schip vallen.

17. Monitoring en evaluatie

De leden van de **PvdA-fractie** zijn tevreden te lezen dat de regering met betrokken partijen afspraken wil maken over de monitoring van de bereikte resultaten, de uitgavenontwikkeling en over het geheel van de langdurige zorg, door te meten en benchmarken. De beide Kamers zullen

over deze monitor geïnformeerd worden. Ook wordt de werking van het wetsvoorstel periodiek geëvalueerd door een onafhankelijke partij. Is duidelijk aan welke partij gedacht wordt? Graag ontvangen deze leden hierop een nadere toelichting. Zeker aangezien deze evaluatie mede de basis kan vormen voor besluitvorming over het toekomstperspectief voor de ouderen- en gehandicaptenzorg.

De eerste evaluatie vindt plaats binnen drie jaar na de inwerkingtreding van de Wlz. Is drie jaar niet te lang, zo vragen de leden van de **PVV-fractie**. Zij zien de evaluatie bij voorkeur na een jaar. De Minister van VWS zal daarna telkens na vijf jaar een verslag over de doeltreffendheid en de effecten van de Wlz in de praktijk aan de Eerste en Tweede Kamer overleggen. Ook hier maken deze leden bezwaar tegen de termijn van vijf jaar, zij zien die evaluatie bij voorkeur om de twee jaar.

ARTIKELSGEWIJS

Artikel 1.1.1

In de definitiebepaling van persoonlijke verzorging is opgenomen dat de ondersteuning bij of het overnemen van deze activiteiten gericht moet zijn op het opheffen van een tekort aan zelfredzaamheid. De leden van de **CDA-fractie** vragen of het niet te verkiezen is om hier toe te voegen het zoveel als mogelijk opheffen van dit tekort. Er zijn nu eenmaal mensen waarvoor dit helaas te hoog gegrepen is.

In de definitiebepaling van het CAK en CIZ is niet gekozen voor het verduidelijken waar deze afkortingen voor staan. Waarom niet?

De leden van de **D66-fractie** constateren dat het burgerservicenummer (BSN) in artikel 1.1.1 wordt gedefinieerd. Vervolgens wordt in verschillende artikelen het gebruik van het BSN genoemd en/of verplicht gesteld. Nu bestaat de mogelijkheid dat in de opvanginstellingen cliënten verblijven voor wie geldt dat ze geen BSN hebben, het nummer niet bekend is of het nummer om dringende veiligheidsredenen niet verstrekt kan worden. Deze leden zijn van mening dat voorkomen moet worden dat deze cliënten om administratieve redenen van zorg verstoken blijven of dat de financiering van de bestaande zorg niet kan worden gecontinueerd. Hoe wordt de zorg ook voor deze groep cliënten zeker gesteld?

De leden van de **SGP-fractie** vragen naar het begrip solistisch werkende zorgverlener. Waarom is hier niet gekozen voor het begrip zelfstandig werkende zorgverlener? Is er naar het oordeel van de regering verschil tussen beide begrippen?

Artikel 3.2.1

Eerste lid

In het eerste lid wordt aangegeven dat mensen een verzekerd recht hebben op Wlz-zorg. Vervolgens staat er «uit oogpunt van doelmatige zorgverlening». Wat verstaat de regering hieronder, zo vragen de leden van de **CDA-fractie**. Wat wordt verstaan onder «redelijkerwijs»? Blijft het Protocol gebruikelijke zorg zoals dat nu geldt van toepassing? Zo nee, wat wordt er gewijzigd?

Tweede lid

De leden van de **ChristenUnie-fractie** vragen of er inhoudelijk verschil is tussen de definitie van zelfzorg in artikel 3.2.1, tweede lid, onderdeel d, en de definitie die wordt gebruikt in paragraaf 2.1 van bijlage 1 van de

Beleidsregels Indicatiestelling AWBZ 2014. Zo ja, wat is daarvan de betekenis?

Artikel 3.2.4

Eerste lid

In het eerste lid staat dat bij amvb kan worden bepaald dat men een eigen bijdrage moet betalen. De eigen bijdrage kan verschillen naargelang de groep waartoe men behoort. De leden van de **CDA-fractie** vragen wat de regering bedoelt met deze zinsnede.

Artikel 3.2.5

Tweede lid

Het tweede lid geeft een grondslag om in bepaalde gevallen een hogere bijdrage van verzekerden te vorderen. In de huidige AWBZ was een gelijk artikellid de grondslag voor het Besluit wachttijd bijzondere ziektekosten. In de memorie van toelichting is te lezen dat het de bedoeling is dat «onder meer de bepalingen van dat besluit onderdeel worden van een Besluit langdurige zorg». Welke andere bepalingen die leiden tot een hogere eigen bijdrage is de regering van plan vast te leggen, zo vragen de leden van de **CDA-fractie**.

