

Vergaderjaar 2014–2015

33 891

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

E

VOORLOPIG VERSLAG VAN DE VASTE COMMISSIE VOOR VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT¹

Vastgesteld 21 oktober 2014

Het voorbereidend onderzoek van dit wetsvoorstel geeft de commissie aanleiding tot het maken van de volgende opmerkingen en het stellen van de volgende vragen.

Inleiding

De leden van de **VVD**-fractie staan positief jegens de hoofdlijnen van het wetsvoorstel. Zij onderschrijven de doelstellingen van het voorstel als sluitstuk van de hervorming van de langdurige zorg. Eerdere stappen als de overheveling van taken vanuit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) naar de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Wet maatschappelijke Ondersteuning (Wmo) konden ook op instemming van deze leden rekenen. Zij ondersteunen de regering in haar visie dat de langdurige zorg een omslag moet maken naar meer maatwerk, meer zorg dichtbij en naar meer regie voor zorgbehoevende, met als cruciale randvoorwaarde een langdurige zorg die structureel financieel betaalbaar blijft. Dat is naar de mening van deze leden noodzakelijk teneinde deze cruciale voorziening ook voor toekomstige generaties veilig te stellen. De leden van de VVD-fractie zijn onder de indruk van de mate waarin de Tweede Kamer werk heeft gemaakt van de parlementaire behandeling van het wetsvoorstel aldaar. Alleen al de reactie van de regering op de gestelde vragen bij de schriftelijke voorbereiding omvat meer dan 400 bladzijden. Overigens terecht, dit wetsvoorstel raakt vele burgers, waaronder velen die zich in een kwetsbare, afhankelijke positie bevinden. Dat vergt een zeer zorgvuldige parlementaire behandeling. Anderzijds geldt voor de leden van de VVD-fractie in de Senaat dat zij geen meerwaarde zien in

¹ Samenstelling:

Holdijk (SGP), Dupuis (VVD) (*vice-voorzitter*), Linthorst (PvdA), Slagter-Roukema (SP) (*voorzitter*), Thissen (GL), Nagel (50PLUS), Koffeman (PvdD), Kuiper (CU), Quik-Schuijt (SP), Reuten (SP), De Vries-Leggedoor (CDA), Flierman (CDA), Barth (PvdA), Martens (CDA), vac. (CDA), Scholten (D66), Backer (D66), Ganzevoort (GL), De Lange (OSF), Ter Horst (PvdA), Beuving (PvdA), Frijters-Klijnen (PVV), Van Dijk (PVV), De Grave (VVD), Bröcker (VVD), Beckers (VVD), Van Beek (PVV), Bruijn (VVD), Koning (PvdA)

overdoen van het werk in de Tweede Kamer. Zij willen zich derhalve in hun inbreng richten op de huidige stand van zaken rond de implementatie, de gevolgen van de amendering in de Tweede Kamer en een aantal onderwerpen met een bredere strekking.

De leden van de **PvdA**-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van het wetsvoorstel. Zij hebben nog een aantal zorgen en vragen.

De leden van de **CDA**-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van het voorstel Wet langdurige zorg (Wlz). Zij zien dit als het laatste deel van de herziening van de langdurige zorg. Zij hebben alvorens tot een definitief oordeel te komen nog de nodige vragen.

De leden van de fractie van de **PVV** hebben na kennisname van het voorstel Wet langdurige zorg nog enkele vragen, die zij graag aan de regering voorleggen.

Met de invoering van de nieuwe Wmo en de Jeugdwet per 1 januari 2015 worden delen van de AWBZ overgeheveld naar de gemeenten en de zorgverzekeraars. Met het voorliggende wetsvoorstel wordt de oude AWBZ nog verder «uitgekleed» zodat er slechts voor een beperkte groep mensen een recht op (vergoeding uit collectieve middelen voor) langdurige zorg blijft bestaan. Het wetsvoorstel vormt daarmee het sluitstuk van een gigantische overheveling van taken, verantwoordelijkheden en middelen naar gemeenten aan de ene kant en aan de andere kant uitvoering door private zorgverzekeraars, die (in de toekomst, bij het uitvoeren van een aantal taken, die voorheen onder de AWBZ vielen) hiervoor risico dragend worden. De genoemde overhevelingen en de consequenties ervan, die naar de mening van de leden van de **SP**-fractie niet voldoende in kaart zijn gebracht en zijn te overzien, zorgen voor zeer veel onrust onder de bevolking, met name onder degenen over wie het gaat en die het zal gaan treffen: de cliënten en de werkers in de langdurige zorg. Dit heeft zeker ook te maken met de snelheid en de taakstelling waarmee deze regering de veranderingen wil doorzetten. Zoals al eerder bij de plenaire behandeling van de Wmo 2015 en de Jeugdwet werd betoogd: de leden van de SP-fractie steunen de gedachte dat zorg zo dicht mogelijk bij mensen in de buurt moet worden georganiseerd. Zij zijn niet tegen decentraliseren, maar niet zo snel en niet met zo weinig middelen. De Eerste Kamer beoordeelt de deugdelijkheid en uitvoerbaarheid van wetgeving en op beide is met betrekking tot het voorliggende wetsvoorstel nog veel aan te merken. De leden van de SP-fractie hebben dan ook diverse vragen, die zij graag aan de regering voorleggen.

De leden van de fractie van **D66** hebben met belangstelling kennisgenomen van het ingrijpende wetsvoorstel dat het bestaande stelsel van langdurige zorg beoogt te herzien. Het wetsvoorstel is onderdeel van de brede hervorming van de langdurige zorg. Na de indiening van het wetsvoorstel begin dit jaar zijn aanpassingen gedaan die in de ogen van de leden van D66-fractie het oorspronkelijke voorstel op belangrijke punten aanzienlijk hebben verbeterd. Wel hebben zij nog meerdere vragen ten aanzien van het voorliggende wetsvoorstel.

De leden van de fractie van **GroenLinks** hebben kennisgenomen van het wetsvoorstel dat de langdurige zorg regelt en daarmee vormgeeft aan het laatste deel van de decentralisaties in het zorgdomein. Deze leden ondersteunen de richting van de decentralisaties, maar hebben zich steeds bezorgd getoond over de invoeringsproblematiek en de combinatie van transitie, transformatie en bezuiniging. Zij menen dat de olopemde kritiek rondom deze invoeringsproblematiek onderstreept hoe terecht hun bezwaren waren en zijn. In dat licht hebben zij grote zorg over de

invoeringssnelheid van de voorliggende Wet langdurige zorg. Bovendien heeft de wet ook gevolgen voor mensen die nu langdurige zorg ontvangen. Zij stellen nog de volgende vragen.

De leden van de fractie van de **ChristenUnie** hebben met belangstelling kennisgenomen van het wetsvoorstel. Zij onderschrijven de noodzaak tot hervorming van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Zij vinden dat zorg voor de meest kwetsbaren in onze samenleving gegarandeerd moet zijn. Deze leden hebben nog enige vragen over het wetsvoorstel.

VVD-fractie

Invoering

Het is voor de leden van de VVD-fractie evident dat van veel partijen veel wordt gevraagd om ervoor te zorgen dat de ingrijpende wijzigingen die aanvaarding van dit wetsvoorstel met zich mee zullen brengen, op een adequate wijze in 2015 kunnen worden geïmplementeerd. Deze leden waarderen het vele werk dat op verschillende plaatsen wordt verzet. Het beste symbool hiervoor is wel de verantwoordelijke Staatssecretaris, die dagelijks in het land aanwezig is teneinde te luisteren naar diegenen die de nieuwe regels moeten uitvoeren dan wel er mee te maken zullen gaan krijgen. Niettemin blijven bij deze leden zorgen bestaan over de korte termijn waarop een en ander moet worden gerealiseerd. Welk beeld, zo vragen de leden van deze fractie, heeft de Staatssecretaris van VWS nu, gebaseerd op zijn vele persoonlijke gesprekken en contacten in het land? Waar zitten de grootste struikelblokken en risico's? Op welke wijze kan snel en flexibel gereageerd worden als zich ondanks alle inzet van betrokken partijen toch problemen voordoen?

Gevolgen amendering

Tijdens de behandeling in de Tweede Kamer is een stevig aantal amendementen aangenomen. De leden van de VVD-fractie zouden graag een overzicht willen hebben van de gevolgen van deze aangenomen amendementen, getoetst op budgettaire consequenties, personele gevolgen voor uitvoerders en toezichthouders als de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en Centrum indicatiestelling zorg (CIZ), en consequenties voor de administratieve lastendruk.

Gegevensuitwisseling

Op een van de aangenomen amendementen willen deze leden nader ingaan. Het aangenomen amendement van de heer van Dijk en mevrouw Bergkamp² heeft bewerkstelligd dat zorgverleners of zorginstellingen medische persoonsgegevens alleen met toestemming van de betreffende persoon aan het CIZ mogen verstrekken. De leden van de VVD-fractie kunnen zich de overwegingen bij dit amendement op zich goed voorstellen. Wel stellen zij een reactie van de regering op prijs op de stelling van de KNMG in hun brief aan de Eerste Kamer van 10 oktober jl.³, dat de «achterdeur» nog steeds openstaat doordat het CIZ deze medische persoonsgegevens vervolgens wel zonder toestemming van de betreffende persoon met andere instanties zou mogen delen. Klopt de stelling van de KNMG dat dit ook na aanvaarding van het betreffende amendement mogelijk is? Zo ja, hoe beoordeelt de regering dit? Acht zij dit niet in strijd met de bedoeling van het genoemde amendement? Ziet

² Kamerstukken II 2013/14, 33 891, nr. 50.

³ Ter inzage gelegd onder griffienummer 155006.11

de regering mogelijkheden deze achterdeur te sluiten, of acht zij deze achterdeur wenselijk?

Hoewel de leden van de VVD-fractie zoals gezegd begrip hebben voor de overwegingen achter het genoemde amendement, roept de aanvaarding ervan wel vragen op. Immers, het amendement is van de kant van de regering in stevige bewoordingen ontraden, omdat het CIZ medische persoonsgegevens nodig zou hebben voor een adequate bestrijding van ernstige zorgfraude. Nu de Tweede Kamer desondanks het amendement heeft aanvaard moet het CIZ dit volgens de regering noodzakelijke instrument missen, althans is zij afhankelijk van de instemming van de patiënt, instemming die bij ernstige zorgfraude – zo valt te vrezen – niet snel zal worden gegeven. Welke consequenties heeft dit voor de mogelijkheden van het CIZ rond fraudebestrijding en welke maatregelen gaat de regering nemen teneinde te voorkomen dat het CIZ niet in staat zou zijn adequaat toe te zien op een juiste besteding van de vele miljarden die omgaan in de Wlz?

Financiële aspecten

Bij de schriftelijke voorbereiding in de Tweede Kamer zijn, zo constateren de leden van de VVD-fractie, veel vragen gesteld over de macro-uitgavencijfers voor de zorg, uitgesplitst naar cure en care; deze zijn tevens internationaal vergeleken. Begrijpelijk, want er zijn heel veel cijfers, vaak afkomstig van diverse instanties zoals het CBS, SCP, CPB en OESO, die elk hun eigen definities en methodieken hanteren. Daarnaast geeft de regering in de miljoenennotastukken, overigens steeds betere, cijfers over de macro-uitgavenontwikkeling van de diverse zorgcategorieën. Het probleem is, zoals ook blijkt uit de vele vragen aan de overzijde bij de schriftelijke voorbereiding, dat uit al deze verschillende cijfers vaak heel verschillende conclusies worden getrokken. De leden van deze fractie achten dit ongewenst. Zou de regering willen bevorderen dat er meer eenduidigheid komt in de systematiek van meting van de zorgkosten door de diverse instanties? Kan zij toezeggen dat bijvoorbeeld in de jaarlijkse Miljoenennota eenduidig en objectief cijfermateriaal beschikbaar is, op basis waarvan het politieke debat kan plaatsvinden?

De leden van de VVD-fractie blijven worstelen met de samenhang tussen enerzijds de grotere nadruk op de wensen van de zorggerechtigde en de ruimere mogelijkheden voor de dienstverlener tot maatwerk, en anderzijds de budgettaire begrenzings voor het zorgkantoor. Hoe gaat dit, zo vragen deze leden, nou in de praktijk als de zorgverlener en zorggerechtigde een zorgplan opstellen en bij het zorgkantoor is het budgettaire plafond bereikt. Dan kan er regionaal worden verevend, maar wat gebeurt er als dit geen soelaas biedt, omdat ook bij die zorgkantoren de grenzen zijn bereikt? Kan er dan pas het jaar daarop worden ingegrepen door de regering? En kan dat zonder wetswijziging? Zij nodigen de regering uit tot een nadere beschouwing over dit spanningsveld.

De leden van de VVD-fractie constateren dat het wetsvoorstel veel extra taken en verantwoordelijkheden bij het CIZ en de NZa legt. De regering is tevens verantwoordelijk voor de begroting van de instanties. Acht de regering deze instanties in staat de extra taken en verantwoordelijkheden op zich te nemen en adequaat uit te voeren, zonder dat dit ten kosten gaat van hun al bestaande taken en verantwoordelijkheden? Zo ja, hoe is de regering tot deze conclusie gekomen? Zijn de NZa en het CIZ in de gelegenheid geweest hun visie ter zake te geven en hoe luidde hun standpunt? Welke extra middelen hebben de beide organisaties ontvangen ter uitvoering van hun extra taken?

