

In de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport bestond bij enkele fracties behoefte een aantal vragen en opmerkingen voor te leggen aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de brief van 27 juni 2019 over Toelichting tarieven pgb (Kamerstuk 25 657, nr. 320).

De voorzitter van de commissie,
Lodders

De griffier van de commissie,
Post

I. Vragen en opmerkingen vanuit de fracties**Vragen en opmerkingen van de leden van de VVD-fractie**

De leden van de VVD-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van de toelichting tarieven pgb. Het is goed dat deze uiteenzetting op papier is gezet, zodat we allemaal dezelfde kennis van feiten hebben omtrent de pgb-tarieven. De toelichting roept bij deze leden wel nog enkele vragen op.

Het verstrekken van eten en drinken mag voor pgb-houders in de Wet langdurige zorg (Wlz) niet vanuit het pgb bekostigd worden. De leden van de VVD-fractie vragen hoe dit dan wel wordt bekostigd, los vanuit het modulair pakket thuis (mpt) of vanuit de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo)? En indien dit vanuit de Wmo bekostigd wordt, moet er dan een eigen bijdrage worden betaald? Bent u het met de leden van de VVD-fractie eens dat indien dit het geval zou zijn, het een nadelig gevolg is van het kiezen voor een pgb aangezien indien de zorg in natura wordt geleverd, deze eigen bijdrage niet wordt betaald?

In de toelichting staat dat er momenteel wordt bezien hoe de sturing op een doelmatige inzet van de aparte kwaliteitstoeslag van € 4.000 per jaar verbeterd kan worden per 2020. De leden van de VVD-fractie vragen wat de aanleiding is geweest van deze verkenning. Worden deze middelen momenteel niet doelmatig ingezet? Verder vragen deze leden wat de status is van die verkenning? Wanneer zijn de uitkomsten hiervan beschikbaar?

De naturatarieven voor de gehandicaptenzorg en geestelijke gezondheidszorg zijn per 2019 herijkt met als gevolg zowel hogere als lagere tarieven. Op instellingsniveau zijn deze veranderingen te compenseren, op pgb-houder niveau niet, zo schrijft de Minister ook in zijn toelichting. De oplossingen die hiervoor geboden worden, zijn de regeling Extra Kosten Thuis (EKT) en de meerzorgregeling. De leden van de VVD-fractie vragen of er bij de Minister gevallen bekend zijn waarbij deze oplossingen niet voldoende dekking geven om de daling van de tarieven op te vangen, bijvoorbeeld omdat er voor 2019 al gebruik werd gemaakt van de meerzorgregeling of EKT of als meerzorg simpelweg geen optie is in verband met het zorgprofiel.

De Minister schrijft dat een pgb-houder die niet uitkomt met zijn of haar budget een gesprek kan aangaan met het zorgkantoor voor een bijdrage op grond van de regeling Extra Kosten Thuis of de meerzorgregeling. De leden van de VVD-fractie vragen om hoeveel mensen het gaat waarbij dit het geval is.

De verzekerde moet de aan het pgb verbonden taken en verplichtingen op verantwoorde wijze kunnen uitvoeren. De leden van de VVD-fractie zijn benieuwd naar de wijze van toetsing op deze verantwoorde wijze.

Verschilt dit bijvoorbeeld per gemeente of verzekering?

In de toelichting staat geschreven dat indien de zorg in natura niet passend is, of niet passend gemaakt kan worden, gemeenten een pgb kunnen toekennen. De leden van de VVD-fractie vragen of het klopt dat er in die situatie geen vrijwillige keuze gemaakt kan worden voor het pgb als er passende zorg in natura beschikbaar is. Zo ja, waarom is daarvoor gekozen.

De leden van de VVD-fractie vragen waarom er een verschil zit tussen het informele tarief in de Wlz en het informele tarief in de Zorgverzekeringswet (Zvw). In beide gevallen gaat het toch om verpleging en

verzorging? Deze leden vragen hoe de zorglevering van elkaar verschilt die het verschil in tarief kan verklaren. Aangezien gemeenten de bevoegdheid hebben om het informeel tarief bij te stellen vragen de leden van de VVD-fractie wat de feiten hieromtrent zijn. Kan de Minister inzichtelijk maken hoeveel gemeenten de tarieven bijstellen. Kan de Minister eveneens toelichten hoe hij «mits het passend is» beoordeeld?

Vragen en opmerkingen van de leden van de CDA-fractie

De leden van de CDA-fractie hebben kennisgenomen van de brief «toelichting tarieven pgb».

De leden van de CDA-fractie hebben naar aanleiding van de brief van de Minister nog wel enkele vragen. Zo lezen de leden van de CDA-fractie dat een verklaring voor het verschil in zvp en vpt-tarieven voor de VV-profielen (4 t/m 10) in 2017 en 2018 zijn opgehoogd vanwege de invoering van het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg. Voor pgb-gefinancierde wooninitiatieven in VV-sector is vanaf 2019 structureel € 11 miljoen beschikbaar. Deze middelen zijn toegevoegd aan het pgb-kader. Dit is niet verwerkt in de hoogte van het pgb per zorgprofiel, maar in een aparte kwaliteitstoeslag waarvoor budgethouders in een VV-wooninitiatief in aanmerking kunnen komen. Kan de Minister aangeven hoe de sturing op een doelmatige inzet van deze extra middelen vanaf 2020 kan worden verbeterd?

De leden van de CDA-fractie zien dat pgb-zorg vaak door familieleden wordt verzorgd. Hier wordt het informele tarief voor gerekend. Met name als er gespecialiseerde zorg nodig is (arbeidsovereenkomst) is het informele tarief niet toereikend. Herkent de Minister deze signalen en hoe wil hij dit knelpunt oplossen?

De Minister stelt in zijn brief dat men meerzorg of EKT kan aanvragen op het moment dat een pgb-houder niet uitkomt met zijn of haar budget. Kan de Minister uitleggen hoe hij dit als oplossing ziet want meerzorg en EKT zijn beide niet bedoeld om tarieven op te hogen?

