

Vergaderjaar 2011–2012

25 657

Persoonsgebonden Budgetten

Nr. 93

VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG

Vastgesteld 20 december 2011

In de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport¹ bestond er bij enkele fracties behoefte een aantal vragen en opmerkingen voor te leggen aan de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de brief van 1 december 2011 inzake de nadere toelichting op de pgb-maatregelen 2012 (Kamerstuk 25 657, nr. 87).

De op 8 december 2011 toegezonden vragen en opmerkingen zijn met de door de staatssecretaris bij brief van 19 december 2011 toegezonden antwoorden hieronder afgedrukt.

De voorzitter van de commissie,
Smeets

Adjunct-griffier van de commissie,
Clemens

¹ Samenstelling:

Leden: Staaij, C.G. van der (SGP), Smeets, P.E. (PvdA), voorzitter, Smilde, M.C.A. (CDA), Koşer Kaya, F. (D66), Veen, E. van der (PvdA), Gerven, H.P.J. van (SP), Ouwehand, E. (PvdD), Agema, M. (PVV), Leijten, R.M. (SP), Bouwmeester, L.T. (PvdA), Wolbert, A.G. (PvdA), Wiegman-van Meppelen Scheppink, E.E. (CU), Elias, T.M.Ch. (VVD), ondervoorzitter, Dijkstra, P.A. (D66), Dille, W.R. (PVV), Gerbrands, K. (PVV), Mulder, A. (VVD), Venrooy-van Ark, T. (VVD), Bruins Slot, H.G.J. (CDA), Voortman, L.G.J. (GL), Klaver, J.F. (GL) en Straus, K.C.J. (VVD).

Plv. leden: Dijkgraaf, E. (SGP), Kuiken, A.H. (PvdA), Omtzigt, P.H. (CDA), Berndsen, M.A. (D66), Klijnsma, J. (PvdA), Ulenbelt, P. (SP), Hazekamp, A.A.H. (PvdD), Mos, R. de (PVV), Kooiman, C.J.E. (SP), Arib, K. (PvdA), Eijsink, A.M.C. (PvdA), Ortega-Martijn, C.A. (CU), Burg, B.I. van der (VVD), Ham, B. van der (D66), Beertema, H.J. (PVV), Bosma, M. (PVV), Lodders, W.J.H. (VVD), Miltenburg, A. van (VVD), Ormel, H.J. (CDA), Sap, J.C.M. (GL), Tongeren, L. van (GL) en Liefde, B.C. de (VVD).

Inhoudsopgave	blz.
I. Vragen en opmerkingen vanuit de fracties	2
II. Reactie van de staatssecretaris	19

I. VRAGEN EN OPMERKINGEN VANUIT DE FRACTIES

Vragen en opmerkingen van de VVD-fractie

De leden van de VVD-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van de nadere toelichting op de pgb-maatregelen 2012. Zij hebben nog enkele vragen en opmerkingen.

Toegangscriteria

De staatssecretaris geeft aan dat cliënten minimaal 10 uur van de AWBZ-geïndiceerde zorg per week moeten inzetten voor de vergoedingsregeling. Dit is voor de leden van de VVD-fractie niet duidelijk. Mensen met een indicatie van minimaal 10 uur kunnen toegang krijgen tot de regeling. Kunnen zij vervolgens wel zelf bepalen hoe zij hun zorg willen organiseren, bijvoorbeeld 5 uur via de inkoop van niet-professionele zorgverleners onder de vergoedingsregeling en 5 uur via de zorg in natura zoals ingekocht door het zorgkantoor?

Het zorgkantoor toetst of er aanwijzingen zijn dat er geen sprake is van verzekerde zorg op basis van de omschrijving van de in te kopen zorg en de eventuele aanbieder van die zorg. Kan de staatssecretaris toelichten in hoeverre de aanbieder van de zorg van invloed kan zijn op de vraag of er wel of niet sprake is van verzekerde zorg? Kan de staatssecretaris garanderen dat deze zin niet leidt tot het afwijzen van aanvragen voor de vergoedingsregeling, waarbij sprake is van zorglevering door een niet-professionele zorgaanbieder?

Inzet mantelzorgers

De leden van de VVD-fractie vinden het van groot belang dat mensen vanuit het pgb of vanuit de vergoedingsregeling vrij zijn in de besteding van dit budget aan een zorgverlener naar keuze, dus ook personen uit hun naaste omgeving. In dit licht zijn genoemde leden tegen gedifferentieerde tarieven voor professionele en niet-professionele hulpverleners.

Monitoring pgb-maatregelen

De leden van de VVD-fractie willen hun waardering uitspreken ten aanzien van de inzet die de staatssecretaris toont bij de voorgenomen actieve monitoring van de pgb-maatregelen. Deze leden vinden het van groot belang dat de gevolgen van de maatregelen bijgehouden worden, en dat actief wordt ingegrepen mochten zaken niet goed gaan.

Genoemde leden vinden de uitvoering van de motie Venrooy-van Ark c.s. (Kamerstuk 30 597, nr. 229) wat mager. Kan de staatssecretaris in de informatievoorziening aan de Kamer ieder kwartaal ook rapporteren over de contractering van de in de motie benoemde zorgaanbieders?

Definitie kleinschalige pgb-gefinancierde wooninitiatieven

De leden van de VVD-fractie vinden dat er geen sprake kan zijn van een minimum aantal budgethouders bij het bepalen van wat een wooninitiatief is. Kan de staatssecretaris de door het CVZ gehanteerde ondergrens

van vijf budgethouders nader onderbouwen, waarbij helder wordt gemaakt waarom gekozen is voor het aantal van vijf? Kan de staatssecretaris aangeven of er wooninitiatieven buiten de regeling in 2011 zijn gevallen vanwege deze keuze voor vijf budgethouders als ondergrens?

Vragen en opmerkingen van de PvdA-fractie

De leden van de PvdA-fractie hebben kennisgenomen van de nadere toelichting op de pgb-maatregelen 2012. Zij concluderen dat er voor wat de criteria voor de vergoedingsregeling betreft nog steeds onduidelijkheden zijn. Dat er nog geen doelgroep voor deze regeling gedefinieerd is omdat dat nog niet mogelijk is. Genoemde leden vinden dit erg verontwaardig en vragen of deze staatssecretaris wel in beeld heeft waar de pgb-maatregelen gaan landen. Wie kan er zo meteen nog uitgaan van een pgb, een vergoeding of zorg in natura? Voor wie blijft het onzeker of ze binnen de criteria blijven? Voor wie wordt de mogelijkheid van een pgb definitief afgesloten? Verder concluderen deze leden dat mensen die straks gebruik gaan maken van de vergoedingsregeling geen zekerheid hebben over de hoogte van de tarieven van de regeling en of deze tarieven de komende jaren stabiel zullen zijn.

Toegangscriteria Vergoedingsregeling persoonlijke zorg

De leden van de PvdA-fractie hebben een aantal vragen over de doelgroep die de staatssecretaris voor ogen heeft met de vergoedingsregeling. In de algemene omschrijving wordt gesproken van voornamelijk mensen met een flexibele zorgvraag; zorg die niet planbaar is, op korte zorgmomenten, op wisselende tijden, en gekoppeld is aan (vrijwilligers-)werk of opleiding. In de voortgangsrapportage Hervorming langdurige zorg, de brief van 31 oktober 2011, werd ook nog gesproken van «mensen die behoefte hebben aan structuur en vaste zorgverleners». Wat is er met deze doelgroep gebeurd? Met welke reden wordt deze niet meer genoemd in de omschrijving? Vallen mensen die een dwarslaesie hebben bijvoorbeeld, zij hebben behoefte aan vaste zorgverleners, niet meer onder de doelgroep?

De leden van de PvdA-fractie concluderen dat de staatssecretaris de doelgroep van de vergoedingsregeling niet nader zal omschrijven dan deze algemene bewoording, en dat de staatssecretaris van plan is gewoon maar alvast te beginnen en te zien wat er uit komt. Deze leden vragen in dit kader om meer inzicht in het aantal mensen met een AWBZ-indicatie van meer dan 10 uur.

- Hoeveel mensen zijn dat? Welk aandeel van de mensen die niet meer voor een pgb in aanmerking zou komen komt daarvoor in aanmerking?
- Op welke grondslag is de indicatie gebaseerd?
- Welk onderdeel daarvan is nu nog begeleiding?
- Welk onderdeel daarvan is kortdurend verblijf?
- Welk onderdeel daarvan zijn groepsactiviteiten?

De leden van de PvdA-fractie vragen of de door Per Saldo geïnventariseerde doelgroepen door de staatssecretaris worden onderschreven. Deze worden wel gebruikt als basis voor de gesprekken met zorgkantoren en zorgaanbieders over het zorgaanbod. Is de staatssecretaris bereid om deze doelgroepen breder te hanteren?

De leden van de PvdA-fractie hebben ook vragen over de landelijke commissie bij het CVZ die de zorgkantoren zal adviseren bij de afhandeling van bezwaarschriften. Het zorgkantoor dient het advies «te wegen in de beslissing op bezwaar». Genoemde leden zouden graag iets meer te weten krijgen over het gewicht van dat advies. Krijgen cliënten die

bezwaar aantekenen een afschrift van het advies dat de commissie geeft? Kunnen deze cliënten rechten ontlenen aan het advies van de commissie? Hoe verhoudt dit zich met de opmerking: «Het is juridisch niet mogelijk dat het kabinet een commissie installeert die individuele zaken, die onder verantwoordelijkheid vallen van het zorgkantoor, herbeoordeelt»? De staatssecretaris nodigt mensen uit om aan haar hun verhaal te vertellen. Op welke manier kunnen mensen die niet goed terecht kunnen voor de zorg die zij nodig hebben een reactie van de staatssecretaris verwachten? Is de staatssecretaris bereid om zelf in te springen wanneer mensen met hun verhaal bij haar aankloppen en tussen wal en schip vallen? Hoe maakt de staatssecretaris aan de mensen bekend dat zij zich persoonlijk tot de staatssecretaris kunnen wenden? Heeft de staatssecretaris de tijd en de mogelijkheden om duizenden mensen te ontvangen en te spreken? Op grond van welke criteria gaat de staatssecretaris de mensen selecteren die ze gaat uitnodigen op het ministerie?