Tot slot vernemen de leden van de VVD-fractie graag hoe het plafond van het persoonsge-bonden budget (pgb) wordt vastgesteld. Wordt de oude regel verblijfskosten minus twintig procent gehandhaafd? Indien dit anders is geregeld, wat wordt dan het maximumbedrag?

PvdA-fractie

Doel en organisatie Wlz

De leden van de PvdA-fractie hebben met instemming kennisgenomen van de drie doelstellingen van de Wlz: het verbeteren van de kwaliteit van de langdurige ondersteuning en zorg, het vergroten van de betrokkenheid van de samenleving en de financiële houdbaarheid van de zorg. Hebben zij het bij het rechte eind dat de tweede doelstelling met name bereikt wordt door de lichtere, niet blijvende vormen van zorg over te hevelen naar de Wmo 2015 en de Zvw, en het in de Wlz wettelijk borgen van het persoonsgebonden budget (pgb), het volledig pakket thuis (vpt) en het modulair pakket thuis (mpt)?

Deze leden constateren ook dat de regering uit pragmatische redenen – met name de korte implementatieperiode – de organisatie van de langdurige zorg grotendeels overneemt van de AWBZ. Zij hebben daar begrip voor, maar zij zijn desalniettemin weer eens onaangenaam onder de indruk van de hoeveelheid instanties die betrokken zullen zijn bij de uitvoering van de Wlz en zijn er van overtuigd dat dit simpeler moet kunnen. Kan de regering een overzicht leveren van de kosten die op dit moment verbonden zijn aan de uitvoering van de AWBZ? En een schatting van het aantal medewerkers dat bij CIZ, CAK, Zorgkantoren, Wlz-uitvoerders, ZIN, SVB en VWS betrokken zullen zijn bij de uitvoering van de Wlz?

Kwaliteit van zorg

De leden van de PvdA-fractie stellen vast dat door de hervorming van de langdurige zorg de complexiteit van de doelgroep in de Wlz aanzienlijk zal toenemen. Zij vragen de regering hoe zij de kwaliteit van met name de intramurale langdurige zorg daar op af wil stemmen? Is naar de mening van de regering bijvoorbeeld het gemiddelde kennisniveau van medewerkers in de langdurige zorg toereikend voor die complexiteit? Zo nee, welke voornemens heeft de regering om de kloof tussen wens en werkelijkheid te dichten?

Als het om verbetering van de kwaliteit van de zorg en ondersteuning van de langdurige zorg gaat, zouden de leden van de PvdA-fractie graag een nader beeld krijgen van de prestatie-indicatoren waarmee de kwaliteit zal worden gemeten. Welke zijn gericht op uitkomsten en resultaten van zorg, en welke meer op kwaliteit van het proces van zorgverlening? Is er met aanbieders van langdurige zorg consensus over de benchmarks waarmee kwaliteit van zorgaanbieders gemeten en vergeleken kan en zal gaan worden?

De leden van de PvdA-fractie hebben gelezen dat het Zorginstituut Nederland (ZIN) werkt aan de vormgeving van zorgprofielen, die bij de indicatie van cliënten de plaats zullen innemen van de ZZP's. Hoe ver is ZIN met de uitwerking van de zorgprofielen?

In de Wlz krijgen cliënten een nagenoeg compleet pakket aangeboden, inclusief huishoudelijke zorg en cliëntondersteuning. Kan de regering aangeven welke inspanningen de regering wil leveren om de persoonlijke continuïteit van deze vormen van ondersteuning voor cliënten zo veel

mogelijk te waarborgen als een cliënt overgaat van Wmo naar Wlz? Is de regering van mening dat persoonlijke continuïteit voor cliënten van belang is?

In de tweede nota van wijziging is geregeld dat woningaanpassingen voor meerderjarigen toch uit de Wlz vergoed kunnen worden. Is de regering van plan daar vooraf nog beperkingen in de aanspraak op aan te brengen, zo vragen de leden van deze fractie. Zo ja, welke? En geldt deze wijziging ook voor verhuizingen?

In de memorie van toelichting⁴ wordt melding gemaakt van het feit dat bij veel instellingen voor langdurige zorg de rendementen toenemen. Daaruit concludeert de regering dat de maximumtarieven in de langdurige zorg ruim zijn. Kan de regering die veronderstelling nader onderbouwen? Zou het bijvoorbeeld ook niet kunnen, zo vragen de leden van deze fractie, dat instellingen in afwachting van de hervormingen de laatste jaren de hand op de knip houden, en al dan niet noodzakelijke investeringen in de (toekomstige) kwaliteit van zorg niet meer doen. Of reserves opbouwen om mogelijke frictiekosten op te vangen?

Voor de Wlz-uitvoerders wordt gekozen voor de privaatrechtelijke ZBO. Hoe verhoudt deze keuze zich tot de risico-aansprakelijkheid van de staat voor de Wlz? Is goede parlementaire controle over die risico-aansprakelijkheid wel mogelijk als de uitvoerders een privaatrechtelijke rechtsvorm krijgen?

Kan de regering aangeven op grond van welke criteria het presteren van zorgkantoren nu gemeten wordt? Zullen die veranderen na invoering van de Wlz? De regering geeft aan dat er nu grote kwaliteitsverschillen bestaan tussen zorgkantoren, en dat het algemeen functioneren moet worden verbeterd. Op welke aspecten van kwaliteit wil de regering dat het functioneren in algemene zin en bij specifieke achterblijvers verbetert? Wat houdt het precies in dat de NZa zorgkantoren en WLZ-uitvoerders «steviger» (blz. 40 van de memorie van toelichting) gaat aanspreken op hun kwaliteit van functioneren? Kan de regering de beleidsinstrumenten die de NZa daarbij straks kan gaan inzetten nader toelichten?

De leden van de PvdA-fractie vragen hoe de regering aankijkt tegen zorgaanbieders die de zorgbemiddelingstaak van het zorgkantoor in feite uitvoeren. Enerzijds zien deze leden dat de regering dit «een prima manier van werken» acht, zolang de cliënt er mee uit de voeten kan; anderzijds geeft de regering aan dat dit onwenselijk kan zijn omdat zorgaanbieders een ander eigenbelang kunnen hebben, en dat dit mogelijk bij AMvB verboden zal worden (blz. 41 van de memorie van toelichting). Kan de regering aangeven hoe deze twee uitgangspunten zich tot elkaar verhouden?

De Minister van VWS kan een Wlz-uitvoerder die slecht presteert op een zwarte lijst plaatsen. De Wlz-uitvoerder mag dan in het hele land niet meer optreden als zorgkantoor. Waarom is niet gekozen voor een verbod om als zorgkantoor te functioneren in de regio waar slecht gepresteerd wordt? Is dat niet werkbaarder en logischer, als de regionale verschillen nu al groot zijn?

Kan de regering inzicht geven in de stand van zaken rond de Kwaliteitsagenda die de regering samen met veldpartijen wil opstellen en uitwerken? De leden van de PvdA-fractie hebben begrepen dat op basis van de Wlz bij AMvB nadere regels gesteld kunnen worden over cliëntondersteuning

⁴ Memorie van toelichting; Kamerstukken II 2013/14, 33 891, nr. 3

door het zorgkantoor. Is de regering van plan zo'n AMvB te ontwerpen? Of laat de regering dat afhangen van de (verbetering van) de prestaties van zorgkantoren op dit vlak?

De regering geeft aan dat zij het aantal pgb's dat in een regio wordt aangevraagd en toegekend zal opvatten als een indicator voor de kwaliteit van zorginkoop en zorgaanbod in een regio. De leden van de PvdA-fractie vragen of dat niet een oneigenlijk instrument is. Kunnen cliënten volgens de regering ook andere motieven voor het aanvragen van een pgb hebben dan ontevredenheid met de kwaliteit van bestaande inkoop en aanbod?

De leden van de PvdA-fractie vragen of de Inspectie de kwaliteit van zorg ook zal toetsen bij extramurale langdurige zorg.

Toegang tot zorg

De leden van de PvdA-fractie stellen vast dat de regering overweegt om pgb-houders de eigen bijdrage zelf te laten betalen (op een brutopgb), in plaats van dat deze, zoals nu gebruikelijk is, vooraf wordt ingehouden (netto-pgb). Zij begrijpen de stimulans op kostenbewustzijn die daar van uit zou kunnen gaan, maar is dit niet ook het rondpompen van geld, dat bij cliënten tot extra bureaucratische lasten leidt? Volstaat het niet om de hoogte van de eigen bijdrage bij toekenning van een pgb te vermelden? Zou anders niet ook de indruk bij cliënten kunnen ontstaan dat de eigen bijdrage een nieuw onderdeel van de Wlz vormt, zo vragen de leden van deze fractie.

Er komt in overleg met Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en Per Saldo een set van voorwaarden op basis waarvan een pgb wordt toegekend, die indien nodig in lagere regelgeving wordt vast gelegd. De leden van de PvdA-fractie vragen of dat uit een oogpunt van rechtszekerheid van burgers niet sowieso zou moeten gebeuren?

Kan de regering inzicht geven in de stand van zaken rond een mogelijke samenvoeging van UVW en CIZ, om te komen tot één onafhankelijk indicatieorgaan voor arbeidsgeschiktheid en langdurige zorg?

De leden van de PvdA-fractie hebben met instemming gelezen dat medewerkers van het CIZ meer face-to-face-gesprekken met cliënten gaan voeren om tot goede indicering te kunnen komen. Echter, zijn de medewerkers van het CIZ volgens de regering daar voldoende voor toegerust? Zo nee, wat zal worden gedaan om die toerusting tot stand te brengen?

Kan de regering inzicht geven in de stand van zaken van de regionale opschaling die plaats zal vinden in de uitvoering van de Wlz?

Wordt het Persoonlijk Assistentiebudget een gebruikelijke leveringsvorm in de Wlz, zo vragen de leden van de PvdA-fractie, of blijft dit beperkt tot een experiment. Is bij de toekenning van een pgb de gemeente altijd en overal gehouden om de gemaakte administratiekosten van een cliënt te vergoeden?

Deze leden delen de voorkeur van de regering om te komen tot meerjarige zorginkoopcontracten. Kan de regering aangeven of deze ook gerealiseerd zullen worden? Zo ja, waarop baseert de regering die veronderstelling? Zo nee, hoe kan de regering het afsluiten van meerjarige contracten stimuleren?

De leden van de PvdA-fractie hebben kennisgenomen van het feit dat de regering haar voornemen om de intramurale geestelijke gezondheidszorg in zijn geheel over te hevelen naar de Zorgverzekeringswet in de eerste nota van wijziging heeft bijgesteld. Nu zal de intramurale geestelijke gezondheidszorg voor een periode van drie jaar worden overgeheveld naar de Zvw; als een patiënt dan nog intramurale zorg nodig heeft, komt deze in de Wlz. De leden van de PvdA-fractie vragen de regering welke inhoudelijke motivering er achter deze keuze ligt? Het ziektebeeld van een patiënt is na drie jaar toch niet opeens veranderd? Kan de regering een inhoudelijke grond bedenken waarop GGZ-patiënten in het regime van de Wlz zouden passen, en mogelijk al eerder dan na drie jaar vanuit de Zvw in de Wlz zouden kunnen belanden? Zal de keus voor een knip niet leiden tot afwentelingsgedrag van verzekeraars en behandelaars? Hoe past deze keus bij hedendaagse zorginhoudelijke en wetenschappelijke inzichten, die gericht zijn op herstel en die aangeven dat langdurige intramurale GGZ voor patiënten geen meerwaarde heeft en zelfs contraproductief kan uitpakken? Was een overgangstermijn voor huidige patiënten met een historie van extreem lange opname in de GGZ niet beter geweest? Welke gevolgen heeft deze knip voor de administratieve lastendruk van de instellingen?

Overig

De leden van de PvdA-fractie begrijpen dat het prudentieel toezicht van De Nederlandse Bank (DNB) op de zorgverzekeraars onder Solvency-II als gevolg van onderhavig wetsvoorstel uitsluitend betrekking heeft op de operationele risico's van de Wlz-uitvoerder en niet op de verzekeringstechnische risico's. Is dat geen dubbel werk ten opzichte van het toezicht van de NZa? Kan de regering een indicatie en/of een modelberekening bieden van de extra vereiste solvabiliteitsmarge als gevolg van het toezicht van DNB zoals opgenomen in het wetsvoorstel? Kan de regering een indicatie en/of modelberekening geven van wat hiervan, ceteris paribus, de doorwerking op de premies zal zijn?

De leden van de PvdA-fractie hebben er kennis van genomen dat in de tweede nota van wijziging is vast gelegd dat de overdracht van huishoudelijke verzorging en mobiliteitshulpmiddelen naar de Wlz om uitvoeringstechnische redenen pas in 2016 zal plaats vinden. Daar hebben zij begrip voor, maar zij vragen de regering wel om nader te motiveren waarom deze vormen van zorg en ondersteuning voor Wlz-gerechtigden ten principale onder het domein van de Wlz komen te vallen, en sociaal vervoer en mantelzorgondersteuning niet. De regering stelt dat deze laatstgenoemde vormen van ondersteuning «qua aard van de voorziening» in de Wmo thuis horen, maar is dat niet evenzo het geval voor huishoudelijke verzorging en mobiliteitshulpmiddelen? Waar trekt de regering inhoudelijk precies de grens, zo vragen de leden van deze fractie.