De leden van de CDA-fractie vragen waarop de indexatie van 1,82% is gebaseerd (Wlz en Zvw)? Is dit een reëel percentage ten opzichte van overige lonen gezien het feit dat er de afgelopen 5 jaar geen indexatie heeft plaatsgevonden? Is de Minister voornemens nu jaarlijks een marktconforme indexatie te laten plaatsvinden vanaf 2020?

De leden van de CDA-fractie hebben enkele vragen over de Zvw-rgb. In het Zvw-rgb hebben zorgverzekeraars de beleidsvrijheid om de hoogte van hun maximum tarief zelf te bepalen. Deze liggen – volgens PerSaldo – vrijwel altijd ruim onder de maximum tarieven die de NZa vaststelt. De leden van de CDA-fractie vragen of de maximum tarieven in het Zvw-rgb gelijkgesteld kunnen worden aan de maximum tarieven die door de NZa worden vastgesteld?

PerSaldo constateert dat er verschillende verzekeraars zijn die hun tarieven zelfs hebben verlaagd in plaats van verhoogd, waardoor budgethouders in de knel komen met hun lopende contracten, immers deze verzekeraars betalen een lager tarief uit dan voorheen. Wat is de reactie van de Minister op deze constatering van PerSaldo?

Hoe kijkt de Minister aan tegen het gegeven dat zorgverzekeraars het pgb-budget vaststellen aan de hand van rektarieven die veel lager zijn dan de maximum tarieven die zij hanteren en de gehanteerde rekenmethode (Pgb-budget vastgesteld door het aantal uur van de indicatie te vermenigvuldigen met de rektarieven/vaststellingstarieven en /of het aantal geïndiceerde uren vermenigvuldigen met de maximum tarieven)? Levert dit volgens de Minister een reëel (marktconform) tarief op om kwalitatief goede zorg in te kopen? Belemmert dit volgens de Minister budgethouders niet om kwalitatief goede zorg in te kopen?

Hoe kijkt de Minister aan tegen de verschillen tussen de tarieven Zvw-pgb en zorg in natura waardoor zorgverleners er bijvoorbeeld voor kiezen om niet meer via pgb maar via zorg in natura te werken?

De Minister stelt in zijn brief dat elk jaar de mogelijkheid bestaat voor budgethouders om naar een zorgverzekeraar over te stappen die voor hen gunstige tarieven hanteert. De leden van fractie constateren dat veel budgethouders gebruik maken van hulpmiddelen, die bij een overstap moeten worden ingeleverd en opnieuw moeten worden aangevraagd bij de nieuwe zorgverzekeraar. Dit levert voor de budgethouder enorm veel administratieve lasten en regeldruk op en maakt de zorg onnodig duur. Ook het overstappen van basisverzekering kan gevolgen hebben voor je aanvullende verzekering bij je huidige verzekeraar. Voor de aanvullende verzekering geldt namelijk geen acceptatieplicht. Dit kan voor budgethouders een reden te zijn niet over te stappen naar een andere verzekeraar. Hoe kijkt de Minister hier tegenaan? Ziet de Minister ook dat het overstappen naar een andere zorgverzekeraar kan leiden tot onnodige administratieve last en onrust bij budgethouders? Zo, ja kan de Minister aangeven welke mogelijkheden er zijn om deze onrust en administratieve last te verminderen?

Bij een aanvraag voor een Zvw-pgb toetsen zorgverzekeraars of de verzekerde aan de gestelde voorwaarden voldoet. Als dat het geval is, stelt de zorgverzekeraar een toereikend budget vast op basis van het aantal uren zorg. Indien een verzekerde het niet eens is met de hoogte van het budget kan hij of zij bezwaar aantekenen bij de desbetreffende zorgverzekeraar, dit wordt dan afgehandeld door de interne klachtenafhandeling van de zorgverzekeraar. Als dat niet tot een bevredigende oplossing leidt, kan de cliënt zijn geschil voorleggen aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ). De leden van de CDA-fractie vragen hoeveel geschillen er over een ontoereikend pgb budget in het afgelopen jaar zijn voorgelegd aan de SKGZ.

De leden van de CDA-fractie zien dat een aantal gemeenten net als de zorgverzekeraars hun tarieven verlagen. Ook hier komen budgethouders in de knel met hun lopende contracten, ze mogen immers nog maar een lager tarief uitbetalen dan voorheen. Budgethouders worden hierdoor soms gedwongen om afscheid te nemen van hun vertrouwde hulpverleners omdat zij de tarieven niet meer kunnen betalen. De Minister geeft in zijn brief aan dat hij begrip heeft voor de vervelende situatie die kan ontstaan voor de individuele budgethouder. Echter de CDA-fractie vraagt of dit niet in strijd is met de vigerende wet- en regelgeving. Ziet de Minister mogelijkheden om deze budgethouders die hierdoor in de knel geraken te ondersteunen?

Een mogelijke oplossing zou kunnen zijn dat budgethouders ook zorg bij zorgorganisaties zelf zorg kunnen inkopen. Wat vindt de Minister van dit voorstel?

De leden van de CDA-fractie zien dat het steeds moeilijker wordt voor budgethouders om geschikte hulpverleners te vinden die voor de huidige tarieven de zorg/ondersteuning willen maar ook kunnen bieden. En dat hiermee eigen regie, keuzevrijheid en maatwerk in het gedrang komen. Deelt de Minister deze constatering? Ziet de Minister mogelijkheden om eigen regie, keuzevrijheid en maatwerk voor budgethouders te garanderen?

De leden van de CDA-fractie zien dat in de Jeugdwet en de Wmo verschillende tarieven voor dezelfde functie gebruikt worden binnen één gemeente. Hierdoor komen hulpvragers in de problemen zodra zij overgaan van de Jeugdwet naar de Wmo. Zij worden geconfronteerd met lagere tarieven waardoor zij gedwongen worden te kiezen voor een andere hulpverlener of het verschil zelf bij te betalen. Financieel behoort dit vaak niet tot de mogelijkheden van budgethouders. Ziet de Minister

deze verschillen ook en hoe kan de Minister de budgethouders hierin tegemoetkomen en/ of ondersteunen?

