

Vergaderjaar 2023–2024

36 486

Wijziging van de Wet langdurige zorg, de Wet financiering sociale verzekeringen, de Wet marktordening gezondheidszorg en de Algemene wet bestuursrecht, in verband met de uitbreiding en verdere uitwerking van de bekostigingsmogelijkheden met middelen vanuit het Fonds langdurige zorg

Nr. 5

VERSLAG

Vastgesteld 19 maart 2024

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

1. Inleiding	1
2. Preventieve maatregelen	3
3. Aanvullende bekostiging voor randvoorwaardelijke maatregelen	8
4. In stand laten Wlz-uitgaven door de NZa	9
5. Meerjarige contractering	10
6. Gevolgen van het wetsvoorstel	11
7. Advies en consultatie	12
8. Advies ATR	13
9. Overig	13

1. INLEIDING

De leden van de **PVV-fractie** hebben kennisgenomen van de wijziging van de Wet langdurige zorg (Wlz), de Wet financiering sociale verzekeringen, de Wet marktordening gezondheidszorg en de Algemene wet bestuursrecht in verband met de uitbreiding en verdere uitwerking van de bekostigingsmogelijkheden met middelen vanuit het Fonds langdurige zorg (Flz) en hebben daarover nog enkele vragen en opmerkingen.

De leden van de **GroenLinks-PvdA-fractie** hebben met interesse kennisgenomen van het wetsvoorstel in verband met uitbreiding en

verdere uitwerking van de bekostigingsmogelijkheden met middelen vanuit het Flz. De wet heeft een aantal verschillende doelen, die in principe door genoemde leden worden ondersteund. Zij hebben nog wel een aantal vragen over de effectiviteit van het wetsvoorstel en of genoemde problemen daadwerkelijk worden opgelost.

Ten eerste zien de leden van de GroenLinks-PvdA-fractie dat het probleem wat met het onderhavige wetsvoorstel moet worden opgelost, voortkomt uit de versnippering van het stelsel. Deze versnippering speelt op twee vlakken. Ten eerste starten ouderen in de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) 2015 en de Zorgverzekeringswet (Zvw) als zij langdurige ondersteuning nodig hebben om later, als de zorgvraag toeneemt, pas over te stappen naar de Wlz. Hierdoor zit er een knip in de stelsels die worden aangesproken door ouderen als zij langdurige zorg en ondersteuning nodig hebben. Ten tweede zien zij versnippering, omdat een deel van de zorg voor ouderen die thuis wonen, ook als zij intensief zorg nodig hebben, wordt bekostigd uit de Wmo 2015, Zvw en Wlz.

Genoemde leden vragen de regering te reflecteren op een stelselwijziging waarbij alle ouderenzorg in één stelselwet wordt geplaatst en vragen de regering of genoemde problemen daarmee niet ook worden opgelost.

De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie vragen de regering verder hoe zij wil waarborgen dat investeringen in domeinoverstijgende samenwerking duurzaam wordt gefinancierd en waardevolle projecten niet vanwege een gebrek aan financiering vroegtijdig moeten stoppen. Wordt het bijvoorbeeld mogelijk om meerjarig financiële afspraken te maken?

De leden van de **VVD-fractie** hebben kennisgenomen van de wijziging van de Wlz in verband met de uitbreiding en verdere uitwerking van de bekostigingsmogelijkheden met middelen van het Flz. De leden van de VVD-fractie hebben meermaals in debatten het belang benadrukt van de mogelijkheden om bepaalde domeinoverstijgende (preventieve) zorg gemakkelijker te kunnen realiseren. Zij zijn blij dat het voorliggende wetsvoorstel nu in de Kamer ligt en hebben nog enkele vragen. Erkent de regering het belang van systeemfuncties in de wijk, zodat mensen langer thuis kunnen blijven wonen en zware zorg kan worden voorkomen? Hoe verhoudt de wetswijziging zich tot de huidige inzichten dat er fundamentele aanpassingen nodig zijn gericht op vereenvoudiging van het stelsel en de noodzakelijke transformatie van zorg voor ouderen?

De leden van de VVD-fractie hebben begrepen dat op dit moment de voorliggendheid van de Wlz onder de loep genomen wordt: als passende zorg en ondersteuning in andere domeinen goed tot stand kan komen, moet dat mogelijk zijn en bij voorkeur gestimuleerd worden. Op welke termijn kan een eventueel advies van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) hierover worden verwacht?

De leden van de **NSC-fractie** hebben kennisgenomen van onderhavig wetsvoorstel. Zij zijn van mening dat preventie van groot belang is en dat dit een groter beroep op (zwaardere) zorg kan voorkomen. Dit vergt, ten opzichte van de huidige werkwijze, een domeinoverstijgende blik en aanpak, zoals dit wetsvoorstel ook mede beoogt.

De leden van de NSC-fractie zijn echter kritisch op de gekozen aanpak in dit wetsvoorstel. Deze leden zien niet in hoe het toevoegen van een extra speler op het gebied van preventie (de zorgkantoren) gaat bijdragen aan betere preventie, minder regeldruk en een lager beroep op zwaardere zorg. Deze leden zien het risico dat deze wetswijzigingen de zorg nog duurder, gefragmenteerder en complexer maakt.

De leden van de **D66-fractie** hebben kennisgenomen van het onderhavige wetsvoorstel en hebben nog een aantal vragen aan de regering.

De leden van de **BBB-fractie** hebben kennisgenomen van het onderhavige wetsvoorstel. Zij hebben nog een aantal vragen over de memorie van toelichting.

