

Vergaderjaar 1997–1998

25 657

Persoonsgebonden budgetten

Nr. 6 HERDRUK²

VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG

Vastgesteld 13 mei 1998

Een aantal fracties uit de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport¹ heeft een aantal vragen voorgelegd aan de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de evaluatie persoonsgebonden budgetten (VWS-98-554).

De staatssecretaris heeft deze vragen beantwoord bij brief van 13 mei 1998.

Vragen en antwoorden zijn hierna afgedrukt.

De voorzitter van de commissie,
Van Nieuwenhoven

De griffier van de commissie,
Teunissen

¹ Samenstelling:

Leden: Lansink (CDA), Schutte (GPV), Van Nieuwenhoven (PvdA), voorzitter, Van der Heijden (CDA), ondervoorzitter, Van Heemskerck Pillis-Duvekot (VVD), M. M. H. Kamp (VVD), Doelman-Pel (CDA), Swildens-Rozendaal (PvdA), Vliegthart (PvdA), Mulder-van Dam (CDA), Middel (PvdA), Leerkes (U55+), Nijpels-Hezemans (Groep Nijpels), Fermina (D66), Oedayraj Singh Varma (GroenLinks), Dankers (CDA), Marijnissen (SP), Essers (VVD), Oudkerk (PvdA), Cherribi (VVD), Sterk (PvdA), Van Boxtel (D66), Van Vliet (D66), Van Blerck-Woerdman (VVD), Wessels (D66).
Plv. leden: Heeringa (CDA), Van der Vlies (SGP), Lilipaly (PvdA), Th. A. M. Meijer (CDA), Rijpstra (VVD), Voûte-Droste (VVD), Smits (CDA), Dijkma (PvdA), Koenders (PvdA), Beinema (CDA), M. M. van der Burg (PvdA), Rouvoet (RPF), R. A. Meyer (Groep Nijpels), Van Waning (D66), Sipkes (GroenLinks), G. de Jong (CDA), vacature (CD), Passtoors (VVD), Apostolou (PvdA), J. M. de Vries (VVD), Noorman-den Uyl (PvdA), Bremmer (CDA), Bakker (D66), Hoogervorst (VVD), Van den Bos (D66).

² Eerder abusievelijk gedrukt onder nr. 7.

Antwoorden op de Kamervragen naar aanleiding van de brief d.d. 30 maart 1998 van Staatssecretaris Erica Terpstra van VWS inzake de evaluatie Persoonsgebonden budget (PGB).

PvdA-fractie

1

Hoe wordt ingespeeld op de vaststelling in het ITS-rapport (blz. 86) dat t.b.v. de begeleiding voor verstandelijk gehandicapten die thuis wonen «door de uitbreiding van de keuzemogelijkheden een grotere vraag verwacht mag worden» naar een PGB?

De aangehaalde passage uit het ITS-rapport duidt erop, dat door de invoering van het PGB een grotere vraag zal ontstaan naar woonvormen die de betrokken ouders en verstandelijk gehandicapten, zelf kiezen, in plaats van een gezinsvervangend tehuis. Het PGB biedt daartoe een keuzemogelijkheid. Er zijn reeds vele jaren signalen dat ouders en gehandicapten de mogelijkheid om te kiezen voor begeleiding in de thuissituatie wensen. De ITS-rapportage geeft in dezelfde passage aan, dat circa de helft van de gebruikers van een PGB op de wachtlijst voor een naturavoorziening heeft gestaan. Een deel van de gebruikers van het PGB stonden overigens niet op de wachtlijst omdat zij vanwege onvrede met bestaande voorzieningen geen beroep deden op zorg in natura. Overigens kan men een PGB enkel toegewezen krijgen op basis van een formele indicatiestelling. De invoering van het PGB is in wezen door de behoefte van ouders en gehandicapten aan begeleiding in de thuissituatie als alternatief voor zorg in natura gebaseerd.

2

Toegezegd was dat de Kamer een notitie over de rol van de urgentie bij de toekenning van een PGB zou worden toegezonden. Kan de Kamer die alsnog tegemoet zien, en zo ja, wanneer?

De toegezegde beschouwing over de rol van urgentie bij de toekenning van een PGB is opgenomen in de voortgangsrapportage die met de brief van 30 september 1997 (DGB/OAG 975568) aan de Kamer is gezonden (paragraaf 9).

3

Klopt het dat, indien iemand een PGB heeft toegekend gekregen bijvoorbeeld in september en er niet in slaagt om zorg in te kopen voor 1 januari, het jaar erna weer de hele aanvraagprocedure moet doorlopen? Waarom betekent toewijzing niet dat voor de individuele budgethouder (behoudens natuurlijk herindicatie) meerjarige zekerheid gegeven kan worden? Is dit een gevolg van het feit dat het PGB een subsidieregeling is en geen wettelijke verstrekking?

De veronderstelling die in de vraag is verwoord is niet juist. De bepalingen rond de geldigheidsduur van een PGB zijn als volgt. In de PGB-regeling is bepaald dat de periode waarvoor een PGB wordt toegekend overeenkomt met de periode waarvoor de indicatie geldt. Bij het PGB voor verpleging en verzorging is dat in het algemeen een half jaar, maar niet meer dan een jaar, met dien verstande dat het zorgkantoor de verzekerde tenminste anderhalve maand voor afloop van die periode bericht dat herindicatie nodig is opdat onnodige onderbreking van de budgetverlening kan worden vermeden. Bij het PGB voor verstandelijk gehandicapten is de indicatieperiode voor de continue zorgvraag tenminste een half jaar en ten hoogste vijf jaar. De ingangsdatum van het PGB kan vervolgens ten hoogste zes maanden liggen na de datum van de toekenningbeslissing.

Door deze termijn, die tussen verzekerde en zorgkantoor wordt overeengekomen, kan de verzekerde zorg-inkoop voorbereiden. Het PGB vervalt indien die verzekerde niet binnen twee maanden na de overeengekomen ingangsdatum feitelijk van het budget gebruik heeft gemaakt. Deze bepaling is opgenomen met de overweging dat, indien een budgethouder niet binnen een redelijke termijn tot zorg-inkoop overgaat, het budget beter aan een ander met een meer urgente zorgvraag kan worden toegekend.

De looptijd van elke budgetovereenkomst eindigt aan het eind van het jaar. Die bepaling is noodzakelijk om tot afrekening van het subsidie te komen. Ook in het naturastelsel vindt jaarlijkse afrekening van de budgetten van instellingen plaats. De vernieuwing van de budgetovereenkomst bij de jaarwisseling is derhalve slechts bedoeld als een bepaling van administratieve aard.

4

Kan worden aangegeven waarom de invoering van een PGB voor de intramurale ouderenzorg en gehandicaptenzorg minder gecompliceerd wordt geacht? Is de invoering van een financiering naar zorgzwaarte (persoonsvolgende budgetten) daarvoor geen voorwaarde?

In de evaluatiebrief PGB die op 30 maart 1998 aan de Kamer is gezonden wordt aangegeven dat de invoering van een PGB voor intramurale ouderen- en gehandicaptenzorg in inhoudelijk opzicht minder gecompliceerd moet worden geacht dan de invoering van een PGB in de GGZ, omdat in het laatste geval bij de beoordeling de vraag aan de orde zal zijn of een PGB bij acute zorgsituaties past waarin het element van specialistische behandeling voorop staat. In zijn algemeenheid is het PGB immers meer op de chronische zorgvraag afgestemd.

Zoals in de evaluatiebrief eveneens is aangegeven, zal bij de invoering van een PGB als alternatief voor de zorg in verpleeg- en verzorgingshuizen de wenselijkheid van budgetcategorieën moeten worden gezien. In het kader van het PGB voor verstandelijk gehandicapten worden reeds budgetcategorieën gehanteerd. De invoering van een PGB hoeft dus niet te wachten op bekostiging naar zorgzwaarte in de kader van zorg in natura.

5

Indien op basis van de indicatiestelling vastgesteld wordt dat intramurale opname noodzakelijk is uit een oogpunt van de inhoud van de zorgvraag en de doelmatigheid van de zorgverlening, kan er dan überhaupt sprake zijn van een gelijkwaardig alternatief via het PGB in de thuissituatie? Kunt u dit toelichten?

Bij de indicatiestelling wordt de aard en de omvang van de zorgbehoefte bepaald. Het PGB biedt de zorgvrager een alternatieve keuzemogelijkheid voor zorg in natura om in die behoefte te voorzien. Beleidsuitgangspunt is dat de keuze voor een PGB voor de zorgvrager geen financieel voor- of nadeel mag inhouden. Zoals ik in het kader van de discussie over de hoge budgetten heb aangegeven, dient de beoordeling van de vraag of de hoogte van een PGB verantwoord is, gebaseerd te zijn op een vergelijking van kosten in het individuele geval. Het is van belang op te merken dat het PGB een kaderstellend budget is en geen open bekostigingsregeling voor een individueel zorgplan. Op deze wijze is de doelmatigheid van het PGB gewaarborgd. De praktijk laat zien dat het PGB ook in het geval van zeer complexe zorgvragen in een aantal gevallen een aantrekkelijk en verantwoord alternatief voor zorg in natura kan zijn.

6

Kan worden aangegeven in hoeveel procent van de gevallen het PGB, zowel VV als VG, gebruikt wordt om zorg in te kopen bij erkende instellingen? Is het nog steeds praktijk dat bij instellingen met wachtlijsten mensen wordt aangeraden een PGB aan te vragen waarvoor overigens ook een beperkt budget aanwezig is?

Blijkens informatie van ITS maakt 60% van de houders van een PGB voor verstandelijk gehandicapten voor zorg-inkoop gebruik van gevestigde zorg-aanbieders; 12% koopt in bij een SPD en 11% bij een internaat. Van de houders van een PGB voor verpleging en verzorging koopt 76% huishoudelijke hulp in en maakt daarbij gebruik van informeel zorgaanbod; 21% koopt verpleging en 17% ziekenverzorging in, waarvoor gebruik wordt gemaakt van particuliere en reguliere thuiszorg; 37% koopt verzorging in, waarbij gebruik wordt gemaakt van alle zorg-aanbieders. Blijkens de ITS-rapportage (pagina 50) hebben de reguliere en de particuliere thuiszorg ongeveer een gelijk marktaandeel.

Mij hebben slechts incidenteel informele signalen bereikt dat instellingen zorgvragers aanzetten tot het aanvragen van een PGB. Bij herhaling heb ik aangegeven dat de het PGB niet is bedoeld voor indirecte bekostiging van instellingen. Het COTG heeft op mijn verzoek in de calculatieformulieren een rubriek opgenomen waarmee instellingen voor verstandelijk gehandicapten hun PGB-inkomsten zichtbaar dienen te maken. De Ziekenfondsraad heeft de zorgkantoren erop gewezen, dat zij erop dienen toe te zien dat met het PGB geen dubbele bekostiging van toegelaten capaciteit plaatsvindt.

In dit kader verwijs ik tevens naar het antwoord op vraag 23.

7

Wat is de invloed van de invoering van het PGB op de ontwikkeling van de wachtlijsten?