Tot slot hebben de leden van de CDA-fractie nog enkele vragen met betrekking tot de aanschaf van hulpmiddelen. De Minister geeft aan dat bij hulpmiddelen het budget niet passend hoeft te zijn. Kan de Minister aangeven waarop hij dit baseert?

Deelt de Minister het uitgangspunt dat bij pgb dat er sprake zou moeten zijn van passende zorg/ondersteuning met een toereikend tarief (artikelnummer: 2.1.3 2b) en dat dit ook geldt voor hulpmiddelen?

Vragen en opmerkingen van de leden van de D66-fractie

De leden van de D66-fractie hebben kennisgenomen van de brief die de Minister van Volksgezondheid Welzijn en Sport op 27 juni 2019 naar de Tweede Kamer heeft verstuurd. Enkele vragen zijn opgekomen aan de hand van deze brief.

Pgb-tarieven voor Wet langdurige zorg (Wlz)

De leden van de D66-fractie lezen in de brief dat sinds 2018 de kapitaallasten in de zorgzwaarteprofielen (zzp) voor intramurale zorg niet meer apart worden vergoed, maar verwerkt zijn in de zzp-tarieven door middel van de normatieve huisvestingscomponent. Begrijpen de leden het goed dat pgb-houders sinds de invoering van de normatieve huisvestingscomponent gecompenseerd door middel van een verlaging van de eigen bijdrage? Hoewel er bij extramurale zorg die vanuit het pgb wordt betaald, geen sprake is van kapitaallasten voor gebouwen of terreinen, is er nog altijd behoefte aan apparatuur en inventaris. De leden willen graag meer inzicht in de berekening die gemaakt is voor het verlagen van de eigen bijdrage. Daarom vragen de leden de Minister om de berekening aan te leveren van de eigen bijdrage van voor de invoering van de normatieve huisvestingscomponent, zowel als de berekening van de eigen bijdrage na de invoering van de normatieve huisvestingscomponent. Tevens vragen de leden de Minister om beide berekeningen toe te lichten. Daarbij ontvangen de leden eveneens graag een inzichtelijke tabel waarin verwerkt is wat voor effect deze berekeningen destijds hadden, en tegenwoordig hebben op het eigen bijdrage van verschillende inkomensgroepen van het lage tot het hoge segment. Tot slot zouden de leden graag een specificatie ontvangen van de kosten voor kapitaallasten in de Wlz, waarin de kosten voor de afzonderlijke componenten van kapitaallasten worden gespecificeerd (gebouwen, terreinen, apparatuur en inventaris, zoals gespecificeerd op de website van de Monitor Langdurige Zorg). De leden vragen de Minister dit uiteen te zetten voor zowel het volledig pakket thuis (vpt) als voor de intramurale zorg en vragen de Minister om daarbij de vergoedingen voor kapitaallasten weer te geven die zijn verstrekt voor de invoering van de normatieve huisvestingscomponent als na invoering daarvan.

De leden van de D66-fractie lezen in de brief dat in de VV-profielen wordt gesproken van een wooninitiatieven-toeslag waarvoor «ruim» 4.000 euro beschikbaar is. Kan de Minister toelichten wat er wordt bedoeld met «ruim»? Later wordt er gesproken van 4.000 euro waarvoor budgethouders in een VV-wooninitiatief in aanmerking «kunnen» komen. Kan de Minister nader toelichten onder welke omstandigheden mensen in aanmerking komen voor deze toeslag? Verder zouden de leden graag vernemen: wat de maandelijkse kwaliteitstoeslag bedraagt per pgb-houder; of er verschillen zijn in de vergoeding per wooninitiatief; of er inkomensafhankelijke verschillen zijn voor deze kwaliteitstoeslag; hoeveel mensen er op dit moment in Nederland in een wooninitiatief wonen; of er een stijgende dan wel dalende trend is in het aantal mensen in een dergelijk zorginitiatief en hoe dit bedrag zich verhoudt tot het bedrag van

11 miljoen euro dat jaarlijks beschikbaar wordt gesteld voor wooninitiatieven in de VV-sector. Verder wordt genoemd dat momenteel wordt bezien hoe de sturing van de bovengenoemde middelen met ingang van 2020 kan worden verbeterd. De leden vragen de Minister om hen op de hoogte te houden van veranderingen die voor 2020 worden doorgevoerd in de verdeling van deze middelen en wil graag weten hoe de Minister van plan is deze middelen in te zetten, mochten er voor 2020 géén veranderingen zijn aangebracht in de verdeling van deze middelen. Graag vernemen de leden of het bedrag van 11 miljoen dan nog steeds zowel beschikbaar als toereikend zal zijn.

In de brief van de Minister wordt vermeld dat, in tegenstelling tot de tarieven voor zorg in natura (die door de NZa worden bepaald), de pgb-tarieven binnen de Wlz worden bepaald door het Ministerie van VWS. Kan de Minister toelichten hoe deze taakverdeling tot stand is gekomen, en inzichtelijk maken waarom de NZa niet de tarieven voor de pgb's bepaald? Daarbij heeft het Ministerie van VWS verondersteld dat de verhoudingen tussen de kosten voor loon en voor materiële zaken verschillend is voor zorg in natura en pgb (verhouding 90:10 respectievelijk 75:25). De leden van de D66-fractie nemen aan dat de zorg in natura (ZiN) waarover hier gesproken wordt het vpt betreft, aangezien dit het ZiN-pakket is waarop het pgb gebaseerd is, en verneemt graag van de Minister of deze aanname juist is. Ook zouden de leden graag vernemen op basis van welke cijfers het Ministerie van VWS tot de conclusie is gekomen dat dit pgb houders een andere zorgvraag hebben dan mensen die ZiN afnemen en zou graag inzage krijgen in de cijfers waarop dit is gebaseerd. Vind de Minister het niet een logische aanname dat mensen met een vpt en mensen met een pgb dezelfde behoeftes hebben en daardoor gemiddeld genomen ook de zelfde zorg behoeven? Kan de Minister toelichten hoe dit verschil tot stand is gekomen.