De leden van de **CDA-fractie** hebben kennisgenomen van het onderhavige wetsvoorstel. Het doel van dit wetsvoorstel wordt door genoemde leden onderschreven namelijk het mogelijk maken dat zorgkantoren kunnen investeren in preventieve maatregelen, zodat domeinoverstijgende samenwerking tussen een aantal zorgdomeinen vergemakkelijkt wordt om zo duurdere en zwaardere zorg te verminderen of uit te stellen. De Raad van State stelt echter dat dit wetsvoorstel belemmeringen wegneemt, maar dat het niet «automatisch» ertoe zal leiden dat de samenwerking tot stand komt. Kan de regering aangeven hoe zij dit ziet? Hoe wil de regering willekeur voorkomen?

Kan de regering schetsen hoeveel Wlz-indicaties er door middel van dit wetsvoorstel later aangevraagd zullen worden? Kunnen zij hiervan een schatting geven? Is bekend hoeveel zorgkantoren er mogelijkheden zien om met deze regeling actief aan de slag te gaan?

Kan de regering toelichten hoe deze wetswijziging bijdraagt aan de maatschappelijke omslag zoals die wordt nagestreefd in akkoorden en programma's, zoals het Integraal Zorgakkoord, Wonen, Zorg en Ondersteuning voor Ouderen (WOZO) en de Juiste Zorg op de Juiste Plek?

De leden van de **SP-fractie** hebben kennisgenomen van de voorgestelde wetswijziging. Zij hebben hier een aantal vragen en opmerkingen over. De leden van de SP-fractie missen allereerst een zorgvuldige afweging in de memorie van toelichting, waarin ook de mogelijke nadelen van het wetsvoorstel worden meegenomen. Zou de regering deze alsnog kunnen geven? Welke potentiële nadelen ziet de regering van dit voorstel en welke potentiële nadelen zijn er bij de consultatie, uitvoeringstoets en Raad van State-advisering naar voren gebracht?

De leden van de SP-fractie benadrukken dat zij voorstander zijn van meer investering in preventie, maar zij vragen de regering wel of dit de meest logische manier is om dit te bevorderen. Wordt de financiering van preventie niet te complex, op het moment dat er nog een extra aparte financieringsstroom in wordt gevoerd? Welke alternatieven zijn bekeken voor het huidige voorstel?

De leden van de SP-fractie vragen de regering in hoeverre preventie echt kan gaan slagen binnen de Wlz op het moment dat er tegelijkertijd door marktwerking en de mogelijkheid tot winstuitkering een productieprikkel blijft bestaan.

De leden van de SP-fractie vragen de regering ook naar hun reactie op de kritiek van Actiz dat dit wetsvoorstel juist een aansporing zou creëren voor gemeenten en zorgverzekeraars om minder in preventie te investeren.

2. PREVENTIEVE MAATREGELEN

De leden van de **PVV-fractie** delen de mening dat gemeenten en zorgverzekeraars weinig prikkels hebben om te investeren in preventieve maatregelen die ertoe moeten leiden dat mensen langer thuis blijven wonen omdat de kosten van gezamenlijke initiatieven voor betere ondersteuning van en zorg voor zelfstandig wonende ouderen, die mede beogen de noodzaak van een Wlz-indicatie aan te vragen, uit te stellen of te voorkomen, vaak neerslaan bij de gemeenten en bij de zorgverzekeraar, terwijl de financiële baten in de Wlz landen. Genoemde leden vragen waarom de regering hiervoor een rol voor zorgkantoren zien binnen het sociale domein. Wordt het zorgstelsel met deze extra schakel niet juist ingewikkelder en complexer? Zo zien de leden van de PVV-fractie dat er al jaren sprake is van omzetplafonds, terwijl er ook al jaren sprake is van een onderbesteding op de wijkverpleging. Is de regering van mening dat inzet

van wijkverpleging een preventieve maatregel is die kan bijdragen om het beroep op zorg op grond van de Wlz te voorkomen, verminderen of ten minste uit te stellen? Zo ja, waarom is er dan nog steeds sprake van omzetplafonds?

Is de regering er gerust op dat deze extra taakstelling bij de zorgkantoren in de juiste handen is? Zo ja, waaruit blijkt dat? Op welke manier borgt de regering dat zorgverzekeraars voldoende systeemfuncties in de wijk inkopen en kostendekkend mogelijk maken? Op welke manier borgt de regering voldoende systeemfuncties in de wijk als zorgverzekeraars deze ontoereikend hebben ingekocht? Hoe gaat de regering voorkomen dat er willekeur ontstaat bij de uitvoering van dit wetsvoorstel? Waarom onderzoekt de regering de (financiële) voordelen en mogelijkheid van één wet voor de ouderenzorg niet?

De leden van de PVV-fractie lezen dat de «arrangeur» verantwoordelijk is voor het organiseren van alle ondersteuning en zorg voor de oudere. Verricht deze arrangeur nog zorgtaken en zo ja, welke? Of is dit een overhead functie? Genoemde leden willen ditzelfde weten van de «dorpsregisseur».

In het wetsvoorstel staan twee praktijkvoorbeelden genoemd met betrekking tot dementie. Kan de regering inhoudelijk op de taken van de genoemde functie vertrouwenspersoon ingaan? Welke rol speelt de casemanager dementie hierin? Hoeveel ontmoetingscentra met daaraan gekoppeld zinvolle activiteiten voor mensen met dementie zijn er? Hoeveel mensen met dementie maken gebruik van zo'n ontmoetingscentra? Hoeveel mensen met dementie staan op een wachtlijst voor zo'n ontmoetingscentra of dagbesteding?

De leden van de PVV-fractie willen graag van de regering weten wat het verschil is tussen het genoemde praktijkvoorbeeld 4 PlusWonen en een verzorgingshuis.

Bestaande verpleeghuizen kunnen een centrale ontmoetingsplaats voor ouderen worden en gezamenlijke activiteiten, zoals een maaltijd, aanbieden. Zijn er op dit moment voldoende verpleeghuizen om deze rol te gaan vervullen?