Artikel 3.3.3

Tweede lid, onderdeel a

De leden van de **CDA-fractie** vragen wie de kwaliteit bepaalt. Kan de regering zich voorstellen dat bij een pgb er een andere duiding aan het begrip kwaliteit kan of moet worden gegeven dan bij zorg in natura?

Tweede lid, onderdeel c

In artikel 3.3.3, tweede lid, onderdeel c, lijkt een keer te veel het woord «zodanige» te staan, zo constateren de leden van de **ChristenUnie-fractie**.

Artikel 3.3.4

De memorie van toelichting geeft aan dat zorg op grond van de Wlz praktisch gesproken alleen in Nederland geleverd kan worden, omdat de zorg die geleverd wordt op grond van de Wlz wezenlijk verschilt van de extramurale zorg in de huidige AWBZ. De zorg zou alleen geleverd kunnen worden in een instelling. De leden van de **50PLUS-fractie** vragen waar dit wezenlijke verschil in zit. Ook de zeer zware Wlz-zorg kan in Nederland immers thuis of anderszins buiten de muren van een instelling geleverd worden. De verwachting wordt uitgesproken dat Wlz-uitvoerders er niet toe zullen overgaan om die zorg te contracteren met zorgaanbieders die gevestigd zijn buiten het Nederlandse grondgebied. Hoe verhoudt zich dat met het Europees recht en de daarin vastgelegde zorgplicht? In de memorie van toelichting wordt gesteld dat het contracteren van zorg in EU-landen of landen die behoren tot de EER, niet mag worden verboden. Deze leden vragen waarom er hier überhaupt gesproken wordt van een verbod. Waarom wordt een dergelijk verbod overwogen? Waar is de verwachting op gebaseerd? Waarom is er niet voor gekozen om de beperking dat de zorg in Nederland niet tijdig verkregen kan worden uit te zonderen, ook met het oog op de bepaling in het tweede lid dat er na toestemming van de uitvoerder een restitutie van de kosten van in het

buitenland gemaakte zorgkosten kan plaatsvinden? Heeft dit niet tot gevolg dat Nederlanders die al jaren in het buitenland wonen, in het uiterste geval naar Nederland moeten terugkeren om Wlz-zorg te ontvangen? Kan de regering aangeven hoeveel Nederlanders er op dit moment AWBZ-zorg in het buitenland ontvangen? Dit is niet bekend bij Zorginstituut Nederland.

Artikel 4.1.2

De leden van de **SP-fractie** constateren dat een Wlz-uitvoerder verboden wordt om winst te maken. Dat vinden deze leden terecht. Zij vragen of de regering ook voornemens is om dit op te leggen aan verzekeraars en anders te kijken naar mogelijkheden dit te kunnen verbieden. Kan de regering daarop ingaan?

Artikel 4.2.2

Zevende lid

Met dit lid wordt het, zoals aangekondigd in paragraaf 12.3.2 van het algemeen deel van de memorie van toelichting, mogelijk gemaakt om de zorginkoop aan te merken als dienst van algemeen economisch belang. Wat is de reden dat de regering niet meteen daartoe overgaat, zo vragen de leden van de **SP-fractie**.

Artikel 4.2.4.

Op grond van dit artikel is de Wlz-uitvoerder verplicht zijn werkzaamheden op een doelmatige wijze uit te voeren ter voorkoming van verstrekking van onnodige zorg. De leden van de **CDA-fractie** vragen waarom de regering er niet voor heeft gekozen om tot verrekening over te gaan wanneer een Wlz-uitvoerder nalatig is.

Artikel 8.1.1 en 8.1.3

De regering geeft aan dat als mensen dat willen zij dagelijks moeten kunnen douchen en regelmatig naar buiten moeten kunnen. De leden van de **SP-fractie** merken op dat de regering dit van de oorspronkelijke Beginselenwet AWBZ-zorg heeft overgenomen. Genoemde leden vinden dit een goed uitgangspunt maar vragen of dit geen loze woorden zijn van de regering. Hoe kan de regering beloven dat mensen elke dag kunnen douchen of naar buiten kunnen, als er niet voldoende personeel is om dit te kunnen organiseren? Hoe kan de regering een goede kwaliteit van zorg waarborgen, als nu al het personeel ontslagen wordt? Kan de regering daarop ingaan? Kan de regering tevens een overzicht sturen welke artikelen wel en niet van het oorspronkelijke wetsvoorstel Beginselenwet AWBZ-zorg zijn overgenomen?

Artikel 8.1.1

Tweede lid

De leden van de **CDA-fractie** vragen aan de regering waarom zij in het tweede lid punt a als eerste noemen bij de bespreking van het zorgplan. Dit is toch niet in lijn met de memorie van toelichting?