Monitoring van de pgb-maatregelen

De leden van de PvdA-fractie vragen op welke manier de staatssecretaris zal voorkomen dat er wachtlijsten ontstaan voor de vergoedingsregeling. Ook vragen zij wat de staatssecretaris zoal verstaat onder de actieve monitoring en onder «zo nodig tijdig bijsturen». Hoe ziet die bijsturing eruit? Welke instrumenten heeft de staatssecretaris in handen om tot «passende oplossingen» te komen? Is het verlagen van de tarieven van de vergoedingsregeling daar één van? Is het beperken van de toegang tot de vergoedingsregeling daar één van? Hoe gaat de Kamer daarvan op de hoogte gebracht worden? Wanneer en op welke wijze worden die wijzigingen dan aan de mensen meegedeeld? Hoe transparant is deze regeling die zich steeds kan wijzigen?

De leden van de PvdA-fractie vragen op welke manier de staatssecretaris tijdig zal ingrijpen als al direct vanaf 1 januari 2012 blijkt dat de gewenste zorg niet te leveren is. Wordt de driemaandelijks rapportage daarvoor aangehouden als bron? Moeten mensen dan eerst langs de bezwaar- en beroepscommissie? Op welke manier voorkomt de staatssecretaris dat deze mensen maandenlang noodgedwongen zonder de noodzakelijke zorg zitten?

Genoemde leden vragen of er bij de monitoring wordt ingegaan op tekorten van zorg in natura, op de redenen voor niet passen van zorg in natura, en op het niet passen van zorg in natura bij het budgetplan. Hoe verhoudt zich het contracteren van nieuwe, klantvriendelijke zorgaanbieders tot de afspraken en de continuïteit van de «oude» organisaties? Als de contracteerruimte niet toeneemt en het aantal zorgaanbieders wel moet toenemen omdat er meer op maat moet worden gewerkt, wat zijn daarvan dan de gevolgen?

Kleinschalige pgb-gefinancierde wooninitiatieven

De leden van de PvdA-fractie concluderen dat budgethouders op hetzelfde adres ingeschreven moeten staan om tot wooninitiatief te worden gerekend. Zijn er ook wooninitiatieven waar de bewoners ieder een eigen huisnummer/voordeur hebben? Vallen deze dan gelijk buiten de regeling, of krijgen zij de gelegenheid om aan te tonen dat ze wel degelijk een klein wooninitiatief zijn? Welke criteria worden in dit verband verder nog gehanteerd?

Herindicatietraject ADL-bewoners

De leden van de PvdA-fractie vragen de staatssecretaris of kan worden toegelicht wie er nu wel en wie er nu niet opnieuw zal moeten deelnemen aan het herindicatietraject en of de bewoners van ADL-clusters daar allemaal op een heldere manier over geïnformeerd zullen worden.

Bijlage

In de bijlage wordt gesteld over het 10-uurscriterium: «indien een cliënt minder dan 10 uur zorg per week geïndiceerd heeft gekregen dan wijst het zorgkantoor de aanvraag af». De leden van de PvdA-fractie vragen of de beschikbaarheid van passende zorg in natura daarbij nog in overweging wordt genomen.

De leden van de PvdA-fractie vragen wat de staatssecretaris precies verstaat onder één gezin, als het gaat om een samengestelde zorgvraag. Zijn huisgenoten een gezin? Moet er een familieband zijn? En in welke graad?

De leden van de PvdA-fractie vragen of er in het geval van ADL-assistentie alleen nog een vergoedingsregeling mogelijk is, of ook nog een pgb. Deze leden vragen of zij het goed begrijpen dat de staatssecretaris zegt dat een zorgkantoor een aanvraag voor de vergoedingsregeling zal afwijzen als van te voren bekend is dat niet aan het 10-uurscriterium wordt voldaan, maar dat als er achteraf, bij de verantwoording, blijkt dat niet aan de 10 uur werd voldaan, de vergoedingsregeling behouden blijft.

De leden van de PvdA-fractie vragen op welke manier zal worden beoordeeld of de bezwaren van een cliënt bij het passend zijn van zorg in natura-aanbod gegrond is. Worden hier richtlijnen voor opgesteld? Hoe gaat dat gebeuren als er nog geen definitie is van de doelgroep? Is dat een kwestie van trial and error? Kan het zo zijn dat het ene zorgkantoor een aanvraag toekent en een andere niet? Op welke manier worden de ingevulde standaardantwoordcategorieën die de bijzondere zorgvraag dienen te typeren hierbij buiten beschouwing gelaten?

Vragen en opmerkingen van de PVV-fractie

De leden van de PVV-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van de brief van de staatssecretaris met betrekking tot de nadere toelichting op de pgb-maatregelen voor het aankomende jaar. De staatssecretaris schetst hierin een helder beeld van de voorgenomen maatregelen.

De leden van de PVV-fractie hebben echter wel twee vragen. In de brief geeft de staatssecretaris aan dat de Kamer elk kwartaal geïnformeerd zal worden over de uitwerking van de pgb-maatregelen. Verderop geeft de staatssecretaris aan te hechten aan een objectief oordeel en daarom doet zij een beroep op het SCP. Het SCP zal echter jaarlijks hierover rapporteren. Hoe verhoudt het voornemen van de staatssecretaris om de Kamer vier keer per jaar te informeren zich tegenover het feit dat het SCP slechts één keer per jaar hierover rapporteert? Kan de staatssecretaris garanderen dat er altijd een objectief oordeel ten grondslag ligt aan de informatie die zij elk kwartaal tegemoet doet komen?

Vragen en opmerkingen van de CDA-fractie

De leden van de CDA-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van de brief van de staatssecretaris over de pgb-maatregelen 2012. Zij hebben nog enkele vragen en opmerkingen.

- Er wordt in de brief aangegeven dat de vergoedingsmaatregel een subsidieregeling is. Hoe groot is de subsidiemaatregel en hoe wordt deze subsidie verdeeld over de verschillende zorgkantoren/regio's?
- In de brief wordt aangegeven dat de staatssecretaris niet wil dat er wachtlijsten voor de vergoedingsregeling bestaan. In de brief staat dat zij hierop alert blijft. Wat is precies de taak van het zorgkantoor bij het ontstaan (onder controle houden) van wachtlijsten voor zowel de zorg in natura als bij de nieuwe vergoedingsregeling en wat is de taak van het ministerie in dezen?
- De leden van de CDA-fractie zijn positief over de uitwerking van de motie Uitslag/Venrooy-van Ark (de actieve monitoring; Kamerstuk 30 597, nr. 233) waarbij wordt nagegaan wat de effecten zijn en of bijsturing eventueel mogelijk is. Vanaf 1 januari wordt indien nodig de vergoedingsregeling voor individuele gevallen versoepeld. Kan hier meer duiding aan worden gegeven? Wat wordt er precies bedoeld; komen hier aparte criteria voor of is dit in eerste instantie aan het zorgkantoor?
- Het ministerie is bezig in kaart te brengen of de zorgkantoren in de eerste ronde voldoende zorgaanbod hebben gecreëerd voor specifieke doelgroepen. De leden van de CDA-fractie vragen of hierover al eerste gegevens bekend zijn en wanneer de informatie bekend wordt.
- Hoe wordt er omgegaan met zorgorganisaties of zzp'ers met een vernieuwend zorgaanbod die aansluiten bij de zorgvraag en pas per 1 juli 2011 kunnen worden gecontracteerd door zorgkantoren?
- De leden van de CDA-fractie vinden het positief dat er bij de criteria van de vergoedingsregeling rekening gehouden wordt met de bijzondere positie van meerdere zorgvragers in een gezin. Wel vragen zij of er geen problematische situaties gaan ontstaan bij ouders die een kind hebben met een grote zorgvraag die eerst een uur substantieel meer zorg moeten leveren per etmaal – (boven)gebruikelijke zorg – voordat ze in aanmerking kunnen komen voor de vergoedingsmaatregel?
- De leden van de CDA-fractie hechten veel waarde aan de individuele cliëntbemiddeling, zoals beschreven in de visiebrief langdurige zorg van juni 2011. Daarom vragen zij waarom de aanvraag wordt afgewezen door het zorgkantoor als er geen contact is geweest tussen zorgaanbieder en zorgaanvrager. Is het niet zo dat het zorgkantoor een goed overzicht moet hebben van het kwantitatieve en kwalitatieve zorgaanbod in een betreffende regio? Zou het zorgkantoor hierin ook geen adviesfunctie moeten vervullen?
- Is bekend hoeveel administratieve lasten en tijd de uitvoering van de vergoedingsregeling voor zorgvragers en zorgkantoren zal gaan kosten?
- Is er een communicatieplan naar burgers toe over deze nieuwe regeling? Hoe weten toekomstige AWBZ-zorgvragers van het bestaan van de vergoedingsregeling af? Wie is verantwoordelijk voor deze communicatie?