Wat is de verwachte kostenbesparing in de Wlz door de inzet van de regeling Specifieke uitkering domeinoverstijgend samenwerken (SPUK DOS) voor experimenten die bij moeten dragen aan een verminderde behoefte aan Wlz-zorg? Kan de regering een aantal voorbeelden noemen van succesvolle preventieve maatregelen en de daarbij behorende financiële resultaten? Zo nee, waarom niet? Welke investeringen in preventieve maatregelen kunnen bijdragen aan maatregelen die het beroep op zorg op grond van de Wlz voorkomen, verminderen of ten minste uitstellen? In welke bestaande en/of nieuwe initiatieven ten laste van het Flz kan er na deze wetswijziging geïnvesteerd worden?

Hoe bereikt deze wetswijziging dat gemeenten geen hulpmiddelen weigeren die ervoor moeten zorgen dat mensen langer thuisblijven, omdat de gemeente vindt dat de noodzaak van bijvoorbeeld een plafondlift indiceert dat iemand in een instelling zou moeten wonen en het gevolg is dat vanuit de Zvw veertien keer per week een thuiszorgmedewerker ingezet moet worden?

De leden van de **GroenLinks-PvdA-fractie** herkennen de geschetste problematiek, namelijk dat er vanuit de Wlz niet geïnvesteerd kan worden in preventie. Zij onderschrijven ook de noodzaak voor zorgkantoren om eerder te kunnen investeren in de gezondheid van ouderen om ouderen zo langer gezond te houden en daarmee de instroom in de Wlz te beperken. Genoemde leden vragen de regering hoe zij verwacht dat zorgkantoren budget kunnen vrijmaken voor investeringen in preventie. De huidige tarieven worden al als zeer knellend ervaren in langdurige zorg. Het verplaatsen van budget van zorg naar preventie zou op korte termijn leiden tot nog minder budget voor zorg die op dit moment nodig

is. De baten van preventie vallen immers pas in de toekomst. De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie vragen de regering welk deel van het budget zij idealiter besteed ziet worden aan preventie en of zij bereid is om het Flz uit breiden met budget specifiek gericht op preventie. De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie lezen dat zorgkantoren altijd met één of meerdere gemeenten of zorgverzekeraars of de Minister voor Rechtsbescherming een initiatief moeten financieren. Zij begrijpen de wens om gemeenten, verzekeraars of de Minister voor Rechtsbescherming te betrekken bij preventieve domeinoverstijgende initiatieven. Toch hebben zij daar twee vragen over. Hoe kunnen preventieve initiatieven worden gestart als deze een sterk dempend effect hebben op de zorgkosten van de toekomst, maar geen van de andere partijen daaraan wil bijdragen, omdat zij daar geen baten uit halen? En verder: dienen alle partijen verhoudingsgewijs evenveel te financieren? Of ziet de regering daar een andere verdeling voor zich? Tot slot, waarom verwacht de regering dat gemeenten en verzekeraars investeren in preventie als zij daar weinig tot geen baten uit halen?

De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie vragen de regering welke instantie is betrokken bij het vormgeven van preventieve maatregelen. Is het Zorginstituut, zoals zij haar rol in de Zvw vervult, ook betrokken bij de duiding van preventieve maatregelen? Worden de kosten ook in qalys uitgedrukt of is het een puur economische afweging?

De leden van de **VVD-fractie** lezen dat er thans nog geen compleet beeld bestaat van succesvolle preventieve maatregelen. Wanneer verwacht de regering hier wel een beeld van te hebben?

Verder merken genoemde leden op dat in de praktijkvoorbeelden voor mensen met dementie trials gehouden worden om te kijken hoe het beroep op duurdere zorg wordt uitgesteld en de kwaliteit van leven voor deze mensen wordt verbeterd. De leden van de VVD-fractie menen dat de onafhankelijk casemanager dementie van grote toegevoegde waarde is voor patiënten en hun naasten met dementie en dat deze hier een rol in te vervullen heeft. Hoe neemt de regering onafhankelijk casemanagement dementie mee? Overweegt de regering onafhankelijke casemanagers een eigen betaaltitel te geven? Hoe wordt geborgd dat er na opname in een instelling voor 24-uurszorg de casemanager nog een afsluitend gesprek kan voeren?

Op welke manier komen succesvolle praktijkvoorbeelden beschikbaar voor andere partijen zodat men van elkaar kan leren en om te voorkomen dat men het wiel telkens opnieuw uit moet vinden? Hoe wordt ervoor gezorgd dat dit ook over de verschillende regio's gebeurt?

De beoordeling van preventieve maatregelen door middel van een businesscase is voorbehouden aan de zorgkantoren. Hoe kijkt de regering naar het eventueel betrekken van gemeentelijke expertise bij de beoordeling van de voorstellen?

De leden van de VVD-fractie lezen dat er vanaf 2023 verdere ervaringen opgedaan is via de SPUK DOS voor experimenten die bij moeten dragen aan een verminderde behoefte aan Wlz-zorg en daarmee een verwachte kostenbesparing in de Wlz. Zij lezen tevens dat er nog geen compleet beeld bestaat van succesvolle preventieve maatregelen. Voor het jaar 2024 is het verplicht dat de gemeente of coördinerende gemeente meewerkt aan monitoring van de resultaten van de experimenten. Gezien de aankondiging van onderliggend wetsvoorstel al voor 2023 gedaan is, vragen deze leden van de VVD-fractie waarom er in 2023 geen monitoringsplicht gold. Hoe wordt geborgd dat de wet goed aansluit op eventuele positieve resultaten vanuit de monitoring in 2024?

De leden van de **NSC-fractie** vragen de regering nader aan te geven wat de motieven zijn om zorgkantoren een rol te geven bij preventie in het sociaal domein.