Deze leden hebben met instemming gelezen dat enkele AWBZ-aanspraken die niet in de systematiek van de langdurige zorg passen in de Wlz niet meer zullen voorkomen. Zo worden de neonatale hielprik en het vaccinatieprogramma overgeheveld naar de Wet Publieke Gezondheid. Maar waarom is dat slechts tot 1 januari 2018 geregeld, zo vragen deze leden? Wat gebeurt er daarna met deze vormen van zorg? En hoe wordt de bekostiging van abortusklinieken na 1 januari 2015 geregeld? Blijft het voor meisjes en vrouwen mogelijk om een abortus te ondergaan zonder dat de verrichting, de zorgverlener of de kosten bijvoorbeeld zichtbaar worden op een declaratie? De leden van de PvdA-fractie hechten er aan dat er geen onnodige drempels worden opgeworpen voor vrouwen en meisjes om te kiezen voor een veilige onderbreking van een zwangerschap, bijvoorbeeld omdat abortus onder een vorm van eigen risico of

eigen bijdrage zou vallen of omdat zij niet verzekerd zijn. Is de regering dat met deze leden eens?

CDA-fractie

Standpuntbepaling

Tijdens de behandeling in de Tweede Kamer heeft de regering haar aanvankelijke opvatting over een aantal onderwerpen herzien. Dat was onder andere het geval bij de positionering van de zware, langdurige GGZ (langer dan 3 jaar), de zware ouderenzorg, de scheiding van wonen en zorg, woningaanpassingen voor cliënten ouder en jonger dan 18 jaar, en voor persoonsvolgende bekostiging. Graag vernemen de leden van de CDA-fractie wat nu het definitieve standpunt van de regering op elk van deze terreinen is, en of deze standpunten naar de mening van de regering de komende tijd nog weer heroverwogen zouden moeten worden.

Zorgverzekeraars

In de zorg, en ook in de langdurige zorg, is een belangrijke rol weggelegd voor zorgverzekeraars. In een stelsel dat, zoals de regering wil, meer vraaggestuurd moet worden ingericht, bundelen zij de gezamenlijke vraag van hun verzekerden en brengen die in de onderhandelingen met zorgaanbieders tot gelding. Cliënten die niet tevreden zijn met de zorg die hun verzekeraar inkoop, zouden van verzekeraar moeten wisselen. Hoewel dit systeem in theorie aantrekkelijk lijkt, zijn er in de praktijk wel een aantal vragen bij te stellen, die zeker ook op het gebied van de langdurige zorg relevant zijn. Zorgverzekeraars hebben in het stelsel een hele sterke positie, maar de controle op hun handelen is beperkt. Weliswaar dienen zij volgens de wet in hun statuten een plaats voor inbreng van verzekerden te bieden, maar de regeling daarvan is, anders dan bij de aanbieders die een cliëntenraad dienen te hebben, vormvrij. Bovendien loopt de inkoop van zorg via twee schijven, waarop van rechtstreekse invloed van verzekerden geen sprake is: de Wlz-uitvoerder en het regionale zorgkantoor. De geringe invloed van cliënten/verzekerden is temeer een aandachtspunt, daar in de langdurige zorg de keuzevrijheid van cliënten beperkt is: op het moment dat zij van langdurige zorg afhankelijk worden, is overstappen naar een andere verzekeraar in de praktijk niet of nauwelijks mogelijk. De leden van de CDA-fractie willen graag een beschouwing van de regering over deze problematiek, waarbij de regering in het bijzonder ingaat op de mogelijkheden van verzekerden om het inkoopbeleid ten aanzien van langdurige zorg te beïnvloeden, en op de mogelijkheden voor cliënten die van langdurige zorg afhankelijk zijn, om nog van verzekeraar te wisselen.

Spreiding voorzieningen

Voor langdurige zorg is een goede spreiding van het aanbod aan voorzieningen van groot belang: dat geldt ook voor de minder dicht bevolkte delen van ons land. Zoals gesteld wordt de spreiding en beschikbaarheid van voorzieningen nu via de zorginkoop uiteindelijk door de verzekeraars bepaald. De leden van de CDA-fractie hebben al vaker aandacht gevraagd voor deze in hun ogen sterke positie, en voor de spreiding van voorzieningen.⁵ Ook in het kader van de langdurige zorg is dit een belangrijk aandachtspunt. De leden van de CDA-fractie vragen dan ook hoe deze spreiding kan worden geborgd, en of het openbaar bestuur, bijvoorbeeld via de gemeenten of provincies, niet een rol bij het bewaken van een goede spreiding van voorzieningen voor langdurige zorg over het

⁵ Zie o.m. de motie-Flierman, Kamerstukken I 2013/14, 33 253, E

land zouden moeten vervullen. Zij vernemen graag de reactie van de regering op hun zorgen ten aanzien van de spreiding van voorzieningen, en de voornoemde suggestie dienaangaande.

Het vraagstuk van een adequate spreiding is daarenboven van belang nu andere delen van de langdurige zorg de verantwoordelijkheid van de gemeenten zijn geworden. Afstemming van het aanbod aan voorzieningen tussen gemeenten en Wlz-uitvoerders is dan ook van belang. Graag vernemen de leden van de CDA-fractie hoe de regering deze afstemming wil veilig stellen.

Een volgend aandachtspunt betreft het vastgoed van de zorgaanbieders, dat in veel gevallen in het verleden ook met publieke middelen is gefinancierd. De beslissingen van de zorgverzekeraars (c.q. Wlz-uitvoerder en zorgkantoor) hebben grote invloed op de bezetting van deze vastgoedcomplexen. Nu kunnen de lasten van het vastgoed bezwaarlijk een doorslaggevende factor bij het inkoopbeleid van de zorgverzekeraar zijn; anderzijds kan het naar het oordeel van de CDA-fractie ook niet de bedoeling zijn dat een zorgaanbieder die goede kwaliteit levert en in zijn omgeving een betekenisvol aanbod realiseert, in ernstige financiële problemen komt doordat hij de lasten van het vastgoed niet langer kan opbrengen. Graag vernemen deze leden de opvatting van de regering op dit punt.

Organisatie en financiële aspecten

Ook anderszins vinden de leden van de CDA-fractie de organisatie van de langdurige zorg bijzonder complex. Naast zorgverzekeraars, Wlz-uitvoerders en zorgkantoren hebben immers het CIZ, de CAK, en de SVB taken in de reguliere uitvoering, en de NZA, de IGZ, het Zorginstituut en DNB taken in de rol van toezichthouder. De lijst met betrokkenen en hun verantwoordelijkheden op blz. 55 van de memorie van toelichting is indrukwekkend, in meerdere opzichten. De leden van de CDA-fractie vernemen graag of, en zo ja, waar de regering op termijn mogelijkheden tot vereenvoudiging van deze structuur ziet.

De financiële houdbaarheid van de AWBZ is de afgelopen decennia vooral onder druk komen te staan doordat ten laste van de AWBZ op politieke gronden voortdurend nieuwe aanspraken werden gehonoreerd. Dat leidde uiteindelijk tot veel hogere premies dan bij invoering van de AWBZ voorzien, en desondanks ook nog eens tot een negatieve reserve in het fonds bijzonder ziektekosten van zo'n € 23 mld. Ook de behandeling van de Wlz in de Tweede Kamer laat zien dat het politiek aantrekkelijk is om aanspraken van cliënten veilig te stellen via een volksverzekering, in plaats van via de voorzieningen in de Wmo, of de gewone ziektekostenverzekering. Wat zijn in dat opzicht de structurele kosten van de wijzigingen in het Wlz-pakket, zoals die uit amendering van de Tweede Kamer voortvloeien? Daarbij valt onder meer (maar niet limitatief) te denken aan amendering ten aanzien van de kosten van woningaanpassingen, aanspraken op ADL-assistentie, partneropname, het recht op thuiswonen ondanks «enige ondoelmatigheid», of in de sfeer van het overgangsrecht.

Beheersing van de kosten van de langdurige zorg zal ook in de toekomst van belang zijn. De leden van de CDA-fractie ontvangen graag nog een overzicht van de totale kosten die de regering nu voor de Wlz voorziet, en voor de dekking daarvan uit eigen bijdragen, premies of de Rijksbegroting. Welke mechanismen voorziet de regering om ook op langere termijn in financiële zin van een houdbaar systeem van langdurige zorg te kunnen. Welke andere doelmatigheidsprykkels zijn in de Wlz voorzien, en ziet de regering op dat vlak nog verdere mogelijkheden?

Kwaliteit van zorg

Voor veel cliënten zal de afhankelijkheid van langdurige zorg blijvend zijn; de zorgvraag kan echter wel veranderen, en groter, kleiner of anders worden. Zorginhoudelijke, medische en technologische ontwikkelingen kunnen hierop ook van invloed zijn. Voor zover de leden van de CDA-fractie kunnen overzien is echter van periodieke herbeoordeling van de zorgvraag, anders dan eventueel op initiatief van de cliënt geen sprake. Graag vernemen de leden van deze fractie of dit juist is en hoe de regering denkt te borgen dat de geleverde zorg in overeenstemming is met de werkelijke behoefte van de cliënt, ook als er sprake is van een verminderde of gewijzigde zorgbehoefte.

Net als bij de Wmo is er ook bij de behandeling van de Wlz veel aandacht voor de ondersteuning van de cliënt. In het ene geval voorziet de gemeente hierin, in het andere geval de zorgverzekeraar. Kan de regering duidelijk maken hoe wordt verzekerd dat de cliënt die enerzijds met de Wmo, anderzijds, eventueel later in de tijd, met de Wlz te maken krijgt, niet met twee verschillende ondersteuners te maken krijgt? Overigens wordt met deze wet een aantal elementen toegevoegd, die ongetwijfeld bedoeld zijn om de positie van de cliënt te versterken, zoals het zorgplan. De leden van de CDA-fractie vragen zich echter wel af, of voor de «gewone» cliënt nog begrijpelijk is hoe de hem aangeboden zorg tot stand komt. Is mede als gevolg van de Wlz niet sprake van een vergaande instrumentalisering en bureaucratisering, die de het verlenen c.q. ontvangen van zorg voor de cliënten en de werkers in de zorg steeds minder inzichtelijk maakt? Graag krijgen de leden van de CDA-fractie een reactie van de regering hierop.

Invoering

In dit kader vragen de leden van de CDA-fractie ook aandacht voor de problematiek van de invoering. De regering zag de Wlz bij voorkeur al voor de afgelopen zomervakantie aanvaard in beide Kamers van de Staten-Generaal. Dat proces is aanzienlijk vertraagd. De leden van deze fractie vernemen graag hoe de regering het invoeringstraject nu beoordeelt, uitgaande van aanvaarding van de wet in de laatste maanden van 2014. Kan er nog sprake zijn van een verantwoorde invoering van de Wlz per 1 januari 2015? Welke risico's ziet de regering, en hoe denkt ze die te kunnen beheersen?

PVV-fractie

Toegang tot zorg

Het motto van Wlz is: met professionele zorg, zo thuis mogelijk! Gezien de grote problemen en onzekerheden die nu duidelijk worden bij de invoering van de Wmo, zoals het enorme gebrek aan passende woonruimte en zorg, merken de leden van de PVV-fractie op dat het motto voor deze wet niet meer van toepassing lijkt. Zij krijgen hierop graag een reactie van de regering.

Betere kwaliteit van zorg is een van de redenen voor deze wet. Hoe denkt de regering de kwaliteit te verbeteren met zo'n enorme bezuiniging? Is het niet zaak eerst de kwaliteit te optimaliseren alvorens een enorme systeemwijziging door te voeren?

De regering is van mening dat de AWBZ zoals wij die nu kennen, vastloopt in steeds ingewikkeldere regelgeving. Waarom heeft de regering geen gebruik gemaakt van de evaluatie Experimenten met Regelarme Instel-

lingen (ERAI) die, zoals nu blijkt, ruim voor de behandeling van de wet in de Tweede Kamer beschikbaar was?

Mensen met een pgb mogen straks alleen nog gebruik maken van logeeropvang als die wordt aangeboden door een AWBZ-instelling. Mensen met een pgb kunnen dan geen gebruik meer maken van particuliere initiatieven, waaronder veel zorgboerderijen. Dit is zeer onwenselijk en verkleint de keuzevrijheid enorm. Graag ontvangen de leden van de PVV-fractie hierop een reactie.

De nieuwe wet sluit aan bij de in de maatschappij heersende principes. De leden van deze fractie horen graag over welke principes het hier gaat.

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; of
- 24 uur per dag zorg in de nabijheid, omdat de cliënt, om ernstig nadeel voor hem zelf te voorkomen, door fysieke problemen voortdurend begeleiding, verpleging of overname van zelfzorg nodig heeft, of, door zware regieproblemen voortdurend begeleiding of overname van taken nodig heeft.

Geeft de regering de garantie dat er geen mensen tussen wal en schip gaan vallen, gezien de grote problemen van gemeenten om de zorg via de Wmo op tijd te regelen?