Zoals reeds in het antwoord bij vraag 1 is vermeld, wijst het ITS-onderzoek uit dat het PGB bijdraagt aan de vermindering van wachtlijsten. Circa de helft van de gebruikers van een PGB voor verstandelijk gehandicapten stond op de wachtlijst voor een gezinsvervangend tehuis (pagina 86). Van de gebruikers van een PGB voor verpleging en verzorging ontving een derde voorheen hulp van de thuiszorg (pagina 38). Verder zijn er geen gegevens beschikbaar.

8

Klopt het dat bij de toekenning van PGB-budgetten geen rekening wordt gehouden met de jaarlijkse indexatie van loon- en prijsstijgingen, met als gevolg dat cliënten minder uren zorg kunnen inkopen?

Bij de vaststelling van de PGB-regeling voor 1998 is op grond van COTG-gegevens het rekestarief voor huishoudelijke hulp gelijk gebleven (f 25 per geïndiceerd uur), evenals het rekestarief voor ADL (voorheen wijk-ziekenverzorging ad f 55). Aangepast zijn de rekestarieven voor verzorging (van f 35 naar f 37,50 per uur) en verpleging (van f 65 naar f 70 per uur).

De bedragen van de budgetcategorieën in het kader van het PGB voor verstandelijk gehandicapten zijn gelijk gebleven.

Uit de laatst beschikbare gegevens van het CAK blijkt dat de dagverpleegprijs van inrichtingen voor verstandelijk gehandicapten en kinderdagverblijven in 1996 ten opzichte van 1995 is gestegen met minder dan 1,5%, de dagverpleegprijs van gezinsvervangende tehuizen met minder dan 0,9%. De dagverpleegprijs van dagverblijven voor ouderen is met ruim 1,5% gedaald. Gelet op deze prijsontwikkeling en het globale karakter van de

budgetcategorieën is jaarlijkse aanpassing niet aangewezen. De budgetbedragen zullen door de Ziekenfondsraad over een langere periode worden gezien.

9

Zou het i.v.m. het feit dat uit de evaluatie blijkt dat volgens de respondenten in meer dan de helft van de gevallen geen afspraken zijn gemaakt met zelfstandige hulpverleners niet de voorkeur verdienen om een standaardformulier te ontwerpen, zodat tenminste alle noodzakelijk geachte afspraken kunnen worden nagelopen?

De PGB-regeling schrijft voor, dat door de budgethouder met de zorgverlener een schriftelijke overeenkomst dient te worden gesloten. Om budgethouders daarbij te helpen zijn, zoals de ITS-rapportage vermeldt (pagina 66), door contactkantoren, Per Saldo en de NPCF modelovereenkomsten opgesteld, waarvan veelvuldig gebruik wordt gemaakt. Ofschoon een kwart van de individuele zorgverleners aangeeft dat geen afspraken zijn vastgelegd (pagina 75), constateert ITS dat in vrijwel alle overeenkomsten afspraken zijn gemaakt over de aard en de omvang van de dienstverlening, in het merendeel van de gevallen de duur van de overeenkomst en de prijs van de zorgverlening zijn vastgelegd en dat steeds vaker goede arbeidsrechtelijke afspraken worden gemaakt (pagina 67).

10

Kan een analyse worden gegeven van de feiten op grond waarvan de conclusie wordt getrokken dat de gemiddelde kosten van een PGB laag zijn? Waarmee wordt vergeleken?

Het ITS-rapport vermeldt: «De totale kosten VV van directe zorgverlening (budget) en uitvoeringskosten van het persoonsgebonden budget onderscheiden zich gunstig van de kosten van naturazorg als dat op basis van een effectief geleverd uur zorg met elkaar vergeleken wordt» (pagina 98). Uit het onderzoeksrapport «Doelmatigheid in de thuiszorg» van Bakkenist, dat ik bij brief van 25 september 1997 (CSZ/TZ-9715 539) aan de Kamer heb gezonden, kan worden afgeleid dat een uur zorg dat door een wijkverpleegkundige of een wijkzorgenverzorgende wordt geleverd «achter de deur van de klant» gemiddeld f 117,65 kost en een uur gezinsverzorging f 46,30 (bijlagen, blad 2). Bij het antwoord op vraag 8 zijn de rekentarieven voor PGB weergegeven.

Blijkens het jaarverslag van het CAK bedroegen de kosten van inrichtingen, dagverblijven en gezinsvervangende tehuizen voor gehandicapten in 1996 ten laste van de AWBZ in totaal f 4,99 miljard. Daarbij gaat 't om circa 64 000 gebruikers. Per gebruiker van een AWBZ-voorziening moet derhalve worden gerekend met jaarkosten van bijna f 78 000. De gemiddelde hoogte van een PGB voor verstandelijk gehandicapten bedroeg f 27 700 (ITS, pagina 20).

11

Is de verklaring voor het feit dat het budgethouders lukt tegen goedkopere tarieven dan de sleuteltarieven in te kopen, dat de individuele hulpverleners onder slechtere arbeidsvoorwaarden werken dan de hulpverleners in de reguliere zorg?

Blijkens de ITS-gegevens variëren de gemiddelde bruto uurbedragen die in het kader van verpleging en verzorging door budgethouders aan individuele hulpverleners worden betaald «van f 16,65 voor een «ongeschoolde» hulpverlener tot f 42,50 voor een verpleegkundige.

De gemiddelde bedragen voor gezinsverzorgenden en huishoudelijke hulpen zijn respectievelijk f 24,75 en f 20,60» (pagina 51). «Opmerkelijk is dat individuele zorgverleners VV positiever oordelen over de hoogte van de beloning dan zorgverleners die via een organisatie bij een budgethouder werken» (pagina 106).

12

Betekent de stellingname dat met het PGB een onnodig of ontijdig beroep op duurdere voorzieningen wordt voorkomen, dat het PGB substitutie bevordert? Welke conclusie verbindt u hieraan ten aanzien van de planning en financiering van de zorg in natura.

Ofschoon het aandeel van het PGB voor verpleging en verzorging nog slechts minder dan 4% en het aandeel van het PGB voor verstandelijk gehandicapten nog slechts minder dan 2% van de sectorale AWBZ-middelen bedraagt, bevordert het PGB doelmatigheid. Het bereik van de zorg neemt toe zodat onderzorg wordt vermeden en overzorg wordt voorkomen, terwijl met het PGB zorg van dezelfde kwaliteit tegen aanzienlijk lagere kosten wordt verkregen. Het PGB is derhalve een aantrekkelijk substitutie-instrument. Conform de motie Van Blerck zal daarom jaarlijks minimaal 10% van de groeimiddelen zorgsectoren via het PGB worden ingezet.

13

Vindt de indicatiestelling al zodanig plaats dat sprake is van een echte gelijkwaardigheid van PGB en zorg in natura?

Ofschoon de doorlooptijd bij de indicatiestelling en de inhoud van de indicatie-adviezen verder kan worden verbeterd (ITS, pagina 26, 30) zijn de onderzoekers van oordeel dat PGB en zorg in natura gelijkwaardig zijn als naar het product zelf wordt gekeken (pagina 125). Zij tekenen daarbij aan dat het PGB nog geen gelijkwaardig alternatief is voor zorg in natura doordat er geen aanspraak op PGB bestaat en de toegang wordt beperkt door de hoogte van het subsidie.

14

Hebben de contactkantoren concrete aanwijzingen voor aanzuigende werking, en zo ja waar baseren zij zich dan op? Gaat het hier om zorg die anders niet geleverd zou zijn, danwel om mensen die geen gebruik wensen te maken van de reguliere thuiszorg en dus particuliere hulp inschakelen en nu dus financiering van deze zorgbehoefte vragen via het PGB?

Ofschoon de contactkantoren blijkens de ITS-rapportage bijna unaniem van mening zijn dat er sprake is van een groep cliënten die nu gebruik maken van de regeling PGB die anders géén beroep zouden doen op reguliere thuiszorg, heeft deze groep naar schatting slechts een omvang van 10% van de totale populatie van budgethouders (pagina 28). Een deel van de gebruikers van het PGB stonden niet op een wachtlijst omdat zij uit onvrede met bestane voorzieningen geen beroep deden op zorg in natura. Een belangrijk deel van de instroom bestaat uit nieuwe cliënten, dat wil zeggen mensen die tevoren nog geen thuiszorg ontvingen. Er heeft dus geen massale uitstroom plaatsgevonden vanuit de populatie cliënten die al thuiszorg ontvingen.

Bij de veronderstelde aanzuigende werking lijkt het dus vooral om een indruk van de contactkantoren te gaan. Opgemerkt moet worden, dat een PGB slechts wordt verkregen op basis van een indicatie. De behoefte aan zorg staat dus vast. De onderzoekers merken op dat de budgetcliënten in vergelijking met naturacliënten minder valide zijn, meer beperkt in het uitvoeren van dagelijkse bezigheden en vaker bedlegerig (pagina 85).

15

Kan inzicht worden gegeven in de vergelijking van de inkomenspositie van de gebruikers van reguliere thuiszorg en de PGB VV gebruikers?

Het beschikbare inzicht in de sociaal-economische positie van budgethouders heb ik gegeven in de voortgangsrapportage die ik bij brief van 30 september 1997 (DGB/OAG 975568) aan de Kamer heb gezonden. Zoals ik aldaar heb aangegeven (paragraaf 4) verschilt onder de aanvragers van een PGB voor verpleging en verzorging het opleidingsniveau van de vrouwen niet van dat van de bevolking. Bij de mannelijke aanvragers komen relatief veel universitair opgeleiden voor. Bij driekwart van de aanvragers ligt het netto gezinsinkomen onder f 3000 per maand. Zoals ik daar eveneens heb opgemerkt, ligt wat betreft de aanvragers van een PGB voor verstandelijk gehandicapten het opleidingsniveau hoger, het gezinsinkomen aanmerkelijk lager dan gemiddeld. Voor het overige ontbreken mij de gegevens om een vergelijking te maken van de inkomenspositie van de gebruikers van reguliere thuiszorg en PGB VV-gebruikers.

16

Klopt het dat in een aantal gevallen het moeilijk is voor budgethouders om hun toegewezen budget te effectueren vanwege het feit dat het benodigde aanbod van zorg en begeleiding moeizaam te verkrijgen is? Hoe verklaart u dit?

De onderzoekers stellen vast dat budgethouders er veelal in slagen de benodigde zorg te kopen (pagina 121), maar merken op dat zorg-inkoop in het kader van het PGB voor verpleging en verzorging soms wordt bemoeilijkt door de tarieven die door reguliere thuiszorginstellingen in rekening worden gebracht en de tarieven die door zorg-aanbieders voor korte zorg-momenten («kwartiertjeshulp») worden gehanteerd (pagina 28). Bij de houders van een PGB voor verstandelijk gehandicapten heeft eenderde problemen met het vinden van de gewenste zorg (pagina 54). Daarbij gaat het vooral om ouders die samen met anderen een vorm van begeleid wonen willen realiseren; zoals de onderzoekers opmerken, hebben die problemen echter naar ten dele te maken met het PGB als zodanig (pagina 121), maar meer met de noodzakelijke planning en vormgeving (pagina 101). De onderzoekers concluderen dat zich een duidelijke markt aan het ontwikkelen is met name in de sector verpleging en verzorging en in wat mindere mate in de sector verstandelijk gehandicapten (pagina 103).

17

Is het feit dat de tarieven geschoond zijn voor «overheadskosten» de oorzaak dat instellingen problemen hebben om de PGB-klanten adequaat te bedienen?