Vragen en opmerkingen van de SP-fractie

Toegangscriteria voor de Vergoedingsregeling persoonlijke zorg

De leden van de SP-fractie hebben kennisgenomen van de brief over de nadere toelichting op de pgb-maatregelen. Deze leden vragen de staatssecretaris of als bij een nieuwe indicatie er geen gewenst

zorgaanbod in natura geboden kan worden en de aanvraag is met een indicatie onder de 10-uursnorm, de aanvrager dan aanspraak maakt op een vergoedingsregeling. Zo nee, hoe kan dan overeind blijven dat iemand recht op zorg heeft?

De leden van de SP-fractie constateren dat de staatssecretaris een onafhankelijke commissie instelt bestaande uit zorgbehoevenden, zorgaanbieders en zorgkantoren die advies geeft over ingediende bezwaarschriften. Echter betreuren genoemde leden het feit dat deze onafhankelijke commissie geen advies mag geven in de besluitvorming over een vergoedingsregeling. Zij willen weten wanneer de commissie wordt ingesteld en welke samenstelling de commissie heeft. Deze leden willen weten of er regionale commissies worden ingesteld of dat er een landelijke commissie komt. Daarbij willen zij ook weten of de onafhankelijke commissie na 2014 behouden blijft.

De leden van de SP-fractie constateren dat bij de aanvraag van een vergoedingsregeling de zorgbehoevende een aanvraagformulier en een zorgplan dient in te leveren. Het zorgkantoor stelt voor 15 december het format van dit zorgplan vast. Genoemde leden willen weten hoe dit format eruit komt te zien en of deze eenvoudig en duidelijk in te vullen zijn voor mensen die een vergoedingsregeling aanvragen.

De leden van de SP-fractie merken op dat er nu goed getoetst gaat worden waarom iemand een vergoedingsregeling aanvraagt c.q. nodig heeft. Zij vragen de staatssecretaris waarom dit niet eerder is gedaan. Had de groei voorkomen kunnen worden als er eerder gekeken was waarom mensen een beroep op het pgb doen? Is de staatssecretaris bereid om als blijkt dat dit komt door ontbrekend zorgaanbod dan te zorgen dat dit aanbod ontwikkeld wordt? Zo nee, waarom niet?

De leden van de SP-fractie merken ook op dat er nu wordt gesproken van nieuw inzicht dat blijkt «uit gesprekken met betrokkenen». Deze leden constateren dat die argumenten ook in eerdere Kamerdebatten zijn gewisseld (door voornamelijk de oppositie). Waarom is de staatssecretaris nu wel bereid geweest om te luisteren? Erkent de staatssecretaris dat de plannen te overhaast zijn gepresenteerd? Zo nee, hoe verklaart de staatssecretaris dan – zo vragen genoemde leden – dat er nu wel begrip is voor «bijzondere gevallen»? Vindt de staatssecretaris het overigens terecht dat over «gevallen» gesproken wordt?

Inzet van mantelzorgers

De leden van de SP-fractie constateren in de brief dat familie en directe betrokkenen financieel gecompenseerd kunnen worden via de vergoedingsregeling. Deze leden willen weten of het de bedoeling is dat mantelzorgers zzp'er moeten worden om een financiële tegemoetkoming te ontvangen. Genoemde leden vragen de staatssecretaris erop toe te zien dat mantelzorgers geen slecht betaalde, ongekwalificeerde «zorgverleners» worden. Acht de staatssecretaris het mogelijk dat een zorgkantoor direct een mantelzorger inhuurt? Zo nee, waarom niet?

Monitoring van de pgb-maatregelen

De leden van de SP-fractie constateren dat de staatssecretaris vanaf 1 januari 2012 wil kijken of de vergoedingsregeling versoepeld kan worden voor individuele gevallen, zodra blijkt dat zorgkantoren de gewenste zorg niet kunnen bieden binnen een bepaalde tijd. Genoemde leden willen weten welke regels hiervoor worden opgesteld.

De leden van de SP-fractie zijn tevreden met het feit dat er een meldpunt komt, waar mensen met hun klachten, vragen en meldingen terecht kunnen. Deze leden willen weten hoe dit meldpunt eruit ziet, waar dit meldpunt komt en wat er met de verzamelde gegevens gebeurt. Ook willen zij actief geïnformeerd worden door het meldpunt. Behoort dat tot hun taak? Zo nee, waarom niet?

De leden van de SP-fractie vragen om uitleg waarom nu pas aan gegevensverzameling wordt gedaan omtrent het pgb, het zorgaanbod enzovoorts. Ware het niet beter om eerst alle gegevens te kennen alvorens voorstellen te doen om het pgb af te schaffen voor extramurale zorgsituaties? Kan de staatssecretaris het antwoord toelichten?

Acht de staatssecretaris het mogelijk dat er zorgkantoren zijn die hun zorgtaak hebben afgekocht met een pgb omdat er geen zorgaanbod voorhanden was? Zo ja, hoe oordeelt de staatssecretaris daarover?

De leden van de SP-fractie willen weten hoeveel zorgaanbieders gevraagd wordt naar belemmeringen in de wet- en regelgeving. Deze leden willen weten hoe vaak dit gevraagd wordt en op welke wijze dit gebeurt. Is het de bedoeling van de staatssecretaris om wet- en regelgeving rond CAO, loontijden en andere arbeidsvoorwaarden te versoepelen? Zo ja, denkt de staatssecretaris dat de zorg hierdoor een aantrekkelijker beroep wordt?

Herindicatietraject ADL-bewoners

De leden van de SP-fractie zijn zeer ongerust over de nieuwe situatie bij het ADL-clusterwonen. Erkent de staatssecretaris dat de gezamenlijke brief met CVZ en CIZ tot veel onrust leidt? Dat bijvoorbeeld termen als verzorging, verpleging en ondersteuning consequent door elkaar gehaald worden? Graag ontvangen zij hierop een reactie. Erkent de staatssecretaris dat Fokus nu geen verpleegkundige zorg biedt in de ADL-vorm? Is het de bedoeling dat ADL-ers verpleegkundig worden opgeleid? Graag vernemen deze leden een reactie hierop.

Genoemde leden willen graag weten wat het advies is van de NZa over de tarieven voor ADL. Waarom is de Kamer daarover niet geïnformeerd?

Wordt er bij de herindicatie van bewoners van ADL-clusters ook gekeken naar zorgvraag buiten de woning? Erkent de staatssecretaris dat mensen daar nu veelal hun pgb voor inzetten? Kan dat in de toekomst nog?

Vragen en opmerkingen van de D66-fractie

De leden van de D66-fractie hebben kennisgenomen van de nadere toelichting op de pgb-bezuinigingen die per 1 januari 2012 in werking zullen treden. Deze leden hebben nog meerdere vragen en opmerkingen. Allereerst willen zij markeren dat zij de pgb-bezuinigingen van dit kabinet afkeuren. De eigen regie van de patiënt wordt drastisch beperkt en voor een grote groep cliënten dreigt zorg op maat te verdwijnen.

Toegangscriteria Vergoedingsregeling

De leden van de D66-fractie constateren dat er eindelijk toegangscriteria voor de vergoedingsregeling zijn opgesteld. Wil de staatssecretaris toelichten waarom wordt vastgehouden aan het 10-uurscriterium om in aanmerking te komen voor de vergoedingsregeling? Blijft de ondergrens van 10-uursindicatie staan als in 2013 de functie begeleiding wordt overgeheveld naar de Wmo? Indien ja, waarom wordt het 10-uurscriterium op dat moment niet naar beneden bijgesteld? Kan de staatsse-

cretaris aangeven hoeveel mensen er vanaf 2013 naar verwachting onder de 10-uursindicatie vallen, wanneer begeleiding niet meer wordt meegeteld?

De leden van de D66-fractie betreuren het dat rondom de afbakening van de doelgroepen voor de vergoedingsregeling nog veel onduidelijkheid blijft bestaan. De staatssecretaris geeft aan dat aan de hand van ervaringen met de vergoedingsregeling de doelgroepen en hun zorgbehoeften worden vastgesteld. Die criteria moeten dan per 1 januari 2014 definitief duidelijk zijn. Kan de staatssecretaris toelichten waarom zij het noodzakelijk acht nog twee jaar verwarring en onzekerheid te laten bestaan rondom de omschrijving van de doelgroep van de vergoedingsregeling?

De staatssecretaris is van plan om bij het College voor zorgverzekeringen tijdelijk een landelijke commissie in te stellen met vertegenwoordigers van cliënten, zorgaanbieders en zorgkantoren die het zorgkantoor moeten gaan adviseren bij de afhandeling van bezwaarschriften. Waarom wordt deze commissie tijdelijk ingesteld? Hoe lang zal de tijdelijke periode duren? Hoe gaat de staatssecretaris afdwingen en monitoren dat het advies ook daadwerkelijk wordt meegenomen?

Op welke wijze krijgen cliënten die in aanmerking komen voor de vergoedingsregeling ondersteuning in het beheer van het budget en aanstellen en begeleiden van personeel?

Monitoring van de pgb-bezuinigingen

De leden van de D66-fractie constateren dat de staatssecretaris de pgb-bezuinigingen wil gaan monitoren. Op welke manier stelt de staatssecretaris vast dat zorgkantoren bij hun zorginkoop onvoldoende rekening hebben gehouden met bepaalde doelgroepen? Indien zorgkantoren geen passende zorg kunnen leveren wil de staatssecretaris vanaf 1 januari 2012 bekijken of het nodig is de vergoedingsregeling voor individuele gevallen te versoepelen. Kan de staatssecretaris bevestigen dat het hierbij om gevallen gaat met een indicatie van minder dan 10 uur? Welke criteria worden gebruikt om vast te stellen dat zorgkantoren niet in staat zijn de gewenste zorg voor deze gevallen op tijd te leveren? Is de staatssecretaris bereid als blijkt dat individuele gevallen tot eenzelfde doelgroep behoren, voor deze hele doelgroep af te zien van het 10-uurscriterium? Wil de staatssecretaris bij het monitoren meenemen waarom mensen genoodzaakt zijn een beroep te doen op de vergoedingsregeling en of zij in staat zijn het budget te beheren?