Wanneer en hoe krijgen zorgkantoren mensen in beeld die baat kunnen hebben bij preventie, om zo een beroep op grond van de Wlz te voorkomen, te verminderen dan wel uit te stellen?

De leden van de NSC-fractie lezen dat de regering ervan uitgaat dat, als het zorgkantoor meer financiële ruimte krijgt voor preventie, de domein-overstijgende samenwerking vergemakkelijkt wordt. Deze leden vragen op welk mechanisme de regering dit baseert en waarmee dan de samenwerking tussen de verschillende financiers wordt gestimuleerd.

Voorts vragen de leden van de NSC-fractie de regering aan te geven waarom er niet voor gekozen is om het budget, dat geormerkt is voor het zorgkantoor, beschikbaar te stellen aan gemeenten met de opdracht dat ze zoveel mogelijk mensen uit de Wlz moeten houden – of door het onderdeel uit te laten maken van het Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA). Wil de regering dit heroverwegen? Zo nee, kan de regering dit toelichten?

De leden van de NSC-fractie vragen de regering op welke manier dit voorstel bijdraagt aan het verbeteren van het zorgstelsel. Op basis waarvan concludeert de regering dat de zorg minder gefragmenteerd wordt met dit wetsvoorstel, terwijl er weer een financier en aanbieder van preventieve zorg bij komt?

Hoe denkt de regering te voorkomen dat de verschillende spelers (gemeenten, zorgverzekeraars en zorgkantoren) hun preventieve taken op elkaar gaan afschuiven? En hoe denkt de regering te voorkomen dat er willekeur ontstaat bij uitvoering van deze wet, zo vragen deze leden.

De leden van de NSC-fractie vragen de regering voorts aan te geven in hoeverre dit wetsvoorstel de financiële prikkels voor gemeenten en zorgverzekeraars om te investeren in preventieve maatregelen zou wijzigen. Waarom zou volgens de regering een financiële bijdrage van zorgkantoren de belemmering voor gemeenten en zorgverzekeraars verminderen om bij te dragen aan preventie?

Genoemde leden constateren dat er op dit moment al de mogelijkheid is dat zorgverzekeraars systeemfuncties betalen in de wijk, zoals coördinatie in de wijk en ongeplande avond-, nacht- en weekendzorg. Voor deze systeemfuncties is er een onderbesteding in het macrobudget wijkverpleging. Op welke manier borgt de regering dat zorgverzekeraars deze systeemfuncties in alle wijken beschikbaar stellen en dat er geen onderbesteding is van het macrobudget voor systeemfuncties?

Waarom kiest de regering er niet voor om te zorgen voor een passende verevening van besparingen in het zorgdomein (op de Wlz) en in de toegenomen kosten in het sociaal domein?

Hoe verhoudt deze wetswijziging zich tot de huidige inzichten dat er fundamentele aanpassingen nodig zijn, gericht op vereenvoudiging van het stelsel en de noodzakelijke transformatie van zorg voor ouderen?

De wetswijziging ziet in een aanpassing in bekostiging van preventie maatregelen door zorgkantoren. De leden van de **D66-fractie** erkennen dat het wegnemen van belemmeringen op dit gebied ten gunste zal komen aan de financiële houdbaarheid van de zorg en daarmee ook aan de kwaliteit en toegankelijkheid voor de cliënt. Echter, in de wijziging is geen verplichting of stimulans opgenomen dat de zorgkantoren de preventieve maatregelen ook daadwerkelijk zullen nemen. Kan de regering toelichten hoe zorgkantoren daartoe worden bewogen?

Onder de randvoorwaarden voor het realiseren van preventieve maatregelen door de zorgkantoren staat opgenomen dat zorgkantoren niet zelfstandig dergelijke maatregelen kunnen bekostigen, maar altijd in gezamenlijkheid. De leden van de D66-fractie zien graag een toelichting van de regering waarom hiervoor is gekozen en of er nog verdere criteria aan de samenstelling worden opgelegd. In hoeverre is er een maximum aan het bedrag dat door een zorgkantoor wordt benut voor preventieve maatregelen?

Er bestaat geen overzicht van effectieve preventieve maatregelen. Dat wekt de verbazing van deze leden. In hoeverre is hier onderzoek naar gedaan, zo vragen zij. En hoe worden beoogde preventieve maatregelen, die onder andere zorgkantoren willen nemen, beoordeeld?

Het wetsvoorstel creëert openingen waardoor er voor gemeenten en zorgverzekeraars juist minder aansporing ligt voor preventie, zo constateren de leden van de **BBB-fractie**. Immers, het zorgkantoor krijgt ook deze taak. De verantwoordelijkheid van de zorgkantoren is dat iedereen met een Wlz-indicatie de juiste zorg krijgt en zij maken hiervoor afspraken met zorgaanbieders. De leden van de BBB vragen de regering waarom zij nu deze rol moeten oppakken.

Ook vragen deze leden waarom de regering überhaupt een rol ziet voor zorgkantoren voor preventie in het sociaal domein en hoe de regering naar de complexiteit van het zorgstelsel kijkt als zorgkantoren, naast gemeenten en zorgverzekeraars, de taak krijgen in te zetten op preventieve activiteiten in het sociaal domein.

Verder vragen genoemde leden hoe de regering de wetswijziging ziet in relatie tot gemeenten en zorgverzekeraars die «achterover zouden kunnen leunen» omdat zorgkantoren een taak krijgen om in het sociaal domein zwaardere zorg te voorkomen/uit te stellen.