De rekestarieven die worden gehanteerd in het kader van het PGB voor verpleging en verzorging zijn gebaseerd op de loonkosten van zorgverleners de rekestarieven zijn afgestemd op directe zorgverlening en voorzien niet in kosten voor extra overhead. De rekestarieven zijn weergegeven in het antwoord op vraag 8. In het antwoord op vraag 10 is een aanduiding gegeven van de kosten van zorg in natura. Het verschil lijkt deels te worden verklaard door overheadkosten, maar heeft anderdeels ook te maken met variabelen in organisatie en de verdeling in directe en indirecte uren. Uit het aangehaalde Bakkenist-onderzoek kan worden afgeleid dat de kosten van een uur wijkverpleegkundige zorg in de best practice-instelling 83% bedragen van het gemiddelde.

18

Kan worden aangegeven welke gevolgen de ontwikkeling op de arbeidsmarkt met toenemende kraptes, zal hebben voor de ontwikkelingsmogelijkheden van het PGB?

De ITS-onderzoekers komen tot de vaststelling dat er op de arbeidsmarkt een groot potentieel aan personen te vinden is die graag voor budgethouders willen werken (pagina 101). Meer dan 90% van de zorgverleners VV en meer dan 80% van de zorgverleners VG oordeelt positief over het werken voor budgethouders (pagina 102). Voor circa 40% van de zorgverleners VV en voor bijna de helft van de individuele zorgverleners VG betekent het werken voor budgethouders een (re)entree op de arbeidsmarkt (pagina 107). Gaan werken voor een budgethouders lijkt voor een groot deel van de zorgverleners een gerichte keuze te zijn.

19

Heeft er een onderzoek plaatsgevonden naar verschuiving van reguliere zorg naar informele zorg en eveneens een controle op werkgelegenheidsaspecten en arbeidsverhoudingen, zoals toegezegd tijdens de algemene overleggen van 22 juni 1995 en 5 oktober 1995? Zo nee, waarom niet?

De in de vraag genoemde aandachtspunten zijn meegenomen in het ITS-onderzoek.

20

Bestaat er zicht op de aard van de contracten die gesloten zijn in het kader van het PGB, en op welke wijze verhouden deze zich tot de arbeidsvoorwaarden die gebruikelijk zijn in het kader van de CAO?

Van de gebruikers van een PGB voor verpleging en verzorging heeft 22% een contract afgesloten met een reguliere thuiszorginstelling, 15% met een particulier bureau en 54% met een individuele hulpverlener.

Zeven procent heeft een contract met twee verschillende soorten hulpverleners (pagina 52). Van de gebruikers van een PGB voor verstandelijk gehandicapten heeft 69% een overeenkomst met een instelling afgesloten, ruim eenderde met een hulpverlener persoonlijk en 7% met een particulier bureau (pagina 54). Er bestaat geen inzicht in de verhouding van de afgesloten overeenkomsten met de sectorale CAO's. Wel oordeelt, zoals in het antwoord op vraag 18 is weergegeven, de overgrote meerderheid van de zorgverleners over hun arbeidsvoorwaarden positief.

21

Kan worden aangegeven wanneer er sprake is van indirecte bekostiging van niet toegelaten voorzieningen, en wanneer gezamenlijke zorginkoop door meerdere budgethouders wel is toegestaan? Wat is het onderscheidend criterium.

Voor indirecte bekostiging van voorzieningen is de vraag essentieel of in het kader van de zorg-inkoop de beschikking over het budget, rechtstreeks of door tussenkomst van een zaakwaarnemer, wordt overgedragen aan de zorgaanbiedende partij als beheerder van de voorziening. Tegen gezamenlijke inkoop van zorg door meerdere budgethouders bestaat geen bezwaar voorzover voor elk van de betrokken zorgvragers de zeggenschap over hun overeenkomst blijft bestaan en de afgesloten overeenkomst zonder inmenging van derden (de andere zorgvragers of de zorgaanbieder) opzegbaar blijft.

22

Kunt u toelichten in welk opzicht in uw ogen naar de positie van de zaakwaarnemer moet worden gekeken?

Naar mijn mening dient aan een zaakwaarnemer in het kader van het PGB essentieel de eis te worden gesteld dat hij slechts de belangen van de budgethouder behartigt en daarin onafhankelijk is, d.w.z. direct noch indirect enig belang bij het zorgaanbod heeft.

23

Zijn er indicaties dat in redelijke omvang actieve professionele sturing plaatsvindt om zodoende indirecte uitbreiding van het aantal erkende plaatsen bij toegelaten instellingen te laten plaatsvinden? In welke mate vindt er vervanging plaats van toegelaten plaatsen? Is het toezicht hierop gericht? Vindt er op die wijze omzeiling van de wachtlijst plaats, omdat de urgentie bij de indicatiestelling voor het PGB niet op dezelfde wijze bepaald wordt maar volgorde van aanvraag?

Volgens het ITS-rapport ontvangen contactkantoren inderdaad signalen dat zorg-aanbieders voor verstandelijk gehandicapten cliënten ertoe aanzetten een PGB aan te vragen (pagina 31). Incidenteel hebben dergelijke signalen mij ook bereikt, ook in het geval van de thuiszorg. De werkelijke omvang van dat verschijnsel is echter niet vast te stellen. Op mijn verzoek heeft het COTG in de calculatieformulieren een rubriek opgenomen, waarmee toegelaten instellingen hun PGB-inkomsten zichtbaar dienen te maken. Het formulier voorziet erin dat terugontvangen kapitaalslasten worden verrekend. De Ziekenfondsraad heeft op mijn verzoek de zorgkantoren geïnstrueerd om erop toe te zien dat ook ten aanzien van terugontvangen kosten van personele of materiële aard verrekening plaatsvindt.

Feitelijke gegevens uit de afrekeningen van de instellingen zijn nog niet beschikbaar. Met de genomen maatregelen worden PGB-inkomsten voor instellingen slechts aantrekkelijk voorzover daar ook kosten in de vorm van additionele zorgverlening tegenover staan.

Het is mogelijk met een PGB zorg in te kopen bij een toegelaten instelling. Daarmee kan een wachtlijst worden omzeild. Afgezien van de maatregelen die ik zojuist heb geschetst rust daarbij ook een morele verantwoordelijkheid op de instelling. Overigens wordt in het naturastelsel niet zonder meer in volgorde van urgentie geplaatst, maar spelen bijvoorbeeld profielschetsen ten aanzien van open plaatsen eveneens een rol.

24

Zijn huisartsen en wijkverpleegkundigen voldoende op de hoogte van het feit, dat zij bij de zorgkantoren kunnen melden wanneer sprake is van onvoldoende of kwalitatief minder goede zorg die door cliënten is ingekocht?

Het is in de eerste plaats de verantwoordelijkheid van de budgethouder zelf, kwalitatief verantwoorde zorg te kopen. Dat is in de PGB-regeling ook uitdrukkelijk vastgelegd. Gelet op de aard van de handicaps mag worden aangenomen dat budgethouders veelal contact hebben met zorgverleners van meerdere disciplines. Uitzonderingsgevallen daargelaten, zijn er in de loop van de jaren slechts zeer incidentele signalen geweest dat een PGB inadequaat of frauduleus werd gebruikt. Blijkens de ITS-rapportage komen dergelijke signalen ook daadwerkelijk bij de contactkantoren door (pagina 61-62).

25

In hoeverre wordt eraan gewerkt dat er t.a.v. de signalering van de kwaliteit een meer uniforme handelwijze wordt nageleefd door de zorgkantoren?

Ofschoon preventief toezicht zich niet met het karakter van het PGB verdraagt heeft de Ziekenfondsraad op mijn verzoek de zorgkantoren nadrukkelijk op hun verantwoordelijkheid voor het toezicht op misbruik van het PGB gewezen. Zorgverzekeraars Nederland heeft in zijn overleg met de zorgkantoren daar eveneens de nodige aandacht aan besteed.

26

Hoe zal de wijze van het verloop van de indicatiestelling («veelal een knelpunt») op korte termijn (kunnen) worden verbeterd? Waarom vindt niet in alle gevallen een toetsing van de aanvraag plaats?

Aan het verbeteren van de indicatiestelling in de zorg is door het kabinet stelselmatig aandacht besteed. Verwacht mag worden dat met de herstructurering van de indicatiestelling de kwaliteit en inzichtelijkheid van de indicatie-adviezen toeneemt. De aanmerkingen van sommige contactkantoren op enkele indicatie-adviezen (pagina 26, 30) zijn opmerkelijk omdat de contactkantoren zelf de verantwoordelijkheid voor de vormgeving van de indicatiestelling droegen.

27

Kan een concrete analyse plaatsvinden van de beheerskosten van het PGB? Welke elementen in de beheerskosten komen overeen met beheerskosten die ook bij zorg in natura gemaakt worden? Welke zijn verschillend? Is het mogelijk een vergelijking te maken?

Tot de beheerskosten van het PGB kunnen worden gerekend de uitvoeringskosten van de SVB, het subsidie aan de budgethoudersverenigingen en de kosten van de zorgkantoren.

De structurele uitvoeringskosten van de SVB zijn over 1998 begroot op f 5 miljoen. Het subsidie dat in 1998 aan de budgethoudersverenigingen is toegekend neemt f 1 miljoen in beslag. Dat is bij elkaar ruwweg evenveel als het subsidie dat over 1997 inclusief administratieve uitvoering aan de budgethoudersverenigingen werd verstrekt. Blijkens de ITS-rapportage schatten de contactkantoren hun meerkosten in verband met de uitvoering op respectievelijk f 3,3 miljoen voor verpleging en verzorging en f 1,4 miljoen voor verstandelijk gehandicapten (pagina 97-98). Tezamen komen de beheerskosten zodoende op een bedrag van circa f 11 miljoen, wat overeenkomt met ongeveer 5% van het beschikbare PGB-volume. De kosten van de indicatiestelling voor verpleging en verzorging worden door de contactkantoren geraamd op f 1,1 miljoen (pagina 98). Daarvan kan worden opgemerkt dat dergelijke kosten ook in het kader van zorg in natura zou moeten worden gemaakt. Voor het overige is het niet mogelijk een gespecificeerde vergelijking te maken tussen de beheerskosten in het geval van zorg in natura versus PGB.

28

Bent u van mening dat ook de instellingen die zorg in natura verstrekken een belangrijke rol dienen te vervullen in de voorlichting aan (potentiële) cliënten? Zo ja, zou het daarom ook niet op de weg van de zorginstellingen liggen om regelmatig elke cliënt die zorg in natura ontvangt, te wijzen op de keuzemogelijkheden tussen zorg in natura en zorg via PGB?

In zijn algemeenheid kan ik de opvatting onderschrijven dat van zorgverlenende instellingen optimale voorlichting aan zorggebruikers mag worden verwacht. De keuzemogelijkheid tussen PGB en zorg in natura wordt echter nog beperkt door het volume van de beschikbare PGB-middelen. Afgaand op de opvatting van de onderzoekers over de mogelijke omvang van de vraag naar PGB dient het volume aanzienlijk te

groeien (pagina 129, 131). Het is daarom zeer gewenst dat de instellingen actief de mogelijkheid bezien om persoonsvolgende budgetten te ontwikkelen.