De leden van de D66-fractie hechten bij het monitoren van de verschuivingen van cliënt- en geldstromen grote waarde aan een objectief oordeel. Welke verschuivingen van cliëntenstromen worden verwacht? Tot dusver werd gebruik gemaakt van de expertise van het Centraal Planbureau. Waarom wordt nu voor het SCP gekozen? De staatssecretaris hanteert in het monitoringsproces een viertal kernvragen. Is de staatssecretaris bereid om daarbij expliciet de kernvraag mee te nemen of passende zorg op maat voor alle patiënten beschikbaar blijft? Indien nee, waarom niet? Deze leden hebben met interesse kennisgenomen van het instellen van een landelijk meldpunt in de vorm van een helpdeskfunctie bij Per Saldo. Op welke wijze wordt de privacy van de bellende cliënten en hun gegevens gegarandeerd?

Definitie kleinschalige pgb-gefinancierde wooninitiatieven

De leden van de D66-fractie hebben vernomen dat de definitie van kleinschalige pgb-gefinancierde wooninitiatieven in enkele gevallen niet goed werkt, omdat bewoners op afzonderlijke huisnummers wonen. Is de staatssecretaris bereid hier een oplossing voor te zoeken?

Vragen en opmerkingen van de GroenLinks-fractie

De leden van de fractie van GroenLinks danken de staatssecretaris voor de brief met daarin een nadere toelichting op de pgb-maatregelen 2012. Deze brief is onder andere toegezegd om meer duidelijkheid te bieden over de criteria die per 1 januari 2012 gaan gelden voor AWBZ-geïndiceerden die gebruik willen maken van de Vergoedingsregeling persoonlijke zorg. Deze leden zijn van mening dat de onzekerheid bij pgb-houders niet weggenomen wordt nu de criteria pas per 1 januari 2014 definitief worden en daarnaast blijven er nog te veel onduidelijkheden bestaan. De plannen blijven dus gaandeweg aangepast worden en de leden van de GroenLinks-fractie waarschuwen dan ook dat de plannen steeds meer op een wankel kaartenhuis gaan lijken, dat vroeg of laat in elkaar zal storten. Zij zijn daarnaast van mening dat de staatssecretaris op deze manier experimenteert met de zorg voor kwetsbare mensen.

Onlangs werd via de pers duidelijk dat het subsidieplafond voor het persoonsgebonden budget in 2012 verlaagd is vastgesteld op € 2 689 miljoen. Op welke wijze heeft de staatssecretaris de Kamer hierover geïnformeerd? Wat zijn de argumenten van het verlagen van het plafond en wat zijn de gevolgen hiervan voor budgethouders? Hoe verhoudt het verlagen van het subsidieplafond zich tot de toezegging van de staatssecretaris in het VAO pgb op 9 november jl. dat het een kwestie is van communicerende vaten, dat zij geen wachtlijsten wil?

De staatssecretaris blijft vasthouden aan haar standpunt dat de pgb-maatregelen binnen de huidige budgettaire kaders genomen moeten worden, terwijl er juist voor wordt gewaarschuwd dat de pgb-maatregelen de kosten zullen doen toenemen. Daarom maken de leden van de GroenLinks-fractie graag van de gelegenheid gebruik om via dit schriftelijk overleg meer verduidelijking te vragen.

Toegangscriteria voor de Vergoedingsregeling persoonlijke zorg

De leden van de GroenLinks-fractie vinden de wijze waarop de criteria voor de Vergoedingsregeling persoonlijke zorg worden uitgewerkt onvoldoende en het verbaast hen dat de staatssecretaris kiest voor een groeitraject dat tot criteria moet leiden die vanaf 1 januari 2014 zullen worden gehanteerd. Wat zijn hiervoor haar argumenten? Door de keuze voor een groeitraject in plaats van het op voorhand duidelijk opstellen van de criteria staat al vast dat na de invoering van de vergoedingsregeling de spelregels zullen worden veranderd. Omdat de uitvoering van de Vergoedingsregeling persoonlijke zorg binnen de budgettaire kaders plaats moet vinden, vrezen zij dat niet de werkbaarheid van de criteria, maar de budgettaire kaders leidend zullen zijn. Zij krijgen hierop graag een reactie van de staatssecretaris.

Het 10-uurscriterium voor het in aanmerking komen voor de vergoedingsregeling roept bij de leden van de GroenLinks-fractie verschillende vragen op. Deze leden zijn van mening dat de 10-uursregeling onnodig bureaucratisch is en zien daarom graag een nadere onderbouwing van de noodzaak van die 10-uursregeling. Wat is de reden dat de staatssecretaris kiest voor een ondergrens van 10 uur en waarom blijft deze ondergrens

op 10 uur staan als mogelijk de functie begeleiding uit het verzekerd pakket wegvalt in 2013? Hoe hoog is het aantal mensen dat een indicatie heeft van minder dan 10 uur en hoe hoog is dit aantal wanneer de functies begeleiding individueel en groep niet worden meegeteld? Houdt de staatssecretaris de mogelijkheid open om de 10-uursregeling alsnog te schrappen?

Volgens de leden van de GroenLinks-fractie bieden de criteria zoals ze in de brief worden verwoord (en per 1 januari 2012 gaan gelden) onvoldoende duidelijkheid, waardoor bijvoorbeeld verschillen kunnen ontstaan tussen zorgkantoorregio's. Genoemde leden vrezen dat mensen met een vergelijkbare zorgvraag in de ene regio wel in aanmerking zullen komen voor de vergoeding en in de andere regio niet. Zij krijgen daarop graag een reactie van de staatssecretaris. Is de staatssecretaris met deze leden van mening dat een dergelijk verschil in aanspraak op de vergoedingsregeling ongewenst is? Op welke manier voorkomt de staatssecretaris dat er verschil tussen verschillende zorgkantoorregio's gaat ontstaan?

De aanwezigheid van een zorgplan is één van de criteria waar het zorgkantoor op zal toetsen. Bijvoorbeeld de aanwezigheid van een aanvraagformulier, waarop aanvragers de redenen voor aanvraag van de vergoedingsregeling moeten invullen. Welke redenen worden daarin meegenomen en welke redenen vindt de staatssecretaris reden om de aanvraag als voldoende onderbouwd te zien? Gaat het daarbij bijvoorbeeld ook om ontevredenheid over aanbod, werkwijze of kwaliteit van gecontracteerde zorg in natura aanbieders? Hoe streng wordt het zorgplan getoetst?

Verder roept de uitwerking van criterium 5, de toets of alle in het zorgplan genoemde zorgaanbieders door het zorgkantoor zijn gecontracteerd, vragen op bij de leden van de GroenLinks-fractie. Bij de uitleg staat immers dat deze niet gecontracteerd mogen zijn. Hoe wordt dit criterium gehanteerd bij personen die deels de zorg bij gecontracteerde en deels bij niet gecontracteerde aanbieders willen inkopen? En wat als na toekenning van de vergoedingsregeling de aanbieder alsnog wordt gecontracteerd door het zorgkantoor, vervalt dan de aanspraak op de vergoedingsregeling?

Inzet van mantelzorgers

De vergoedingsregeling mag ook worden ingezet om mantelzorg in te schakelen. De leden van de GroenLinks-fractie vragen hoe dit te rijmen is met het beoogde effect van de pgb-maatregelen om ongeveer een derde van de AWBZ-vragers ertoe te bewegen af te zien van AWBZ-zorg. Afzien van AWBZ-zorg kunnen alleen die mensen met een matige tot ernstige beperking die terug kunnen vallen op een netwerk van mensen om hen heen, die bereid zijn om de benodigde zorg en aandacht te leveren en/of over voldoende financiële middelen beschikken om particulier de zorg in te kopen. Met een indicatie van minder dan 10 uur dwingt de staatssecretaris mantelzorgers om meer zorg te leveren als de zorg in natura geen passend antwoord heeft. Wat maakt deze mantelzorgers anders dan mantelzorgers die hulp verlenen bij een indicatie vanaf 10 uur?

Monitoring van de pgb-maatregelen

De leden van de GroenLinks-fractie steunen het voornemen van de staatssecretaris om de gevolgen van de pgb-maatregelen te monitoren. De staatssecretaris schrijft dat dat actief monitoren niet alleen het turven is van wat er gebeurt, maar dat het vooral gaat om het nagaan wat de effecten zijn van de pgb-maatregelen, om tijdig bijsturen en tot passende oplossingen te komen. De staatssecretaris schrijft ook dat het hierbij kan

gaan om individuele gevallen. Deze leden vragen of dit betekent dat in individuele gevallen de vergoedingsregeling ook open staat voor mensen met een indicatie onder de 10 uur.

Mensen hebben vaak noodgedwongen voor een pgb moeten kiezen, omdat er geen alternatief was. Wordt in de monitoring van de pgb-maatregelen ook aandacht besteed aan de verschillende overwegingen waarom mensen genoodzaakt zijn een beroep te doen op de vergoedingsregeling en of zij deze ook zelf kunnen uitvoeren?

Zoals eerder in deze inbreng al aangegeven, maken de leden van de GroenLinks-fractie zich zorgen over een mogelijk verschil in hanteren van de toegangscriteria door de verschillende zorgkantoren. In hoeverre wordt dit in de voorgestelde monitoring meegenomen? Is de staatssecretaris voornemens om te monitoren of er verschil in aanspraak tussen de verschillende zorgkantoorregio's ontstaat?