De leden van de BBB-fractie lezen dat de Raad van State opmerkt dat de verruiming van de financieringsmogelijkheden voor zorgkantoren een belemmering wegneemt voor samenwerking op het gebied van preventie. Echter, er wordt afgevraagd of deze samenwerking daadwerkelijk tot stand zal komen, gezien de vrijwillige aard van de afspraken en de financiële prikkels die nog steeds afwentelgedrag kunnen bevorderen. De leden van de BBB-fractie vragen de regering hoe ervoor gezorgd kan worden dat de verschillende partijen daadwerkelijk samenwerken op preventiegebied en hoe de financiële prikkels kunnen worden aangepast om afwentelgedrag te voorkomen.

De regering stelt in de memorie van toelichting dat gemeenten en zorgverzekeraars een financiële bijdrage kunnen leveren aan domeinoverstijgende samenwerking maar dat zorgkantoren dit wettelijk nu niet kunnen, zo lezen de leden van de **CDA-fractie**. Kan de regering aangeven hoeveel gemeenten en zorgverzekeraars met de huidige wetgeving domeinoverstijgend samenwerken? Tegen welke problemen lopen zij in de praktijk aan?

De investeringen kunnen wat betreft zorgverzekeraars niet worden aangemerkt als schadelast. Ze ontvangen hiervoor geen compensatie in de vorm van een vereveningsbijdrage. Kan de regering aangeven in hoeverre zorgverzekeraars door mee te doen aan domeinoverstijgende samenwerking elders in de Zvw (preventief) financiële voordelen behalen? Is dat inzichtelijk te maken? Kan de regering toelichten waarom gekozen is om zowel in bestaande als in nieuwe initiatieven te investeren ten laste van het Flz als er aan de wettelijke voorwaarden wordt voldaan?

Wat zijn de eerste resultaten van de SPUK DOS die bij moeten dragen aan een verminderde behoefte aan Wlz-zorg en aan een verwachte kostenbesparing in de Wlz? Zijn de praktijkvoorbeelden die worden genoemd gefinancierd via de specifieke uitkering? In hoeverre zijn deze resultaten of eerste uitkomsten in dit wetsvoorstel verwerkt?

De leden van de CDA-fractie verzoeken de regering voor de plenaire behandeling van onderhavige wet de algemene maatregel van bestuur (AMvB) naar de Kamer te sturen.

De leden van de **SP-fractie** lezen dat de zorgkantoren een preventieve maatregel niet geheel zelf kunnen bekostigen. Zij vragen de regering waarom deze keuze is gemaakt. Waarom zou een zorgkantoor een preventieve maatregel niet volledig zelf mogen financieren, als deze naar

verwachting voor meer geld aan Wlz-zorg zou besparen dan het zou kosten om deze maatregel in te voeren?

3. AANVULLENDE BEKOSTIGING VOOR RANDVOORWAARDELIJKE MAATREGELEN

Wat zijn de verschillende bestaande bekostigingsproblemen die dit wetsvoorstel oplost, zo vragen de leden van de **PVV-fractie** de regering. Welke specifieke cliëntgroepen krijgen geen passende zorg? Of dreigt de continuïteit van zorg in het geding te komen? De leden van de PVV-fractie willen verder weten of zorgprofiel VG7 valt onder de zorgverlening aan een moeilijk af te bakenen specifieke groep van cliënten. Zo nee, waarom niet?

Kan de regering een aantal voorbeelden geven van maatregelen die ingezet kunnen worden om toe te groeien naar het kwaliteitskader verpleeghuiszorg? Kan de regering een aantal voorbeelden geven van maatregelen die ingezet kunnen worden met betrekking tot een toekomstbestendige personeelsinzet?

De leden van de **GroenLinks-PvdA-fractie** begrijpen uit de memorie van toelichting dat zorgkantoren in een drietal gevallen extra bekostigingsmogelijkheden nodig hebben. Kan de regering in een aantal concrete casussen uitleggen welke problemen zich voordoen en hoe de voorgestelde oplossing met een Wlz-sluittarief hier een oplossing voor die concrete gevallen een oplossing biedt?

De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie verwachten dat, met invoering van een sluittarief, de aanspraak van zorgaanbieders op het Flz ook verandert. Zij kunnen extra aanspraak maken en in bepaalde gevallen extra financiering krijgen. Dat betekent ook dat het Flz verhoogt dient te worden. Kan de regering aangeven in hoeverre het budget wordt verhoogd?

De leden van de **VVD-fractie** merken op dat het voorstel wel de mogelijkheid, maar niet een verplichting regelt voor zorgkantoren om te investeren in preventie. Zij merken op dat er zorgen zijn dat dit kan leiden tot grote regionale verschillen, waarin de ene regio wel investeert in preventie en de andere niet. Daarnaast hebben genoemde leden zorgen over de vrijblijvendheid voor zorgkantoren om te investeren in preventieve maatregelen. Wat is de visie van de regering hierop? Hoe wordt gezorgd dat met deze vrijblijvendheid wel de urgentie wordt gevoeld? Hoe voorkomt de regering dat grote regionale verschillen ontstaan? Op welke manier gaat de regering monitoren of zorgkantoren daadwerkelijk investeringen doen?

Verder vragen de leden van de VVD-fractie op welke wijze geborgd kan worden dat zorgkantoren duurzaam blijven investeren in domeinoverstijgende aanpakken en succesvolle initiatieven.

De leden van de **D66-fractie** lezen in de memorie van toelichting dat de scherpe randen van strikte cliëntvolgende bekostiging kan zorgen voor verliezen bij aanbieders en dat dit ertoe kan leiden dat specifieke cliëntgroepen geen passende zorg krijgen of dat de continuïteit van zorg in het geding is. De leden van de D66-fractie zien graag een toelichting van de regering in hoeverre dit nu het geval is en bij welke groepen. In de toelichting voor een aanvullende niet-clientvolgende bekostiging lezen deze leden dat dit in eerste plaats is bedoeld voor plotseling optredende omstandigheden. In hoeverre biedt deze voorgestelde regeling dan een oplossing voor complexe doelgroepen waarbij de onderlinge verschillen een vaste prestatie niet werkbaar maakt, zoals bij de zogenaamde VG7-doelgroep, zo vragen deze leden.