De leden van de D66-fractie willen graag ingaan op de berekeningen die worden gemaakt op pagina drie met betrekking tot het vergelijken van vpt-tarieven uit 2015 en 2018. Hierin wordt enkele malen gesproken van «circa» bedragen. Deze leden zouden graag van de exacte bedragen ontvangen van de Minister. Verder zouden deze leden graag een tabel ontvangen voor de periode vanaf 2015 tot heden, waarin de vpt-tarieven worden vergeleken met de zzp-tarieven. De Minister beschrijft in de brief twee oorzaken voor het uit elkaar lopen van deze twee tarieven, namelijk het pgb-indexeringspercentage en de kwaliteitstoelage voor VV-wooninitiatieven. Derhalve zouden de leden graag in de, hierbij aangevraagde tabel, dat kosten die te wijten zijn aan de samenstelling van het pgb-indexeringspercentage en de kosten die te wijten zijn aan de kwaliteitstoelage voor VV-wooninitiatieven beide apart komen te staan in een kolom, zodat het verschil tussen de vpt-tarieven en de pgb-tarieven beter inzichtelijk wordt, en vragen de Minister dit te doen voor alle zzp's. Tot slot staat in de brief dat deze vpt-tarieven niet zijn gecorrigeerd voor de genoemde verblijfscomponenten. De leden gaan er vanuit dat hier met verblijfscomponenten de kwaliteitstoelage voor VV-wooninitiatieven wordt bedoeld, maar hoort graag van de Minister of dit een juiste aanname is. Mocht dit het geval zijn vragen de leden de Minister uiteraard om hiervoor, ook in de bovengenoemde tabel, niet te corrigeren, maar deze kwaliteitstoelage apart weer te geven.

De leden van de D66-fractie lezen dat de Minister spreekt over de herijking van de natura-bedragen voor de gehandicaptenzorg en de geestelijke gezondheidszorg in de Wlz per 2019, op basis van een kostenonderzoek van de NZa. De Minister stelt vervolgens terecht dat pgb-houders, in tegenstelling tot instellingen die zorg in natura leveren, neerwaarts bijgestelde bedragen niet (altijd) gecompenseerd worden. De Minister schrijft vervolgens dat hij een dergelijke neerwaartse bijstelling onwenselijk vindt en dat, indien een pgb-houder niet uitkomt met zijn of haar budget, zij of hij in gesprek kan gaan met het zorgkantoor voor een

bijdrage op grond van de regeling Extra Kosten Thuis (EKT) of de meerzorgregeling. De leden constateren echter dat deze mogelijkheden voor een eventuele neerwaartse bijstelling al bestonden voor deze mensen en vragen de Minister dan ook wat hij extra heeft gedaan voor mensen die geconfronteerd worden met een neerwaartse bijstelling. Worden deze mensen bijvoorbeeld actief benaderd door hun zorgkantoor om hen op deze mogelijkheden te wijzen? Daarnaast lezen de leden dat de Minister ingaat op het bieden van meer maatwerk binnen de Wlz waarbij ingegaan werd op de verruiming van de EKT en de meerzorgregeling. De aan het woord zijnde leden wijzen de Minister in dit kader graag op de aangenomen motie van het lid Bergkamp c.s.¹ waarin de regering werd verzocht de aanpassingen van de regeling Meerzorg en de regeling EKT binnen één jaar (na invoering per 1-7-2018) te evalueren in samenspraak met de cliënten en indien deze aanpassingen onvoldoende zijn gebleken de Kamer te informeren over vervolgstappen voor 1 juli 2019. Tijdens het algemeen overleg gehandicaptenbeleid, gehouden op 13 juni 2019, is over de uitvoering van deze motie met de Minister gesproken, waarbij met name de knelpunten ter sprake kwamen die nog steeds door de cliënten ondervonden worden. De leden brengen de Minister hierbij graag in herinnering de aangenomen motie van de leden Bergkamp en Otwin van Dijk² die de regering verzocht het maatwerkprofiel binnen de Wlz uit te werken, hetgeen de NZa en het Zorginstituut ook adviseert. Welke stappen heeft de Minister sinds het algemeen overleg gezet om de knelpunten voor cliënten in het regelen van maatwerk binnen de Wlz te verhelpen?

In de brief wordt duidelijk dat het formele uurtarief 63 euro bedraagt, terwijl het dagdeeltarief slechts 58 euro bedraagt. Kan de Minister uitleggen aan de leden van de D66-fractie wat precies wordt verstaan onder een dagdeel en kan de Minister daarbij nader toelichten hoe dit verschil in vergoeding verklaard wordt? Verder zouden de leden graag vernemen of met eerste en tweedegraads familielid zowel bloedverwanten als aanverwanten worden bedoeld en zo niet, dan zouden de leden graag vernemen wat hieronder wordt verstaan. En begrijpen de leden het dan goed dat een tweedegraads familielid zoals een zwager met een opleiding in de zorg en een inschrijving bij de Kamer van Koophandel niet in aanmerking komt voor het formele tarief terwijl een derdegraads familielid zoals een tante met opleiding en KvK inschrijving wél in aanmerking komt voor het formele tarief? Hoe kijkt de Minister naar dit onderscheid en de manier waarop deze dit wordt gemaakt? Kan de Minister nader toelichten waarom gekozen is om onderscheid te maken tussen tweede- en derdegraads familieleden?

