

Vergaderjaar 2014–2015

**33 891**

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

**J**

### **NADER VOORLOPIG VERSLAG VAN DE VASTE COMMISSIE VOOR VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT<sup>1</sup>**

Vastgesteld 11 november 2014

De memorie van antwoord heeft de commissie aanleiding gegeven tot het maken van de volgende nadere opmerkingen en het stellen van de volgende nadere vragen. De commissie verzoekt de regering de nadere memorie uiterlijk 14 november 2014 om 16:00 uur aan de Kamer toe te zenden.

#### **Inleiding**

De leden van de **PVV**-fractie hebben kennisgenomen van de memorie van antwoord. Zij hebben naar aanleiding daarvan nog enkele vervolgvragen.

Bestudering van de beantwoording van de vragen van de leden van de **SP**-fractie heeft een groot aantal zaken verduidelijkt, waarvoor dank, maar ook een aantal aanvullende en nieuwe vragen opgeroepen. Hierop ontvangen de leden van deze fractie, ter voorbereiding op het plenaire debat, graag antwoord.

De leden van de fractie van **GroenLinks** danken de regering voor de antwoorden op de gestelde vragen. Zij hebben nog enige aanvullende vragen.

<sup>1</sup> Samenstelling:

Holdijk (SGP), Dupuis (VVD) (*vicevoorzitter*), 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)

## PVV-fractie

### Toegang en kwaliteit zorg

De leden van de PVV-fractie hebben enkele vervolgvragen over de toegang tot en de kwaliteit van de zorg. De regering geeft in eerdere beantwoording aan dat het aantal verzorgingshuisplekken gedaald is naar circa 26.000. De leden van deze fractie vinden dat een schrikbarende daling. Door het stoppen van de financiering van zorgzwaartepakketten (zpz) 1, 2 en 3 loopt dit aantal nog verder terug. De verzorgingshuizen worden opgeheven, daar zij niet vallen onder de Wet langdurige zorg (Wlz). Een amendement van het lid Agema<sup>2</sup> om de grondslag van de Wlz te verbreden waardoor de zorgzwaarte voor de verzorgingshuizen er wel binnen vallen, is verworpen. De in de memorie van antwoord vermelde keuzevrijheid, namelijk «Cliënten kunnen kiezen of zij zorg thuis willen ontvangen of dat zij liever in een instelling wonen», is daarmee vernietigd. Als de regering wel keuzevrijheid voor ogen staat, wat gaat zij dan doen om die te bewerkstelligen voor mensen met de zorgzwaarte voor de huidige verzorgingshuizen (zpz 1 t/m 3)?

De vraag van de leden van de PVV-fractie waarom niet éérs de kwaliteit van zorg wordt geoptimaliseerd alvorens een enorme systeemwijziging door te voeren, is niet beantwoord. Zij krijgen alsnog graag antwoord op deze vraag.

Met de brief van 12 juni 2014<sup>3</sup> is de Tweede Kamer geïnformeerd over de voornemens om de kwaliteit in de verzorgings- en verpleeghuizen te verbeteren. De regering noemt de verblijfsrechten voor bewoners van zorginstellingen (de vroegere Beginselenwet AWBZ-zorg) als belangrijkste speerpunt om de kwaliteit in zorginstellingen significant te verbeteren. Door het aangenomen amendement-Bergkamp en Van Dijk<sup>4</sup> zijn deze verblijfsrechten uit het voorstel van wet geschrapt (artikel 8.1.1, tweede lid) en wordt er verwezen naar lagere regelgeving zoals een AMvB. Lagere wetgeving is gemakkelijk veranderbaar en daardoor kwetsbaar. Hoe gaat de regering bewerkstellingen dat bewoners van instellingen in lagere regelgeving verblijfsrechten krijgen op het niveau zoals aangegeven in oude artikel 8.1.1, tweede lid, zonder dat deze afgezwakt worden?

De regering meldt in de memorie van antwoord dat zij de uitkomsten van de tussenevaluatie Experimenten met Regelarme Instellingen (ERA)<sup>5</sup> – voor zover zinvol – heeft meegenomen bij de vormgeving van de herziening van het langdurig zorgstelsel. Voorbeelden hiervan zijn dat op basis van de Wmo 2015 en de Zvw de aanbieder zelf mag indiceren, aldus de regering. Met welke criteria beoordeelt de regering of de uitkomsten uit ERA al dan niet «zinvol» zijn? Welke afwegingen zijn er op welke onderdelen gemaakt? Kan de regering daar een overzicht van geven? Waarom is de tussenevaluatie vanaf 2 mei jl. in een la blijven liggen? Waarom werd het niet naar de Kamer gezonden zodat de Tweede Kamer het kon betrekken bij het nader verslag, het tweede nader verslag en de wetsbehandeling? Het is de regering bekend dat in de voorliggende Wlz het zelf indiceren nu juist op wetsniveau is afschaft en dat dit dus zeer moeilijk veranderbaar is vanwege het feit dat wijzigingen zowel door Tweede als Eerste Kamer aangenomen moeten worden. Waarom schrijft de regering dan: «Voorbeelden hiervan zijn dat op basis van de Wmo 2015 en de Zvw de aanbieder zelf mag indiceren»? Waarom schrapt de regering

<sup>2</sup> Kamerstukken II 2014/15, 33 891, nr. 118

<sup>3</sup> Kamerstukken II 2013/14, 31 765, nr. 90

<sup>4</sup> Kamerstukken II 2013/14, 33 891, nr. 30

<sup>5</sup> Kamerstukken II 2014/15, 31 765, nr. 95 en bijlage

de mogelijkheid van het zelf indiceren terwijl dit nu juist in de AWBZ/Wlz een enorm succes is gebleken? Nu uit eigen onderzoek van het CIZ («de slager die zijn eigen vlees keurt») blijkt dat slechts 2 van de 1382 instellingen fraudeerden met de indicatie, is de «straf» van het op wettelijk niveau niet meer zelf mogen indiceren, waardoor een gigantisch administratief systeem opgetuigd blijft, toch finaal uit de bocht gevlogen? Als zelf indiceren de standaard wordt en het CIZ altijd 25 procent van de indicaties toetst, waarbij malversaties gesanctioneerd worden met het niet meer zelf mogen indiceren, is er toch een veel betere oplossing gevonden dan het op wettelijk niveau dichttimmeren van zulke gigantische administratieve last?