De leden van de GroenLinks-fractie hechten net als de staatssecretaris aan een objectief oordeel over de aannames die ten grondslag liggen aan de pgb-maatregelen en de manier waarop deze zich ook daadwerkelijk voordoen. De staatssecretaris heeft ervoor gekozen dit onderzoek door het Sociaal en Cultureel Planbureau te laten uitvoeren. Genoemde leden vernemen graag waarom ervoor gekozen is het SCP opdracht te geven voor dit onderzoek. Wat zijn daarvoor de redenen? Heeft de staatssecretaris ook overwogen dit onderzoek door bijvoorbeeld het CPB te laten doen? Wat is de onderzoeksvraag voor dit onderzoek en wat zijn de deelvragen? Welke aannames omtrent de verschuivingen van patiëntenstromen laat de staatssecretaris onderzoeken?

De staatssecretaris stelt een landelijke commissie in die voor alle partijen de mogelijkheid biedt zicht te houden op de problemen die zich voor kunnen gaan doen. Uit de brief begrijpen de leden van de GroenLinks-fractie dat de staatssecretaris deze commissie tijdelijk wil instellen. Overweegt de staatssecretaris deze commissie in 2014 te verankeren, zodat de toegevoegde meerwaarde in stand blijft?

Definitie van kleinschalige pgb-gefinancierde wooninitiatieven

In de brief constateert de staatssecretaris dat de CVZ-definitie voor wooninitiatieven goed werkbaar is. Er zijn dit jaar pgb-wooninitiatieven gestart, die niet onder de pragmatische CVZ-definitie van een wooninitiatief vallen, omdat de bewoners op afzonderlijke huisnummers wonen. De leden van de GroenLinks-fractie krijgen graag uitleg hoe het kan dat een beperkt aantal wooninitiatieven buiten de budgetgarantie is gehouden. Op hoeveel aanvragen is geen budgetgarantie afgegeven en hoeveel daarvan zijn afgewezen omdat de bewoners een eigen huisnummer hebben? Is de staatssecretaris bereid met deze initiatieven in overleg te gaan om problemen die dit jaar spelen op te lossen?

Tijdens het VAO over de pgb-maatregelen op 9 november 2011 stelde de staatssecretaris dat materieel invulling wordt gegeven aan de motie Voortman c.s. (Kamerstuk 30 597, nr. 227) en dat de motie wordt uitgevoerd. De leden van de GroenLinks-fractie zijn echter van mening dat met de uitleg uit de brief niet wordt uitgevoerd wat die motie vraagt, namelijk dat de definitie van het CVZ van wooninitiatieven moet aansluiten op de praktijk van bestaande wooninitiatieven. Immers, door het in stand houden van die definitie blijven wooninitiatieven waarbij de bewoners elk een eigen huisnummer hebben uitgesloten van de budgetgarantie. Waarop baseert de staatssecretaris haar stelling dat de definitie voor wooninitiatieven werkbaar is gebleken? Is de staatssecretaris zich ervan bewust dat onlangs in een rechtszaak – die tegen het zorgkantoor was

aangespannen door mensen die door deze definitie niet onder de budgetgarantie vielen – de rechter heeft gesteld dat het nog niet duidelijk is wat de gevolgen zijn van de toezegging van de staatssecretaris dat de motie Voortman c.s. materieel wordt ingevuld?

Herindicatietraject ADL-bewoners

De leden van de GroenLinks-fractie begrijpen dat de staatssecretaris de vragen over het herindicatietraject nog niet adequaat kan beantwoorden, maar zien de informatie naar aanleiding van de bijeenkomst op 8 december 2011 graag tegemoet. Ook vragen zij of de staatssecretaris voor het komende AO over de pgb-maatregelen nadere informatie kan geven over de mogelijke problemen bij het herindicatietraject ADL-clusters. Het herindicatietraject heeft namelijk voor meerdere cliënten geleid tot een lagere indicatie. Wat betekent dat voor de toezegging van de staatssecretaris dat de cliënt houdt wat hij/zij nu heeft?

Vragen en opmerkingen van de ChristenUnie-fractie

De leden van de fractie van de ChristenUnie kijken met teleurstelling terug op het VAO van 9 november over het pgb. Bij het VAO waren twee punten voor deze leden van groot belang: 1) afzien van het 10-uurscriterium en 2) het niet instellen van een eventuele wachtlijst voor de vergoedingsregeling, wanneer blijkt dat de ramingen voor de vergoedingsregeling niet toereikend zijn. Er wordt vastgehouden aan het 10-uurscriterium, maar er is wel toegezegd om geen wachtlijst in te stellen. Dit laatste is mooi. Ook is er tijdens het VAO wederom een pleidooi gehouden voor het uitstellen van de pgb-maatregelen omdat er geen garanties gegeven kunnen worden, dat er geen mensen tussen wal en schip gaan vallen, wanneer de pgb-maatregelen worden voortgezet. Deze motie kreeg ook de steun van de leden van de fractie van de ChristenUnie, maar geen steun van de meerderheid van de Kamer.

De leden van de fractie van de ChristenUnie hebben kennisgenomen van de brief van 1 december met daarin nadere toelichting op de pgb-maatregelen 2012. Zij zien dat er uitwerking is gegeven aan de motie Van der Staaij, waarin werd gevraagd om de criteria voor het in aanmerking komen voor de vergoedingsregeling nader eenduidig en eenvoudig uit te werken (Kamerstuk 30 597, nr. 231). Met nog een maand te gaan voordat de vergoedingsregeling zal ingaan hebben deze leden nog een aantal vragen over deze brief.

Tijdens het VAO van 9 november is er het volgende door de staatssecretaris gezegd: «Ik zeg toe dat ik, mocht onverhoopt blijken dat er mensen zijn die tussen wal en schip vallen – daarmee bedoel ik dat zij geen zorg in natura kunnen krijgen, omdat dit nog niet goed op gang is gekomen – zal kijken of ik die mensen de vergoedingsregeling kan geven. De bedoeling is dat zorg in natura zo hard op stoom komt, dat mensen die onder het 10-uurscriterium vallen, daarmee kunnen worden geholpen. Dat is de gedachte van het 10-uurscriterium. Als dat niet zo is, als die aanname dus niet zou kloppen, ligt het volkomen in mijn lijn de vergoedingsregeling ruimer te maken. Die mensen hebben inderdaad recht op zorg.» De leden van de fractie van de ChristenUnie vragen hoe deze mensen die eventueel tussen wal en schip dreigen te vallen concreet worden geholpen. Waarom is in de 1 december brief geen duidelijke uitleg gegeven aan het eventueel ruimer maken van de vergoedingsregeling? Is het mogelijk om alsnog een uitleg te geven over dit eventuele scenario? In de brief staat wel, dat wanneer blijkt dat het gecontracteerde zorgaanbod niet in staat is om de gewenste zorg op tijd te leveren en het zorgkantoor geen mogelijkheden voor een alternatief heeft, dat vanaf 1 januari direct bekeken wordt of het

nodig is om de vergoedingsregeling voor individuele gevallen te versoepelen. Worden hiermee ook die mensen bedoeld die niet voldoen aan het 10-uurscriterium?

De leden van de fractie van de ChristenUnie willen ook een andere passage uit het VAO aanhalen: «Ik handhaaf niet tot op het laatste moment het 10-uurscriterium. Er zijn andere criteria voor de vergoedingsregeling die de cliënt nadrukkelijk op het lijf is geschreven, dat is de eigen regie. Als de zorg in natura daar niet aan tegemoet kan komen, wegen de argumenten van de vergoedingsregeling zwaarder. Ik ben dan bereid om de 10-uurgrens te nuanceren, want die is inderdaad op pragmatische en financieel houdbare argumenten gekozen. Als er op basis van inhoudelijke criteria geen recht op zorg in natura is, kan ik de aanpassing betalen doordat mensen die een recht hebben op zorg, die niet in natura kunnen gebruiken. In deze zin is er ruimte. Mensen zullen het een of het ander gebruiken.»

Waarom is er in de brief niets geschreven over de bereidheid om het 10-uurscriterium te nuanceren? Waarom staat er in de brief dat een zorgaanvraag van cliënten die voor minder dan 10 uur per week zorg zijn geïndiceerd door het zorgkantoor wordt afgewezen? Waarom wordt er niets geschreven over de eventuele geboden ruimte zoals deze tijdens het debat naar voren kwam? Kan er alsnog een duidelijke uitleg worden geven hoe aan deze extra beleidsruimte invulling wordt gegeven?

De vergoedingsregeling wordt geïntroduceerd omdat uit gesprekken met mensen met een pgb, zorgaanbieders en zorgkantoren is gebleken dat er (nog) geen adequaat zorgaanbod in natura beschikbaar zal zijn. De leden van de fractie van de ChristenUnie vragen wat de concrete prikkels zijn voor zorg in natura aanbieders om zich op korte termijn te vernieuwen. Ook vragen zij hoe er wordt omgegaan met dilemma's rondom adequate zorg. Als een cliënt bijvoorbeeld wil studeren in een bepaalde stad, maar in deze stad geen adequate zorg aanwezig is, terwijl er in een andere studentenstad wel adequate zorg aanwezig is, wordt deze toekomstige student dan gedwongen om te kiezen voor een stad waar hij niet wil studeren? Of kan er dan wel aanspraak op de vergoedingsregeling worden gemaakt?