Verder blijkt uit de brief dat de informele vergoeding per uur 20 euro bedraagt. De leden van de D66-fractie wil opmerken dat ook hier het woord «circa» gebruikt wordt, waarbij een afronding van 38.400 naar 40.000 wordt gemaakt. Een verschil van 1.600 euro. De leden van de D66-fractie willen de Minister vragen om voor dergelijke bedragen de exacte getallen te vermelden. Dit bedrag van 38.400 is echter geen loon en hiermee wordt dus geen sociale zekerheid opgebouwd. Deze zorgverleners zijn geen ZZP'ers die bereid zijn om verantwoordelijkheid te nemen voor administratieve lasten en zelf geld te sparen voor sociale zekerheid, maar zijn familie van de budgethouder die dit werk op zich nemen omdat zij willen helpen. De leden van de D66-fractie vragen of de ontvangers van deze informele vergoeding voldoende geïnformeerd worden over het feit dat zij geen sociale zekerheid opbouwen en vragen de Minister hoe de communicatie hierover tot op heden is verlopen. Uit onderzoek van het

¹ Kamerstuk 34 104, nr. 212

² Kamerstuk 33 891, nr. 169

Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) blijkt dat vrouwen minder pensioen opbouwen, mede doordat zij meer onbetaalde zorgtaken doen dan mannen. Dit in acht nemend zou het verstandig zijn om voldoende informatie te verstrekken over het feit dat er geen sociale zekerheid wordt opgebouwd. De leden vragen de Minister of hij heeft overwogen om de kosten voor sociale zekerheid mee te nemen in de berekening van het «modale» inkomen, en zo ja, op welke manier de Minister heeft besloten dit niet mee te nemen. Het meenemen van deze kosten leidt tevens tot een vergoeding die onder het modale inkomen ligt in plaats van boven het modale inkomen zoals het geval is in de berekening die wordt gemaakt in de brief. Tevens willen de leden graag weten of de Minister het modale inkomen hier neemt als leidraad voor het vaststellen van de informele vergoeding. Mocht dit het geval zijn, kan de Minister nader toelichten waarom hij het modale inkomen de meest gepaste vergoeding acht voor eerste en tweedegraads familieleden. Is de Minister zich er van bewust dat voor een deel van de informele hulpverleners de zorg geen 40 uur per week is, maar 24 uur per dag?

De leden van de D66-fractie vragen waarom het formele maximum dagdeel- en uurtarief in het Wlz-pgb afgeleid zijn van de gemiddelde natura-tarieven voor mpt in plaats van de vpt. Pgb houders krijgen per slot van rekening een vergoeding op basis van het vpt. Ook wordt hier aangegeven dat van dit tarief «mag» worden afgeweken wanneer de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) hier een hoger tarief voor heeft vastgesteld. Wanneer wordt hiervan afgeweken en onder welke voorwaarden gebeurt dit?

Tot slot geeft de Minister aan met ingang van 2020 de Wlz-pgb te indexeren met 1,82% en dit zelfde percentage toe te passen op de indexatie van de inkooptarieven. Kan de Minister toelichten hoe dit percentage tot stand is gekomen?

Pgb-tarieven voor de Zorgverzekeringswet (Zvw)

Uit de brief blijkt dat bij de Minister geen informatie bekend is dat de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ) naar aanleiding van klachten van budgethouders zou hebben geoordeeld dat het formele inkooptarief van de desbetreffende zorgverzekeraar niet voldoende zou zijn. De leden van de D66-fractie zouden graag vernemen hoeveel klachten er elk jaar sinds 2015 zijn binnen gekomen bij het SKGZ met betrekking tot de ontoereikendheid van het formele inkooptarief, en hoe deze zijn afgehandeld. In de brief wordt vermeld dat verzekeraars moeten verifiëren of de verzekerde de aan de pgb verbonden taken en verantwoordelijkheden kan uitvoeren. Kan de Minister toelichten op welke manier dit getoetst wordt door de verzekeraar? In de brief wordt gesproken van een bedrag van «ten hoogste» 23 euro vergoeding voor informele hulp. Kan de Minister toelichten wat hier wordt bedoeld met «ten hoogste» en op welke manier verschillen in tarieven worden bepaald. Ook blijkt uit de brief van de Staatssecretaris van VWS van 12 oktober 2015 dat het gemiddelde informele tarief 20 euro bedraagt en derhalve zouden de leden graag vernemen hoe deze bedragen zich tot elkaar verhouden.³

Pgb-tarieven voor de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en Jeugdwet (Jw)

Ook met betrekking tot de Wmo en de Jeugdwet vragen de leden van de D66-fractie hoe de informatie verstrekking over het gebrek aan opbouw van sociale zekerheid zich voltrekt en of mensen hier voldoende van op de hoogte worden gesteld. Uit de genoemde cijfers blijkt dat (sommige) gemeenten voor het informele tarief niet uitgaan van een modaal

³ Kamerstuk 25 657, nr. 216

inkomen, maar van het minimumloon. Hoe kijkt de Minister naar dit verschil tussen de Wlz, Zvw en de Jeugdwet/Wmo?

Uit de brief blijkt dat in zake hulp en ondersteuning vanuit de Jeugdwet en Wmo de gemeenten een juiste verhouding moeten waarborgen van de prijs voor de levering van zorg/hulp en de kwaliteitseisen daarvan. Wie ziet er op toe dat dit zorgvuldig gebeurt? Waar kunnen cliënten aankloppen wanneer zij ervan overtuigd zijn dat de gemeente deze verhouding niet waarborgt?

Het pgb-budget dat de gemeente toekent mag lager zijn dan de tarieven voor jeugdhulp in natura, omdat er geen sprake zou zijn van overheadkosten. Toch geven, in geval van jeugdhulp, de ouders van de budgethouders aan dat er wel degelijk sprake is van bijvoorbeeld administratie. Kan de Minister duidelijkheid geven over hoe laag het pgb-tarief voor jeugdhulp mag zijn?

De Minister geeft aan dat de kosten voor inkoop van hulpmiddelen nooit hoger mogen zijn dan de kosten voor maatwerkvoorzieningen, maar zegt toe te onderzoeken of gemeenten in strijd handelen met wet- en regelgeving. Echter, gemeenten zijn vrij om tarieven vast te stellen die lager zijn dan het wettelijke maximum en stellen de tarieven vaak gelijk aan de inkoopprijs die zij zelf betalen voor zorg in natura. Gemeenten kunnen echter producten in bulk inkopen en kunnen daardoor kortingen bedingen die voor een individuele budgethouder niet beschikbaar zijn. Door de pgb-tarieven gelijk te stellen aan de inkoopprijs van zorg in natura kan dit er in sommige situaties toe leiden dat de budgethouder zijn keuzevrijheid ontnomen wordt, waardoor de budgethouder in de praktijk alleen de zorg in natura kan afnemen. Weet de Minister welke tarieven door de gemeenten worden gesteld? Is de Minister bereid om actie te ondernemen als blijkt dat gemeenten de keuzevrijheid ernstig beperken? Zo ja, welke acties is de Minister dan bereid om te ondernemen?