Met de nieuwe eis dat logeren alleen mag bij een toegelaten instelling wil de regering bereiken dat de ruimte blijft bestaan om bij logeren gebruik te maken van innovatieve woonvoorzieningen en er duidelijkheid ontstaat over het kwalitatief aanwenden van zorggeld voor respijtzorg. De regering wijst in dit verband op de discussies die in het verleden zijn ontstaan over bijvoorbeeld reizen naar het buitenland of een weekend weg waarbij ook de verblijfskosten werden gefinancierd uit het persoonsgebonden budget (pgb). De leden van de PVV-fractie vinden (verre) reizen naar het buitenland die betaald worden met een pgb ook ongewenst, maar zij vinden de oplossing van de regering veel en veel te rigouros. De goeden lijden onder de kwaden. Het gaat de leden van deze fractie namelijk om het logeren in eigen land voor (met name) gehandicapte kinderen, ter ontlasting van de ouders. Dit hoeft dus helemaal geen instelling te betreffen. Heeft de regering een oplossing die wel de mogelijkheid voor de buitenlandse reizen, maar niet het logeren in eigen land bij particulieren, afsnijdt?

Op de vraag van de leden van de PVV-fractie hoe de regering het zelfbeschikkingsrecht garandeert nu de specifieke rechten voor cliënten uit de wet zijn gesloopt, meldt de regering dat zij met de voorgestelde bepalingen uit de Beginselenwet, die waren overgenomen in artikel 8.1.1. van de Wlz, een steun in de rug wilde geven door een aantal concrete onderwerpen te benoemen die in de zorgplanbespreking aan de orde moesten komen. De wens van de cliënt over de invulling van die aspecten van de zorg was daarbij leidend. In het door de Tweede Kamer aanvaarde wetsvoorstel Wlz is de mogelijkheid opgenomen om die onderwerpen in een AMvB op te nemen. De regering zegt voornemens te zijn dat ook te doen. In de Wlz is de mogelijkheid geëxpliciteerd om als cliënt voorafgaand aan de zorgplanbespreking ook zelf een persoonlijk plan te maken. Hiermee wordt de eigen regie van de cliënt nog eens extra onderstreept. De leden van PVV-fractie merken naar aanleiding hiervan op dat in een zorgplan de afspraken met de cliënt staan en niet de wensen van de cliënt gebaseerd op diens verblijfsrechten. Dat is nogal een verschil. Als het gaat om douchen staan bijvoorbeeld de dagen van de week opgesomd waarna een huis maandag tot en met zaterdag kan doorhalen en kan zeggen: «bij ons wordt alleen op zondag gedoucht». In het geval van de wettelijk verankerde verblijfsrechten geeft de cliënt aan wanneer en hoe vaak hij wil douchen. De leden van deze fractie krijgen de indruk dat de regering wel heel gemakkelijk afstapt van de wenselijkheid van in de wet vastgelegde verblijfsrechten, te meer omdat de regering deze verblijfsrechten in haar kwaliteitsbrief benoemt als belangrijkste speerpunt om de kwaliteit van zorg in verpleeghuizen te verbeteren. Hoe gaat de regering de kwaliteit in verpleeghuizen nu naar een hoger niveau brengen? En, zoals hierboven eerder ook gevraagd, hoe gaat de regering ervoor zorgen dat de verblijfsrechten zoals eerder in artikel 8.1.1 genoemd, niet worden afgezwakt in een AMvB? Kan de regering per verblijfsrecht aangeven welke verzwakking zij acceptabel vindt?

## Financiële aspecten

Op het verzoek van de leden van de PVV-fractie om in het overzicht van de zorguitgaven (tabel 7.1 uit de memorie van toelichting) de post «structureel» op te nemen, meldt de regering dat het niet mogelijk is inzicht te geven in het structurele uitgavniveau van de Wlz. De leden van de PVV-fractie merken naar aanleiding hiervan op dat het hoogst ongebruikelijk is dat de regering de Kamer niet informeert over structurele verwachtingen als het om uitgaven gaat. De Kamer heeft een recht op informatie. Zij wensen deze informatie dan ook alsnog te ontvangen en zien graag de kolom «structureel» toegevoegd aan alle tabellen in de Kamerstukken betreffende de Wlz, waar deze kolom door de regering is weggelaten. Het lijkt deze leden immers vanzelfsprekend dat de eerste twee rijen uit genoemde tabel 7.1 uiteindelijk uit de begroting lopen en dus terugkomen in de kolom «structureel» en dat in die kolom de opbrengst van de sluiting van de verzorgingshuizen geen 330 maar 3000 miljoen is, een gigantisch bedrag dat de regering liever niet afgedrukt ziet. Zij verlangen echter wel een open en eerlijke communicatie met de Kamer, die naast een recht op informatie ook een controlerende taak heeft, en vragen daarom nadrukkelijk om het toevoegen en afdrucken van de kolommen «structureel» aan de financiële tabellen.