Tot wanneer blijft de vergoedingsregeling bestaan? In de brief van 15 september wordt aangegeven, dat voor 2012 een bedrag voor de vergoedingsregeling is geoordeeld. Kunnen deze leden ervan uitgaan dat de vergoedingsregeling ook daarna, zolang het aanbod van zorg in natura niet passend is, zal blijven bestaan? De vergoedingsregeling komt voort uit de onmogelijkheden van zorg in natura om zorg te leveren in overeenstemming met het budgetplan. Wordt er geregistreerd wat de redenen zijn van toekenningen voor een vergoedingsregeling? Worden op deze wijze dan ook de tekorten aan zorg in natura geregistreerd?

De leden van de fractie van de ChristenUnie merken op dat er onderscheid wordt gemaakt tussen complexe en niet-complexe zorg. Waaruit blijkt dat voor niet-complexe zorg een «minder dan 10-uurscriterium» geldt? En waaruit blijkt dat complexe zorg, zorg is die minimaal aan het 10-uurscriterium voldoet?

Zijn er cliënten bekend met groepsbegeleiding die aan het 10-uurscriterium voldoen? Mogen om aan het 10-uurscriterium te voldoen persoonlijke verzorging en verpleging en begeleiding bij elkaar opgeteld worden? Zo ja, bestaat er ook een mogelijkheid om bijvoorbeeld persoonlijke verzorging in natura af te nemen en verpleging en begeleiding af te nemen via de vergoedingsregeling?

De leden van de fractie van de ChristenUnie merken op dat een aanzienlijk deel van de mensen met een dwarslaesie bij de nieuwe regeling buiten de boot zal vallen. Deze maatregel zal hen fors belemmeren in hun zelfstandigheid en in hun mogelijkheden om in de maatschappij te participeren. Een groot deel van de mensen met een dwarslaesie komt namelijk niet aan het 10-uurscriterium, terwijl de elementaire hulp die wordt geboden aan mensen met een dwarslaesie van persoonlijke aard is. Daarnaast zijn veel mensen met een dwarslaesie dagelijks in meer of mindere mate aangewezen op verzorging en individuele begeleiding, waarbij de beschikbaarheid van vaste verzorgenden weliswaar minder van belang is, maar het gaat hierbij voor een deel wel om assistentie op afroep en/of buiten de werktijden van veel grote thuiszorginstellingen. Deze leden vragen of het mogelijk is om mensen met een dwarslaesie, die beschikken over een AWBZ-indicatie voor persoonlijke verzorging en/of verpleging, ook als zij niet aan het 10-uurscriterium voldoen, in aanmerking te laten komen voor de vergoedingsregeling.

De leden van de fractie van de ChristenUnie merken op dat een trekkingsrecht voor de vergoedingsregeling op korte termijn niet mogelijk is. Er zal voor 2012 worden aangesloten bij de huidige pgb-regeling. Waarom is een trekkingsrecht niet mogelijk? Gelden de maatregelen die voor de pgb-regeling per 2012 worden genomen bij de aanpak bij fraude ook voor de vergoedingsregeling? Gaan zorgkantoren bijvoorbeeld alle beginnende budgethouders actief ondersteunen bij het eerste gebruik? Wordt een aparte betaalrekening voor de vergoedingsregeling ook verplicht? Kunnen budgethouders hun vergoedingsregeling regelen via een bemiddelingsbureau?

ADL geeft geen toegang tot de vergoedingsregeling, maar wanneer iemand toegang heeft tot de vergoedingsregeling, dan kan men wel via deze regeling ADL-assistentie aanvragen. Wordt de ADL-assistentie dan op het te ontvangen bedrag geplust? Of gaat ADL-assistentie van het te ontvangen bedrag af?

De leden van de fractie van de ChristenUnie merken op dat het ook binnen de vergoedingsregeling mogelijk blijft om personen uit de naaste omgeving in te kopen. Betekent dit dat alleen mensen met een matige tot ernstige beperking terug kunnen vallen op een netwerk van mensen om hen heen, die bereid zijn om de benodigde zorg en aandacht te leveren en/of over voldoende financiële middelen beschikken om particulier de zorg in te kopen? Worden met een indicatie van minder dan 10 uur mantelzorgers gedwongen om meer zorg te leveren wanneer zorg in natura geen passend antwoord heeft? Wat maakt deze mantelzorgers anders, dan de mantelzorgers die hulp verlenen bij een indicatie vanaf 10 uur?

Ook willen de leden van de fractie van de ChristenUnie benadrukken dat zij het jammer vinden dat de zorgboerderijen niet als aparte groep zorgaanbieders worden meegenomen. Tot nu toe zijn er namelijk voor het jaar 2012 maar twee nieuwe zorgboerderijen gecontracteerd bij zorgkantoren (waarvan één groep samenwerkende zorgboerderijen). Genoemde leden zijn van mening dat er wel degelijk speciaal beleid nodig is om ervoor te zorgen dat zorgboerderijen onderdeel blijven van het toekomstige zorgaanbod. Daarom vragen deze leden nadere uitleg van de staatssecretaris hoe zij er precies voor zorgt dat zorgboerderijen gecontracteerd worden. Zorgboeren zijn op dit moment druk bezig met het behalen van een kwaliteitscertificering. De leden van de ChristenUnie-fractie menen dat een kwaliteitscertificaat voldoende moet zijn om te worden gecontracteerd bij een zorgkantoor. Wordt deze stelling door de

staatssecretaris gedeeld? Kan er worden aangegeven, hoe het hebben van een kwaliteitscertificaat bij het contracteren wordt meegenomen?

Tot slot willen de leden van de fractie van de ChristenUnie ingaan op het monitoren van de pgb-maatregelen. Het is mooi dat er wordt gestreefd naar een actieve monitoring. Deze leden zien dat er kernvragen zijn geformuleerd waarop het monitoren zal worden gebaseerd. Zij vragen of er bij het monitoren ook gekeken gaat worden naar de groep die niet voor de vergoedingsregeling in aanmerking komt.

Vragen en opmerkingen van de SGP-fractie

De leden van de SGP-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van de brief van de staatssecretaris, waarin zij de criteria voor de nieuwe Vergoedingsregeling persoonlijke zorg naar aanleiding van de motie Van der Staaij (Kamerstuk 30 597, nr. 231) nader uitwerkt. Hierdoor is het mogelijk dat de Kamer zich over dit belangrijke onderwerp nog voor het kerstreces kan uitspreken. De leden van de SGP-fractie hechten daar belang aan, gezien de grote impact die de voorgestelde wijzigingen hebben op mensen die afhankelijk zijn van langdurige zorg.

Toegangscriteria

In de brief licht de staatssecretaris nogmaals toe waarom zij de vergoedingsregeling heeft geïntroduceerd, namelijk dat er in «bijzondere gevallen» (nog) geen adequaat zorgaanbod in natura (ZIN) beschikbaar is. De leden van de SGP-fractie vragen de staatssecretaris of zij een inschatting kan maken hoe groot de groep cliënten op dit moment is waarvoor nog geen passend zorgaanbod in natura beschikbaar is. Zij wensen daarbij graag een uitsplitsing naar cliënten met een indicatie van minder dan 5 uur, cliënten met een indicatie van 5–10 uur en meer dan 10 uur.

De omschrijving «(nog) geen adequaat zorgaanbod in natura» impliceert dat de staatssecretaris verwacht dat ZIN-aanbieders op termijn wel aan de flexibele zorgvraag kunnen voldoen. Kan de staatssecretaris aangeven wat haar verwachtingspatroon hierin is? Verwacht de staatssecretaris dat ZIN-aanbieders uiteindelijk alle zorg kunnen leveren, en is het in dat geval de bedoeling van de staatssecretaris om de vergoedingsregeling op termijn helemaal te laten verdwijnen? Of verwacht de staatssecretaris dat er altijd een groep cliënten voor de vergoedingsregeling in aanmerking zal blijven komen? Zo ja, hoe groot schat de staatssecretaris die groep cliënten in op langere termijn?

De staatssecretaris geeft aan dat de vergoedingsregeling is bedoeld voor mensen met een complexe zorgvraag. De staatssecretaris vult dat nader in door het 10-uurscriterium. Wil de staatssecretaris daarmee zeggen dat zij een complexe zorgvraag hetzelfde vindt als minimaal 10 uur per week zorg, zo vragen de leden van de SGP-fractie. Is het niet mogelijk dat iemand met een zorgvraag van bijvoorbeeld 8 uur ook een complexe zorgvraag heeft? En iemand met 12 uur per week een eenvoudige zorgvraag? Waarom heeft de staatssecretaris dan toch voor dit criterium gekozen?

De staatssecretaris schrijft in de brief dat het zorgkantoor de aanvraag voor de vergoedingsregeling afwijst indien uit het aanvraagformulier blijkt dat de aanvrager «minder dan 10 uur zorg van zijn/haar indicatiebesluit wil gebruiken voor de vergoedingsregeling». Op een andere plaats schrijft de staatssecretaris echter dat een cliënt een «indicatie moet hebben van minimaal 10 uur per week». Dat roept bij de leden van de SGP-fractie

verwarring op. Is het aantal uren van de indicatie nu uiteindelijk leidend, of is de intentie van meer dan 10 uur per week inzet voor de vergoedingsregeling leidend? En indien het laatste het geval is: hoe gaat het met indicaties waarvan een deel (bijvoorbeeld 6 uur) wel door zorg in natura te leveren is en een ander deel (bijvoorbeeld 8 uur) niet? Kan dan slechts het deel in ZIN geleverd worden, en vervalt daarmee het deel van de indicatie waarvoor ZIN nog geen aanbod heeft gecreëerd?