Uit de brief blijkt dat wanneer er sprake is van een arbeidsrelatie of opdrachtverlening er minimumloon aan de orde is. De zorg die Per Saldo eerder uitte betrof de vraag of mantelzorgers uitgesloten worden van minimumloon. Om hier duidelijkheid over te krijgen zouden de leden van de D66-fractie graag vernemen hoe wordt beslist of er sprake is van een arbeidsrelatie of opdrachtverlening.

Vragen en opmerkingen van de leden van de fractie van GroenLinks

De leden van de fractie van GroenLinks hebben met interesse kennisgenomen van de toelichting tarieven PGB 2.0 (Kamerstuk 25 657, nr. 320). Deze leden zijn blij met de uitvoerige toelichting op de verschillende kostenposten. Toch roept sommige toelichting nog verschillende vragen op, die zij hieronder graag aan de orde stellen.

In genoemde toelichting is te lezen: *Het maximum informele uurloon van € 20 ligt ruim boven het wettelijk minimumloon en levert bij een 40-urige werkweek een bovenmodaal inkomen op van circa € 40.000. Ter vergelijking, een modaal inkomen is circa € 36.000.*

De Minister lijkt hier te stellen dat informele hulpverleners een bovenmodaal inkomen (kunnen) verdienen. De leden van de GroenLinks-fractie willen hier graag tegenover stellen dat een informele hulpverlener in veel gevallen «onzichtbaar» werk verricht, bijvoorbeeld in de vorm van wel degelijk 24/7 paraat te moeten staan. De daadwerkelijk vergoede uren in hulp of ondersteuning zijn hier slechts een fractie van. Heeft de Minister dit ook meegenomen in zijn berekening van de 40-urige werkweek? Ook zijn er voor informele hulpverleners nog veel bijkomende lasten die niet meegenomen worden in deze berekening; denk aan werknemersverzekeringen, pensioen en vakantie-uren. Is de Minister bereid een

nieuwe doorrekening te maken waarin deze uren- en verborgen lasten wél worden meegenomen?

Tevens is niet meegenomen dat budgethouders met name in gemeenten en bij de Zvw een zeer krappe indicatie krijgen. Daardoor is het daadwerkelijk aantal geleverde uren informele hulp vaak minimaal en (vrijwel) nooit in te zetten voor 40 uur. Dit nog naast het feit dat door de vaak noodzakelijke flexibiliteit die informele hulp vereist, het vrijwel niet mogelijk maakt nog een tweede inkomen te verwerven. Kan de Minister een beschouwing geven op de krappe indicaties vanuit gemeenten en Zvw alsmede op de onmogelijkheid van het verwerven van een tweede inkomen naast de te geven informele hulp?

Een andere uit het veld veelgehoorde klacht is de vaststelling van de maximum tarieven door zorgverzekeraars. Ook voor houders van een pgb is het vrijwel onmogelijk om gekwalificeerde zorgorganisaties te contracteren omdat die een te hoog tarief hanteren. Met zorg in natura is dit wél mogelijk. De tarieven van zorg in natura en pgb liggen dan ook ver uit elkaar. Is de Minister het met de leden van de GroenLinks-fractie eens dat ook pgb-houders in staat gesteld moeten worden professionele zorgorganisaties in te schakelen en zo ja, welke manieren ziet hij om dit in praktijk te brengen?

Meer in het algemeen is het ook steeds moeilijker geworden voor budgethouders om geschikte hulpverleners te vinden die voor de huidige tarieven zorg willen, maar ook *kunnen* bieden. Omdat het ook voor hulpverleners onmogelijk wordt om met de krappe tarieven en indicaties het hoofd boven water te houden. Ziet de Minister deze trend ook steeds sterker worden? En is hij het met de leden van de GroenLinks-fractie eens dat hiermee juist de ook door de Minister genoemde voordelen van een eigen budget zoals eigen regie, keuzevrijheid en maatwerk in steeds mindere mate mogelijk zijn? Welke stappen neemt hij om dit tij te keren? Tenslotte maken de leden van de GroenLinks-fractie zich, met Per Saldo, zorgen over de volgende zaken:

Het is bekend, onder andere via de brief door Per Saldo en verschillende keren door de leden van de GroenLinks-fractie aangestipt, dat het soms zo is dat binnen één gemeente verschillende tarieven gehanteerd worden voor dezelfde functie binnen de Jeugdwet en de Wmo. Hulpvragen worden dan geconfronteerd met lagere tarieven, waardoor in sommige gevallen er door hulpvrager zelf bijbetaald moet worden, terwijl dat voor hulpvrager vaak niet mogelijk is. dan moet noodzakelijkerwijs uitgeweken worden naar een andere hulpverlener, met alle (ook mentale) last voor zowel budgethouder als hulpverlener van dien. Nog steeds is de vraag in hoeverre de Minister de regie kan houden over deze verschillende tariefvaststellingen binnen de gemeente voor Jeugdwet en Wmo? Welke stappen kan hij nemen om soms uit noodzaak vastgestelde lage tarieven binnen beide wetten te reguleren?

Evenwel stelde de Minister wel dat er ook voorbeelden zijn van gemeenten die de tarieven (zowel formeel als informeel) juist verhoogd hebben na de invoering van de wml. Deze voorbeelden hebben zij echter nooit concreet doorgegeven gekregen. Zou de Minister ons alsnog deze voorbeelden doen toekomen? Hoe kan voorkomen worden dat de Wet minimumloon onverhoopt ingezet wordt als plafondbedrag?

Vragen en opmerkingen van de leden van de SP-fractie

De leden van de SP-fractie hebben kennisgenomen van de toelichting tarieven pgb. Deze leden hebben naar aanleiding van de toelichting alvast onderstaande opmerkingen en vragen.