Een en ander is mede afhankelijk van wat er over dit onderwerp in het volgende Kabinet wordt afgesproken.

29

Rechtvaardigt de gemiddelde duur van de doorlooptijden bij het PGB-VG (173 dagen over 1997 – ITS pagina 94) niet dat er juist voor de verstandelijk gehandicapten verdere uitbreiding van het PGB-budget dringend gewenst is?

In de praktijk vinden nieuwe indicaties pas plaats als er weer middelen om een PGB toe te kennen beschikbaar zijn. De duur van de doorlooptijd (vanaf aanmelding tot toekenning) kan een van de aanwijzingen zijn dat verdere groei van het PGB wenselijk is. Het ITS-rapport geeft aan dat er ook andere factoren van belang zijn voor de lengte van de doorlooptijd (pagina 93–95).

30

Wat is de stand van zaken omtrent de overgang van de AAW-regeling naar het PGB-budget? Is aan alle cliënten hiermee «automatisch» een PGB toegekend?

De overgang van de regeling voortzetting huishoudelijke hulp ex-AAW-ers naar het PGB brengt structurele meerkosten met zich mee ten bedrage van tenminste f 70 miljoen.

Dat is het gevolg van het feit dat in het kader van de AAW-regeling een uurtarief (f 15 à f 17) wordt gehanteerd dat lager is dan de rekkentarieven die in het kader van het PGB worden gehanteerd (vanaf f 25 voor huishoudelijke hulp).

Vooralsnog is daarom besloten van overheveling van de AAW-regeling af te zien, hangende de bevindingen van een nader onderzoek naar het sociaalfiscale regime van de AAW-regeling waartoe de minister van Financiën heeft besloten.

31

Kan worden aangegeven in welke mate vereenvoudiging van de procedures en termijnen door standaardisatie (formulieren contracten etc.) bereikt kan worden?

Sedert vorig jaar is op mijn verzoek door de Ziekenfondsraad aan de PGB-regeling een handleiding toegevoegd, die in het bijzonder betrekking heeft op de toekenning door de zorgkantoren en daartoe de benodigde formulieren bevat. Daarbij zijn ook maximale doorlooptijden aangegeven. Van de zijde van de SVB komen signalen dat met enige standaardisatie (bijvoorbeeld in de betaling van vakantietoeslag aan zorgverleners) administratieve vereenvoudiging kan worden bereikt. Die signalen worden door de Regiegroep PGB bij de Ziekenfondsraad bezien. Het verdient overweging om bij de vaststelling van de PGB-regeling voor het jaar 1999 ook te bezien of een nadere handreiking voor een doelmatige indicatiestelling kan worden gegeven. Bij de vaststelling van de PGB-regeling voor 1997 heeft reeds een aanzienlijke verduidelijking van de indicatievereisten voor verstandelijk gehandicapten plaatsgevonden.

32

Kan worden aangegeven welke voor- en nadelen zijn verbonden aan verhoging van het forfaitaire bedrag vanuit het perspectief van de zorgvrager, doelmatigheid, transparantie, afdracht loonbelasting en premieheffing, rechtspositie zorgverleners?

Verhoging van het forfaitaire bedrag betekent een ontlasting van de centrale administratie en derhalve ook van de budgethouder doordat hij voor dat deel niet langer aan de formulierenstroom gebonden is. Het forfaitaire bedrag is thans f 2400 op jaarbasis.

Uit gegevens van ITS en de centrale administratie kan worden opgemaakt dat gemiddeld circa 5% van de budgethouders voor verpleging en verzorging een budget heeft dat niet hoger is dan het forfaitaire bedrag. Indien het forfaitaire bedrag zou worden verhoogd tot f 4000 zou, afgaande op de huidige budgetverdeling, het aantal budgethouders voor verpleging en verzorging waar geen centrale administratieverplichting meer voor geldt stijgen tot een kwart. Bij een verhoging tot f 6500 zou ruim eenderde en bij een verhoging tot f 10 000 de helft van de budgethouders verpleging en verzorging van de centrale administratieverplichting zijn vrijgesteld.

De laagste budgetcategorie voor verstandelijk gehandicapten correspondeert met een bedrag van f 5000. In de huidige situatie geldt de centrale administratieverplichting dus voor alle houders van een PGB voor verstandelijk gehandicapten.

Verhoging van het forfaitaire bedrag tot f 4000 verandert daaraan niets. Bij verhoging van het forfaitaire bedrag tot f 6500 vervalt de centrale administratieverplichting voor de laagste budgetcategorie, die circa 10% van de budgethouders omvat. Bij een verhoging naar f 10 000 vervalt ook de centrale administratieverplichting voor de budgethouders uit categorie II, die circa 13% van de budgethouders omvat.

Verhoging van het forfaitaire bedrag naar f 10 000 op jaarbasis betekent derhalve dat de centrale administratieverplichting vervalt voor de helft van de houders van een budget voor verpleging en verzorging en voor een kwart van de houders van een budget voor verstandelijk gehandicapten. Zowel voor de centrale administratie als voor de budgethouders zelf wordt daarmee een aanzienlijke ontbureaucrativering bereikt.

Als mogelijke nadelen van de verhoging van het forfaitaire bedrag kan worden gewezen naar een mogelijke verschuiving naar het grijze zwart circuit; meer werkgevers-werknemers relaties; geen garantie dat dit bedrag ook aan zorg besteed wordt (forfaitaire bedrag wordt voor 45% direct aan zorg uitgegeven).

Door het wegnemen van de centrale administratieverplichting gaan de sociale en fiscale (werkgevers-)verantwoordelijkheden ook feitelijk over naar de individuele budgethouder. Veel budgethouders geven daar toch de voorkeur aan. Indien men de budgethouder ook op dit punt wil ontlasten, zullen de forfaitaire bedragen bovendien moeten worden gedefiscaliseerd. Zij krijgen daarmee het karakter van een vrij besteedbare uitkering. In de huidige situatie wordt het forfaitaire bedrag van f 2400 door de Belastingdienst niet als inkomen aangemerkt tenzij de budgethouder bij de belastingaangifte aanspraak maakt op aftrek wegens bijzondere ziektekosten.

Indien een zorgverlener door het verrichten van arbeid voor een budgethouder inkomsten verwerft draagt hij de verantwoordelijkheid voor zijn fiscale verplichtingen. In de centrale administratie wordt thans slechts het SoFi-nummer van zorgverleners geregistreerd.

Blijkens het ITS-rapport ligt de hoogte van het inkomen dat door zorgverleners uit het PGB wordt verworven gemiddeld slechts op f 7000 per jaar.

Door een verhoging van het forfaitaire bedrag verandert aan de rechtspositie van zorgverleners niets. De rechtspositie van zorgverleners wordt ook thans niet gecontroleerd.

33

Kan worden aangegeven waarom verhoging van het forfaitaire bedrag voor zorgverlening overwogen wordt en niet geopteerd wordt voor een integratietegemoetkoming waarbij het dus niet alleen meer gaat om sec zorgverlening en dienstverlening, maar ook om de meerkosten van het dagelijks bestaan, hulpmiddelen, (woning)aanpassingen etc? Indien gekozen zou worden voor verhoging van het forfaitaire bedrag hoe wordt dan gewaarborgd dat er geen verdringing van witte reguliere zorg en dienstverlening plaatsvindt door het grijze en/of zwarte circuit?

In de motie die op 21 mei 1990 met brede ondersteuning door mevrouw Netelenbos werd voorgesteld (Tweede Kamer, vergaderjaar 1989–1990, 20 931, nr. 12) heeft de Kamer als haar mening uitgesproken dat de Belgische integratietegemoetkoming moet worden bekeken op haar toepasbaarheid in het Nederlandse zorgstelsel. Die motie vormde de directe aanzet voor het experiment met een persoonsgebonden budget voor verstandelijk gehandicapten. Bij de vormgeving van dat experiment is het PGB ingekaderd in de AWBZ. De integratietegemoetkoming voorziet in forfaitaire en gedefiscaliseerde bedragen tot maximaal f 15 000 op jaarbasis. De vormgeving van een integratietegemoetkoming voor gehandicapten en hulpbehoevende bejaarden, die in de kring van lichamelijk en verstandelijk gehandicapten nog steeds wordt gewenst, vergt een brede en grondige studie naar reikwijdte en systematiek. Hierbij is ook aan de orde of ook elementen die niet op het terrein van de zorg behoren, onder een dergelijke systematiek zouden dienen te vallen. Voor dergelijke elementen ligt financiering uit de AWBZ niet voor de hand. Daarbij kan ook de Duitse Pflegeversicherung worden betrokken, die de zorgvrager een keuzemogelijkheid biedt tussen een budget voor thuiszorg in natura of een bedrag in contant geld ter hoogte van de helft van dat budget; op deze wijze wordt als het ware op voorhand in fiscale rekeningen voorzien. Het ITS-rapport vermeldt dat circa 80% van de verzekerden kiest voor het contante bedrag (pagina 129). Voor het overige moge worden verwezen naar het antwoord dat is gegeven op vraag 32.

34

Kan worden aangegeven hoe bij de indicatiestelling voor een eventueel PGB verpleeghuiszorg niet alleen de kwaliteit van de zorg gewaarborgd wordt maar ook de doelmatigheid in verband met de schaalvoor-/nadelen? Is invoering van de persoonsvolgende budgetten binnen de instellingsgebonden financiering geen noodzakelijke voorwaarde, omdat indien de «lichtere» vormen van verpleeghuiskosten naar de thuissituatie verplaatst worden per saldo de zorgzwaarte van de resterende verpleeghuiszorg toeneemt?

De indicatiestelling is erop gericht, de aard en de omvang van de zorgvraag geobjectiveerd vast te stellen. Invoering van een PGB is rationeel omdat het tot een beter allocatiemechanisme in de zorg leidt doordat het overzorg vermijdt en onderzorg voorkomt. Invoering van het PGB op grote schaal veronderstelt inderdaad een stelsel van zorgzwaarte-bekostiging, waarbij het geld de cliënt volgt in functie van zijn geïndiceerde zorgbehoefte.

35

Hoe vaak is de regiegroep PGB bij de Ziekenfondsraad sinds haar instelling geraadpleegd inzake de «overschrijding» van het budget van f 650 per dag? Kan worden aangegeven welke aantallen cliënten dit betreft, en vanuit welke regio/zorgkantoren zij afkomstig zijn? Heeft raadpleging van de regiegroep ook tot negatieve adviezen geleid? Zo ja, wat waren de overwegingen die tot deze negatieve advisering hebben geleid?

De verplichte consultatie van de Regiegroep over de toekenning van zogenaamde uitzonderlijk hoge budgetten in het kader van verpleging en verzorging heeft sinds haar bestaan in totaal in zes gevallen plaatsgevonden. In alle gevallen betreft het verschillende zorgkantoren verspreid over het land. Die consultaties hebben niet tot negatieve adviezen geleid.

Daaruit mag worden geconcludeerd dat de toekenning van uitzonderlijk hoge budgetten met de desbetreffende bepalingen die in de PGB-regeling 1998 zijn opgenomen en aan de hand van het protocol dat door de Ziekenfondsraad is geformuleerd afdoende is geregeld. Wel is in één geval door de Regiegroep aangetekend dat het PGB niet zonder meer in 7 x 24-uurs zorg kan voorzien omdat bij thuisverpleging in de regel een aandeel van de mantelzorg moet worden aangenomen.