In antwoord op de vraag naar de structurele opbrengst van de extramuralisering en het totaal aan (gespecificeerde) verzachtingen, merkt de regering op dat voor de vaststelling van de kaders met betrekking tot de hervorming van de langdurige zorg, de effecten van het extramuraliseringsbeleid opnieuw integraal zijn doorgerekend, waarbij actuele en meer gedetailleerde gegevens over aantallen cliënten en de kosten van intramurale respectievelijk extramurale zorg zijn gebruikt. De nieuwe integrale doorrekening leidt per saldo tot een netto besparing van extramuralisering op de zorguitgaven die geleidelijk oploopt tot ruim € 300 mln. structureel vanaf 2017. Deze meerjarige effecten zijn verwerkt in het totaal budgettair kader van de hervorming van de langdurige zorg. De nieuwe integrale doorrekening vervangt daarmee de oorspronkelijk ingeboekte netto besparingen en verzachtingen. Zoals aangegeven in tabel A van de nota naar aanleiding van het tweede nader verslag Wlz<sup>6</sup> bedroeg het totaal aan ingeboekte (gespecificeerde) verzachtingen een bedrag dat opliep van € 66,3 miljoen in 2015 tot € 420,8 miljoen in 2018. Een van de redenen waarom de oorspronkelijk ingeboekte bedragen niet aansluiten op het bedrag dat nu resulteert uit de actuele integrale doorrekening is dat de raming van de effecten van de extramuralisering op verschillende tijdstippen is bijgesteld. De leden van de PPV-fractie willen dit antwoord kunnen controleren en vragen daarom om de toevoeging van de kolommen «structureel».

### **SP-fractie**

#### Toegang tot zorg

De leden van de fractie van de SP hebben aangegeven van mening te zijn dat, gezien het hoge tempo van behandeling en gezien de veelvuldige amendering, van een gedegen behandeling geen sprake kan zijn, waardoor het de Eerste Kamer wordt bemoeilijkt om de deugdelijkheid en uitvoerbaarheid van het wetsvoorstel goed te beoordelen. Ook andere fracties hebben op de fragmentarische behandeling gewezen. Het antwoord van de regering – «Ik zie wel het gegeven dat de wet in een hoog tempo moet worden bestudeerd, al geeft de periode tussen het aannemen van het wetsvoorstel in de Tweede Kamer op 25 september jl.

<sup>6</sup> Kamerstukken II 2014/15, 33 891, nr. 55

en de behandeling in uw Kamer op 25 november a.s. ruim de gelegenheid het wetsvoorstel gedegen te bestuderen en te behandelen» – wekt verbazing. Gezien het belang van het wetsvoorstel en de consequenties voor het wel en wee van veel mensen die met grote veranderingen in en onzekerheid over hun woon- en zorgsituatie worden geconfronteerd, zou een goede analyse van de uitvoerbaarheid van de geamendeerde wet plaats moeten vinden. Daarvoor is tijd nodig en die tijd (voor onderzoek en reflectie) is de Kamer niet gegund. Voor de behandeling van een vergelijkbare stelselwijziging, de Zorgverzekeringswet (Zvw) in 2005, werd ruim zes maanden uitgetrokken. Daarnaast blijken juist in het voorliggend wetstraject van dag tot dag nieuwe koerswijzigingen en nieuwe onzekerheden op te duiken voor steeds weer andere groepen, zodat het schier onmogelijk is het overzicht over het geheel up-to-date te houden. Dat daarnaast (zoals ook enige malen in de memorie van antwoord wordt vermeld) de Tweede Kamer in allerlei brieven op de hoogte wordt gebracht en de leden van de Eerste Kamer maar moet raden waar de relevante correspondentie te vinden is, bevordert een soepele behandeling ook niet. Graag krijgen de leden van de SP-fractie een serieus commentaar hierop.

Uitvoerbaarheid en zorgvuldigheid staan in ieder geval voor de leden van de fractie van de SP voorop en daar zijn de vragen dan ook grotendeels op gericht. Op verzoek van de fractie van D66 is in de memorie van antwoord een poging gedaan om een overzicht te geven van alle zorgvragende doelgroepen.<sup>7</sup> De leden van de SP-fractie hebben hierover nog de volgende vragen:

- Er wordt vermeld dat in het overgangsjaar 2015 het aantal zorgprofielen nagenoeg hetzelfde zal zijn als de huidige zorgzwaartepakketten. Het streven is om daarna het aantal zorgprofielen te beperken. De leden van de SP-fractie zouden graag een overzicht willen hebben van alle op dit moment nog geldige zorgzwaartepakketten in de huidige AWBZ met, voor hun begrip, een duiding van het bijpassende (ziekte) beeld.
- Vervolgens krijgen zij graag per pakket een vermelding wat daarmee gebeurt als de Wlz zijn intree doet. Welke pakketten (de leden van deze fractie zijn zich terdege bewust van het feit dat het om mensen en niet om pakketten gaat, maar bedienen zich nu even voor het gemak van deze terminologie/ classificering) gaan zonder enig gedoe over naar de Wlz, welke pakketten krijgen te maken met een verandering en welke dan, en over welke pakketten bestaat nog onduidelijkheid? Hoe worden de verschillende situaties gefinancierd en hoe is de toegang geregeld?
- Expliciet verzoeken de leden van deze fractie om een toelichting op de positie van huidige GGZ-cliënten die onder de AWBZ vallen, uitgesplitst naar verschillende zzp-en en een toelichting op de situatie vanaf 1 januari. Tevens zien zij dit graag uitgesplitst naar leeftijd.
- Per Saldo<sup>8</sup> bepleit dat mensen met een hoog GGZ-C pakket ook direct toegang krijgen tot de Wlz vanuit het leidende principe dat er een gelijke toepassing van criteria en toegang tot de Wlz moet worden verleend. Ook zij hebben levenslang 24 uur per dag zorg in de nabijheid en/of toezicht nodig. Ze zijn dan ook wel voorgesorteerd maar hebben geen directe toegang. Eerst moeten criteria worden uitgewerkt waarop de toegang tot de Wlz getoetst kan worden. Wanneer zijn die criteria klaar? Aangezien het, naar de leden van de SP-fractie aannemen, voor het merendeel mensen zijn die opgenomen zijn, vragen zij wat er met deze groep na 1 januari 2015 gebeurt. Is er

<sup>7</sup> Kamerstukken I 2014/15, 33 891, F, p. 73

<sup>8</sup> Bijdrage van 13 oktober 2014, ter inzage gelegd onder griffienummer 155006.13