De leden van de SP-fractie delen de uitgangspunten dat een pgb-tarief passend moet zijn voor de benodigde zorg of ondersteuning, dat maatwerk het uitgangspunt moet zijn en dat er sprake is van doelma-

tigheid. De leden vragen in dit kader hoe in deze doelmatigheid precies wordt bepaald? Tevens vragen de leden van de SP-fractie om een toelichting op de huidige mogelijkheden omtrent eigen regie, keuzevrijheid en maatwerk binnen het pgb. Volgens deze leden wordt het voor veel budgethouders steeds ingewikkelder om eigen regie, keuzevrijheid en maatwerk te realiseren, onder andere omdat het steeds moeilijker is om hulpverleners te vinden die zorg en ondersteuning willen verlenen voor de huidige tarieven, de leden ontvangen hierop graag een toelichting.

Pgb-tarieven voor Wet langdurige zorg

De leden van de SP-fractie lezen dat door het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg ook de tarieven voor pgb-gefinancierde wooninitiatieven in de VV-sector zijn verhoogd. De leden zijn benieuwd of de Minister naar aanleiding van deze verhoging ook heeft overwogen de tarieven voor andere pgb-vormen te verhogen? Vervolgens vragen de leden hoeveel budgethouders in een VV-wooninitiatief in aanmerking kwamen voor de kwaliteitstoeslag van 4.000 euro en hoeveel budgethouders van deze mogelijkheid gebruik hebben gemaakt? Aangegeven wordt dat momenteel wordt gezien hoe de sturing op een doelmatige inzet van deze extra middelen met ingang van 2020 kan worden verbeterd. De leden van de SP-fractie vragen op welke manier dit wordt gezien en wanneer hierover meer duidelijkheid zal bestaan.

In de tabel op pagina 3 van de brief wordt een vergelijking gemaakt tussen het pgb bij VV5 en het VPT in respectievelijk 2015 en 2018.

Opgemerkt wordt dat de vergelijking/verhouding tussen beiden nauwelijks is veranderd maar dat de vpt-tarieven niet zijn gecorrigeerd. De leden van de SP-fractie vragen of een correctie invloed zou hebben gehad op de vergelijking tussen beide zorgvormen en of zij alsnog een vergelijking kunnen ontvangen waarbij wel deze correctie is meegenomen?

Daarnaast vragen de leden van de SP-fractie of duidelijk is hoeveel budgethouders aangeven niet uit te komen met hun pgb-budget door een gesprek aan te gaan met het zorgkantoor voor een bijdrage op grond van de regeling Extra Kosten Thuis of de meerzorgregeling én hoeveel budgethouders een dergelijke regeling Extra Kosten Thuis of voor meerzorg ook daadwerkelijk toegekend hebben gekregen? Op welke wijze zijn de meerzorgregeling en de regeling Extra Kosten Thuis een oplossing voor het niet uitkomen met het budget door de budgethouder, aangezien deze regelingen geen oplossing bieden voor het kunnen uitbetalen van hogere tarieven?

Onderzocht zal worden, in samenwerking met Per Saldo en Mantelzorg NL, wat de oorzaak is van het probleem dat pgb-houders ervaren bij het vinden en behouden van zorgverleners die specialistische zorg verrichten maar niet onder de criteria voor het formele tarief vallen, graag horen de leden van de SP-fractie wanneer dit onderzoek plaats zal vinden en wanneer zij de resultaten zullen ontvangen?

Pgb-tarieven voor de Zorgverzekeringswet

Graag ontvangen de leden van de SP-fractie een toelichting op de indexatie van het Pgb-tarief voor de Wlz en de Zvw met 1.82%, is deze indexatie marktconform? En is het plan vervolgens om deze indexatie vanaf heden jaarlijks plaats te laten vinden? In de brief wordt gesteld dat «elk jaar de mogelijkheid bestaat voor budgethouders om naar een zorgverzekeraar over te stappen die voor hen gunstige tarieven hanteert». Deze leden vragen of dit overstappen wel zo eenvoudig is, bijvoorbeeld gezien het opnieuw toestemming moeten krijgen voor hulpmiddelen en het al dan niet vergoeden van bepaalde specifieke behandelingen. Is het niet verstandiger om over te gaan op uniforme tarieven hiervoor, is het

niet vreemd dat deze tarieven momenteel per zorgverzekeraar verschillen? De leden van de SP-fractie ontvangen hierop graag een uitgebreide reflectie.

Pgb-tarieven voor Wmo en Jeugdwet

Gemeenten kunnen hun eigen pgb-tarieven vaststellen, waarbij ze wel rekening moeten houden met een vastgesteld maximumtarief maar er geen minimumtarief geldt. Hierdoor kunnen tarieven per gemeente flink verschillen. De leden van de SP-fractie vragen daarom om een overzicht van de pgb-tarieven voor jeugd respectievelijk Wmo die in de verschillende gemeenten worden gehanteerd in een vergelijkbare situatie van de budgethouder. Daarnaast vragen de leden of er overwogen wordt om alsnog te komen tot een minimumtarief voor de pgb-budgetten? In hoeverre zijn deze verschillende tarieven een belemmering wanneer overgegaan wordt vanuit de Jeugdwet naar de Wmo, zo vragen de leden van de SP-fractie. Worden budgethouders bij de overgang geconfronteerd met lagere tarieven terwijl an sich de zorgvraag niet verandert? Graag ontvangen de leden van de SP-fractie hierop een uitgebreide toelichting, hoe wordt met dit knelpunt omgegaan?

De leden van de SP-fractie lezen dat het gemeenten toegestaan is het informeel tarief «mits passend» naar beneden bij te stellen. De leden vragen wat zij moeten verstaan onder de term «mits passend»? In welk geval is het voor gemeenten toegestaan om het informeel tarief naar beneden bij te stellen? In relatie hiertoe vragen de leden hoe het gesprek met de Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG) hierover is verlopen en of hieruit naar voren is gekomen dat gemeenten in strijd handelen met de wet- en regelgeving, en zo ja welke gevolgstappen worden genomen?