Ieder mens heeft zelfbeschikkingsrecht. Dat verandert niet als je cliënt wordt. Om de autonomie van de cliënt écht centraal te zetten, zijn de bepalingen over de zorgplanbespreking uit het wetsvoorstel «Beginse-lenwet AWBZ-zorg», dat in 2011 aan de Tweede Kamer is aangeboden en in september 2013 is ingetrokken, in de Wlz opgenomen. Hoe garandeert de regering het zelfbeschikkingsrecht, nu de specifieke rechten voor cliënten uit de wet zijn gesloopt?

Financiële aspecten

Tabel 7.1 uit de memorie van toelichting⁶ geeft een overzicht van de zorguitgaven Wlz. De leden van de PVV-fractie missen hierin de post «structureel» en zouden die hierin graag opgenomen zien.

In de nota naar aanleiding van het nader verslag⁷ staat een tabel met een overzicht van de ombuigingen langdurige zorg (Wlz en Wmo uitgesplitst) in de jaren 2015–2018. In de nota naar aanleiding van het verslag staat dezelfde tabel⁸, maar dan met andere cijfers. Graag krijgen de leden van de PVV-fractie hierop een nadere toelichting.

Wat is nu uiteindelijk structureel de opbrengst van de extramuralisering? Wat is het totaal aan (gespecificeerde) verzachtingen? Wat zijn de effecten van extramuralisering op andere begrotingen naast VWS, bijvoorbeeld SZW (WW- en bijstand-uitkeringen, banenplan) en W&R (huursubsidies)?

⁶ Kamerstukken II 2013/14, 33 891, nr. 3, p. 79

⁷ Kamerstukken II 2013/14, 33 891, nr. 12, p. 113

⁸ Kamerstukken II 2013/14, 33 891, nr. 9, p. 216

SP-fractie

Behandeling en amendering

De leden van de SP-fractie storen zich aan de snelle behandeling van onderhavig wetsvoorstel. Door het hoge tempo van de behandeling kan de Eerste Kamer onmogelijk dienstdoen als «chambre de réflexion». Door de grote veranderingen die het oorspronkelijke wetsvoorstel heeft ondergaan gedurende de behandeling in de Tweede Kamer, wordt het de Eerste Kamer bemoeilijkt om de deugdelijkheid en de uitvoerbaarheid van de veelvuldig geamendeerde wet te beoordelen. Is de regering zich bewust van het risico van deze snelle behandeling, namelijk dat er straks een wet ligt die niet «doordacht» is? Tijdens de behandeling in de Tweede Kamer is een groot aantal amendementen aangenomen. Er is daardoor zoveel gesleuteld aan het wetsvoorstel dat de leden van de fractie van de SP zich zorgen maken over de samenhang. Graag krijgen zij per aangenomen amendement toegelicht hoe de regering hieraan uitvoering denkt te geven en hoe zij de samenhang van het wetsvoorstel beoordeelt.

Regeldruk en administratieve lasten

De regering betoogt dat met de invoering van dit wetsvoorstel de regeldruk afneemt. Er zijn echter voldoende signalen waaruit te concluderen valt dat de regeldruk en bureaucratie toe zal nemen. Gemeenten laten zich uitgebreid ondersteunen door adviseurs en het aantal ambtenaren dat zich op gemeentelijk niveau bezighoudt met alle veranderingen neemt hand over hand toe. De leden van de fractie van de SP verzoeken de regering met betrekking tot dit wetsvoorstel een zogenaamde regeldruktoets uit te voeren. Zij verzoeken daarbij niet alleen het aantal regels in kaart te brengen dat door de regering aan de decentrale overheid wordt opgelegd, maar ook alle regelgeving die vanuit de gemeenten als gevolg daarvan neerdaalt op de cliënten en zorgaanbieders. Zij vragen met betrekking tot de regeldichtheid ook aandacht voor de administratieve lasten die bij betrokkenen wordt neergelegd, indien ze kiezen/in aanmerking wensen te komen voor een persoonsgebonden budget (pgb) of modulair pakket thuis (mpt). In de voorbereiding wordt zowel een behandelplan als een verantwoordingsplan per minuut gevraagd. Hoe meer verantwoordingsmomenten en regels er zijn, des te minder budget kan er over blijven voor de daadwerkelijke zorg en begeleiding van de cliënt. Is de regering bereid te kijken naar deze regeldichtheid? Zorgverzekeraars/Wlz-uitvoerders vallen niet onder een directe democratische controle. Is de regering bereid zich in te spannen om toch zo min mogelijk extra lasten bij de betrokkenen neer te leggen?

Transitie

Hoe hoog schat de regering de kosten die gepaard gaan met de transitie van AWBZ naar Wlz? Wat vindt de regering een gewenst percentage als overheadnorm? Denkt de regering dat dit haalbaar is? Is de regering zich ervan bewust dat hoge kosten het toch al te krappe gemeentelijke budget alleen maar krappert maken? Het is bovendien strijdig met het uitgangspunt dat de kosten juist teruggedrongen dienen te worden.

Om de transitie van de jeugdzorg naar gemeenten en de uitbreiding van taken voor gemeenten met het oog op de Wmo 2015 te ondersteunen, te monitoren en waar nodig te corrigeren, zijn al diverse commissies al dan niet als autoriteit werkzaam. Genoemd kan worden de Transitiecommissie Stelselherziening Jeugd (TSJ), de Transitie Autoriteit Jeugd (TAJ) en de Transitiecommissie Sociaal Domein (TSD). De leden van de fractie van de SP zijn van mening dat ook de met dit wetsvoorstel samenhangende

transitie zo goed mogelijk begeleid moet worden, zodat zo snel mogelijk aan de bel kan worden getrokken indien kwetsbare mensen tussen wal en schip dreigen te vallen. Op welke manier gaat de regering hieraan vormgeven? Hebben de al genoemde commissies daar ook een rol in en hoe wordt samengewerkt?

Opvallend is dat de verantwoordelijke Staatssecretaris van Rijn zich het vuur uit de sloffen loopt om als een rondreizende verkoper van goede bedoelingen bij gemeenten de stand van zaken te peilen met betrekking tot de voorgenomen decentralisaties. Hoewel zijn pogen schoon is te noemen, is het voor de leden van de SP-fractie toch de vraag hoe zinnig deze aanpak is. Het besluit te decentraliseren met de overeengekomen taakstelling, waardoor de grootste knelpunten worden veroorzaakt, is door het voltallige kabinet genomen. Zou het niet van solidariteit getuigen als dat hele kabinet verantwoordelijkheid zou nemen en met de Staatssecretaris op reis zou gaan? De leden van deze fractie zijn ervan overtuigd dat hiermee de Haagse werkelijkheid iets dichter bij de werkelijkheid van alle dag kan komen van diegenen die op langdurige zorg zijn aangewezen en van degenen die die zorg op zich nemen. Graag krijgen zij een reactie hierop.

Toegang tot zorg

Het aantal mensen dat gebruik maakt van de AWBZ is 800.000. Dit is ongeveer 5% van de bevolking. Oorspronkelijk was de AWBZ bedoeld voor 0,6% van de bevolking. De kosten zijn gestegen van € 275 miljoen in 1968 tot € 27 miljard in 2013. Volgens de regering komt dit omdat de AWBZ steeds verder is uitgebreid. Er waren steeds meer (groepen van) mensen die aanspraak konden maken op AWBZ-zorg. Dit is ook de belangrijkste reden waarom de AWBZ nu wordt afgeslankt en als Wlz verder gaat. Toegangscriteria zijn op wetsniveau vastgelegd en deze criteria zijn in de Wlz strenger dan in de AWBZ. De Wlz is alleen voor mensen met zware zorgbehoeften. De leden van de SP-fractie vragen of deze criteria inderdaad voor een scherpe afbakening kunnen zorgen en krijgen graag een toelichting hierop.

De indicatie zoals voorheen geregeld in allerlei vormen van pakketten vervalt en wordt omgevormd naar zorgprofielen en maatwerk. Vermeld wordt ook dat het aantal profielen zal afnemen. Maatwerk wijst op differentiëren, wat naar de mening van deze leden juist zou moeten leiden tot meer profielen. Graag krijgen zij hierover een nadere uitleg.

In de afgelopen maanden is gemeld dat er verschillende groepen zijn die buiten de boot dreigen te vallen. Sommige «vergeten groepen» zijn al geïdentificeerd en kunnen alsnog in de Wlz instromen (14.000 cliënten, die een zogenaamde extramurale indicatie hebben, maar een zodanige zorgzwaarte dat ze naar alle waarschijnlijkheid een beroep kunnen doen op de Wlz⁹). Andere groepen zijn nog niet ontdekt, mogelijk omdat ze zelf niet de consequenties van de wetswijziging kunnen overzien, mogelijk omdat hun situatie zo ingewikkeld is dat ze in geen enkel kader passen. Hieronder vallen bijvoorbeeld:

- Cliënten die chronisch beademd worden. Dit gebeurt deels extra en deels intramuraal. Wat betreft de intramurale setting: deze valt nu al feitelijk buiten de ZZP-financiering; het wordt bekostigd op grond van extra ZZP-toeslagen en aanvullende financiering die jaarlijks in overleg met het zorgkantoor wordt vastgesteld. De groep zal straks onder de Wlz vallen. Onduidelijk is of de extra toeslagen kunnen blijven bestaan.

⁹ Brief 7 oktober 2014, Kamerstukken II 2014/15, 33 891, nr. 172

Indien dit niet het geval is, dan is instandhouding van deze setting niet haalbaar. Kan de regering hierop reageren?

- Van de ongeveer 3000 cliënten die deze groep telt woont 84% thuis. Het betreft veelal progressieve ziektebeelden waarbij de hulpafhankelijkheid toeneemt. Ze zijn voor het ademen een deel van de tijd of volcontinu afhankelijk van een machine. Het is vaak noodzakelijk dat er gedurende 24 uur per dag een deskundig persoon in de nabijheid is om in te grijpen als er iets mis gaat. Een deel van deze groep zal vanuit de Wmo en de zorgverzekeringsaanspraak «Verpleging en verzorging» zorg ontvangen, een deel zal dat vanuit de Wlz moeten doen. Kan zich bij deze groep de situatie voordoen dat de zorgverzekeraar bepaalt dat de verzorging thuis en buitenshuis zo veelomvattend is dat hij de cliënt doorverwijst naar de Wlz? Is met andere woorden de zorgverzekeraar verplicht de gemeentelijke keuze te volgen?
- Meer algemeen gesteld: het lijkt er op dat de zorgaanspraak «verpleging en verzorging» vanuit de zorgverzekeraar bepalend is voor de keuze tussen Wmo en Wlz. Hoe verhoudt zich dit tot de gemeentelijke verantwoordelijkheid? Met andere woorden, wie kan de cliënt aanspreken op inadequate zorgverlening? En wie kan hem/haar ondersteunen bij zijn hulpvraag? De gemeentelijke Wmo-clientondersteuner of de cliënt-ondersteuning die het zorgkantoor moet leveren?
- Cliënten met een multiple-complexe en zware zorgvraag (mzc) worden benadeeld in de Wlz, omdat de zorgindicatie wordt gewijzigd in een zorgprofiel. Het zorgprofiel wordt gebaseerd op de meest voorliggende beperking, terwijl er bij mzc-clieñten sprake is van meerdere aandoeningen. De in de Tweede Kamer aangenomen motie «maatwerkprofiel» roept op tot onderzoek naar het ontwikkelen van een maatwerkprofiel, waarbij indicering plaatsvindt door het CIZ. Kan de regering een toelichting geven op de uitvoering van deze motie? Kan de regering bevestigen dat besloten is om de toekenning van zorg ter aanvulling op het standaardprofiel in handen te leggen van het Zorgkantoor? Hoe kan het Zorgkantoor op onafhankelijke wijze beslissen over de toekenning van zorg op maat aan cliënten met een multiple-complexe en zware zorgvraag? Wat zijn volgens de regering de waarborgen voor een onafhankelijk oordeel van het Zorgkantoor? Het Zorgkantoor vervult hier twee rollen, die op gespannen voet met elkaar staan: de toekenning van de soort zorg en de contractering (uitvoering). Is de regering van mening dat de taken en verantwoordelijkheden van het Zorgkantoor en het CIZ bij de indicatiestelling voldoende duidelijk zijn?
- Ten aanzien van de groep met een multiple-complexe en zware zorgvraag hebben de leden van deze fractie nog de aanvullende vraag wat de regering verstaat onder respijtzorg. Uit de antwoorden aan de Tweede Kamer valt op te maken dat zij hiertoe zowel logeren in een gastgezin of opvanghuis voor een aantal nachten/week als ontlasting voor de ouders, als dagbesteding voor het kind zelf rekent. Respijtzorg is iets voor ouders; dagbesteding is iets voor het kind, in feite een vorm van onderwijs waar elk kind recht op heeft. Graag vernemen de leden van de SP-fractie het commentaar van de regering hierop.
- Is respijtzorg een aparte verstrekking onder de Wlz? Zo nee, waarom niet?
- Ten aanzien van cliënten die in 2015 voor kortdurend eerstelijns verblijf in aanmerking komen, was het de bedoeling dat de kosten van dit verblijf voor rekening van de Zvw zouden komen. Zorgverzekeraars hebben aangegeven dat dit onmogelijk is per 2015, omdat deze zorg zowel qua inhoud (afbakening van de zorg, vertaling naar prestaties) als qua uitgaven (verwachte totale uitgaven, volume en kosten per verzekerde) niet op tijd in kaart is te brengen. Is het correct aan te nemen dat deze zorg in ieder geval in 2015 nog deel blijft uitmaken van de Wlz?