36

Kan worden verklaard waarom 16% van de contactkantoren geen mantelzorg betaalt en de rest blijkbaar wel?

De PGB-regeling voorziet als zodanig niet in bekostiging van mantelzorg. Bij de indicatiestelling dient een redelijk aandeel van de mantelzorg in aanmerking te worden genomen. Overigens wordt bij de indicatiestelling geen onderscheid gemaakt tussen PGB en zorg in natura. De budgethouder is vervolgens vrij in de besteding van zijn budget, ook indien hij voor zorg-inkoop gebruik maakt van al dan niet inwonende familieleden. Het is niet aan de contactkantoren om ten aanzien van de besteding van een budget nadere voorwaarden te stellen.

CDA-fractie

37

Kan inzicht worden gegeven in de wachtlijsten voor een PGB? Zijn er verschillen tussen de verschillende regio's in het land? Zullen deze wachtlijsten verdwijnen bij uitvoering van de aangenomen motie Van Blerck-Woerdman? Als dat niet zo is, hoe denkt de staatssecretaris deze dan weg te werken, gelet op het onderschreven belang om op de weg van PGB voort te gaan?

Van de PGB-aanvragen zijn door de contactkantoren niet altijd goede wachtlijsten bijgehouden. Die wachtlijsten worden ook niet centraal geadmistreerd. De ITS-rapportage bevat indicatieve schattingen van de mogelijke omvang van de vraag naar een PGB, die een voortdurende stijging van de beschikbare middelen rechtvaardigen (pagina 129-131). De motie-Van Blerck beoogt aan dit gegeven tegemoet te komen.

38

Welke fundamentele gedachtegang ligt ten grondslag aan de keuze binnen het huidige PGB-systeem dat een persoon die de zorg/verzorging die hij of zij nodig heeft zelf wil organiseren plotseling tot werkgever wordt verklaard? Betrokkene, of de ouderverzorger, kiest toch niet uit vrije wil voor het ondernemerschap? Is het niet zo dat mensen met belemmeringen, die op langdurige zorg zijn aangewezen, alleen de keuze willen om hun leven zoveel mogelijk naar eigen inzicht regelen, aangepast aan de handicap of belemmering? Zo ook ouders van gehandicapte kinderen die zo lang mogelijk hun kind thuis willen laten wonen en leven?

Het werkgeverschap van de budgethouders vloeit niet voort uit een gerichte keuze, maar is het gevolg van algemeen geldende sociale en fiscale wetgeving.

Voorzover de vraag kan worden beschouwd als een pleidooi voor invoering van een integratietegemoetkoming moege worden verwezen naar de antwoorden op de vragen 32 en 33.

39

In hoeverre is de consequentie van het werkgever zijn een belemmering voor mensen om het PGB aan te vragen?

Er zijn slechts indicatieve gegevens die er op duiden dat het werkgeverschap en de aanverwante administratieve verplichtingen voor zorgvragers een belemmering kan zijn om een PGB aan te vragen. De ITS-rapportage geeft daar aanduidingen van (pagina 34, 47, 48).

40

Bestaat er een tijdpad, of komt er een meerjarenplanning voor de verdere uitbouw van het PGB, bv. als alternatief voor intramurale ouderen- en gehandicaptenzorg?

De geldende PGB-regeling zijn, zoals van meet af aan is aangegeven, bedoeld als een begin. Zoals de ervaring die daarmee is opgedaan uitwijst, is het gewenst het PGB in omvang en in de breedte verder te ontwikkelen. Met inachtneming van besluitvorming over de systematiek is het inderdaad gewenst daarvoor op termijn een meerjarenplanning te ontwikkelen.

Een en ander is mede afhankelijk van wat er over dit onderwerp in het volgende Kabinet wordt afgesproken.

41

Wordt de aanzuigende werking van het PGB veroorzaakt door het feit dat er bij tal van voorzieningen wachtlijsten bestaan? Is dat een reden om invoering sterk(er) te faseren? Als dat zo is, hoe verhoudt zich dat dan tot de principiële koers die met de invoering van het PGB is ingezet?

Allereerst verwijs ik u hierbij naar het antwoord op vraag 14. Hieraan kan het volgende worden toegevoegd.

Blijkens de ITS-rapportage wordt in de verstandelijk gehandicaptenzorg in 8% van de gevallen voor een PGB gekozen om de wachttijd voor plaatsing in een voorziening te overbruggen (pagina 87). De veronderstelde aanzuigende werking van het PGB moet worden afgezet tegenover de verhoogde doelmatigheid die met het PGB wordt bewerkstelligd doordat over- en onderzorg worden voorkomen. De ITS-rapportage geeft aan dat circa de helft van de gebruikers van een PGB op de wachtlijst voor een naturavoorziening heeft gestaan (pagina 86).

Overigens verwijs ik in dit kader naar het belang van een goede objectieve indicatiestelling naar zorgzwaarte.

42

Bij de berekening van het budget wordt eerst gekeken naar de kosten in natura, en vervolgens wordt 20% gekort. Dit kan redelijk zijn als de indirecte kosten, de investeringskosten en de overhead, om en nabij dat percentage ligt.

Maar als iemand voor een deel van een naturavoorziening gebruik maakt, zoals voor dagbesteding, wordt wel het volle budget daarvoor gekort. Daardoor resteert minder dan noodzakelijk voor de overige. Is dat redelijk? Waarom wel of juist niet?

Het is redelijk dat bij de bepaling van de budgetbedragen rekening wordt gehouden met een korting voor kapitaalslasten. Het PGB is immers bestemd als een alternatieve keuzemogelijkheid voor zorg in natura. Ook indien voor zorg-inkoop gebruik wordt gemaakt van gevestigde instel-

lingen dient liet om additionele productie te gaan. Het PGB is niet bedoeld voor indirecte financiering van voorzieningen.

43

Als het PGB een afkoopsom is, wordt dan voldoende rekening gehouden met bv. werkgeversrisico's? Wordt het bedrag geïndexeerd om met de kostenstijgingen rekening te houden?

Door de SVB is voor de budgethouders een collectieve verzekering afgesloten voor aansprakelijkheid en voor loondoorbetaling bij ziekte alsmede een ARBO-overeenkomst. Voor indexering van budgetbedragen moge worden verwezen naar het antwoord op vraag 8.

44

Op blz. 4 van de brief stelt te staatssecretaris nog eens goed te willen bekijken naar de positie van de zaakwaarnemer. Is dat om een nieuwe afhankelijkheid tegen te gaan van bijvoorbeeld ouderen? Denkt de staatssecretaris aan een voorwaarde dat de zaakwaarnemer uit de kring van familie en relaties moet komen, of dat leveranciers van zorg geen zaakwaarnemer mogen zijn?

De zaakwaarnemer kan een figuur zijn die het mogelijk maakt dat zorgvragers op inhoudelijke gronden voor een PGB kiezen die niet of niet goed in staat zijn om zelf voor het beheer van het budget in te staan. Voor mijn opvatting over de positie van een zaakwaarnemer moge overigens worden verwezen naar het antwoord op vraag 22.

45

Waarom is het van belang om te voorkomen dat niet-toegelaten instellingen indirect worden bekostigd? Het PGB biedt mensen keuze om de zorg zelf te organiseren. Dan moeten mensen toch ook vrij om deze in te kopen waar men het wil? Als het gaat om de kwaliteit en deskundigheid van verleende zorg, dan is daarop toch controle mogelijk via de kwaliteitswetten van instellingen en individuele beroepsbeoefenaren in de zorgsector (BIG)?

Tegen aanwending van liet PGB voor indirecte financiering van voorzieningen bestaan tweeërlei bezwaren, in de eerste plaats in zoverre daarmee juist de beschikkingsmacht over het *persoonsgebonden* budget wordt overgedragen aan een derde, de zorgaanbieder of het collectief van andere zorgvragers. In de tweede plaats komt daarmee een riskante ontwikkeling op gang: indien een PGB-houder dan al vrij is om zich naar eigen inzicht uit een collectief arrangement terug te trekken, ontstaat de mogelijkheid dat de financiële continuïteit van de «voorziening» in het gedrang komt als voor de open plaats geen geïnteresseerde andere budgethouder kan worden gevonden. In de praktijk zal in dergelijke gevallen op inhoudelijke gronden nauwelijks kunnen worden voorkomen dat dergelijke voorzieningen achteraf geforceerd moeten worden geregulariseerd.

46

Blijft het naar de mening van de staatssecretaris noodzakelijk om – wanneer het PGB op een volwassen manier en uitgekristalliseerd is ingevoerd – ook de hele beheersstructuur van de aanbodkant overeind te houden? Zoals nu geregeld via het systeem van toegelaten instellingen, en het volledig beheersen van de bouw? Wil de staatssecretaris hier nader op in te gaan?

Het PGB is bedoeld als alternatieve keuzemogelijkheid voor zorg in natura. Zoals uit de beschouwingen in het ITS-rapport over de mogelijke omvang

van een PGB blijkt (pagina 129–131), kiest een deel van de zorgvragers wel, maar ook een deel niet voor een PGB. Daaruit volgt dat ook als het PGB tot volledige wasdom zal zijn gekomen een vorm van aanbodplanning in het naturastelsel zal moeten blijven bestaan.

47

Wanneer wordt overgegaan naar een vraaggefinancierde zorg, of men nu voor zorg in natura of voor PGB kiest, is het niet (meer) mogelijk dat er eventueel een dubbele bekostiging van toegelaten plaatsen kan voorkomen. Is deze stelling juist, zo nee waarom niet?

De stelling is evident juist. Van dubbele bekostiging kan slechts sprake zijn voorzover er meerdere bekostigingsstromen bestaan. In een stelsel van volledig vraaggestuurde zorg hangt het geïndiceerde budget slechts aan de zorgvrager. Dubbele bekostiging kan dan uiteraard niet plaatsvinden, Eventueel zou moeten worden gezien of er een vorm van prijstoezicht op zorg-aanbieders nodig is. Overigens verwijs ik u in dit kader tevens naar het antwoord op vraag 23.

48

Is niet de grootste vereenvoudiging in de administratieve rompslomp te vinden wanneer het uitgangspunt wordt losgelaten dat iemand met een handicap of een oudere, die kiest voor het PGB, ook onmiddellijk werkgever is? Bestaat door dit beginsel ook niet het risico dat mensen toch afhankelijk blijven van professionele circuits? Waarom wordt er niet voor gekozen dan betrokkene een duidelijke en inzichtelijke administratie voert over de uitgaven? Wordt het principe van de wet ketenaansprakelijkheid niet erg ver doorgevoerd wanneer een PGB-houder verantwoordelijk is voor correctie afdrachten door wie hen verzorgen. Het zou toch voldoende moeten kunnen zijn wanneer hij of zij de gegevens juist noteert?

Indien van de werkgeversverantwoordelijkheid voor budgethouders wordt afgezien treedt uiteraard een aanzienlijke administratieve vereenvoudiging op.