- de mogelijkheid van een verlengd overgangsrecht totdat de Wlz-criteria beschikbaar zijn? Hoe groot is deze groep?
- Wat gebeurt er na 1 januari met nieuwe cliënten die ook voldoen aan Wlz-toegangs criteria en psychiatrisch patiënt zijn?
  - Is het de regering bekend dat er verscheidene psychiatrische ziekten zijn te benoemen die zich intermitterend voordoen, met goede en ook zeer slechte perioden, waarin zonder meer 24 uur toezicht nodig is? Start met elke terugvalperiode een nieuw driejarig traject, totdat de toegang tot de Wlz kan plaatsvinden of is het denkbaar dat er cumulatie van opnametijd plaatsvindt?
  - Daarnaast krijgen deze leden graag een toelichting op de situatie van cliënten die zich nu op een zogenaamde sectorvreemde plaats bevinden. Is de regering op de hoogte van dit fenomeen en heeft zij er vertrouwen in dat het CIZ voldoende kennis in huis heeft om mensen uit deze groep adequaat in kaart te brengen?
  - Zijn er nog meer vergeten groepen opgedoken? Naast de groep van 14.000 extra instromers met een extramurale indicatie en een zodanige zorgzwaarte dat ze waarschijnlijk een beroep kunnen doen op de Wlz, die inmiddels bekend is (klopt overigens de inschatting van deze leden dat het meer kinderen dan volwassenen betreft en wat is de verdeling?) is er ook een groep, die langzamerhand duidelijker contouren krijgt: deze groep heeft nooit een indicatie met verblijf aangevraagd, maar zou daar volgens de toegangs criteria tot de Wlz wel recht op kunnen hebben en is verder wat betreft zorgzwaarte vergelijkbaar met de 14.000. Is de regering op de hoogte van dit gegeven? Wat voor advies heeft zij voor deze groep?
  - Wat is de laatste stand van zaken met betrekking tot de groep met een multiple-complexe en zware zorgvraag (mcz)? Juist voor deze groep is een indicatie op maat van groot belang. Is de regering bekend met de bezwaren die Per Saldo heeft aangevoerd met betrekking tot de rollen van CIZ (stelt een passende indicatie vast waarin wordt voorzien in alle benodigde zorg) en zorgkantoor (start meer-zorgprocedure). Met Per Saldo zijn deze leden van mening dat hierdoor onduidelijkheid ontstaat over de verantwoordelijkheidsverdeling tussen CIZ en zorgkantoor bij het vaststellen van de indicatie en de benodigde zorg. Graag krijgen zij een toelichting hierop.
  - Zijn er nog ontwikkelingen te melden met betrekking tot de financiering van de zorg van de specifieke groep met multiple-complexe zorgvraag, de chronische intramurale beademde patiënten?
  - Eerstelijnsverblijf blijft voorlopig via een tijdelijke subsidieregeling onder de Wlz. De leden van de SP-fractie denken dat dit het zogenaamde kortdurende verblijf in een woonzorgcombinatie betreft, bijvoorbeeld ter overbrugging (maximaal 2x6 weken) van een ziekenhuisopname naar huis of om een ziekenhuisopname te vermijden. Is dat correct? Hoe is de toegang geregeld? Het betreft nogal eens spoedzorg; is hierbij een telefoontje van de huisarts toereikend?
  - Graag krijgen deze leden een nadere toelichting op het gestelde op bladzijde 88 van de memorie van antwoord dat per ministeriële regeling de doelgroep wordt aangewezen die met een extramurale AWBZ- indicatie kan kiezen voor zorg uit de Wlz. Deze regeling is in voorbereiding en zal worden gepubliceerd in de Staatscourant. Over welke doelgroepen gaat het hier? Wanneer wordt deze regeling gepubliceerd? De betreffende groepen moeten, naar de mening van deze leden, voor 1 januari 2015 weten waar ze aan toe zijn.
  - Ook maken deze leden zich zorgen of de verschillende groepen wel worden bereikt. Hoe worden al deze groepen op de hoogte gebracht van wat er gaande is? Zowel de groepen die (waarschijnlijk) overgaan, als de groepen die voor hun zorgprobleem straks op een andere vorm van financiering zijn aangewezen, hebben recht op goede, duidelijke



voorlichting. Doelgroepgericht voorlichting is een vereiste, evenals loketten met duidelijke telefoonnummers waar inlichtingen en adequate antwoorden kunnen worden ingewonnen. Hoe wordt dit geregeld? Graag krijgen zij per doelgroep een toelichting wat er geregeld is.

- Hoe staat het met de instellingen die met de omwenteling te maken hebben? Hoe wordt er met hen gecommuniceerd? Waar kunnen ze heen met vragen?

#### Kwaliteit van zorg

De leden van de fractie van de SP hebben een aantal vragen over de rol van de zorgverzekeraars en de positie van de zorgkantoren.

- Er wordt in de memorie van antwoord wisselend gesproken over zorgkantoren en Wlz-uitvoerders. Het lijkt erop alsof de termen door elkaar worden gebruikt en er geen onderscheid is. Wat is de relatie en wat is het verschil tussen beide? Hoeveel zorgkantoren zijn er en hoeveel Wlz-uitvoerders? Is er een directe verbinding tussen een zorgkantoor en een zorgverzekeraar? En tussen een Wlz-uitvoerder en een zorgverzekeraar? Kan een zorgverzekeraar een verbinding hebben met verschillende Wlz-uitvoerders?
- Hoe onafhankelijk zijn zorgkantoor en Wlz-uitvoerder van elkaar en van de/een zorgverzekeraar? Wie van de drie bepaalt het beleid en wie ziet er op toe? Hebben beide, zorgkantoor en Wlz-uitvoerder, een eigen klachtenprocedure en een eigen cliëntenraad?
- Is er voor cliënten met betrekking tot de keus van een Wlz-uitvoerder keuzevrijheid?
- Zorgkantoren (Wlz uitvoerders?) mogen geen winst maken. Kunnen /mogen ze wel met elkaar concurreren?
- Bepaalt de manier waarop iemand verzekerd is (bij welke zorgverzekeraar en met welke polis) op welk zorgkantoor/ Wlz-uitvoerder men is aangewezen?
- Graag krijgen de leden van de SP-fractie een nadere toelichting op de pilot die zorgverzekeraar DSW met twee zorgkantoren (Wlz-uitvoerders?) zal uitvoeren met het oog op een eventuele schaalvergroting in de toekomst.