- Aansluitend de vraag of de regering met de zorgverzekeraars van mening is dat deze onuitvoerbaarheid in de Zvw ook zal gelden voor andere «nieuw» geïdentificeerde vormen van zorg die momenteel nog niet in een wettelijk financieel en/of beleidsmatig kader is geplaatst.
- Langdurige – op behandeling gerichte – intramurale GGZ valt na 3 jaar Zvw-behandeling onder de Wlz. Hoe gaat de regering de zorginhoudelijke criteria die de toegang moeten bepalen, vormgeven? De grens van 3 jaar geldt als voorlopig. Wat wordt daarmee bedoeld? Geldt deze grens alleen voor hen die al intramuraal zijn opgenomen, of ook voor nieuwe «gevallen»?
- Bij welk loket kunnen cliënten terecht die het vermoeden dan wel de zekerheid hebben dat ze een vergeten groep zijn? Wie trekt zich hun lot aan en waar kunnen ze een klacht indienen?

Wat zijn de financiële consequenties voor gemeenten en zorgverzekeraars als blijkt dat meerdere groepen cliënten (waaronder de al genoemde 14.000) alsnog onder de Wlz vallen? Worden ze beide in budget gekort en stijgt de budgettaire omvang van de Wlz navenant? En hoe wordt dat dan verdisconteerd? Graag krijgen de leden van de SP-fractie een overzicht van de hiermee gepaard gaande financiële stromen. Hoe zullen gemeenten reageren als ze alsnog (minder dan 3 maanden voor de daadwerkelijke invoering van de Jeugdwet en de Wmo 2015) minder budget ter beschikking krijgen? Dienen hun veelal toch al laat tot stand gekomen plannen en de daarmee gepaard gaande inkoop van zorg weer aangepast te worden? Wat zijn de gevolgen voor de cliënt, die heen en weer geslingerd wordt tussen Zvw, Wmo, Jeugdwet en Wlz?

Is de regering van plan om een vangnet te scheppen voor de groepen die inderdaad tussen wal en schip vallen? Wie gaat dat beoordelen? Vormt de Wlz als sluitstuk van de hervorming van de langdurige zorg de voorziening die uiteindelijk als «stofzuiger» zal fungeren? Is er een noodscenario beschikbaar?

Financiële aspecten

De Wlz gaat gepaard met een forse taakstelling. Het is de bedoeling dat door aanscherping van de toegangscriteria veel minder mensen aanspraak kunnen maken op de Wlz dan binnen de AWBZ het geval is. Echter, aangezien de AWBZ ook opgaat in de Zvw, de Wmo en de Jeugdwet is vooraf moeilijk te bepalen of de aanscherping zal resulteren in een daling van de uitgaven aan de langdurige zorg. Hoe schat de regering dit in? Kan zij met zekerheid stellen dat de uitgaven aan de langdurige zorg daadwerkelijk dalen? En zo ja, hoe dan en waardoor? Het kan toch niet alleen liggen aan de te ruime criteria die de toegang tot de oude AWBZ bepaalden, dat de kosten de afgelopen jaren zo gestegen zijn? Waar zijn de onderliggende stukken te vinden die van belang zijn voor de beoordeling en evaluatie van de oorzaken van de stijging van de kosten van de langdurige zorg? Op grond van welke argumenten rechtvaardigt de regering de stelselwijziging?

Recent is veel commotie ontstaan over de 10.000 «wenswachtenden». Deze mensen hebben recht op zorg, maar kunnen niet terecht in een verzorgingstehuis, vanwege de lange wachtlijsten. Uit onderzoek van Berenschot blijkt dat ongeveer 800 van de 2.000 verzorgingstehuizen hun deuren moeten sluiten. Door de forse bezuinigingen die gepaard gaan met onderhavig wetsvoorstel, zijn zorgaanbieders gedwongen keuzes te maken met betrekking tot de exploitatie. Zorgaanbieders kunnen niet meer alle kamers verhuren (terwijl die wel beschikbaar zijn), omdat hier geen geld meer voor is. Er zijn echter nog wel wachtlijsten. Heeft de regering een plan van aanpak om dit probleem op te lossen?

Bij het scheiden van wonen en zorg moeten huren voor kamers in tehuizen worden betaald die flink hoger liggen dan in een reguliere huursituatie. Deze hoge prijzen zijn voor veel mensen niet op te brengen. Kunnen deze mensen in aanmerking komen voor huursubsidie? Wat vindt de regering van de gedwongen verhuizingen? Ziet de regering in dat het wegvallen van verzorgingstehuizen in kleine gemeente de leefbaarheid van kleine dorpen ernstig bedreigt?

Indicatiestelling

De indicatiestelling voor de Wlz uitgedrukt in zorgprofielen vindt plaats door het CIZ, dat hiermee nieuw leven wordt ingeblazen. Het krijgt de positie van een zelfstandig bestuursorgaan, waarmee de onafhankelijkheid gewaarborgd zou zijn. Waar kunnen cliënten en zorgaanbieders terecht met klachten over de indicatie en handelwijze? Getuige de gebleken verstrengeling van belangen van het Ministerie van VWS en de NZA is de vraag opportuun waar de onafhankelijkheid uit blijkt. Komt er een ministeriële regeling waarin dat is vastgelegd? Is die al in te zien? Worden er kwaliteitseisen gesteld aan de medewerkers? Hoe zit de organisatie in elkaar? Hoeveel regio's, congruent met zorgkantoorregio's, komen er? Worden de daar werkzame artsen er speciaal voor opgeleid? Hoe werkt het CIZ samen met de Wmo-loketten van de gemeenten? Wordt naar elkaar verwezen? Worden de indicaties over en weer gerespecteerd?

Het indicatiebesluit heeft in beginsel een onbeperkte geldigheidsduur. Wat bepaalt dat een besluit kan worden herzien? En wie bepaalt dat? Is er ook de mogelijkheid tot spoedindicatie of valt dat niet te verwachten gezien de doelgroep? Denkt de regering wel aan tijdelijke indicaties?

Bij de indicatiestelling weegt de context niet mee bij het oordeel van de toegang tot zorg. Het speelt wel een rol bij de keuze en mogelijkheden van de leveringsvorm. Wordt bij deze keuze ook het advies/ de mening van de huisarts betrokken? Er zijn situaties te benoemen waarin de geïndiceerde de wens heeft thuis de zorg te ontvangen, terwijl dat eigenlijk medisch gezien niet verantwoord is. De complexiteit van de zorgvraag of gevraagde ondersteuning van de huisarts kunnen het de huisarts onmogelijk maken om de verantwoordelijkheid voor de medische zorg thuis op zich te nemen. Is het in deze gevallen denkbaar dat bijvoorbeeld de specialist ouderengeneeskunde, dan wel een andere medische specialist, deze zorg thuis biedt (en er ook verantwoordelijkheid voor neemt, inclusief de ANW-zorg)?

Wat is überhaupt de positie van de specialist ouderengeneeskunde in de Wlz, zowel intramuraal als extramuraal? Overweegt de regering ook een positie voor deze specialisten, waaraan in de toekomst gezien de extramuralisering, de veroudering en het complexer worden van de hulpvraag door multimorbiditeit veel behoefte zal zijn, binnen de Zvw?

Cliëntondersteuning

Cliëntondersteuning is erg belangrijk voor mensen die op zoek zijn naar geschikte en passende zorg. Graag krijgen de leden van de SP-fractie toegelicht hoe de regering het belang ervan duidt en wat de samenhang is tussen ondersteuning vanuit de gemeente (keukentafelgesprek) en vanuit de Wlz-uitvoerder (ondersteuning bij het maken van een keuze en het bewuste-keuzegesprek bij pgb en mpt)? Kan de regering toelichten wat de stand van zaken is bij de inkoop van de cliëntondersteuning door de

gemeenten? MEE Nederland geeft per brief¹⁰ aan dat er nog steeds vele knelpunten zijn, waardoor de onafhankelijkheid (toch het uitgangspunt?) in het geding is. Hetzelfde zal (zo vrezen de leden van deze fractie) gaan gelden voor de ondersteuning die de Wlz-uitvoerder moet inkopen en leveren.

Kan de regering toelichten wat de samenhang, dan wel het verschil is tussen de cliëntondersteuning volgens de Wmo en de Wlz en de cliëntvertrouwenspersoon, zoals die wordt voorgesteld in het voorstel Wet zorg en dwang¹¹?

Wie stelt het zorgplan op, dat wettelijk is verankerd voor zorg in natura met verblijf en bij het volledig pakket thuis? Wie is eindverantwoordelijke? Gaat er een vast format voor gelden?

Gegevensuitwisseling

Over de privacy en gegevensbescherming bestaan bij de leden van de fractie van de SP wederom grote zorg. Eerder is gewezen op het tekortschietend kader en de teleurstellende notitie van de Minister van Binnenlandse zaken «Zorgvuldig en bewust: gegevensverwerking en Privacy in een gedecentraliseerd sociaal domein» (d.d. 27 mei 2014)¹². Het bewustzijn van gemeenten ten aanzien van de privacybescherming is onvoldoende. De zorgen gelden ook voor de bescherming van gegevens die in het kader van de Wlz moeten worden uitgewisseld. Met name de veiligheid van bijzondere gegevens de gezondheid betreffende en vallend onder het medisch beroepsgeheim staat onder druk. KNMG en LHV wijzen hierop.¹³ Het CIZ heeft voor het opvragen van medische gegevens altijd expliciete toestemming van de cliënt nodig. Dit is in de Wlz verankerd met amendement-Van Dijk en Bergkamp.¹⁴ Echter, de Wlz verplicht het CIZ (medische) persoonsgegevens uit te wisselen met uitvoerende organen zoals gemeenten, zorgverzekeraars, zorgkantoren, CAK en SVB. Daarom leggen de leden van de SP-fractie hierover de volgende vragen voor:

- Het CIZ mag uitsluitend met toestemming van de betrokkene medische gegevens bij de behandelaars opvragen. Is het de betrokkene daarbij voldoende duidelijk wat zijn/haar rechten daarbij zijn? De leden van deze fractie doelen daarbij op recht op inzage, correctie en afschrift.
- Is het de betrokkenen ook duidelijk wat er daarna met zijn (bijzondere) gegevens gebeurt? Het CIZ is verplicht gegevens uit te wisselen. Over welke gegevens gaat het dan? Ook de bijzondere, de gezondheid betreffende? Wordt voor deze uitwisseling apart toestemming gevraagd? Kan de betrokken cliënt overzien wie zijn gegevens allemaal in (kunnen/mogen?) zien?
- Op welke wijze wordt gewaarborgd dat (medewerkers) van organisaties als gemeenten, zorgverzekeraars, zorgkantoren en het CAK de (medische) persoonsgegevens niet gebruiken voor andere doeleinden dan die waarvoor ze door de persoon met het medisch beroepsgeheim zijn verstrekt?
- Welke redenen kan de regering aanvoeren om niet in de wet vast te leggen dat gegevens van patiënten alleen uitgewisseld kunnen worden tussen zorgverleners met een medisch beroepsgeheim?

¹⁰ Brief van 2 oktober 2014 over de voortgang Wmo 2015 (ter inzage gelegd onder griffinummer 155980).

¹¹ Kamerstukdossier 31 996.

¹² Kamerstukken II 2013/14, 32 761, nr. 62.

¹³ Reacties KNMG en LHV, ter inzage gelegd onder respectievelijk griffinummer 155006.11 en 155006.03.

¹⁴ Kamerstukken II 2013/14, 33 891, nr. 50

Kan de regering toelichten wat zij het belang vindt van een zogenaamde Chinese muur bij zorgverzekeraars tussen de verwerking van persoonsgegevens voor de uitvoering van de Zvw, de uitvoering van de Wlz en de uitvoering van de aanvullende ziektekostenverzekering? Op welke wijze vindt verantwoording plaats en op welke wijze wordt er op toegezien en vindt handhaving plaats?

Invoering

Per brief van 9 september 2014 aan de Tweede Kamer stelt Zorgverzekeraars Nederland (ZN) de volgende zorgelijke punten aan de orde:

- ZN wil dat de Wlz een jaar uitgesteld wordt, want de zorgverzekeraars redden het niet. Zorgkantoren kunnen het modulair pakket thuis niet onder de huidige condities per 1 januari 2015 operationeel hebben
- Gezien de late besluitvorming kunnen zorgkantoren, indien de Staatssecretaris toch besluit tot invoering op 1 januari 2015, geen volwaardige uitvoeringsstructuur inrichten conform de wettelijke eisen die in de Wlz worden gesteld.
- ZN pleit er daarom voor dat VWS in 2015 het AWBZ-toezichtkader hanteert
- De zorgkantoren worden geconfronteerd met een flink aantal extra opdrachten en taken vanuit VWS. Om de druk op de zorgkantoren in 2015 te verlichten pleit ZN ervoor om geen overhaaste stappen te nemen in de herinrichting van de regio-indeling van de zorgkantoren en extra ruimte te geven voor extra beheerskosten.
- Zorgverzekeraars snappen de wens tot het introduceren van het modulair pakket thuis (mpt), zoals staat vermeld in de recente tweede nota van wijziging. Het mpt vergroot de keuzemogelijkheid voor de cliënt en kan doelmatige zorg bevorderen. Echter, ZN concludeert dat zorgkantoren het mpt onder de huidige condities per 1 januari 2015 niet operationeel kunnen hebben. Zorgverzekeraars stellen vraagtekens bij de wijze waarop het mpt nu in de wettekst staat beschreven. Bovendien dreigt de regeling een administratieve tijger te worden.
- Om te (blijven) voldoen aan alle toezeggingen van de Staatssecretaris dat continuïteit van zorg gewaarborgd is en dat cliënten de zorg behouden die zij nu krijgen hebben ook zorgkantoren het comfort nodig dat de financiële middelen toereikend zijn en blijven.