De leden van de **CDA-fractie** constateren dat dit wetsvoorstel een maatregel behelst waarvan de bekostiging niet in de reguliere bekostiging per cliënt is in te passen maar die wel randvoorwaardelijk zijn om passende Wlz-zorg die behoort tot het verzekerde pakket van de Wlz te kunnen leveren. Als voorbeeld geeft de regering een moeilijk af te bakenen groep van cliënten met een zeer complexe zorgvraag. Deze leden vermoeden dat dit dan om de zogenaamde maatwerkplaatsen gaat. Klopt dit?

Verder vragen de leden van de CDA-fractie of de regering hier ook doelt op zeer complexe gehandicaptenzorg voor cliënten met een VG7-profiel. Of moet hier een oplossing gevonden worden in het zorginkoopbeleid door binnen het door de NZa vastgestelde maximumtarief een hogere prijs per cliënt af te spreken met zorgaanbieders?

De leden van de **SP-fractie** lezen op pagina's 10 en 11 van de memorie van toelichting de volgende zin: «De Wlz-uitvoerders zijn bij hun zorginkoop, waartoe ook de aanvullende bekostiging behoort, gebonden aan de aanbestedingsbeginselen». Om welke aanbestedingsbeginselen gaat het hier precies?

4. IN STAND LATEN WLZ-UITGAVEN DOOR DE NZA

De leden van de **PVV-fractie** lezen dat er elk jaar sprake van is casuïstiek, waarbij vanuit het belang van de uitvoering van de zorgplicht jegens de verzekerden het wenselijk is dat uitgaven in stand gehouden (kunnen) worden maar waar geen wettelijke grondslag voor is. Het kan hierbij bijvoorbeeld gaan om individuele casuïstiek, waarbij geen passende zorg geleverd kan worden omdat de geldende wet- en regelgeving in de individuele situatie onwenselijk uitvalt. Kan de regering een overzicht geven van de uitgaven voor de uitvoering van de zorgplicht die de NZa wenselijk vindt?

Op welke wijze wordt gegarandeerd dat rondom de verzwaren van de Zvw zorg thuis voldoende wordt vergoed?

De leden van de **D66-fractie** onderschrijven het nut om de bevoegdheid uit te breiden om de Wlz-uitgaven in stand te laten. De NZa zal de bevoegdheid slechts gebruiken voor bepaalde gevallen van zorgaanbieders. Dit is beperkt tot situaties waarin de NZa kan anticiperen op toekomstige wet- en regelgeving. Deze leden vragen in hoeverre de Tweede Kamer zal worden geraadpleegd over een beoogd besluit om deze bevoegdheid te benutten.

De NZa kan momenteel de bevoegdheden die zij hebben niet inzetten voor groepen van gevallen waarbij zij niet kan anticiperen op toekomstige wet- en regelgeving waarvan het tijdstip van inwerkingtreding nog niet is vastgesteld. Op verzoek van de NZa is de verruiming van deze wet begrensd door het anticiperen op toekomstige wet en regelgeving op te nemen. Waarom is hiervoor gekozen en kan de regering enkele voorbeelden geven wanneer dit het geval zou kunnen zijn, zo vragen de leden van de **CDA-fractie**.

De leden van de **SP-fractie** vragen of de regering voorbeelden kan geven van Wlz-uitgaven die niet het op grond van de Wlz verzekerde pakket of de uitvoering van die wet betreffen, die als gevolg van de uitbreiding van de bevoegdheid van de NZa in stand zouden kunnen blijven.

5. MEERJARIGE CONTRACTERING

Op welke manier moeten investeringen besparingen van € 125 miljoen (2024), € 245 miljoen (2025) en € 135 miljoen (structureel vanaf 2026) realiseren, zo vragen de leden van de **PVV-fractie**.

De leden van de **NSC-fractie** horen van zorgorganisaties dat er behoefte is aan meerjarige contractering. Anderzijds wijst de Raad van State op het feit dat het soms noodzakelijk is om tussentijds financiële aanpassingen te doen vanwege bijvoorbeeld bezuinigingen. Vanwege de wijziging van de wettekst lijkt het erop dat er nu geen garanties voor meerjarige contracten mogelijk zijn. Deze leden vragen welke garanties zorgkantoren kunnen geven aan zorgorganisaties bij meerjarige contacten na invoering van deze wijziging van de wet.

De leden van de NSC-fractie zien dat de kosten voor domeinoverstijgende samenwerking lijken af te gaan van de vaste contracteerruimte voor de zorgorganisaties. Dit betekent dat zij aan minder cliënten zorg kunnen leveren. Deze leden vragen of het klopt dat er door deze regeling minder contracteerruimte is en welk bedrag is hiervoor dan voor geraamd is.

De leden van de **D66-fractie** constateren dat zowel de herverdeelmid-delen en de groeiruimte zijn uitgesloten van de regel om meerjarig vast te stellen. Kan de regering toelichten in welke mate deze middelen voldoende zullen zijn om de benodigde flexibiliteit te behouden, zo vragen de leden van de D66-fractie.

De leden van de **BBB-fractie** lezen dat de Raad van State begrijpt dat meerjarige contracten zekerheid bieden aan zorgaanbieders en besparingen kunnen opleveren. Echter, er wordt benadrukt dat het langjarig vastleggen van budgetten ook nadelen heeft, omdat het de besteding van collectieve middelen voor een langere periode vastlegt en beleidswijzigingen vertraagt. Kan de Minister de voor- en nadelen uiteenzetten van meerjarige contracten met betrekking tot de besteding van collectieve middelen? En hoe kan er een balans gevonden worden tussen zekerheid en flexibiliteit in de financiering van langdurige zorg?