Ook vernemen de leden van deze fractie graag of de regering verschil ziet tussen samenwerking in de zorg in de vorm van onderaanneming en het uitlenen van personeel. Zo ja, kan de regering aangeven waar de grens ligt? Is de regering van mening dat de kwaliteitswetgeving op dit punt mogelijk moet worden aangepast?

Is de regering van mening dat concurrentie tussen zorgaanbieders mogelijk is met de komst van de Wlz? Hiermee ontstaat toch een andere economische en ook een andere juridische realiteit dan onder de AWBZ? Is de regering van plan een economische analyse te laten verrichten naar de feitelijke mogelijkheden van concurrentie binnen de Wlz? Ziet de regering (nog) een rol weggelegd voor de Autoriteit Consument & Markt (ACM) binnen het Wlz-domein? De ACM zag die rol wel voor zichzelf weggelegd met het oog op de mogelijkheden tot concurrentie binnen de (extramurale) AWBZ.

De IGZ ziet toe op de kwaliteit van de extramurale zorg. Kan de IGZ deze taak werkelijk waarmaken? De leden van de SP-fractie denken aan al die Pgb-houders met hun eigen zorgverleners. Het is belangrijk om op de kwaliteit van de door hen geleverd zorg toe te zien, maar naar de mening van deze leden, is dit ook volstrekt onmogelijk. Graag krijgen zij hierop een reactie.

De leden van de SP-fractie willen graag weten wat de functie van de Wmo-regiosecretarissen is. Wat is het takenpakket, wie is de opdrachtgever en wie betaalt ze? Betreft het een tijdelijke functie? Vervullen zij ook een signalerende functie naar de centrale overheid? Zijn zij ook aanspreekpunt voor burgers?

Het lijkt erop dat de regering het onderscheid tussen een mantelzorger en een vrijwilliger niet duidelijk op het netvlies heeft. Wat is volgens de regering een mantelzorger en wat is zijn/haar positie in de Wlz en wat is een vrijwilliger en wat is zijn/haar positie in de Wlz?

Kan de zorgverzekeraar ook vragen om een indicatie-onderzoek door het CIZ? Er wordt vermeld dat er een speciaal loket voor verwijzers komt bij het CIZ. De leden van de fractie van de SP juichen dat idee toe, omdat uit praktijkervaring is gebleken dat het CIZ moeilijk bereikbaar is voor (huis)artsen, het CIZ niet servicegericht is en de daar (althans in het verleden) aanwezige kennis ontoereikend is. Wanneer opent het loket de lijnen, want ook nu al worden (huis)artsen regelmatig geconfronteerd met vragen van verontruste patiënten, die zich afvragen wat er voor hen gaat veranderen na 1 januari 2015. Des te eerder des te beter, is het advies van de leden van deze fractie. Op bladzijde 7 en 8 van de memorie van antwoord wordt ingegaan op fraudebestrijding en de positie van het CIZ daarin. Het is de leden van deze fractie niet duidelijk of het CIZ nu wel of niet een rol heeft bij fraudebestrijding. Anders geformuleerd, is fraudesignalering een taak van het CIZ? Is fraudebestrijding een taak van het CIZ? Zo ja, hoe communiceert zij dat met de indicatie-aanvrager en waar meldt zij een eventueel vermoeden?

Op bladzijde 50 en 51 van de memorie van antwoord wordt de verantwoordelijkheid binnen de verschillende domeinen toegelicht. Bij inadequate zorgverlening in de Zvw zijn reguliere klachten- en geschillenregeling van toepassing. In de Wmo kan iemand tegen een besluit van de gemeente op een aanvraag voor maatschappelijke ondersteuning bezwaar en beroep indienen. Tot het moment dat de CIZ een positief besluit neemt voor toegang tot de Wlz is de gemeente verantwoordelijk. Eenmaal onder de reikwijdte van de Wlz valt cliëntondersteuning onder de zorgplicht van het zorgkantoor. Vanwege de versnippering vrezende leden van de SP-fractie dat het vooral de (kwetsbare) cliënt die zorg krijgt uit meerdere domeinen bemoeilijkt wordt om in beroep te gaan. Is er een overkoepelende instantie die een cliënt zou kunnen ondersteunen bij de hulpvraag en wanneer er sprake is van inadequate zorgverlening?

De regering onderschrijft de stelling dat afwenteling tussen domeinen moet worden voorkomen. Het is duidelijk dat afwenteling naar de Wlz door de strenge criteria waarschijnlijk niet zal optreden. Het gaat de leden van de SP-fractie juist om de garantie dat gemeenten en zorgverzekeraars hun verantwoordelijkheid nemen. Graag krijgen zij antwoord op de vraag hoe voorkomen gaat worden dat gemeenten en zorgverzekeraars «onderzorg» gaan leveren.

Op wie rust de taak bewuste-keuzegesprekken te voeren? Op basis van welke informatie kunnen mensen een keus maken en hoe vindt de follow-up plaats?

Kortdurend verblijf, onder de Wlz logeren genoemd, dient plaats te vinden in een gecontracteerde instelling, in principe dus niet op de zorgboerderij of enig ander particulier initiatief dat geen WTZi-toelatingsbewijs kan laten zien. De regering adviseert dat dergelijke instellingen een toelating aanvragen in het kader van de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi). Hoe verloopt een dergelijke procedure, hoeveel tijd, administratie en geld kost



dat? Veel pgb-houders zullen graag hun logeermogelijkheid willen blijven behouden en continueren.