Indien budgethouders al dan niet door een verhoging van het forfaitaire bedrag van de centrale administratieverplichting worden ontheven brengt dat niet automatisch mee dat hun werkgeversverantwoordelijkheid vervalt. Voor de vraag aan welke werkgeversverantwoordelijkheden iemand moet voldoen is uitsluitend de feitelijke toestand maatgevend. Om budgethouders van werkgeversverantwoordelijkheid te vrijwaren dient niet alleen liet forfaitaire bedrag te worden verhoogd, doch dat bedrag ook te worden gedefiscaliseerd.

49

Kan in bedragen bij benadering worden aangegeven wat de afdrachten zijn geweest die de overheid heeft ontvangen als gevolg van de ingewikkelde werkgeversconstructie en wat de administratieve lastendruk daarvan heeft gekost?

Voor de kosten van de administratieve uitvoering van de PGB-regeling is in de begroting 1997 van de budgethoudersverenigingen een bedrag opgenomen van f 4,2 miljoen. Blijkens het ITS-rapport bleef de totale opbrengst van de loonheffing door het administratiekantoor beperkt tot 5% in het geval van verpleging en verzorging en 7% in het geval van verstandelijk gehandicapten van de gedeclareerde bedragen en dragen de 30% budgethouders net de hoogste budgetten daartoe 90% bij in het geval van verpleging en verzorging en 75% in het geval van verstandelijk gehandicapten (pagina 73). In bedragen zou de opbrengst overeenkomen met ongeveer f 5 miljoen. De opbrengst zou hoger zijn geweest zonder de

onderbesteding door de aanloopfase van het PGB. De opbrengst moet worden beschouwd als bruto bedrag omdat geen inzicht bestaat in de fiscale situatie van de betrokken zorgverleners.

50

Zijn er vergelijkingen gemaakt met systemen in andere landen? wordt er daar niet voor gekozen dat het ter beschikking gestelde budget – buiten de forfaitaire vrijlating – als inkomen voor de verzorgende wordt beschouwd voor betrokkene het niet aantoonbaar aan andere kosten in samenhang met de cliënt heeft uitgegeven? Wordt het daarom mogelijk dat mensen er voor kiezen om b.v. hun zorgbehoevende ouder zelf in huis te nemen en daarvoor geheel of gedeeltelijk ontslag nemen? Kan langs die weg het PGB niet een mes zijn dat aan twee kanten snijdt, namelijk deels financiering van langdurig zorgverlof?

Allereerst verwijs ik hierbij naar het antwoord op vraag 33. In de bedragen van de Belgische Integratietegemoetkoming is de vroeger bestaande tegemoetkoming voor hulp van derden (mantelzorg) verdisconteerd. In Groot-Brittannië bestaat de Invalid Care Allowance (ICA), waarvan de hoogte overeenkomt met een bijstandsuitkering. Op de ICA kan een beroep worden gedaan door personen van 16 tot 65 jaar die de zorg voor een ernstig gehandicapte op zich nemen, ook als het om de huwelijkspartner gaat.

Als er geen beroep op ICA wordt gedaan wordt het overeenkomstige bedrag toegevoegd aan de Disability Living Allowance waarop de gehandicapte zelf aanspraak kan maken. Overigens is thans geen uitspraak te doen over een eventuele toekomstige systematiek. Wel is uitgangspunt dat het PGB een alternatief vormt voor zorg in natura en niet bedoeld is als een inkomensdervingsregeling. Dat laatste is niet iets wat tot het domein van de AWBZ behoort.

51

In hoeverre leidt het gebrek aan voldoende budget om aan de vraag te voldoen tot een selectie bij de aanvragers, waardoor mensen die een intensief zorgbudget behoeven langer op de wachtlijsten staan?

De toekenning van een budget is onafhankelijk van de hoogte ervan. Het is zorgkantoren niet toegestaan bij de toekenning van budgetten te selecteren door lagere budgetten eerder toe te kennen dan hogere.

VVD-fractie

52

Op wat voor termijn denkt de staatssecretaris te komen tot een goed evenwicht tussen enerzijds eenvoud en een minimum aan bureaucratie en anderzijds een controle op bestedingen om naleving van werkgevers plichten te bevorderen?

Het PGB bevindt zich in een spanningsveld tussen enerzijds de zorgbehoeften van de budgethouder, wat een zo eenvoudig mogelijke uitvoering vraagt, en anderzijds het bewaken van fiscale en sociale regelgeving, wat de uitvoering compliceert en een belasting voor de budgethouder betekent. Op korte termijn kan een beperkte vereenvoudiging wellicht door enige standaardisatie worden bewerkstelligd; dergelijke vereenvoudigingen worden door de Regiegroep gezien. Structurele vereenvoudigingen van de administratieve uitvoering van de regeling hangen af van de mate waarin men wenst vast te houden aan de controle op werkgeversverplichtingen en aan de centrale administratieve verplichting. De mate waarin vereenvoudigingen in de PGB-systematiek

kunnen worden gerealiseerd hangt af van de afspraken die daaromtrent hij de komende kabinetsformatie kunnen worden gemaakt.

53

Kan de staatssecretaris aangeven hoe de kosten die met de beheerstaak in de huidige procedure gepaard gaan zich verhouden met de geboekte opbrengst? Is de staatssecretaris van plan om invulling te geven aan de aanbeveling om jaarlijks na te gaan wat de kosten en opbrengsten zijn van de uitvoering van de beheerstaak? Zo ja, op welke wijze?

Voor het antwoord op het eerste deel van deze vraag moge worden verwezen naar het antwoord op vraag 49. De kosten van de administratieve uitvoering kunnen eenvoudig worden vastgesteld aan de hand van de desbetreffende subsidiebesluiten van de Ziekenfondsraad. De bruto opbrengsten kunnen uit de centrale administratie worden opgevraagd en met de kosten worden vergeleken.

54

Is het de staatssecretaris bekend dat zorgaanbieders op grote schaal fuseren en onderlinge prijsafspraken maken zodat in de praktijk de keuzevrijheid voor budgethouders in sommige regio's in het gedrang komt? Hoe verhoudt deze praktijk zich met de nieuwe Mededingingswet?

De afgelopen jaren hebben in de zorgsector veelvuldig fusies plaatsgevonden tussen zorg-aanbieders. In veel gevallen hebben die fusies bevorderd dat voor een zorgvrager slechts één zorgaanbieder toegankelijk is. Zorg-aanbieders maken in het kader van regionaal overleg veelvuldig afspraken over de regie van de cliëntenstroom, veelal door de zorgtoewijzing té reguleren. Mij is niet bekend dat zorg-aanbieders daarnaast ook onderlinge prijsafspraken maken. Vrije prijsvorming vervult immers op de «zorgmarkt» geen dominante rol. Indien er onderlinge prijsafspraken zouden worden gemaakt, acht ik dat ongewenst.

55

Leidt de hoogte van de maximum uurtarieven waarop het PGB wordt berekend en de, als hoog ervaren, gehanteerde uurtarieven door de thuiszorginstellingen tot beperkingen van de keuzevrijheid van de budgethouder? Zo ja, hoe zou de keuzevrijheid kunnen worden gegarandeerd?

De uurtarieven die in de PGB-regeling worden gehanteerd zijn afgeleid van loonkostengegevens van het COTG. Zoals in het antwoord op vraag 10 is aangegeven liggen de kosten van een zorguur dat wordt geleverd door een reguliere instelling hoger. Blijkens de ITS-rapportage (pagina 28) wordt voor korte zorg-momenten bovendien hoge tarieven of een grotere tijdseenheid in rekening gebracht.

Het PGB is bedoeld als alternatieve keuzemogelijkheid voor zorg in natura. Veelal bestaat het misverstand dat het PGB een open bekostigingsregeling is voor een individueel zorgplan in plaats van een budget en als zodanig een afkoopsom. Het is derhalve niet gewenst de PGB-tarieven af te stemmen op de beoogde zorg-inkoop, waarmee bovendien indirecte financiering zou worden bevorderd. Verwacht mag worden dat de budgethouder voor een PGB kiest omdat hij andere zorg kan kopen. Voor huishoudelijke hulp en gezinsverzorging blijkt dat ook het geval. Voor wijkverpleegkundige zorg en wijkziekenverzorging zijn de keuzemogelijkheden beperkter en is de prijsstelling derhalve sterker afhankelijk van de zorgaanbieder.

Instellingen hebben de gewoonte eenheidsprijzen/tarieven in rekening te brengen in plaats van uit te gaan van marginale kosten; omdat de

algemene kosten van een instelling al zijn betaald hoeft niet elk volgende zorguur het volledige tarief op te brengen. Het verdient overweging om, zoals in het geval van verstandelijk gehandicapten reeds is gebeurd, ook voor de thuiszorg te bezien op welke wijze PGB-inkomsten in de exploitaties van de instellingen dienen te worden verrekend. Overigens mag worden verwacht dat de prijspolitiek van instellingen zich zal aanpassen naarmate het relatieve volume van het PGB groter wordt.

56

Wat is de mening van de staatssecretaris ten aanzien van de stelling dat er behoefte is aan een betere vergoeding van de zogenaamde korte zorgmomenten en/of de toetsing van de tarieven van de thuiszorginstellingen voor de korte zorgmomenten? Welke maatregelen zouden hiervoor getroffen kunnen worden?

Voor het antwoord op deze vraag moge worden verwezen naar het antwoord op de voorgaande vraag.

57

In hoeverre hebben zowel hulpverleners als budgethouders inzicht in de fiscale gevolgen die voortvloeien uit het PGB? Heeft de mate van inzicht invloed op het maken van de afweging tussen hulp in natura of gebruik van het PGB?

Blijkens de ITS-bevindingen (pagina 34, 35, 47) is de complexiteit van de administratieve aspecten van de regeling een belasting voor een bepaalde groep budgethouders en een overweging om niet voor een budget te kiezen.

58

Klopt het dat meer dan de helft van de cliënten na indicatie meer dan drie maanden moet wachten op de toekenning van een budget? Zo ja, hoe zou deze doorlooptijd bekort kunnen worden?

De doorlooptijd om een budget voor verpleging en verzorging te krijgen bedroeg in 1997 volgens ITS gemiddeld 60 dagen (pagina 93). De doorlooptijd voor een budget voor verstandelijk gehandicapten bedroeg 173 dagen (pagina 94). Zoals in het antwoord op vraag 29 is aangegeven lijkt de belangrijkste reden voor de lange doorlooptijd dat aanvragen pas weer actief in behandeling worden genomen als er weer daadwerkelijk budget beschikbaar is.

59

Kan worden aangegeven hoe de informatievoorziening over aanvraag- en toekenningsprocedures voor zowel cliënten als zorgkantoren verbeterd zou kunnen worden?

Zoals in het antwoord op vraag 31 is aangegeven, is op mijn verzoek door de Ziekenfondsraad aan de PGB-regeling een handleiding toegevoegd die de nodige voorbeelden en aanwijzingen voor de zorgkantoren bevat. Het subsidie dat door de budgethoudersverenigingen is aangevraagd en verkregen is uitdrukkelijk medebestemd voor actieve voorlichting aan (potentiële) budgethouders.

60

Kan worden aangegeven op welke wijze de voorlichters voorlichting geven aan de budgethouder? Wordt bij de voorlichting voldoende aandacht besteed aan de bestedingsvrijheid? Komt in het verlengde van vorenstaande voldoende aan de orde dat kwalitatieve en adequate hulp niet alleen bij de reguliere instellingen te verkrijgen is?