Tevens vinden genoemde leden dat de regering te soepel omgaat met de adviezen van de Raad van State. De regering verwijst naar de SPUK-DOS die bijdraagt aan de financiële drempels voor gemeenten als weerlegging van de adviezen. Echter, in het wetsvoorstel DOS ligt de taak niet bij de gemeenten maar bij het zorgkantoor. Hoe verklaart de Minister dit?

In het tweede lid van het voorgestelde artikel 49e Wmg, is neergelegd dat de Minister voor Langdurige Zorg voor maximaal vijf jaar een financieel kader vast kan stellen, zo lezen de leden van de **CDA-fractie**. Deze beperking bewerkstelligt dat toekomstige kabinetten de mogelijkheid hebben om beleidsmaatregelen te treffen die zij nodig achten voor de toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van zorg. Dit lijkt de leden ook in lijn met de opmerkingen van de Raad van State.

Vervolgens lezen de leden van genoemde fractie dit onderdeel van het wetsvoorstel zo, dat het wetsvoorstel er standaard vanuit gaat om voor een kalenderjaar het kader voor zorg in natura, het Persoonsgebonden Budget (PGB) en uitvoeringskosten vast te stellen en dat de Minister hier via dit wetsvoorstel van kan afwijken. Begrijpen zij dit goed? Ook is in dit wetsvoorstel een koppeling met de verdeling van de contracteerruimte voor meerdere jaren gemaakt. Waarom wordt er alleen aan de lopende coalitieperiode gerefereerd? Wetgeving maak je immers voor een langere periode.

Genoemde leden lezen verder dat niet voor de gehele landelijke contracteerruimte en daarmee ook niet voor de gehele regionale contracteerruimten meerjarige zekerheid kan worden geboden. Op welke onderdelen

doelt de regering? Gaat dit alleen om de herverdelingsmiddelen of gaat het om meer?

De leden van de **SP-fractie** vragen de regering waarom er niet voor is gekozen om de introductie van meerjarige contractering in een apart wetsvoorstel te regelen.

De leden van de SP-fractie vragen of de regering nader kan toelichten waarom een meerjarig financieel kader voor de Wlz noodzakelijk en/of wenselijk is.

De leden van de SP-fractie vragen de regering welk deel van het Wlz-budget onder dit meerjarig financieel kader zou vallen. Kan de regering hierbij zowel aangeven welke deelsectoren hieronder zouden vallen als welk percentage van het totale Wlz-budget dit zou beslaan?

De leden van de SP-fractie lezen in de memorie van toelichting dat «Het langdurig vastleggen van collectieve middelen [...] de wendbaarheid en het aanpassingsvermogen bij gewijzigde omstandigheden of nieuw (politieke) inzichten gedurende de betrokken kabinetsperiode [vermindert]». Betekent dit dat budgetten ook niet meer naar boven bijgesteld kunnen worden als blijkt dat er grote tekorten ontstaan binnen de Wlz?

De leden van de SP-fractie vragen de regering daarnaast of het vaststellen van een meerjarig financieel kader niet het risico geeft dat er makkelijker wordt bezuinigd, aangezien tussentijdse kostenstijgingen dan niet meer kunnen worden opgevangen met extra geld.

De leden van de SP-fractie vragen de regering ook of de introductie van een meerjarig financieel kader er niet ook voor zorgt dat een kabinet over diens graf heen kan regeren, aangezien een nieuw kabinet wordt beperkt in het aanpassen van de budgetten. Hoe verhoudt dit zich bovendien tot het budgetrecht van de Tweede Kamer?

De leden van de SP-fractie lezen ook dat «De Minister voor LZS [...] in beginsel toekomstige kabinetten niet de mogelijkheid [zal] ontnemen om beleidsmaatregelen te treffen die nodig zijn in het licht van de toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van zorg.» Betekent dit dat het bij uitzondering wel kan voorkomen dat dit alsnog gebeurt?

6. GEVOLGEN VAN HET WETSVOORSTEL

Hoeveel bedraagt het budget voor de zorgkantoren om preventieve maatregelen te bekostigen, zo vragen de leden van de **PVV-fractie** de regering.

Hoeveel bedraagt het budget voor de zorgkantoren om onafhankelijke cliëntondersteuning en cliëntvertrouwenspersonen in te kopen?

De leden van de **VVD-fractie** lezen dat een belangrijke voorwaarde om preventieve maatregelen te bekostigen met middelen vanuit het Flz is dat het aantoonbaar leidt tot lagere zorguitgaven. Omdat de kosten voor de baten uitgaan, worden in beginsel voor drie jaar middelen beschikbaar gesteld. Als aangetoond wordt dat de preventieve maatregelen leiden tot lagere zorguitgaven, dan kunnen op termijn middelen voor preventieve maatregelen beschikbaar gesteld worden door de middelen om zorg in natura in te kopen met eenzelfde bedrag te verlagen. Betekent dit dat succesvolle preventieve maatregelen standaard onderdeel zullen uitmaken van de zorg- en hulpverlening? En zo ja, hoe wordt geborgd dat deze maatregelen spoedig hun weg vinden in kwaliteitsstandaarden en de zorgpraktijk?

De leden van de **D66-fractie** dat in beginsel voor drie jaar middelen beschikbaar worden gesteld om preventieve maatregelen in te voeren. Deze middelen lopen op van € 26 naar € 45 miljoen. Kan de regering toelichten in hoeverre deze middelen voldoende zijn en of er een

inventarisatie is gedaan onder zorgkantoren voor beoogde maatregelen? Deze leden zien ook graag een uitleg over hoe reëel het is dat preventieve maatregelen binnen drie jaar direct effect laten zien? In hoeverre wordt er rekening gehouden met een langere aanlooptijd?