### Financiële aspecten

De leden van de SP-fractie hebben voorts vragen over een aantal financiële aspecten.

- Op bladzijde 38 van de memorie van antwoord wordt aangegeven dat de hervormingen nodig zijn vanwege de financiële houdbaarheid van de langdurige zorg: «In de afgelopen decennia is de AWBZ overbelast geraakt; teveel zaken die we ook zelf zouden kunnen regelen, worden uit de collectieve middelen betaald.» Graag krijgen de leden van de SP-fractie een verheldering van deze stelling: welke zaken hadden we ook zelf kunnen regelen?
- Binnen het totale budgettaire kader van de Wlz zullen twee de elkaders worden gecreëerd. Een contracteerruimte voor zorg in natura en een budgetplafond voor pgb. Voor beide leveringsvormen zijn vooraf voldoende middelen beschikbaar. Waarop is deze bewering (op bladzijde 9 van de memorie van antwoord) gebaseerd? Naar de mening van de leden van deze fractie kan het toch slechts een veronderstelling zijn die nog moet blijken waar te zijn.
- Op grond van de historische zorgvraag worden deze middelen over de zorgkantorregio's verdeeld. Deze kaders mogen door de zorgkantoren niet worden overschreden. Wel kan/mag er tussen de contracteerruimte voor zorg in natura en het budgetplafond voor pgb gedurende het jaar geschoven worden. Verwacht de regering dat met deze regeling wachtlijsten voor Wlz- zorg tegen het einde van een jaar (als het plafond is bereikt en de contracteerruimte is gevuld) zullen ontstaan? Zo nee, waarom niet en zo ja vindt zij dat acceptabel?
- Overproductie wordt niet vergoed. Wat raadt de regering instellingen aan die geconfronteerd worden met de situatie waarin ze geen financiële ruimte meer hebben en toch een cliënt op de stoep hebben staan met een geldig Wlz-besluit? Moeten ze toch maar de deur dicht houden? Wie is in een dergelijke situatie eindverantwoordelijke? Waar ligt de zorgplicht?
- En wat raadt de regering een cliënt met een geldig Wlz-besluit aan, die opteert voor een pgb, dat mogelijk ook al helemaal heeft voorbereid, totdat blijkt dat de Wlz-uitvoerder het budgetplafond heeft bereikt? Wie is in een dergelijke situatie eindverantwoordelijke?
- Met de regering zijn deze leden van mening dat de kwaliteit van de zorg in intramurale settings omhoog moet. De laatste jaren is vaak noodgedwongen bezuinigd op de kwaliteit en deskundigheid van de verpleging en verzorging. Het opleidingsniveau is omlaag gegaan, want dat was goedkoper. Echter, het bereiken van een hogere kwaliteit door de verpleging en verzorging in verpleeghuizen te laten verrichten door zorgaanbieders met een hoger opleidingsniveau, kost extra geld, wat er naar verwachting van deze leden niet zal komen. Een wrange paradox. Graag ontvangen zij het commentaar van de regering hierop.
- De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) bepaalt de maximale tarieven die passen bij de zorgprofielen (zpz's). Is de verwachting dat deze naar beneden gaan als het totale budgettaire kader wordt overschreden?
- Gezien de vele financiële onzekerheden die met de invoering van de Wlz samenhangen, is het verstandig dat de regering besloten heeft de uitgavenontwikkeling te monitoren. De monitor, die naast de financiële aspecten, ook inzicht zal bieden in de functionering van het stelsel en in de vraag in hoeverre de doelstellingen van de hervorming van de langdurige zorg worden bereikt, zal input leveren voor de periodieke evaluatie door een onafhankelijke partij. Graag vernemen de leden van deze fractie welke onafhankelijke partij de regering hiervoor in gedachten heeft. Is deze al aan de slag gegaan om een nulmeting te

- doen? Zijn de evaluatiepunten ergens duidelijk omschreven? Zo ja, waar? Indien niet, wanneer zal dit wel het geval zijn?
- Het budgettaire kader van de Wlz wordt aangepast voor de zorg aan de al bekende 14.000 cliënten met een extramurale indicatie die voldoen aan het Wlz-profiel. Op bladzijde 3 van de brief van 3 november 2014<sup>9</sup> passeren een aantal bedragen de revue, waarbij het er naar het oordeel van de leden van de SP-fractie op neer komt dat het kader voor Wlz wordt verhoogd en de kaders voor WMO, Jeugdwet en Zvw worden verlaagd. Graag krijgen zij een tabel waarin de verschuivingen inzichtelijker worden gemaakt. Het gaat over voorlopige schattingen en een dekkingsbedrag. Als deze leden het proberen na te rekenen, lijken er gaten te vallen.
  - Zijn er nog juridische consequenties aan het licht gekomen met betrekking tot al afgesloten contacten, waarmee zorg voor «de vergeten groep» hier en daar al geregeld was?
  - Is het de bedoeling dat zorgaanbieders pas enkele maanden later hun vergoeding voor de zorg ontvangen en moeten zij die periode zelf overbruggen of blijft de mogelijkheid bestaan dat zij een bevoorschotting ontvangen (op basis van feitelijk-historisch-productieverloop)?
  - Het pgb wordt per 1 januari 2015 via een trekkingsrecht door de SVB rechtstreeks aan de gecontracteerde zorgaanbieders betaald. De huidige praktijk leert dat de doorlooptijd voor het proces tot goedkeuring van zorgovereenkomsten en zorgbeschrijvingen van budgethouders door zorgkantoren 3 maanden betreft. Met deze doorlooptijd zal de budgethouder te laat goedkeuring krijgen, waardoor betalingen aan zorgaanbieders in januari en februari 2015 niet door de SVB gedaan kunnen worden. Dit is met name het geval bij mensen van wie de indicatie in de laatste maanden van 2014 afloopt en die om een aansluitende indicatie verzoeken. Doorbetaling van zorgverleners komt hierdoor direct in de knel met gevolg voor de continuïteit van zorg en/of doorbetaling. Onder de mensen die hiermee te maken hebben zitten relatief veel mensen die de zorg thuis organiseren. Ze hebben nu een passende indicatie in functies en klassen en zullen in de toekomst geïndiceerd worden op basis van de nieuwe nog te ontwikkelen Wlz-profielen, die pas later bekend zullen worden. Is dit probleem bekend bij de regering en is zij bereid te zorgen voor goed overgangsrecht?
  - De SVB betaalt pas als de overeenkomst is goedgekeurd; de zorgverzekeraar kan pas zorg beëindigen als in Wlz-zorg is voorzien; om in Wlz-zorg te voorzien is een redelijke termijn nodig. Vindt er een verrekening plaats als de zorg geregeld is? Wat is een redelijke termijn?
  - Het volledig pakket thuis (vpt) dekt alle kosten van de zorg en wordt vaak in de vorm van een pgb uitgekeerd. Hoeveel van de vpt's worden niet in de vorm van een pgb uitgekeerd?
  - Bij een vpt worden de verblijfskosten, de kapitaallasten en kosten van eten en drinken niet vergoed. Worden kosten voor eventuele dagbesteding er wel mee vergoed of wordt dat apart door de gemeente met Wmo-geld gefinancierd?
  - Bij een vpt behoudt men de eigen huisarts. Waaruit worden kosten voor medicatie betaald? Moet een cliënt met vpt gewoon het eigen risico betalen? Hij/zij betaalt ook al een niet geringe (inkomensafhankelijke) eigen bijdrage. Is er zicht op de cumulatie? Wat zijn de consequenties? Is er nagedacht over een tegemoetkoming?
  - Waaruit worden de kosten voor eventuele ergo- en/of fysiotherapie betaald? Uit de aanvullende verzekering? Is het voor cliënten met een Wlz-indicatie überhaupt mogelijk een aanvullende verzekering af te sluiten?