De budgethoudersverenigingen onderhouden een informatie- en advieslijn voor de budgethouders en verzorgen schriftelijke informatie aan budgethouders. Blijkens de ITS-rapportage (pagina 35–36) wordt naar de indruk van een van de budgethoudersverenigingen door andere voorlichters de bestedingsvrijheid niet altijd voldoende belicht.

61

Is de staatssecretaris het eens met het standpunt dat de adviezen van de indicatiecommissies veelal niet volledig zijn en uniformiteit missen? Op welke wijze zou de volledigheid en uniformiteit van de adviezen verbeterd kunnen worden?

Voor het antwoord op deze vraag moge worden verwezen naar de antwoorden op de vragen 26 en 31.

62

Heeft de staatssecretaris inzicht in de kwaliteit van de offertes die door zorgaanbieders aan budgethouders worden geleverd? Zo ja, wat vindt de staatssecretaris van de kwaliteit en hoe zou die, indien noodzakelijk, verbeterd kunnen worden?

Blijkens de ITS-rapportage (pagina 36) zijn de offertes van zorg-aanbieders naar het oordeel van een van de budgethoudersverenigingen niet altijd voldoende gespecificeerd. Instellingen hebben de gewoonte om uit te gaan van eenheidstarieven en standaardproducten. Zoals in het antwoord op vraag 55 is opgemerkt mag worden verwacht dat de prijspolitiek van instellingen zich zal aanpassen naarmate het relatieve volume van het PGB groter wordt.

63

Hoe kijkt de staatssecretaris aan tegen het standpunt dat de budgetten jaarlijks moeten worden geïndexeerd omdat budgethouders jaarlijks worden geconfronteerd met stijgingen van de kostprijzen en salarissen?

Voor het antwoord op deze vraag moge worden verwezen naar het antwoord op vraag 8.

64

Kan worden aangegeven of de door het Instituut voor Toegepaste Sociale wetenschappen (ITS) voorgestelde verhoging van het forfaitaire bedrag tot f 10 000 haalbaar is? Wat zijn hiervan de voor- en nadelen?

Voor het antwoord op deze vraag moge worden verwezen naar het antwoord op vraag 32.

65

Kan worden aangegeven hoeveel behoefte er is aan meer regionale ondersteuning en voorlichting aan (potentiële) budgethouders? Bent u van mening dat er voor de budgethoudersvereniging in het kader van de ondersteuning extra financiële middelen beschikbaar moeten worden gesteld? In hoeverre zouden de budgethoudersverenigingen op dit terrein kunnen samenwerken met de Ziekenfondsraad en de SVB?

De voorlichting aan (potentiële) budgethouders kan worden geïntensifieerd en verbeterd. Daarvoor zijn subsidies aan de budgethoudersverenigingen verstrekt, die daartoe inderdaad kunnen samenwerken met de Ziekenfondsraad en de SVB. Overigens ben ik van mening dat er geen nieuwe regionale hulpverleningsinstelling voor (potentiële) budgethouders dient te ontstaan.

Kan de staatssecretaris haar mening geven over de volgende aanbevelingen van het ITS om de administratie verwerking te vergemakkelijken:

- Alleen indien een budgethouder een individuele hulpverlener meer dan twee dagen per week in dienst heeft moeten de betalingen gecontroleerd administratief verwerkt worden.*
- De administratieve vastlegging van toekenningen, mutaties van toekenning, uitbetaling van forfaits, beheer en administratief verkeer van trekkingsrechten dienen in een organisatie te worden ondergebracht.*
- Het ITS beveelt aan om in overleg met banken de mogelijkheid te laten onderzoeken om een aparte rekening te openen, waarbij het verstrekken van trekkingsrechten, de controle op besteding, terugstorting van resterende saldi door het zorgkantoor en inzicht in het betalingsverkeer door de cliënt verbeterd kan worden.*
- Betaal budgethouders rechtstreeks een bepaald percentage van het budget uit (bv. 80%) en indien zij voor een bepaalde termijn kunnen aantonen dat zij dit hebben besteed, ontvangen zij het resterende deel.*

Voor de aard van de werkgeversverplichtingen van de budgethouder is van belang of een hulpverlener in de regel op meer of minder dan twee dagen in de week voor hem werkzaam is. Overeenkomsten waarmee tot standaard-betalingen kan worden overgegaan leveren administratieve vereenvoudiging op. Bepalend is echter niet de overeenkomst, maar de feitelijke situatie. Van de overeenkomst afwijkende werktijden treden in de praktijk op doordat hulpverleners voor elkaar invallen. Dergelijke mutaties brengen grote administratieve lasten en veel misverstanden teweeg.

Aan de aanbeveling dat de gehele administratie in één hand dient te worden gebracht is met de overgang naar de SVB voldaan.

De mogelijkheid om voor de uitvoering van het PGB gebruik te maken van «intelligente» bankrekeningen zou nadere beschouwing kunnen verdienen voorzover wordt besloten om van de centrale administratie voor het PGB af te zien. In combinatie met een hoger forfaitair bedrag zou op deze wijze voor budgetten die daarboven uitgaan verantwoording jegens zorgkantoren kunnen plaatsvinden.

Het is onduidelijk wat het oogmerk of het voordeel zou zijn van het ITS-voorstel om budgethouders een voorschot van 80% van het budget uit te betalen en afhankelijk van de besteding tot afrekening over te gaan. Zo'n individuele subsidiesystematiek zal bewerkelijk zijn en voor de budgethouder extra administratieve handelingen meebrengen.

Kan de staatssecretaris haar mening geven over het voorstel om controle op arbeidsovereenkomsten en de berekening en loonheffing niet bij een organisatie onder te brengen, maar om de budgethouder zelf verantwoordelijk te maken om bepaalde gegevens vast te leggen waarop andere organisaties een beroep kunnen doen; bv. door aan budgethouders en hulpverleners modelovereenkomsten voor te leggen en hen te verplichten zelf opgave aan de fiscus te doen?

De centrale administratieverplichting is ingegeven door de wens om een aanspreekpunt voor de Belastingdienst te hebben. Ofschoon een deel van de budgethouders er de voorkeur aan zou geven zelf de administratie te (laten) voeren betekent dat niet zonder meer een vereenvoudiging, zeker niet voor de betrekkelijk lage budgetten, en zal het voor andere budgethouders een belasting betekenen. Verhoging van het forfaitaire bedrag lijkt als vereenvoudigingsinstrument dan ook de voorkeur te verdienen.

68

Welke extra onderzoeken acht de staatssecretaris noodzakelijk om helderheid te krijgen over verdere groei in volume en breedte en de te hanteren systematiek voor het PGB?

Voor de korte termijn kan ervan worden uitgegaan dat een verdere groei in volume van de bestaande PGB-regelingen wenselijk is. Het PGB kan eveneens op korte termijn worden uitgebreid naar intramurale ouderen- en gehandicaptenzorg. Dit is afhankelijk van wat er in het volgende Kabinet over het PGB wordt afgesproken. In het perspectief van de totstandkoming van vraaggerichte bekostiging die zowel voor het PGB als voor zorg in natura geldt dient op termijn een stelsel van bekostigingscategorieën naar zorgzwaarte tot stand te komen. De indicatiestelling dient daar inhoudelijk op te worden afgestemd. Daarbij dient ook aandacht te worden geschonken aan de afstemming met het stelsel van aanbodplanning in de naturazorg.

69

Is reeds opdracht aan de Ziekenfondsraad verstrekt om een hoofdstuk verpleeghuis- en verzorgingshuiszorg in de PGB-regeling voor te bereiden?

De opdracht om een hoofdstuk voor intramurale ouderen- en gehandicaptenzorg in de PGB-regeling op te nemen zal op korte termijn aan de Ziekenfondsraad kunnen worden verstrekt. Dit is mede afhankelijk van wat er bij de kabinetsformatie afgesproken wordt over dit onderwerp.

70

Welke concrete maatregelen neemt de staatssecretaris op korte termijn om te voorzien in de hiaten in de regeling, zoals deze nu worden gehanteerd voor mensen die progressieve aandoening van meer dan drie uur lijfgebonden zorg per dag nodig hebben?

In overleg met de Kamer is besloten de maximering in de verstrekking thuiszorg tot drie uur per dag te beperken tot de lijfgebonden verpleegkundige zorg. Hangende de uitwerking van dat besluit geldt voor de bestaande PGB-houders een continuïteitsgarantie voor het budget zoals dat in 1997 aan hen was toegekend. De PGB-regeling voorziet in een uitzondering op de maximering indien bij onafhankelijk attest van een arts wordt vastgesteld dat opnemings in een intramurale voorziening voor betrokkene niet is aangewezen.

71

Is het evaluatietraject met het uitbrengen van het ITS-onderzoek beëindigd, of komt er een vervolg? Hoe denkt de staatssecretaris in de toekomst de ontwikkeling van het PGB te monitoren en te evalueren?

De invoering van het PGB is een onomkeerbare ontwikkeling. De bestaande PGB-regeling moet worden gezien als eerste stap in een ontwikkeling die dient te worden voortgezet. Zowel de uitbouw van de bestaande regeling als de beoogde uitbreiding van het PGB zijn processen die voortdurende monitoring en management vergen. Om die reden verdient het aanbeveling de bestaande projectstructuur rond het PGB en de Regiegroep PGB bij de Ziekenfondsraad te continueren. Tevens kan worden bezien in overleg met de Ziekenfondsraad of een vervolg van het evaluatieonderzoek wenselijk is.

D66-fractie

72

Hoe wordt de aanbeveling ingevuld om jaarlijks na te gaan wat de kosten en opbrengsten zijn van de uitvoering van de beheertaak? Wat waren de kosten voor de uitvoering van de beheertaak? Wat waren de kosten voor de uitvoering van de beheertaak van het PGB in de jaren 1996 en 1997, en welke waren de opbrengsten aan loonheffing en premie-afracht in diezelfde jaren?

Voor het antwoord op deze vraag moge worden verwezen naar de antwoorden op de vragen en 49 en 53.

73

Hoe wordt de sturing gegeven aan de verdere groei, breedte en uitkristallisering van de systematiek alvorens een wettelijke regeling zal kunnen worden ingevoerd? Wanneer wordt evenwicht verwacht tussen enerzijds eenvoud en een minimum aan bureaucratie, en anderzijds controle op bestedingen?

Omdat de vormgeving van het PGB werkende-weg dient te worden ontwikkeld verdient het aanbeveling vooralsnog vast te houden aan de systematiek van een subsidieregeling van de Ziekenfondsraad. Voor het overige moge worden verwezen naar het antwoord op vraag 52.

74

Is de Ziekenfondsraad al gevraagd een hoofdstuk verpleeghuis- en verzorgingshuiszorg voor te bereiden? Wordt invoering per 1-1-1999 in de verpleeghuis- en verzorgingshuiszorg feitelijk gehaald?

Voor het antwoord op deze vraag moge worden verwezen naar het antwoord op vraag 69. Indien de opdracht op korte termijn aan de Ziekenfondsraad kan worden verstrekt moet de termijn van 1 januari 1999 haalbaar worden geacht.

75

Hoe worden mogelijkheden voor verhoging van het forfaitair bedrag verkend, en wanneer moeten de uitkomsten daarvan bekend worden?