De leden van de **ChristenUnie-fractie** constateren dat met het «tijdig» verwisselen van incontinentiemateriaal, zoals genoemd in artikel 8.1.1, tweede lid, onder b, volgens de memorie van toelichting wordt bedoeld

«tijdig voor de individuele verzekerde in zijn specifieke situatie». Wat wordt daarmee bedoeld? Wie beoordeelt dit?

Artikel 8.1.2

Vierde lid

Het vierde lid regelt in samenhang met artikel 8.1.2, eerste lid, onder b, dat indien een verzekerde van 11 jaar of jonger een andere weloverwogen mening heeft dan degene die gezag over hem uitoefent de zorgaanbieder deze mening respecteert. Voert dit niet echt ver, zo vragen de leden van de **CDA-fractie**. Is het niet verstandig hier de mogelijkheid voor de zorgaanbieder te bieden af te wijken mits er gegronde redenen zijn?

Artikel 8.1.2, vierde lid, Wlz voorziet in een bepaling die ertoe strekt het weloverwogen standpunt van een verzekerde, in afwijking van de voorgaande leden van dit artikel, te laten prevaleren boven het standpunt van diens vertegenwoordiger. Indien in een van de in het eerste lid, onder b tot en met e, genoemde gevallen tussen de verzekerde en de bedoelde andere persoon verschil van inzicht bestaat en de verzekerde weloverwogen vasthoudt aan zijn standpunt, respecteert de zorgaanbieder diens standpunt. Het gaat hierbij vooral om situaties waarin een verzekerde niet in staat kan worden geacht tot een redelijke waardering van zijn belangen. De leden van de **SGP-fractie** vragen hoe iemand die niet in staat wordt geacht tot een redelijke waardering van zijn belangen toch een weloverwogen standpunt in kan nemen. Hoe verhouden deze begrippen zich tot elkaar? Hoe kan de hulpverlener vaststellen dat er toch sprake is van een weloverwogen besluit, dat voorrang moet krijgen?

Artikel 10.1.3

Bij of krachtens amvb worden door het Zorginstituut subsidies verstrekt aan instellingen voor het verlenen van gedurende het gehele etmaal direct oproepbare assistentie bij algemene dagelijkse levensverrichtingen in en om de ADL-woning, waaronder alarmopvolging bij een noodoproep. De leden van de **CDA-fractie** vragen of de regering kan uitleggen wat de definitie is van assistentie bij algemene dagelijkse levensverrichtingen. Uit de memorie van toelichting lijkt het alleen te gaan om één specifieke aanbieder. Hoe verhoudt dit zich tot de keuzevrijheid?

Artikel 11.1.1

Een cliënt met een zzp 3 (of lager) die ervoor kiest om thuis te blijven wonen, valt volgens de wet niet onder de Wlz, maar onder de gemeente. In artikel 11.1.1 is geregeld dat mensen die al in een instelling wonen, over kunnen gaan naar de Wlz, ook bij een lagere zzp. Hier wordt onderscheid gemaakt tussen kleinschalige wooninitiatieven die worden bekostigd met pgb's en kleinschalige wooninitiatieven waarbij de zorg in natura geschiedt. De eerste categorie valt onder de uitzondering, maar de tweede categorie niet. De leden van de **SGP-fractie** vragen of het vanuit het oogpunt van kostenbeheersing niet efficiënter is om deze kleinschalige wooninitiatieven waarbij zorg in natura geschiedt te stimuleren. Acht de regering het daarom wenselijk om deze kleinschalige wooninitiatieven aan de uitzondering toe te voegen?

Artikel 11.2.5

Eerste lid

«De overeenkomsten die zorgkantoren (namens de zorgverzekeraars) met zorgaanbieders in het kader van de AWBZ hebben gesloten, hebben betrekking op de levering van zorg door zorgaanbieders aan AWBZ-verzekerden in de regio. Ook onder de AWBZ zullen zorgcontracten met zorgaanbieders moeten worden gesloten. Mede omdat de Wlz ten opzichte van de AWBZ minder zorg verzekert, is het echter zeer goed mogelijk dat de Wlz-uitvoerders of de zorgaanbieders bestaande contracten willen opzeggen of wijzigen. Voor het geval een van beide partijen daaraan niet wil meewerken, bepaalt het eerste lid dat beide partijen het recht hebben bestaande overeenkomsten met een termijn van twee maanden op te zeggen, ook voor zover die overeenkomst anders bepaalt.

Naar aanleiding van dit artikel vragen de leden van de **SP-fractie** of de termijn van twee maanden in dezen niet veel te kort is. Daar kan een instelling toch niet op anticiperen? En hoe zit het met de gevolgen voor het personeel? Is er sprake van personeel volgt werk?

Vijfde en zesde lid

De leden van de **SP-fractie** vragen of het klopt dat het mogelijk is dat de hulpverlener tot zes maanden moet wachten op zijn geld. Is dit niet veel te lang?

De voorzitter van de vaste commissie,
Neppérus

De adjunct-griffier van de vaste commissie,
Clemens