<sup>9</sup> Kamerstukken I 2014/15, 33 891, G

- Wat houdt de subsidieregeling extramurale behandeling in? Welke behandelingen vallen daaronder? Is dit een al bestaande regeling of betreft het een nieuwe regeling onder de Wlz? Wat zijn de plannen met betrekking tot deze regeling voor de toekomst?
- Wat is de minimale en wat de maximale eigen bijdrage die een Wlz-geïndiceerde moet opbrengen, zowel bij zorg in natura, intra- en extramuraal, als voor de situatie van vpt, mpt (modulair pakket thuis) of pgb?
- De eigen bijdrage wordt niet langer aan de voorkant ingehouden; de cliënt krijgt periodiek een rekening van het CAK om de bijdrage te betalen. De pgb-houder krijgt daardoor een in verhouding hoger brutopgb. Graag krijgen de leden van de SP-fractie een bevestiging dat dit alleen een bruto/netto verhaal is en geen verkapte korting/bezuiniging. De meeste pgb-houders weten nog niet hoeveel ze volgend jaar kunnen besteden, terwijl ze ook rekening moeten houden met een forse aderslating omdat de tegemoetkoming chronisch zieken vervalst.
- De toekomstige financieringswijze en wijze van contractering van de wijkverpleging is nog onduidelijk voor de leden van de SP fractie. Graag krijgen zij een toelichting op de indeling en daaraan gekoppelde financiering in segmenten. Hoe wenselijk is deze opsplitsing? Deze leden begrijpen niet waarom «Buurtzorg Nederland », sinds jaar en dag het voorbeeld hoe wijkverpleging zou moeten werken, niet gecontracteerd wordt door CZ. Begrijpt de regering dat wel?
- Valt de financiering van de wijkverpleging alleen onder de Zvw of wordt ze ook uit de Wlz betaald, in die gevallen dat cliënten een Wlz-indicatiebesluit hebben voor zorg in natura, vpt of mpt? Kan wijkverpleging ook vanuit een pgb-Wlz betaald worden?
- Tot slot nog een vraag over het mpt. Is dit nu een containerbegrip, dat nog nader moet worden ingevuld, qua inhoud en financiering of is al volledig duidelijk wat daar onder valt en wat de financieringswijze is? Met de brief van 22 september 2014<sup>10</sup> wordt de Tweede Kamer onder meer geïnformeerd over de uitkomsten van het overleg met Zorgverzekeraars Nederland (ZN). ZN geeft aan dat het vanaf 1 januari 2015 nog niet onmiddellijk mogelijk is het mpt volgens de nieuwe (welke?) condities voor de volledige 100% operationeel te hebben, omdat dit andere expertise en andere werkprocessen bij zorgkantoren vereist. Wat betekent dit nu precies voor de cliënten? De leden van de SP-fractie krijgen hierop graag een nadere toelichting.

#### Gegevensuitwisseling

Tot slot hebben de leden van de SP-fractie nog enige vragen met betrekking tot de privacy.

- Op bladzijde 59 van de memorie van antwoord staat: «om gemeenten in staat te stellen om ten aanzien van hun inwoners te beoordelen of die in het bezit zijn van een indicatiebesluit van het CIZ wordt een register ontwikkeld waarin deze basisinformatie is ondergebracht. Wat is het doel van dit register met zogenaamde basisinformatie? De toelichting vermeldt dat gemeenten op basis van de informatie actie kunnen ondernemen. Dat klinkt nogal vrijblijvend. Waar berust het register en voor wie is het toegankelijk? Wordt van gemeenten verwacht dat ze periodiek een kijkje nemen in het register? Worden degenen die erin zijn opgenomen daarvan op de hoogte gesteld?
- Uit de beantwoording van de regering blijkt dat zij van mening is dat de KNMG onnodig bang is dat bijzondere gegevens de gezondheid betreffende, door het CIZ verzameld, terecht komen bij ambtenaren zonder geheimhoudingsplicht. De Minister wijst er op dat ook die