Vragen en opmerkingen van de leden van de PvdA-fractie

De leden van de fractie van de PvdA hebben met belangstelling de toelichting op de tarieven pgb gelezen. Deze leden hebben enkele vragen ter verduidelijking.

1. Tarieven intramurale zorg in relatie tot de tarieven extramurale zorg en het pgb

De leden van de fractie van de PvdA vragen om nadere uitleg over waarom er geen rekening wordt gehouden met het feit dat budgethouders wel kosten hebben. Namelijk: voor de integrale zzp-tarieven voor intramurale zorg is er sinds 2018 een vergoeding voor kapitaallasten opgenomen; de normatieve huisvestingscomponent (nhc). In voorgaande jaren werden de kapitaallasten afzonderlijk bekostigd. Als een cliënt kiest voor extramurale zorg, maakt een dergelijke vergoeding voor de kapitaallasten geen onderdeel uit van het pgb en van het tarief dat door een zorg in natura-aanbieder in rekening mag worden gebracht (in het geval van vpt of mpt). Daar staat dan ook een lagere eigen bijdrage tegenover. Kan hier een verdere toelichting op worden gegeven? Worden deze signalen herkend?

2. Volledig pakket thuis in relatie tot pgb

De leden van de PvdA fractie zouden graag een nadere toelichting ontvangen met betrekking tot de tarieven voor Zorg in Natura (ZiN) die door de NZa worden bepaald, specifiek waarom er geen onderscheid wordt gemaakt in gradaties van complexiteit van de te verrichten handelingen. Bij de indexatie van het pgb wordt verondersteld dat 90 procent wordt besteed aan loonkosten en 10 procent aan materiële kosten. Kan worden bevestigd dat dit niet geldt voor het Persoonlijk

Assistentie Budget, welke gebaseerd is op het aantal uren maal het uurtarief zonder bijkomende kosten in acht te nemen? Kan er een toelichting op deze differentiatie worden gegeven? Wordt het signaal dat naast familieleden en studenten ook deskundige hulpverleners onder het informeel tarief vallen herkend? Met name als er gespecialiseerde zorg nodig is (arbeidsovereenkomst) is het informeel tarief niet toereikend. Hoe zullen deze knelpunten worden opgelost?

3. Herijking van zorg in natura tarieven in 2019

Naar aanleiding van de kanttekening dat men meerzorg of Extra Kosten Thuis kan worden aangevraagd, vragen de leden van de PvdA-fractie hoe dit een oplossing biedt aangezien meerzorg en ETK niet zijn bedoeld om tarieven te verhogen?

4. Maximum inkooptarieven Wlz-pgb

De leden van de fractie van de PvdA vragen of de stelling dat informele hulpverleners er een bovenmodaal inkomen op na houden niet te kort door de bocht is. Vaak levert een informele hulpverlener veel meer uren zorg en/of ondersteuning dan waarvoor het een vergoeding krijgt. In veel gevallen betreft dit maar een paar uur per week terwijl zij 24/7 paraat staan. Is er ooit een doorberekening gemaakt hoeveel men per uur overhoudt na aftrek van bijkomende lasten? Kan er nadere uitleg worden gegeven over hoe deze hulpverleners een bovenmodaal inkomen verdienen? Tevens vragen de leden van de PvdA-fractie een toelichting op de totstandkoming van de indexatie van 1,82% gebaseerd (Wlz en Zvw), is dit een reëel percentage ten opzichte van overige lonen gezien het feit dat er de afgelopen 5 jaar geen indexatie heeft plaatsgevonden. En gaat er nu jaarlijks een marktconforme indexatie plaatsvinden vanaf 2020? Waarom bepaalt de NZa de ZIN tarieven en gaat het ministerie over de pgb tarieven? Waarom wordt het pgb tarief ook niet door de NZa vastgesteld (Wlz en Zvw)?

5. Pgb-tarieven voor de Zorgverzekeringswet

De leden van de PvdA-fractie zouden graag meer duidelijkheid krijgen met betrekking tot het overstappen van budgethouders naar andere zorgverzekeraars. Is het niet erg simpel om te stellen dat budgethouders elke jaar makkelijk kunnen overstappen naar een andere zorgverzekeraar?

6. Maximum inkooptarieven Zvw-pgb

De leden van de PvdA-fractie vragen of de Minister eveneens signalen ontvangt dat budgethouders zich niet melden bij de SKGZ.

7. Signalen van Per Saldo en MantelzorgNL over minimumloon

De leden van de PvdA-fractie vernemen dat gemeenten verschillende tarieven kunnen hanteren voor verschillende vormen van ondersteuning en voor verschillende typen hulpverleners. Deze leden willen graag verduidelijking over of voorgaande stelling wijst op een aanname, of een categorisering gebaseerd op feiten. De leden vragen zich af of er duidelijk zicht is op de ontwikkelingen die plaatsvinden in gemeenten met betrekking tot de tarieven. Tevens willen zij graag weten hoe ervoor gezorgd wordt dat pgb-houders regie eigen leven niet kwijtraken als ze door verlaging tarieven geen mensen meer voor zorg en ondersteuning kunnen vinden. Kan er ook een verdere uitleg gegeven worden voor de uitspraak dat tarieven voor hulpmiddelen niet passend hoeven te zijn? Kan de Minister ingaan op het punt dat een aantal gemeenten het tarief

terugbrengen tot op het minimumloon? Is de Minister van mening dat dit een foute beweging is en dat het wettelijk minimumloon juist een middel was om informele zorg goed te belonen? Is de Minister het met ons eens dat een tariefsverlaging van de ene op de andere dag onaanvaardbaar is? Heeft de Minister signalen ontvangen over dat budgethouders zomaar opeens contracten moeten openbreken met hulpverleners en daarbij de tarieven moeten verlagen? Is de Minister zich ervan bewust dat dit als gevolg kan hebben dat budgethouders hun vertrouwde hulp-/ zorgverleners niet kunnen behouden en opzoek moeten naar nieuwe hulp-/ zorgverleners (in een toch al krappe arbeidsmarkt)?

II. Reactie van de Minister