De staatssecretaris geeft aan dat de persoon toegang tot de vergoedingsregeling blijft houden als hij/zij bij de verantwoording aangeeft minder dan 10 uur zorg te hebben ingekocht. Anderzijds wordt wel vooraf aan de cliënt gevraagd of die voornemens is meer dan 10 uur van de indicatie in te zetten voor de vergoedingsregeling. Zal dit geen opwaartse druk met zich meebrengen, doordat sommige cliënten er veel aan gelegen is om de vergoedingsregeling te krijgen, zo vragen de leden van de SGP-fractie. Hoe groot schat de staatssecretaris de kans in dat mensen invullen dat ze meer dan 10 uur gebruik willen maken van de vergoedingsregeling, terwijl ze al van tevoren weten dat ze dat in de praktijk niet zullen doen?

De staatssecretaris heeft steeds gezegd dat het uitgangspunt «zorg in natura, tenzij» is. Betekent dit uitgangspunt dat het binnen een paar jaar steeds moeilijker zal worden om voor de vergoedingsregeling in aanmerking te komen? Zo ja, hoe ziet de staatssecretaris dat traject voor zich? Moet iemand die in eerste instantie in aanmerking komt voor de vergoedingsregeling omdat er op dat moment geen passend ZIN-aanbod voorhanden is, zich er eens in de zoveel tijd van vergewissen dat het ZIN-aanbod nog steeds niet beschikbaar is? Of wordt hierop alleen getoetst aan de poort?

De staatssecretaris heeft in de brief van 8 november 2011 al aangegeven dat het op dit moment niet mogelijk is de doelgroep van de vergoedingsregeling nader te omschrijven, en herhaalt dit in deze brief. De leden van de SGP-fractie vragen de staatssecretaris aan te geven hoe groot zij het risico inschat dat verschillende zorgkantoren als gevolg hiervan anders omgaan met het verstrekken van de vergoedingsregeling. Hoe beperkt de staatssecretaris het risico daarop?

De staatssecretaris schrijft dat het met de vergoedingsregeling mogelijk blijft om zorg bij personen uit de naaste omgeving in te kopen, mits zij een zorgvraag van minimaal 10 uur per week hebben. Als argument voert de staatssecretaris aan dat deze naasten vaak de voorkeur genieten van de cliënt. Zijn deze opmerkingen niet in strijd met het door de staatssecretaris gehanteerde uitgangspunt «zorg in natura, tenzij», zo vragen de leden van de SGP-fractie. Het is immers heel goed denkbaar dat cliënten waarvoor wel zorg in natura zorg beschikbaar is, toch liever zorg ontvangen van hun directe naaste(n). Bovendien: geldt dit ook niet voor cliënten met een kleinere zorgvraag dan 10 uur per week? Graag ontvangen deze leden een heldere reactie.

Tijdens het debat van 9 november jl. hebben de leden van de SGP-fractie aangegeven dat het voor hen een punt van zorg is dat mensen die voor minder dan 10 uur per week recht op zorg hebben, uiteindelijk nergens terecht kunnen. In dit verband zijn deze leden blij met de herhaalde toezegging van de staatssecretaris dat het recht op zorg niet in het geding mag komen. Toch hebben de leden van de SGP-fractie nog een aantal vragen over de concrete uitwerking hiervan. Een voorbeeld kan verhelderend werken. Stel: iemand met een indicatie van 8 uur heeft een flexibele zorgvraag die niet planbaar is. Bovendien zijn de zorgmomenten vaak kort. Na diverse ZIN-aanbieders benaderd te hebben, bleek het niet mogelijk om deze zorg in natura te ontvangen. Garandeert de staatssecre-

taris in dat geval dat zo'n cliënt gebruik kan maken van de vergoedingsregeling, als ook voldaan is aan de andere voorwaarden, zoals een adequaat zorgplan? Zo ja, waarom houdt de staatssecretaris dan vast aan het 10-uurscriterium?

Een cruciale zin in de brief is: «Mocht het gecontracteerde zorgaanbod niet in staat zijn om de gewenste zorg op tijd te leveren en het zorgkantoor geen mogelijkheden hebben een alternatief zorgaanbod in te kopen, dan zal ik direct vanaf 1 januari 2012 bekijken of het nodig is de vergoedingsregeling voor individuele gevallen te versoepelen.» Kan de staatssecretaris nader toelichten wat zij bedoelt met «bekijken of het nodig is»? Als het recht op zorg niet vervalt, dan is de vergoedingsregeling daarmee toch per definitie nodig, of zien de leden van de SGP-fractie dat verkeerd? Daarnaast ontvangen deze leden graag een toelichting waarom de staatssecretaris de woorden «individuele gevallen» toevoegt. Is dat niet overbodig, mede gelet op haar uitspraken dat het recht op zorg niet vervalt? Wat zijn de criteria om als «individueel geval» te worden aangemerkt? Wie bepaalt wie een individueel geval is en wie niet? Wordt hiermee gekozen voor een uitzondering (individuele gevallen) op een uitzondering (vergoedingsregeling)? Waarom kiest de staatssecretaris er niet voor het 10-uurscriterium te schrappen, maar wel het principe overeind te houden van «zorg in natura, tenzij»?

Tijdens het debat gaf de staatssecretaris aan dat zij niet op voorhand wilde zeggen dat de 10-uursgrens er niet toe doet omdat zij de financiële betrouwbaarheid van de vergoedingsregeling daarmee met één gebaar onderuit zou halen. Kan de staatssecretaris met een rekenvoorbeeld nader toelichten hoe zij dat bedoelde? Doelde de staatssecretaris hiermee op de groep van 30% die naar verwachting zal afzien van betaalde zorg?

Tijdens het debat gaf de staatssecretaris aan dat het geld voor zorg in natura naar de vergoedingsregeling kan op het moment dat ZIN niet voldoet. Volgens haar zijn ZIN en de vergoedingsregeling communicerende vaten. De leden van de SGP-fractie vragen of dit in de praktijk zo werkt. Hoe verhoudt het weghalen van geld bij ZIN zich bijvoorbeeld met aangegane contracten tussen zorgkantoren en ZIN-aanbieders? En wanneer komt de informatie beschikbaar of ZIN-aanbieders al dan niet inspelen op de nieuwe doelgroep? Is het dan al niet te laat om het geld in te zetten voor de vergoedingsregeling?

Voordat de cliënt een aanvraag kan doen voor de vergoedingsregeling, moet hij zich oriënteren op het bestaande zorgaanbod. In de brief heeft de staatssecretaris het over «een» zorgaanbieder. Klopt het dat een cliënt in aanmerking komt voor de vergoedingsregeling bij een afwijzing, of moet de cliënt meerdere zorgaanbieders benaderen? Zo nee, hoe wordt dan voorkomen dat mensen gaan zoeken naar een zorgaanbieder die niet geschikt is, om maar in aanmerking te komen voor de vergoedingsregeling, zo vragen de leden van de SGP-fractie.

De staatssecretaris geeft een aantal voorbeelden van criteria op grond waarvan de cliënt de zorg als niet passend kan beschouwen. In het Regioplan worden naast de genoemde criteria in de voetnoot ook nog andere criteria genoemd, zoals «keuzevrijheid zorgverlener» en «goede deelname aan de samenleving». Gelden deze criteria ook voor het bepalen of zorg passend is? Wie bepaalt uiteindelijk of de zorg van een ZIN-aanbieder passend is? Is de weging van de verschillende criteria uiteindelijk niet heel subjectief, zodat er heel eenvoudig verschil van inzicht kan ontstaan tussen cliënten en het zorgkantoor?

II. REACTIE VAN DE STAATSSECRETARIS

Vragen en opmerkingen van de VVD-fractie

Toegangscriteria

De staatssecretaris geeft aan dat cliënten minimaal 10 uur van de AWBZ-geïndiceerde zorg per week moeten inzetten voor de vergoedingsregeling. Dit is voor de leden van de VVD-fractie niet duidelijk. Mensen met een indicatie van minimaal 10 uur kunnen toegang krijgen tot de regeling. Kunnen zij vervolgens wel zelf bepalen hoe zij hun zorg willen organiseren, bijvoorbeeld 5 uur via de inkoop van niet-professionele zorgverleners onder de vergoedingsregeling en 5 uur via de zorg in natura zoals ingekocht door het zorgkantoor?

Reactie staatssecretaris:

Net als bij de pgb-regeling, kunnen cliënten die gebruik maken van de vergoedingsregeling zelf bepalen bij wie ze hun zorg inkopen. In het gekozen voorbeeld zal – net zoals bij de pgb-regeling – de 5 uur van niet-professionele zorgverleners én de 5 uur zorg afgenomen bij een zorginstelling bekostigd worden uit de vergoedingsregeling.

Het zorgkantoor toetst of er aanwijzingen zijn dat er geen sprake is van verzekerde zorg op basis van de omschrijving van de in te kopen zorg en de eventuele aanbieder van die zorg. Kan de staatssecretaris toelichten in hoeverre de aanbieder van de zorg van invloed kan zijn op de vraag of er wel of niet sprake is van verzekerde zorg? Kan de staatssecretaris garanderen dat deze zin niet leidt tot het afwijzen van aanvragen voor de vergoedingsregeling, waarbij sprake is van zorglevering door een niet-professionele zorgaanbieder?

Reactie staatssecretaris:

In de bijlage van mijn brief van 1 december 2011 (TK, vergaderjaar 2011–2012, 25 657, nr. 87) heb ik aangegeven dat de cliënt dient te verklaren dat de zorg die deze wil inkopen tot de AWBZ-verzekerde zorg behoort. Zo nodig controleert het zorgkantoor de aanvraag hierop. Het kan bijvoorbeeld voorkomen dat het zorgkantoor weet, vanuit zijn jarenlange ervaringen met de pgb-regeling, dat iemand alleen huiswerkbegeleiding aanbiedt. Dit behoort niet tot de AWBZ-verzekerde zorg. Als de cliënt bij deze persoon begeleiding zou willen inkopen, wijst de zorgkantoor de aanvraag af. Dit gebeurt ook bij de pgb-regeling.