De leden van de SP-fractie vragen de regering om commentaar op alle genoemde punten.

Overig

Onder zowel de Zvw, de Wmo 2015, de Wlz als de Jeugdwet bestaat de mogelijkheid te kiezen voor een pgb. Wat zijn de overeenkomsten en wat zijn de verschillen, met betrekking tot aanvraag, eigen bijdrage, uitkering, voorwaarden et cetera?

Hoe groot is de groep van cliënten die vanaf 1 maart (ingang van het besluit Zvw) verzorging en verpleging krijgen vanuit de Zvw?

Hoe zit het met de indicaties die de wijkverpleging afgeeft? De wijkverpleging wordt ingekocht door de zorgverzekeraar. Is de wijkverpleging hiermee nog in staat onafhankelijk te indiceren? Is hier niet het risico van targets van de zorgverzekeraar aan verbonden?

Welke garanties zijn er dat noch de gemeente, noch de zorgverzekeraar zich mogen onthouden van zorg, wanneer zowel de gemeenten als de zorgverzekeraar naar elkaar wijzen? Is het voor gemeenten én zorgverzekeraars nu niet erg gemakkelijk om «onderzorg» te gaan leveren? Bij verslechtering valt iemand immers onder de Wlz en betaalt het Rijk?

Kan de regering uitleggen waarom gekozen is voor de organisatie van een derde financieringsstroom in de thuiszorg? Nu ligt huishoudelijke verzorging en begeleiding bij de gemeenten. Voor alle mensen die ook verpleging krijgen, wordt de persoonlijke verzorging via de zorgverzekeraar (95%) geregeld. Voor 5% van de mensen echter, die geen verpleging hebben, maar alleen persoonlijke verzorging in combinatie met de gemeente, mag de gemeenten het wél regelen. Waarom geldt daar het recht op zorg dan niet (meer)?

Mobiliteitshulpmiddelen en woningaanpassingen vallen tot 2016 onder de gemeenten. Nadien behoren zij tot het onder de Wlz verzekerde pakket. Hoe vindt controle van afschuifgedrag door gemeenten plaats? Kan de regering de garantie geven dat door gemeenten gefinancierde mobiliteitsmiddelen, die in veel gevallen op maat zijn gemaakt voor de (gehandicapte) cliënt na 1 januari 2016 niet worden ingenomen door de gemeenten, maar soepel over kunnen gaan naar de Wlz-financiering, waarbij voorstelbaar is dat de Wlz-uitvoerder de gemeente compenseert voor de gemaakte kosten? Dezelfde vraag zien de leden van deze fractie graag beantwoord indien het een woningaanpassing betreft.

Onder de Wmo 2015 geldt dat er voor rolstoelen geen eigen bijdrage gevraagd mag worden. Hoe zit dat als mobiliteitshulpmiddelen per 2016 onder de Wlz vallen?

Graag krijgen de leden van de SP-fractie een toelichting op de tot nu toe gevoerde route met betrekking tot de ADL-assistentie (van subsidieregeling naar tijdelijke aanspraak en vice versa). Wat is de reden om het Zorg Instituut Nederland te vragen zorg te dragen voor de uitvoering? Hoe groot is het budget en hoe vindt toedeling plaats? Blijft iedereen die nu in aanmerking komt voor ADL-assistentie verzekerd van deze zorg?

Zorgverleners worden op het moment massaal ontslagen. Duizenden medewerkers zijn al ontslagen in de thuiszorg en in de verzorgings-tehuizen. Dit zijn geschoolde medewerkers die niet kunnen worden vervangen door mantelzorgers en vrijwillige krachten. Hoe garandeert de regering de kwaliteit van de zorg nu zoveel professionele werknemers het veld hebben moeten ruimen voor vrijwilligers?

Per 1 oktober 2014 start het Interventieteam hervorming langdurige zorg. Een van de taken is het beperken van onnodige ontslagen. Hoe definieert de regering onnodige ontslagen? Kan de regering garanties geven dat er geen onnodige ontslagen zullen plaatsvinden? Hoe draagt t het interventieteam hieraan bij?

D66-fractie

Toegang tot zorg

De leden van de fractie van D66 merken op dat kort voor en ook na de stemming over dit wetsvoorstel in de Tweede Kamer mede naar aanleiding van berichten in de media met de Tweede Kamer nog een schriftelijke uitwisseling is geweest over nog een aantal knelpunten. Nadien hebben ook andere belanghebbenden zich gewend tot de vaste Kamercommissie van VWS in de Eerste Kamer met hun zorgen en vragen over de wetstoepassing. Dit leidt tot de eerste vraag: zijn de veranderingen ten opzichte van elke specifieke zorgvragende groep in hun specifieke omstandigheden goed geborgd? Door de fragmentarische behandeling van het wetsvoorstel en ook door de aangenomen amendementen is het lastig het totale terrein goed te overzien. De leden van de D66-fractie hebben daarom behoefte aan een schematisch overzicht

waarin alle specifieke zorgvragende doelgroepen worden genoemd met vermelding van het loket waar zij met hun vraag terecht kunnen, welke de dekking er is, hetzij onder de Wet langdurige zorg (Wlz), hetzij onder de Zorgverzekeringswet (Zvw), en hoe hun positie bij weigering van de gevraagde zorg is geregeld. Kan de regering een dergelijk overzicht geven?

Zo is bijvoorbeeld de afgelopen maand veel gesproken over de «vergeten groep» van 10.000 gehandicapte kinderen en volwassenen die thuis of in een gezinsvervangend tehuis wonen en voortdurend toezicht nodig hebben. De leden van de D66-fractie hebben met instemming kennis genomen van het feit dat de zorg voor deze mensen alsnog onder de Wlz komt te vallen en hoopt dat de grote onzekerheid hieromtrent bij deze groep ouders en cliënten is weggenomen. Tegelijkertijd bestaat de zorg bij deze leden dat er specifieke doelgroepen naar voren zullen blijven komen die tussen wal en schip dreigen te vallen door implementatie van het voorliggend wetsvoorstel. Heeft de regering voldoende overzicht van alle (vergeten) doelgroepen en van de effecten van het beleid op die groepen? Kan de regering toezeggen dat er een (of meerdere) breed toegankelijk en voldoende kenbaar meldpunt ingericht wordt voor groepen die hier vragen over hebben en aan de alarmbel willen trekken?

De leden van de D66-fractie hebben ook kennisgenomen van de zorgwekkende positie van mensen met een multiple-complexe en zware zorgvraag (mcz). Deze groep volwassenen en kinderen met een stapeling van met elkaar interfererende ernstige (verstandelijke) beperkingen zal onder de Wlz vallen, maar desalniettemin bestaan er veel zorgen over hun positie onder de nieuwe wet. Zo ontvangt deze groep in de huidige AWBZ zorg door middel van een zorgindicatie op maat, waardoor de zorg toegesneden op de persoon ingevuld kan worden. In de Wlz wordt dit echter vervangen door een zorgprofiel dat gebaseerd is op de «meest voorliggende beperking» en geen rekening houdt met andere beperkingen. De leden van de D66-fractie menen met de Tweede Kamer dat, wanneer iemand niet in één van de drie zorgprofielen uit de Wlz past, alleen een maatwerkprofiel de oplossing zou kunnen bieden. Zij vernemen van de regering graag hoe zij uitvoering zal geven aan motie van het lid Bergkamp¹⁵ waarin de regering wordt verzocht om mogelijkheden te onderzoeken voor de vormgeving van een maatwerkprofiel voor de indicatiestelling door het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ). Een ander punt van zorg voor deze groep is het persoonsgebonden budget (pgb) in de Wlz. In theorie is het pgb een volwaardige leveringsvorm van zorg naast de overige leveringsvormen. Desondanks hebben deze leden berichten ontvangen dat nog onvoldoende gewaarborgd zou zijn dat dat daadwerkelijk het geval is, voornamelijk vanwege het feit dat de pgb-tarieven in veel gevallen niet kostendekkend zullen zijn. Als voorbeeld wordt genoemd het pgb-tarief voor dagbesteding met intensieve verzorging en begeleiding voor mcz. Kan de regering toelichten hoe het pgb in de dagelijkse praktijk een gelijkwaardige leveringsvorm van zorg voor mcz gaat zijn? Tevens horen deze leden graag hoe in de uitvoering van de Wlz de zorgbehoevende mensen en niet de systemen centraal komen te staan, zodat de uitvoeringsregels van de Wlz beter aansluiten op de zorg voor deze cliënten met een multiple-complexe en zware zorgvraag en deze groep niet over het hoofd wordt gezien.

Naast de mensen in «vergeten groepen» zijn er ook cliënten die – ongewild – op de grens laveren tussen de verschillende zorgwetten. Zijn de scheidslijnen tussen de Wmo, de Wlz, de Zvw en de Jeugdwet wel écht voldoende afgebakend, zodat die afbakening ook in de praktijk werkbaar

¹⁵ Kamerstukken II 2013/14, 33 891, nr. 102

en helder is? Meer specifiek wijst de VSCA (Vereniging Samenwerkingsverband Chronische Ademhalingsondersteuning) in een brief¹⁶ op de situatie dat een deel van hun cliënten zorg ontvangt vanuit de Wlz en een ander deel uit de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en de zorgverzekeringsaanspraak «verpleging en verzorging». Op grond van de Wmo is de gemeente verplicht om een passend maatwerkpakket op te stellen, maar kan dit ook aanbieden aan mensen die in potentie Wlz-indiceerbaar zijn wegens een zware zorgvraag. Kan een zorgverzekeraar in de situatie dat de verzorging buitenshuis zo omvattend is een cliënt doorverwijzen naar de Wlz, waardoor in feite dus een kans op «afwenteling» naar de Wlz bestaat? Ook de Raad van State heeft dit punt in haar advies aangestipt. De genoemde zorgaanspraak «verpleging en verzorging» is dan van groot belang voor het bepalen van de van toepassing zijnde wet, te weten de Wmo of de Wlz. Hoe beoordeelt de regering dergelijke gevallen in het licht van haar systeemverantwoordelijkheid? De leden van de fractie van D66 ontvangen ook op dit punt graag een reactie.

Ook de rol en positie van het zorgkantoor is een onderwerp van zorg. Ten eerste lezen deze leden in de Handelingen van de Tweede Kamer dat de zorgplicht in beginsel bij de zorgkantoren ligt, maar dat de Wlz-uitvoerders (de zorgverzekeraars) makkelijker rechtstreeks aanspreekbaar zijn in geval van discussies over de wijze waarop de zorgplicht wordt uitgeoefend. Ondanks de toelichting hierop door de Staatssecretaris tijdens de plenaire behandeling in de Tweede Kamer bestaat er bij deze leden nog enige onduidelijkheid over deze constructie en over de zorgplicht. Kan de regering deze toezichtconstructie van de Wlz-uitvoerder ten opzichte van het zorgkantoor verhelderen, daarbij de zorgplicht in ogenschouw nemend? Een tweede punt betreft de rol van de zorgkantoren bij de indicatiestelling voor zogenaamde «meerzorg». Bij de meerzorgregeling gaat het zorgkantoor de zorgvraag beoordelen. Waarom kiest de regering, ondanks herhaalde verzoeken uit vele kampen, er niet voor om de indicatiestelling hiervoor bij het onafhankelijke CIZ onder te brengen, waardoor de indicatiestelling tevens op een meer integrale wijze plaats zal vinden? In de Tweede Kamer is terecht opgemerkt dat vraagtekens kunnen worden gesteld bij de onafhankelijkheid van de zorgkantoren, die in theorie indicatiestellingen zouden kunnen beoordelen met in hun achterhoofd het eigen budget. Zou de regering nogmaals in kunnen gaan op dit vraagstuk? Tenslotte gaan de zorgkantoren op basis van de Wlz beoordelen of een modulair of volledig pakket thuis wordt toegekend en kunnen de zorgkantoren dat weigeren als de zorg niet verantwoord of doelmatig thuis kan worden geleverd. Op vragen of de zorgkantoren de expertise wel in huis hebben om te beoordelen wat verantwoord of doelmatig is heeft de Staatssecretaris geantwoord dat zorgkantoren inderdaad vaak terug zullen moeten vallen op de expertises van de zorgaanbieders. Verwacht de regering dat de zorgkantoren zich voldoende bewust zijn van (mogelijk) gebrek aan expertise op deze gebieden en verwacht zij dat ze tijdig aankloppen bij de zorgaanbieders voor assistentie, zodat deze besluiten wel overwogen tot stand komen en de cliënten gewaarborgd zijn van de juiste en passende zorg?