<sup>10</sup> Kamerstukken II 2014/15, 33 891, nr. 158, p. 2

ambtenaren een geheimhoudingsplicht hebben op grond van artikel 2:5 van de Awb en artikel 9.1.2, lid 5 van de Wlz. De leden van de SP-fractie hebben van de KNMG vernomen dat zij er na deze toelichting nog niet helemaal van overtuigd is dat het beroepsgeheim van de arts en de privacy van de cliënt aldus afdoende beschermd blijven. Daarom leggen deze leden nog graag het volgende voor. Dat ambtenaren een geheimhoudingsplicht hebben, is geen voldoende garantie. Zo blijkt bijvoorbeeld uit de evaluatie van de Wet politiegegevens dat het ongeoorloofd doorbreken van de geheimhoudingsplicht die voor politieambtenaren geldt, vrijwel altijd zonder gevolgen blijft. Het enkele feit dat een ambtenaar een geheimhoudingsplicht heeft, is kennelijk nog geen garantie dat die ook wordt gerespecteerd. Over artsen kan juist wel worden gezegd dat geheimhouding gewaarborgd is. Volgens artikel 21, lid 2 van de Wet bescherming persoonsgegevens mogen alleen personen die uit hoofde van ambt, beroep of wettelijk voorschrift, dan wel krachtens een overeenkomst tot geheimhouding zijn verplicht over gezondheidsgegevens beschikken. Deze bepaling is de implementatie van artikel 8, lid 3 van de EU Richtlijn 95/46/EG, dat bepaalt dat gezondheidsgegevens uitsluitend mogen worden verwerkt door gezondheidswerkers met een beroepsgeheim of andere personen voor wie een soortgelijke geheimhoudingsplicht geldt. Deze voorwaarde staat ook in artikel 81, lid 1, sub a van het EU voorstel voor de Algemene Verordening Gegevensbescherming. De leden van de SP-fractie zijn van mening dat een geheimhoudingsplicht van een ambtenaar niet gelijkwaardig is aan het beroepsgeheim van een arts; zij krijgen hierop graag een reactie.

- De KNMG – en ook de LHV in een brief van 2 juni 2014<sup>11</sup> – pleit ervoor om ambtenaren bij gezondheidsgegevens een «afgeleid beroepsgeheim» te verlenen. Afgeleid van de oorspronkelijke geheimhouder (de behandelende arts, huisarts e.d.). De ambtenaar heeft hiermee ook een afgeleid verschoningsrecht, waarop een beroep kan/moet worden gedaan hetgeen betekent dat de toestemming van de oorspronkelijke geheimhouder nodig is voordat de ambtenaar gezondheidsgegevens op verzoek van derden (andere instanties, leidinggevende e.d.) mag doorgeven. Is de regering bereid ambtenaren dit afgeleide beroepsgeheim te verlenen?

## **GroenLinks-fractie**

### Financiële aspecten

De leden van de fractie van GroenLinks vragen of de kaderbrief over het macrobudget van de langdurige zorg in 2015, waarin de budgettaire consequenties voor onder meer gemeenten worden toegelicht, inmiddels verstuurd is. Zo niet, acht de regering het wenselijk dat gemeenten en andere partijen slechts een maand voor de invoering van de Wlz beschikken over informatie over de budgetverdeling? Zo ja, kan de regering deze Kamer informeren over de inhoud daarvan?

### Toegang en kwaliteit zorg

Klopt het dat de regering onvoldoende zicht heeft op welke andere groepen of individuen dan de eerder besproken 14.000 nog tussen wal en schip kunnen raken? Zo niet, om welke groepen of individuen gaat dit?

Hoe oordeelt de regering over het feit dat ouders nog voordat de parlementaire behandeling is afgerond, worden gevraagd een formulier te tekenen om in aanmerking te komen voor de Wlz, zonder dat ze zicht

<sup>11</sup> Ter inzage gelegd onder griffienummer 155105.07

hebben op de inhoud en consequenties van die keuze? Heeft de regering bij voorbeeld de open brief van 24 oktober 2014 van een bezorgde moeder gelezen?<sup>12</sup>

De regering noemt in haar memorie van antwoord diverse vormen van monitoren en zegt toe een tweetal oplossingsgerichte tafels voor Wlz-implementatievragen in te richten. Er is echter onvoldoende antwoord gegeven op de vraag of de omzetting naar de Wlz onder de bevoegdheden van de Transitiecommissie Sociaal Domein gebracht wordt en waarom daar niet voor gekozen is met het oog op overzichtelijke structuren en eenheid van beleid. Welke bevoegdheden krijgen de oplossingsgerichte tafels, waarover de regering spreekt?

De regering antwoordt op vragen naar uit pgb betaalde verblijfkosten bij logeeropvang dat dat ook mogelijk blijft bij kleinschalige initiatieven, zolang de instelling een toelating heeft op basis van de WTZi. Klopt het dat voor deze toelating onder meer nodig is dat de instelling een Raad van Toezicht, cliëntenraad en geschillenregeling heeft en een uitgebreide accountantsverklaring opstelt? Is dat voor kleinschalige initiatieven niet een onredelijke en feitelijk onmogelijke eis? Is het niet voldoende dat het zorgplan is getoetst door het zorgkantoor en de overeenkomst door de SVB?

Hoe is de koppeling tussen de Wlz en het passend onderwijs geregeld? Klopt het dat de zorg op school valt onder de verantwoordelijkheid en financiering van de gemeente/samenwerkingsverband? De memorie van toelichting stelt dat dit om samenwerking vraagt en dat er geen afwenteling zal zijn. Kan de regering toelichten hoe die samenwerking wordt afgedwongen en hoe overlap, kloven en afwenteling voorkomen worden? Hoe wordt voorkomen dat vanwege afstemmingsproblematiek bijvoorbeeld kinderen met een meervoudige complexe handicap worden buitengesloten en richting dagbesteding worden gedrongen?

De leden van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport zien de antwoorden van de regering met belangstelling tegemoet.

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

---

<sup>12</sup> <http://webdrift.nl/24-oktober-2014-overzetting-naar-wlz-onder-protest/>