De wenselijke verhoging van het forfaitaire bedrag dient te worden afgewogen tegen de wens om vast te houden aan de bewaking van werkgeversverplichtingen van de budgethouders. Dit is mede afhankelijk van wat er in de kabinetsformatie afgesproken wordt over het PGB.

76

Welke voorlichtingsactiviteiten zijn in 1996 en 1997 uitgevoerd om PGB onder de aandacht te brengen?

Waarom vervult de rijksoverheid zelf niet een rol op het gebied van informatie en advies ter ondersteuning van (juist de) potentiële budgethouders?

Door de Ziekenfondsraad en de budgethoudersverenigingen zijn voorlichtingsactiviteiten ontplooid om het PGB onder de aandacht te brengen. Bij de Ziekenfondsraad fungeert een projectgroep Voorlichting waaraan alle betrokkenen deelnemen. Om de voorlichting aan (potentiële) budgethouders te verbeteren zijn aan de budgethoudersverenigingen subsidies verstrekt.

77

Zal het feit dat PGB (nog) geen wettelijke verstrekking is belemmerend werken voor tegemoetkoming aan de vraag naar PGB?

Zoals in de ITS-rapportage wordt opgemerkt (pagina 125) zal volledige keuzevrijheid tussen PGB en zorg in natura pas bestaan als het PGB de overeenkomstige status van wettelijke verstrekking zal hebben verworven. Het Kabinet heeft uit het oogpunt van volume-ontwikkeling en zorgvuldigheid voorlopig voor financiering op basis van een subsidieregeling gekozen.

78

Wanneer kunnen feitelijke verbeteringen tot vereenvoudiging van administratieve procedures worden verwacht?

Bij de jaarlijkse vaststelling van de PGB-regelingen en gaandeweg door de Regiegroep is voortdurende aandacht aan verbetering van de (administratieve) procedures besteed. Verdere vereenvoudigingen blijven de aandacht vragen. Structurele vereenvoudigingen zijn afhankelijk van de besluitvorming over de PGB-systematiek, in het bijzonder de verhoging van het forfaitaire bedrag.

79

Zal jaarlijks worden gezien of aanpassing van de tarieven gewenst respectievelijk nodig is?

Voor het antwoord op deze vraag moge worden verwezen naar het antwoord op vraag 8.

RPF-fractie

80

Welke maatregelen zullen worden genomen om de doorlooptijd van aanvraag tot toekenning tot een acceptabele termijn terug te brengen?

Voor het antwoord op deze vraag moge worden verwezen naar het antwoord op vraag 58.

81

Welke maatregelen worden genomen om met name de wachtlijsten voor een persoonsgebonden budget op korte termijn op te lossen?

De wachtlijsten voor een PGB kunnen slechts worden teruggebracht door een verdere groei van de beschikbare middelen, zoals met de met algemene stemmen aanvaarde motie Van Blerck wordt beoogd.

82

Is het evaluatietraject met het uitbrengen van het ITS-onderzoek nu beëindigd?

Voor het antwoord op deze vraag moge worden verwezen naar het antwoord op vraag 71.

83

Hoe zal in de toekomst de ontwikkeling van het PGB worden gemonitord en geëvalueerd?

Voor het antwoord op deze vraag moge eveneens worden verwezen naar het antwoord op vraag 71.

84

Volgens de staatssecretaris is het PGB op de chronische zorgvraag afgestemd. Hoe zal de problematiek van bestaande wachtlijsten bij deze vraag worden aangepakt? Hoe zal bv. de wachtlijst voor opname in tehuizen voor kinderen met een aan autisme verwante contactstoornis, en die op medische indicatie een PGB hebben gekregen, worden opgelost?

Al enige tijd ben ik samen met de sector bezig om op structurele wijze de wachtlijstproblematiek binnen de gehandicaptenzorg aan te pakken. In dit verband heb ik onlangs een extra impuls gegeven voor uitbreiding van de beschikbare capaciteiten. Zo heb ik voor 1998 en volgende jaren f 57 miljoen extra beschikbaar gesteld ter bestrijding van de wachtlijstproblematiek binnen de zorg voor verstandelijk gehandicapten. In zijn algemeenheid heeft daarboven de zorg voor verstandelijk gehandicapten met autisme of een hieraan verwante contactstoornis mijn speciale aandacht. Daarom heb ik voor de komende drie jaar extra geld beschikbaar gesteld voor bijzondere zorgfuncties, waaronder de zorg voor verstandelijk gehandicapte autisten. Dit betekent concreet dat voor 1999 f 1,5 miljoen beschikbaar kan komen voor deze doelgroep.

85

Waarom vind in de GGZ slechts één experiment plaats?

Het experiment PGB-GGZ vindt plaats in drie regio's, namelijk de werkgebieden van de zorgkantoren CZ te Tilburg, RZG te Groningen en Zilveren Kruis Rijnmond te Rotterdam.

Het experiment PGB-VG strekte zich destijds eveneens uit over drie regio's (Rotterdam, Zuid-Oost Brabant en oostelijk Zuid-Limburg), het experiment PGB-VV vond in twee regio's plaats (Eindhoven en Drenthe). De schaal-grootte van het experiment moet afdoende worden geacht om het nodige inzicht op te leveren.

86

Wat zijn de gespecificeerde kosten voor de uitvoering van de beheertaak van het PGB in guldens berekend over de jaren 1996 en 1997?

Voor het antwoord op deze vraag moge worden verwezen naar het antwoord op vraag 49.

87

Wat zijn de gespecificeerde opbrengsten aan loonheffing en premie-afdracht over de jaren 1996 en 1997?

Voor het antwoord op deze vraag moge eveneens worden verwezen naar het antwoord op vraag 49.

SGP-fractie

88

Met welk aandeel zal de PGB-regeling worden uitgebreid, zodat er sprake is van een uitgroeien tot een gelijkwaardige keuzemogelijkheid naast zorg in natura?

De met algemene stemmen aanvaarde motie-Van Blerck voorziet in geleidelijke groei van het PGB-volume met tenminste 10% van de jaarlijkse beschikbaar komende middelengroei zorgsectoren. De ITS-rapportage bevat enkele indicatieve aanduidingen omtrent het mogelijke volume van de vraag naar een PGB, die door de onderzoekers als aanzienlijk wordt aangemerkt (pagina 129-131).

89

Binnen welke termijn zou volgens de regering sprake moeten zijn van gelijkwaardigheid tussen zorg in natura en het PGB?

De groei van het PGB naar een vraagdekkende omvang en de ontwikkeling van een brede PGB-aanspraak moet worden gezien als een omvangrijk project dat zich over meerdere kabinetperiodes zal uitstrekken.

90

Hoe is de stand van zaken ten aanzien van een hoofdstuk verpleeghuis- en verzorgingshuishouding in de PGB-regeling, zoals dat per 1-1-1999 moet ingaan?

Voor het antwoord op deze vraag moge worden verwezen naar de antwoorden op de vragen 69 en 74.

91

Wat is het oordeel van de regering over de bekendheid van de mogelijkheid van een PGB in de sectoren verstandelijk gehandicaptenzorg en verpleging en verzorging?

Blijkens de ITS-rapportage kan de bekendheid van het PGB in beide sectoren worden verbeterd (pagina 46, 47). Als eerste stap om de voorlichting over het PGB te verbeteren is daartoe aan de budgethoudersverenigingen subsidie verstrekt. De voorlichting over het PGB dient gelijke tred te houden met de groei die voor het PGB wordt voorzien.

92

Waarom moet een eventueel zorgconsulentschap ook uit een PGB worden betaald, terwijl het eigenlijk gaat om een voorziening ten dienste van alle zorgvragers?

De functie informatie en advies is voor alle zorgvragers beschikbaar, ook in het kader van de voorbereiding van een aanvraag voor een PGB. Nadat een PGB is verkregen bestaat geen aanspraak meer op gelijktijdige verstrekking van zorgvormen die in natura worden bekostigd. Begeleiding door een zorgconsulent dient derhalve uit het PGB te worden bekostigd.

93

Hoe oordeelt de regering over de individuele toereikendheid van de hoogte van een PGB, die gebaseerd is op 80% van de gemiddelde prijs van vergelijkbare zorg in natura?

Voor het antwoord op deze vraag moge worden verwezen naar de antwoorden op de vragen 42 en 55.

94

Op grond waarvan kan worden gesteld dat de een PGB financieel parallel geschakeld is aan zorg in natura?

De tarieven die worden gehanteerd in het kader van het PGB zijn afgeleid van de kosten van overeenkomstige zorg in natura.

95

Welke maatregelen worden genomen om de PGB-regeling verder te vereenvoudigen, gezien de kritiek van de gebruikers dat de doorlooptijd tussen aanvraag, indicatiestelling en uiteindelijke toekenning veel te lang is en dat de administratieve verwerking en controle nog steeds problematisch zijn?

Voor het antwoord op deze vraag moge worden verwezen naar het antwoord op vraag 52.

96

Wat is het oordeel van de regering over de gedachte om het forfaitaire bedrag te verhogen tot f 10 000 of f 15 000, waardoor de administratieve lasten kunnen dalen? Waarom is op grond van de evaluatie al niet besloten tot verhoging van het forfaitaire bedrag, aangezien de Ziekenfondsraad hiervoor pleit?

Verhoging van het forfaitaire bedrag dient te worden afgewogen tegen de werkgeversverplichtingen die voor budgethouders ontstaan bij het inkopen van zorg. Die verplichtingen vloeien voort uit sociale en fiscale regelgeving. Verhoging van het forfaitaire bedrag, met behoud van defiscalisering, kan worden overwogen op grond van doelmatigheid. Een en ander is afhankelijk van wat er in het volgende Kabinet over het PGB wordt afgesproken. Uit de onderzoeksrapportage kan worden afgeleid dat bij de budgetten voor verpleging en verzorging die niet hoger zijn dan circa f 22 500 op jaarbasis slechts een half procent van de gedeclareerde trekkingsrechten slechts terugvloeit in de vorm van bruto opbrengst van de loonheffing.

De budgetten voor verstandelijk gehandicapten die niet hoger zijn dan f 25 000 op jaarbasis (d.w.z. behoren tot de categorieën I t/m IV) dragen 0,7% van de gedeclareerde trekkingsrechten aan de bruto opbrengst van de loonheffing bij (pagina 78).

97

Wat is het oordeel van de regering over een indexering van de PGB-budgetten (waaronder de maximum uurtarieven), aangezien kostprijzen en salarissen jaarlijks stijgen?

Voor het antwoord op deze vraag moge worden verwezen naar het antwoord op vraag 8.

98

Hoe verhouden zich de kosten die met de beheertaak gepaard gaan zich tot de opbrengsten aan loonheffing en premie-afdracht?

Voor het antwoord op deze vraag moge worden verwezen naar de antwoorden op de vragen 49 en 96.

99

In hoeverre kan de behoefte aan regionale ondersteuning van (potentiële) budgethouders worden gehonoreerd?

Voor het antwoord op deze vraag moge worden verwezen naar het antwoord op vraag 65.

100

Op welke manier wordt na deze algemene evaluatie de toekomstige ontwikkeling van het PGB gevolgd en geëvalueerd.

Voor het antwoord op deze vraag moge worden verwezen naar het antwoord op vraag 71.