Ook willen de leden van de fractie van D66 graag een toelichting op de zorgvernieuwing. Particuliere initiatieven en innoverende woonvoorzieningen zijn voor de ontwikkeling van nieuwe initiatieven van grote waarde. Deze kunnen leiden tot meer maatwerk. In de nota naar aanleiding van het verslag geeft de regering aan dat cliënten door middel van het pgb zelf zorg kunnen inkopen bij een innovatieve woonvoor-

¹⁶ Ter inzage gelegd onder griffienummer 155006.06

ziening die aansluit bij de specifieke behoefte.¹⁷ De organisatie leder(in) heeft echter aan de alarmbel getrokken¹⁸ en aangegeven dat mensen met een pgb straks alleen gebruik mogen maken van een logeeropvang als die wordt aangeboden door een AWBZ-instelling. Dit zal tot gevolg hebben dat deze groep geen gebruik meer kan maken van particuliere initiatieven, zoals vele zorgboerderijen. Hoe rijmt de regering deze tegengestelde berichten met elkaar? Graag krijgen de leden van deze fractie hierop een reactie.

Tevens horen de leden van de D66-fractie graag waarom de leveringsvorm modulair pakket thuis (mpt) gemaximeerd is. De Staatssecretaris heeft in de Tweede Kamer gezegd dat hij het van belang acht dat iedereen een leveringsvorm van zorg kan kiezen op grond van wens en noodzaak, en niet op grond van het feit dat het ene stukje wat meer budgetrecht heeft dan het andere. Maar waarom, zo vragen deze leden, heeft de regering dan toch het mpt gemaximeerd? Is deze leveringsvorm zo wel bruikbaar in de praktijk? Graag ontvangen deze leden een verheldering op dit punt. En hoe beoordeelt de regering het bericht van de zorgverzekeraars dat zij het mpt naar alle waarschijnlijkheid niet operationeel krijgen per 2015?

Regeldruk en administratieve lasten

De volgende vraag borduurt in feite verder op de vernieuwing en verbetering van de (langdurige) zorg. Minder bureaucratie en minder regeldichtheid zal de uitvoering van de wetgeving betreffende de langdurige zorg naar de mening van deze leden alleen maar ten goede komen. Momenteel staat in het voorliggend wetsvoorstel dat het zorgplan twee keer per jaar dient te worden geëvalueerd. Ieder(in) geeft aan dat dat een onnodige bureaucratische werking kan hebben, vanwege het feit dat vaak kan worden volstaan met één evaluatie per jaar. Wanneer de wet bepaalt dat minimaal éénmaal per jaar (en zo nodig vaker) dient te worden geëvalueerd kan dat enige regeldruk verminderen. Hoe kijkt de regering tegen dit voorstel aan? Graag ontvangen de leden van D66-fractie een toelichting hierop. Ook op het gebied van de zogenaamde regeldichtheid is nog terrein te winnen, zo menen deze leden. De aanvraagprocedure van het pgb en de voorbereiding van het modulair pakket thuis (mpt) betekenen in de praktijk enorme hoofdbrekkende en ingewikkelde administratieve procedures. De leden van de D66-fractie verwachten dat dit alleen maar ten koste van goede en toegankelijke zorg kan gaan. Kan de regering ingaan op de maatregelen die hij wil nemen om de regeldichtheid van het wetsvoorstel te verminderen?

Gegevensuitwisseling

Deze leden hebben ook een vraag over de privacy van de cliënt en het beroepsgeheim van de arts. In de Tweede Kamer is al meermalen gesproken over het te gemakkelijk opvragen van hele medische dossiers en de verplichting in de wet om gegevens uit te wisselen tussen zorgaanbieders, de Wlz-uitvoerder, het CIZ en het CAK (Centraal Administratie Kantoor). Ook de Raad van State heeft zich kritisch uitgelaten over het onderwerp en de leden van de D66-fractie hebben met instemming gelezen dat veel van de opmerkingen van de Raad omtrent de verwerking van persoonsgegevens zijn overgenomen door de regering. Toch bestaan er nog zorgen bij deze leden met betrekking tot deze kwestie. Ook de KNMG (Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst) en de LHV (Landelijke Huisartsen Vereniging) hebben

¹⁷ Kamerstukken II 2013/14, 33.891, nr. 9, p. 243.

¹⁸ Ter inzage gelegd onder griffienummer 155006.04.

recentelijk wederom in een brief aangegeven dat de privacy van de patiënt en het beroepsgeheim van de arts onder druk staat. Hoewel zij aangeven dat de rechten en plichten van patiënt en arts door het amendement-Van Dijk/Bergkamp aan de «voorkeur» nu goed zijn gewaarborgd, doordat gegevens alleen verstrekt mogen worden met toestemming van de cliënt en de persoonlijke levenssfeer van een ander niet wordt geschaad, is datzelfde niet het geval bij de «achterkeur». Het CIZ kan gegevens, die vallen onder het medisch beroepsgeheim, zonder toestemming van de patiënt delen met andere instanties waar ook mensen werkzaam zijn zonder medisch beroepsgeheim. De leden van de fractie van D66 delen deze zorgen. Graag vernemen zij welke instanties cliëntgegevens in handen kunnen krijgen van het CIZ. Is de regering voornemens te voorzien in aanvullende waarborgen ten aanzien van de bescherming van het medisch beroepsgeheim en in het verlengde daarvan de privacy en gezondheid van de patiënt?

Seniorenhuisvesting

Deze leden hebben tevens vragen ten aanzien van de huisvesting voor senioren. De (langdurige) zorgsector is en wordt ingrijpend herzien. Ook op het gebied van de combinatie wonen en zorg doen zich grote veranderingen voor. In een rapport van de Kamer van Koophandel is aangetoond dat, zoals bekend en verwacht, de vraag naar passende woningen toeneemt door de vergrijzing.¹⁹ Het rapport noemt onderzoek dat heeft geconcludeerd dat er op landelijk niveau een tekort bestaat in passende huisvesting voor senioren en dat dit tekort de komende decennia snel toeneemt, waarbij als uitgangspunt is genomen dat er voldoende substitutiemogelijkheden zijn voor lichte intramurale en zwaardere intramurale zorgplaatsen enerzijds en woningen voor Verzorgd wonen anderzijds. Hoewel de vraag naar huisvesting in de categorie intramuraal licht weg valt, stijgt de vraag snel in de categorie intramuraal zwaar, zo stelt het onderzoek. Door de vergrijzing en het scheiden van wonen en zorg stijgt de vraag naar Verzorgd Wonen en Geschikt Wonen in rap tempo. De toenemende vraag naar passende huisvesting voor senioren vraagt om investeringen in de komende decennia. Ook komt de verantwoordelijkheid voor voldoende zorg en ondersteuning meer lokaal te liggen door de decentralisaties. Graag ontvangen de leden van de D66-fractie een toelichting op de gevolgen van de Wlz voor het gebied van seniorenhuisvesting. Kan de regering de fractie informeren op welke manier zij de zorg, ondersteuning en huisvesting voor ouderen op een goede en zorgvuldige wijze gaat organiseren? Welke rol ziet de regering weggelegd voor innovaties en samenwerking op het gebied van wonen en zorg voor ouderen?

Toekomstig beleid en financiële aspecten

Dan lezen de leden van de fractie van D66 dat de regering, na de voltooiing van de transitie van AWBZ naar Wlz mogelijkheden gaat onderzoeken voor het op termijn, «in de tweede fase», risicodragend overhevelen van de ouderenzorg naar de Zvw en het onderbrengen van gehandicaptenzorg in «een ander domein». Als de Wlz zich van volksverzekering naar voorzieningenstelsel zou ontwikkelen zou dat principiële vragen doen rijzen. De leden van de D66-fractie horen graag wat de visie van de regering op deze ontwikkeling is. Kan zij tevens toelichten wanneer naar haar mening de zogenaamde eerste fase is afgerond? Deelt de regering de mening van deze leden dat de invoering van deze wet pas het begin zou zijn, en dat er nog veel tijd over heen zal gaan voordat de gehele machine goed functioneert en alle zorgbehoevenden passende en

¹⁹ Kamer van Koophandel, Seniorenhuisvesting vormt brandstof voor economie.

goede zorg ontvangen? Wat is de kijk van de regering op deze genoemde eerste en tweede termijn? Ziet de regering de Wlz als een tussenwet? Graag ontvangen deze leden een verduidelijking op dit gebied.

De leden van de D66-fractie vragen de regering ook om een nadere uiteenzetting op het gebied van de bekostiging. Is voor de overheveling van de medisch georiënteerde persoonlijke verzorging voldoende budget beschikbaar voor de zorgverzekeraars? Wat is te verwachten gevolg voor de premieheffing, zowel wat betreft de premie voor de zorgverzekeringspolis en de inkomens gerelateerde zorgbijdrage als de werknemersbijdrage voor de AWBZ wanneer deze verandert in Wlz? Daarnaast heeft de Staatssecretaris in de Tweede Kamer gezegd dat hij over de bekostiging in de toekomst een open debat wil voeren en alternatieven voor het huidige aanbodgerichte bekostigingssysteem wil onderzoeken. Deze leden vernemen graag hoe de regering, met de door haar beoogde inwerkingtreding van 1 januari 2015 in het achterhoofd, dit onderzoek en open debat over de bekostiging – een fundamenteel onderdeel van de Wlz – wil vormgeven en op welke termijn dat gaat gebeuren.

GroenLinks-fractie

Invoering

Wat zou volgens de regering een wenselijke invoeringstermijn zijn die de veldpartijen en betrokken zorggebruikers in staat zouden stellen zich adequaat voor te bereiden op de nieuwe situatie? Indien dat langer is dan de enkele maand die nu waarschijnlijk nog resteert, waarom is die invoeringstermijn hier dan niet gerespecteerd, bijvoorbeeld door dit wetsvoorstel eerder aan te bieden of de invoeringsdatum naar achteren te schuiven, zo willen de leden van de fractie van GroenLinks graag weten. Geeft de gefaseerde invoering van de transformatie-aspecten, zoals verwoord in de brief aan de Tweede Kamer van 27 juni²⁰ niet aan dat het niet realistisch is per 1 januari 2015 het stelsel Wlz werkelijk om te vormen? Hoe kijkt de regering terug op haar brief aan de Tweede Kamer van 24 maart 2014 waarin zij schrijft: «Ook voor de Wlz en de AMvB Wlz – die grotendeels volgen uit de Wmo 2015 en het gewijzigd Besluit Zorgverzekeringen – is het hoogst wenselijk dat deze voor het zomerreces van dit jaar gepubliceerd zijn in het Staatsblad»?²¹ Hoe staan de verzekeraars, die zich eerder uitspraken voor uitstel, momenteel tegenover de voorgestelde invoeringstermen? Kan het veld deze aanpassing er ook nog bij hebben nu alle zeilen moeten worden bijgezet om de andere decentralisaties goed te accommoderen?

De regering hanteert als terugvaloptie bij eventueel niet tijdig aannemen van de Wlz een voorlopige regeling om te voorkomen dat per 1 januari 2015 overlappings of kloven ontstaan. Behelst deze terugvaloptie enkel formele aanpassingen om genoemde overlappings of kloven te voorkomen, of grijpt zij ook reeds vooruit op materiële wijzigingen die in de Wlz voorzien zijn?

Toegang tot zorg

De noodkreet die in de laatste weken geklonken heeft inzake de zorg voor 10.000 mensen met een zeer zware beperking die extramurale zorg ontvangen, heeft er toe geleid dat zij nu alsnog onder de Wlz zullen vallen. Hoe beoordeelt de regering het gegeven dat zij op 9 september jl.²² aan

²⁰ Kamerstukken II 2013/14, 33 891, nr. 13

²¹ Kamerstukken II 2013/14 33 891, nr. 5, p. 2

²² Kamerstukken II 2013/14, 33 891, nr. 67

de Tweede Kamer schreef dat zij onder de Wmo zouden vallen, dat amendement-Keijzer²³ ter zake op 24 september²⁴ door de regering werd ontraden en successievelijk door de Tweede Kamer verworpen, en dat de regering op 9 oktober²⁵ een brief schreef dat deze groep toch onder het overgangsrecht Wlz zal kunnen vallen? Deelt de regering de taxatie van deze leden dat dit gerommel grote onzekerheid veroorzaakt bij kwetsbare groepen in de samenleving en afbreuk doet aan het vertrouwen dat mensen in de overheid zouden moeten kunnen hebben?

Hoewel de leden van de GroenLinks-fractie de koerswijziging van de regering ten aanzien van deze 10.000 mensen inhoudelijk steunen, vragen zij hoe dit wetstechnisch wordt gerepareerd nu het amendement ter zake (op grond van het advies van de regering) is verworpen. Daarnaast willen zij weten wat de financiële consequenties zijn voor gemeenten als het budget van deze groep uit de Wmo wordt overgeheveld naar de Wlz. Acht de regering het een toonbeeld van goed bestuur om tot het laatste moment de budgetten van gemeenten te blijven wijzigen? Hoe kunnen gemeenten hun beleid ontwikkelen als het «haastige spoed»-beleid van de rijksoverheid ertoe leidt dat de sturingsinformatie steeds verandert? Is de regering bereid om deze consequentie van de zeer late ontwikkeling van het wetsvoorstel voor haar eigen rekening te nemen en af te zien van de met de overheveling gepaard gaande korting op het budget Wmo?