De leden van de **CDA-fractie** lezen dat de ruimte voor preventieve maatregelen per jaar begrensd wordt door het budget dat de Minister hiervoor beschikbaar stelt. Tussen 2024 en 2026 loopt het beschikbare bedrag voor preventieve maatregelen geleidelijk op van € 26 miljoen naar € 45 miljoen. Kan de regering aangeven waar dit bedrag op gebaseerd is? Vervolgens stelt de regering dat, als aangetoond wordt dat de preventieve maatregelen leiden tot lagere zorguitgaven, de middelen voor preventieve maatregelen op termijn beschikbaar worden gesteld door de middelen om zorg in natura in te kopen met eenzelfde bedrag te verlagen. Deze leden begrijpen dit enerzijds omdat dit de doelstelling is van de domeinoverstijgende maatregelen. Anderzijds lezen zij dit als een kan-bepaling waar de regering van kan afwijken. In dit verband willen de leden van de CDA-fractie opmerken dat de vergrijzing tot 2040 fors zal toenemen, zo ook de vraag naar ouderenzorg en verpleeghuiszorg. Hoe wordt hier rekening mee gehouden bij deze preventieve maatregelen? Stel dat een regio/gemeente actiever is om ouderen langer thuis te houden dan een andere regio. Hoe werkt dit dan financieel door in de regionale contracteerruimte? Genoemde leden stellen deze vragen omdat zij vrezen dat preventieve koplopers op de lange termijn financieel bestraft worden. Ziet de regering dit probleem ook en zo ja, hoe denken zij hier mee om te gaan?

De leden van de **SP-fractie** vragen de regering waar de extra budgetten die met dit wetsvoorstel worden geïntroduceerd precies vandaan zullen komen. Gaat het hierbij om extra geld of om de verplaatsing van bestaande middelen?

De leden van de SP-fractie vragen of de regering een toelichting kan geven op de negatieve post «Mutatie budget beheerskosten Wlz (5+6)» in tabel 1 op pagina 17 van de memorie van toelichting.

7. ADVIES EN CONSULTATIE

Kan de regering de 37 openbare reacties met de beantwoording meesturen aan de Kamer, zo vragen de leden van de **PVV-fractie**. Klopt het dat partijen (branche, gemeenten, zorgkantoren) die met deze wetwijziging moeten gaan werken, geen meerwaarde zien in dit wetsvoorstel? Op welke manier kan een meerjarig kader volgens een kostenverhogend effect hebben?

De NZa merkt op dat in het licht van de reguleringstaken van de NZa het wetsvoorstel uitvoerbaar is, zo lezen de leden van de **VVD-fractie**. In het licht van haar uitvoeringstaken signaleert de NZa nog enkele aandachtspunten. Zo meent zij dat een volledige beoordeling van de toezichtbaarheid en handhaafbaarheid nog niet te toetsen is, alsmede een fraudetoets, gezien dit afhangt van de aangekondigde AMvB. Wanneer verwacht de regering de aangekondigde AMvB uitgewerkt te hebben? Op welke termijn volgt de uitvoeringstoets van de NZa hierop?

De leden van de **SP-fractie** vragen de regering of er niet nog steeds een prikkel blijft bestaan voor gemeenten om cliënten vanuit de Wmo 2015 naar de Wlz te laten doorstromen, zoals de Raad van State in haar advies ook stelde: «Zolang de financiële prikkels in het stelsel niet zijn gewijzigd, kan het voor gemeenten bijvoorbeeld (financieel) aantrekkelijk zijn om cliënten zo mogelijk vanuit de Wmo 2015 naar de Wlz te laten

uitstromen.» Hoe kan de investering in preventie die met dit wetsvoorstel wordt beoogd echt gaan plaatsvinden als deze prikkels in stand blijven?

8. ADVIES ATR

Veel partijen geven aan dat zij met dit wetsvoorstel verwachten dat de administratieve lasten zullen toenemen, zowel voor de zorgkantoren als voor de zorgaanbieders. De leden van de **PVV-fractie** ontvangen op dit punt graag een reactie van de regering.

9. OVERIG

De leden van de **BBB-fractie** willen nog stilstaan bij de taakstelling van gemeenten. Als het gaat om de taakstelling van gemeenten vragen deze leden of de regering van plan is om de financiële prikkels die afwentelgedrag in de Wmo 2015 bevorderen, weg te nemen? Zo nee, waarom niet? Ook vragen zij de regering op welke manier de overheid borgt dat zorgverzekeraars voldoende systeemfuncties in de wijk inkopen en kostendekkend mogelijk maken.

Tot slot willen deze leden nog stilstaan bij de ontwikkelingen in de samenleving en het zorgstelsel. De leden van de BBB-fractie zijn een groot voorstander van het vereenvoudigen van het zorgstelsel. Hierom vragen zij waarom de regering kiest voor een aanpassing van taken van zorgkantoren gericht op het sociaal domein, waardoor het stelsel nog complexer en onduidelijker wordt.

Ook vinden zij, kijkend naar de ontwikkelingen in de samenleving, het belangrijk dat wijzigingen ook werken richting de toekomst. Nederland groeit in 2040 naar vijf miljoen 65-plussers en een verdubbeling van het aantal 90-jarigen. Tegelijkertijd neemt het aantal mantelzorgers af en gaat een toenemend aantal zorgprofessionals de komende jaren met pensioen. Hierom vragen genoemde leden hoe de wetswijziging zich verhoudt tot de huidige inzichten dat er fundamentele aanpassingen nodig zijn gericht op vereenvoudiging van het stelsel en de noodzakelijke transformatie van zorg voor ouderen?

De fungerend voorzitter van de vaste commissie,
Agema

De adjunct-griffier van de vaste commissie,
Heller