Welke andere groepen of individuen kunnen nog tussen wal en schip raken en welk vangnet of reparatie-instrument heeft de regering daarvoor voorzien? Wordt de omzetting naar de Wlz ook onder de bevoegdheden gebracht van de Transitiecommissie Sociaal Domein of is hier een andere vorm gekozen om invulling te geven aan de regierol en stelselverantwoordelijkheid van de rijksoverheid?

Zorggebruikers kunnen kiezen tussen verschillende opties, waaronder zorg in natura (vpt, mpt) of pgb. Klopt de interpretatie van deze leden dat de keuze van de zorggebruiker daarbij leidend is en dat het zorgkantoor enkel toetst op formele criteria als de opstelling van het zorgplan? Of heeft het zorgkantoor ook materieel invloed op de invulling van het zorgplan? Anders gezegd: is de vrije keuze voor een pgb gegarandeerd? Wat gebeurt er als het plafond voor het inzetten van pgb's is bereikt en hoe wordt dan deze vrije keuze van de zorggebruiker gerealiseerd? Heeft in dit kader de werkwijze van uitbetaling via trekkingsrechten implicaties voor de rechten en de keuzevrijheid van de pgb-houder of is het enkel een administratieve structuur? En waarom vindt de indicatiestelling bij de meerzorgregeling plaats door het zorgkantoor en niet door het ClZ, waarmee de onafhankelijkheid van de indicatiestelling meer geborgd zou zijn?

In de memorie van toelichting schrijft de regering op p. 43: «Het voornemen is om een bruto pgb uit te keren en de cliënt vanwege onder meer kostenbewustzijn en remmende werking zelf de eigen bijdragen te laten betalen. Nu wordt de eigen bijdrage van tevoren ingehouden en krijgt een cliënt een netto pgb. Dit voornemen behoeft verdere uitwerking en voor het pgb zal daarmee nog moeten worden bekeken wat de adequate wijze van het vaststellen en heffen van een eigen bijdrage wordt.» Deze leden vragen of dit voornemen inmiddels is uitgewerkt. Waar kunnen zorggebruikers met een pgb op rekenen in 2015?

Zoals recent op schrijnende wijze via de media is bekend geworden, kunnen zorggebruikers die opteren voor zorg met verblijf in zorginstel-

²³ Kamerstukken II 2013/14, 33 891, nr. 159

²⁴ Kamerstukken II 2013/14, 33 891, nr. 171

²⁵ Kamerstukken I 2014/15, 33 891, D

lingen worden geconfronteerd met gedwongen verhuizing door opheffing of samenvoeging van de zorginstelling. Op welke wijze zijn hierin de rechten van zorggebruikers gewaarborgd, die immers gegeven het karakter van «zorg met verblijf» niet alleen zorg maar ook verblijf genieten? In welke zin is hierin sprake van analogie met de bescherming van huurders?

De transitie in de zorg van formele naar informele zorg roept bij deze leden de vraag op wat er wordt gedaan om mantelzorgers te ondersteunen. Klopt het dat de gevolgde denkrichting – zelfs bij de formulering van «gebruikelijke zorg» – is dat de overheid die mensen helpt die geen hulp uit hun sociale netwerk kunnen ontvangen? Is dat dan niet een perverse prikkel die ertoe leidt dat mensen er belang bij zullen (denken te) hebben om de mogelijke bijdrage uit dat netwerk te minimaliseren? Op welke wijze wordt er ingezet om steun uit het netwerk te faciliteren? Volgens de memorie van toelichting (p. 12) speelt het netwerk geen rol bij het bepalen van de toegang tot de Wlz, maar alleen bij de invulling van het zorgplan. Aangezien daar de zorg concreet wordt gemaakt, is het netwerk toch wel degelijk een factor bij het bepalen van de te leveren zorg?

De memorie van toelichting vermeldt dat de anticumulatieregeling voor de eigen bijdrage vervalt omdat het niet mogelijk is tegelijk gebruik te maken van Wlz en Wmo. Om dezelfde reden blijft er wel een anticumulatieregeling voor partners bestaan. Kan de regering uitleggen of en hoe deze anticumulatieregeling functioneert in gezinnen waarin verschillende gezinsleden (bijvoorbeeld kinderen) zorg ontvangen die onder verschillende wetten met een eigen bijdrage-regime vallen?

Kan de regering toelichten waarom woningaanpassing of verhuizing voor meerderjarigen niet wordt gedekt onder de Wlz? Als het de bedoeling is dat mensen langer thuis blijven wonen en daar ook door middel van vpt of pgb de benodigde zorg voor kunnen ontvangen, ligt het dan niet in de rede om ook woningaanpassingen of verhuizingen die dit mogelijk maken te vergoeden en zo te faciliteren dat mensen niet gedwongen zijn tot de duurdere keuze van zorg met verblijf?

Toekomstig beleid

De regering schetst als toekomstbeeld dat ouderenzorg zou kunnen worden ondergebracht bij de Zvw. Hoewel dat nu nog niet aan de orde is, vragen de leden van deze fractie hoe dit toekomstbeeld zich verhoudt tot de kerngedachte dat het bij de Zvw primair om op herstel gerichte zorg gaat en bij de Wlz niet. Is de regering van oordeel dat deze ouderenzorg naar haar aard past bij de kerngedachte van de Zvw? Deelt zij de mening van deze leden dat de vaak zware ouderenzorg feitelijk onverzekerbaar is en om die reden niet in een private verzekering dient te vallen? Wat zouden de consequenties zijn van deze eventuele overheveling voor de betaalbaarheid van het Zvw-stelsel? Ligt het in de rede dat dat gerepareerd zal gaan worden door verhoging van de zorgpremie of verkleining van het pakket? Is de regering van zins met een fundamentele analyse op dit punt te komen alvorens een dergelijk toekomstbeeld te propageren?

Gegevensuitwisseling

In de wetsbehandeling heeft aandacht voor privacy-aspecten ertoe geleid dat expliciete toestemming van de patiënt nodig is voor de uitwisseling van gezondheidsgegevens tussen zorgverlener en CIZ vanwege de Wet bescherming persoonsgegevens (Wbp) en het medisch beroepsgeheim. Is daarmee definitief geborgd dat het CIZ deze gezondheidsgegevens alleen

mag gebruiken voor het beoordelen van een beroep op de Wlz en niet mag uitwisselen met gemeente, zorgkantoor, GAK, SVB en andere partijen?

ChristenUnie-fractie

Toegang tot zorg

Het kan op de instemming van de leden van de ChristenUnie-fractie rekenen dat de regering met dit wetsvoorstel de autonomie en keuzevrijheid van de patiënt tracht te vergroten. Hoe is dat in dit wetsvoorstel gewaarborgd voor cliënten die niet of verminderd in staat zijn eigen regie te voeren? Hoe wordt in dergelijke gevallen het belang van de patiënt in de wet geborgd? En welke waarborgen zijn er voor de betrokkenheid van familieleden en mantelzorgers? Hoe is dit in het bijzonder voor de zorgplanbespreking geregeld?

De regering heeft een oplossing gevonden voor wat wel de «vergeten groep» is genoemd en verwijst daarnaar in de brief aan de Eerste Kamer van 9 oktober 2014. De leden van de fractie van de ChristenUnie zijn daar blij mee. Is te verwachten dat er nog meer groepen of personen zijn voor wie het mogelijk onwenselijke gevolgen heeft om via de Wmo 2015 zorg te ontvangen? Wat betekent de brief van 9 oktober 2014 over de «vergeten groep» voor de financiële positie van gemeenten? Welke gemeenten hebben binnen de Wmo 2015 al zorg ingekocht voor deze groep? Verwacht de regering financiële schade als gevolg daarvan? Hoe wordt omgegaan met de gemeenten die dit betreft?

Voorts hebben deze leden een enkele vraag over de meerzorg in de Wlz. Bij de behandeling van dit wetsvoorstel in de Tweede Kamer is hierover een amendement aangenomen²⁶ dat regelt dat wanneer een cliënt niet in een bepaald kostenprofiel past, het CIZ direct in het indicatiebesluit kan aangeven dat het zorgkantoor de meerzorgprocedure start. De leden van de fractie van de ChristenUnie vragen wat de status zal worden van deze beslissing van het CIZ ten opzichte van het zorgkantoor. Is het mogelijk dat het zorgkantoor hiervan afwijkt of bezwaar aantekent? Wie heeft hier het laatste woord? En wat is de status van de meerzorg voor de cliënt? Kan deze bijvoorbeeld bezwaar aantekenen tegen het CIZ-besluit géén meerzorgprocedure te adviseren aan het zorgkantoor? Kan de regering ook ingaan op de financiële dekking van de meerzorg, onder meer in verband met het pgb-budgetplafond in dit wetsvoorstel? Kan het zo zijn dat een cliënt met een zeer zware zorgvraag op een gegeven moment zijn of haar meerzorg verliest als gevolg van het bereiken van een budgetplafond?

Bij de bespreking van dit wetsvoorstel zegt de regering te verwachten dat er in 2015 280.000 mensen in de Wlz zullen zitten, een aantal dat naar verwachting van de regering op termijn zal dalen tot 200.000 mensen. Klopt dat aantal nog na de recente bijstellingen van de reikwijdte van de wet? De regering wijst voor de onderbouwing van deze verwachte daling naar de demografie. Zijn er nog andere redenen voor de daling? Zo nee, kan de regering de demografische onderbouwing daarbij aangeven?

In de motivatie voor dit wetsvoorstel stelt de regering dat de uitvoeringspraktijk van de AWBZ niet meer spoort met de praktijk. Hoe gaat de regering ervoor zorgen dat de Wlz op de lange termijn blijft beantwoorden aan de (uitvoerings-)praktijk? En hoe geeft de regering invulling aan haar

²⁶ Amendement-Dik-Faber; Kamerstukken II 2013/14, 33 891, nr. 150

systeemverantwoordelijkheid voor de samenhang van deze wet met de Wmo 2015 en de Zorgverzekeringswet?

De leden van de ChristenUnie-fractie hechten zeer veel waarde aan de liefdevolle inzet van de talloze mantelzorgers in Nederland. Hoe verhoudt het beroep dat in de langdurige zorg op mantelzorgers wordt gedaan zich tot de verwachte inzet van mantelzorgers in de Wmo 2015? Hoe worden mantelzorgers de komende tijd ondersteund in alles wat van hen gevraagd wordt?

De leden van deze fractie zijn ingenomen met de in het wetsvoorstel opgenomen experimenteerbepaling, die onder meer tot doel heeft te experimenteren met vormen van persoonsvolgende bekostiging. Kan de regering aangeven op welke schaal zij verwacht daarmee te (laten) experimenteren? Wat is de ambitie van de regering met betrekking tot de invoering van persoonsvolgende bekostiging op een meer structurele wijze? Aan welke andere experimenten denkt de regering te kunnen werken op grond van deze bepaling? Kan de regering tevens aangeven hoe binnen deze experimenteerbepaling het belang van de patiënt blijvend gewaarborgd is?

Om reden van een soepele invoering van de Wlz, zal een deel van de Wlz-zorg in 2015 nog worden uitgevoerd vanuit de nieuwe Wmo, dus door gemeenten. Dit is het geval bij bijvoorbeeld het verstrekken van mobiliteitshulpmiddelen en woningaanpassingen. Hier is echter geen sprake van een plicht voor de gemeenten. Kan de regering ingaan op de verhouding tussen de (uitvoering van de) Wlz en de lokale democratie ten aanzien van het «overgangsjaar» 2015? Hoe kan de regering erop toezien dat gemeenten hun verantwoordelijkheid niet ontlopen, door bijvoorbeeld noodzakelijke investeringen in een woning voor een Wlz-geïndiceerde in 2015 uit te stellen tot na dit jaar, waardoor ze er geen geld aan kwijt zijn?

Toekomstig beleid

De regering spreekt in de memorie van toelichting (hoofdstuk 15) onder andere over het onderzoek naar de mogelijkheid om op termijn de ouderenzorg risicodragend over te hevelen naar de Zvw. Daar plaatsen de leden van deze fractie vraagtekens bij. Kan de regering aangeven of zij het wetsvoorstel Wlz ziet als een stap in die richting?

De invoering van de Wlz is onderdeel van een grotere herschikking van verantwoordelijkheden in de zorg, waarbij veel zorgtaken naar de gemeenten gaan. Is met de situatie per 1 januari 2015 op hoofdlijnen een duurzame herschikking bereikt of zijn aanvullende herschikkingen nodig naar de mening van de regering?

Uit de begroting van het Ministerie van VWS begrijpen de leden van de ChristenUnie-fractie dat de financiering van de Wlz uit het Fonds Langdurige Zorg in 2015 al kampt met een verwacht tekort van 625 miljoen euro. De regering stelt dat er over een termijn van enkele jaren naar evenwicht tussen uitgaven en inkomsten wordt gestreefd. Welke aanvullende maatregelen heeft de regering in gedachten om dit evenwicht in de jaren na 2015 te bereiken?

De leden van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport zien de antwoorden van de regering met belangstelling tegemoet en ontvangen deze graag uiterlijk vrijdag 24 oktober 2014.

De voorzitter van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
Slagter-Roukema

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