Monitoring pgb-maatregelen

De leden van de VVD-fractie willen hun waardering uitspreken ten aanzien van de inzet die de staatssecretaris toont bij de voorgenomen actieve monitoring van de pgb-maatregelen. Deze leden vinden het van groot belang dat de gevolgen van de maatregelen bijgehouden worden, en dat actief wordt ingegrepen mochten zaken niet goed gaan.

Genoemde leden vinden de uitvoering van de motie Venrooy-van Ark c.s. (Kamerstuk 30 597, nr. 229) wat mager. Kan de staatssecretaris in de informatievoorziening aan de Kamer ieder kwartaal ook rapporteren over de contractering van de in de motie benoemde zorgaanbieders?

Reactie staatssecretaris:

In de voortgangsrapportages zal ook worden ingegaan op de contractering van zorgaanbieders door het zorgkantoor. Zo kan in de eerste voortgangsrapportage in 2012 worden ingegaan op de pilot met betrekking tot contractering van zelfstandige zorgverleners en de

beleidsregel die de NZa zal uitbrengen om het proces van contractering van zelfstandige zorgverleners te faciliteren. Ook kan worden ingegaan op de uitkomsten van de eerste contracteringsronde 2012 die in november 2011 is afgerond.

Definitie kleinschalige pgb-gefinancierde wooninitiatieven

De leden van de VVD-fractie vinden dat er geen sprake kan zijn van een minimum aantal budgethouders bij het bepalen van wat een wooninitiatief is. Kan de staatssecretaris de door het CVZ gehanteerde ondergrens van vijf budgethouders nader onderbouwen, waarbij helder wordt gemaakt waarom gekozen is voor het aantal van vijf? Kan de staatssecretaris aangeven of er wooninitiatieven buiten de regeling in 2011 zijn gevallen vanwege deze keuze voor vijf budgethouders als ondergrens?

Reactie staatssecretaris:

In mijn brief van 1 december 2011 heb ik aangegeven dat de ondergrens van vijf bewoners aansluit bij wat door het veld wordt gezien als een kleinschalig pgb-gefinancierd wooninitiatief.

Vragen en opmerkingen van de PvdA-fractie

De leden van de PvdA-fractie hebben kennisgenomen van de nadere toelichting op de pgb-maatregelen 2012. Zij concluderen dat er voor wat de criteria voor de vergoedingsregeling betreft nog steeds onduidelikheden zijn. Dat er nog geen doelgroep voor deze regeling gedefinieerd is omdat dat nog niet mogelijk is. Genoemde leden vinden dit erg verontwaardig en vragen of deze staatssecretaris wel in beeld heeft waar de pgb-maatregelen gaan landen. Wie kan er zo meteen nog uitgaan van een pgb, een vergoeding of zorg in natura? Voor wie blijft het onzeker of ze binnen de criteria blijven? Voor wie wordt de mogelijkheid van een pgb definitief afgesloten? Verder concluderen deze leden dat mensen die straks gebruik gaan maken van de vergoedingsregeling geen zekerheid hebben over de hoogte van de tarieven van de regeling en of deze tarieven de komende jaren stabiel zullen zijn.

Reactie staatssecretaris:

Voor de inhoud van de pgb-maatregelen wil ik u graag verwijzen naar eerdere brieven hierover.¹

Toegangscriteria Vergoedingsregeling persoonlijke zorg

De leden van de PvdA-fractie hebben een aantal vragen over de doelgroep die de staatssecretaris voor ogen heeft met de vergoedingsregeling. In de algemene omschrijving wordt gesproken van voornamelijk mensen met een flexibele zorgvraag; zorg die niet planbaar is, op korte zorgmomenten, op wisselende tijden, en gekoppeld is aan (vrijwilligers-)werk of opleiding. In de voortgangsrapportage Hervorming langdurige zorg, de brief van 31 oktober 2011, werd ook nog gesproken van «mensen die behoefte hebben aan structuur en vaste zorgverleners». Wat is er met deze doelgroep gebeurd? Met welke reden wordt deze niet meer genoemd in de omschrijving? Vallen mensen die een dwarslaesie hebben bijvoorbeeld, zij hebben behoefte aan vaste zorgverleners, niet meer onder de doelgroep?

Reactie staatssecretaris:

Ook deze doelgroep blijft tot de Vergoedingsregeling persoonlijke zorg behoren, zoals aangegeven in mijn pgb-brief van 8 november 2011 (TK, vergaderjaar 2011–2012, 25 657, nr. 86). In de brief van 1 december 2011 heb ik geen uitputtend overzicht gegeven van alle mogelijke groepen die

¹ Het gaat om de volgende brieven: 1 juni (TK, vergaderjaar 2010–2011, 30 597, nr. 186), 21 juni (TK, vergaderjaar 2010–2011, nr. 196), 15 september (TK, vergaderjaar 2010–2011, 25 657, nr. 84), 31 oktober (TK, vergaderjaar 2011–2012, 30 597, nr. 218) en 8 november (TK, vergaderjaar 2011–2012, 25 657, nr. 86).

onder de vergoedingsregeling kunnen vallen, maar verwezen naar mijn eerdere brieven. Ook mensen met een dwarslaesie kunnen een beroep doen op de vergoedingsregeling, mits zij voldoen aan de toegangscriteria die voor deze regeling gelden. Deze zijn in de bijlage van mijn brief van 1 december 2011 (TK, vergaderjaar 2011–2012, 25 657, nr. 87) verder uitgewerkt.

De leden van de PvdA-fractie concluderen dat de staatssecretaris de doelgroep van de vergoedingsregeling niet nader zal omschrijven dan deze algemene bewoording, en dat de staatssecretaris van plan is gewoon maar alvast te beginnen en te zien wat er uit komt. Deze leden vragen in dit kader om meer inzicht in het aantal mensen met een AWBZ-indicatie van meer dan 10 uur.

- Hoeveel mensen zijn dat? Welk aandeel van de mensen die niet meer voor een pgb in aanmerking zou komen komt daarvoor in aanmerking?
- Op welke grondslag is de indicatie gebaseerd?
- Welk onderdeel daarvan is nu nog begeleiding?
- Welk onderdeel daarvan is kortdurend verblijf?
- Welk onderdeel daarvan zijn groepsactiviteiten?

Reactie staatssecretaris:

In de AWBZ hebben circa 440 000 mensen een indicatie voor extramurale zorg. Daarvan hebben circa 75 000 mensen (17%) een indicatie voor minimaal 10 uur zorg per week en ontvangen zorg in natura of een pgb. De verdeling van deze mensen naar grondslag is als volgt:

AWBZ-Grondslag	aandeel
Somatische aandoening	48%
Psychogeriatrische aandoening	8%
Psychiatrische aandoening	7%
Lichamelijke handicap	17%
Verstandelijke handicap	19%
Zintuiglijke handicap	1%
Totaal	100%

Van deze mensen heeft 54% een indicatie voor individuele begeleiding, 46% een indicatie voor groepsbegeleiding en 16% een indicatie voor kortdurend verblijf.

De leden van de PvdA-fractie vragen of de door Per Saldo geïnventariseerde doelgroepen door de staatssecretaris worden onderschreven. Deze worden wel gebruikt als basis voor de gesprekken met zorgkantoren en zorgaanbieders over het zorgaanbod. Is de staatssecretaris bereid om deze doelgroepen breder te hanteren?

Reactie staatssecretaris:

Zoals door de leden van de PvdA fractie is aangegeven, is het van belang om de door Per Saldo geïnventariseerde doelgroep te volgen. Zij vormen de basis voor de gesprekken met zorgkantoren en zorgaanbieders over het zorgaanbod. In de AWBZ worden ook nog andere maatregelen voorzien dan de pgb-maatregelen, bijvoorbeeld het scheiden van wonen en zorg en de decentralisatie van de functie begeleiding naar de gemeente. Bij elk van deze maatregelen zal worden bezien welke doelgroep bijzondere aandacht behoeft. Het kan hierbij gaan om andere doelgroepen dan die nu in het kader van de pgb-maatregelen extra aandacht krijgen.

De leden van de PvdA-fractie hebben ook vragen over de landelijke commissie bij het CVZ die de zorgkantoren zal adviseren bij de afhandeling van bezwaarschriften. Het zorgkantoor dient het advies «te wegen in de beslissing op bezwaar». Genoemde leden zouden graag iets meer te weten krijgen over het gewicht van dat advies. Krijgen cliënten die bezwaar aantekenen een afschrift van het advies dat de commissie geeft? Kunnen deze cliënten rechten ontlenen aan het advies van de commissie? Hoe verhoudt dit zich met de opmerking: «Het is juridisch niet mogelijk dat het kabinet een commissie installeert die individuele zaken, die onder verantwoordelijkheid vallen van het zorgkantoor, herbeoordeelt?»

Reactie staatssecretaris:

Een verzekerde kan altijd bezwaar aantekenen tegen een besluit van het zorgkantoor. Kenmerkend van een beslissing op bezwaar is dat hetzelfde bestuursorgaan, in dit geval het zorgkantoor, zijn eerdere besluit in heroverweging neemt. Daarbij vraagt het zorgkantoor de adviescommissie om advies. Gezien de aard van een bezwaar is het juridisch niet mogelijk dat een andere partij (bijvoorbeeld het kabinet) het besluit van het zorgkantoor heroverweegt. Het zorgkantoor is niet verplicht om het advies van de adviescommissie over te nemen. De zorgvuldigheidseisen, zoals geformuleerd in de Algemene wet bestuursrecht, brengen wel met zich mee dat het advies moet worden meegenomen in de besluitvorming. Dit heeft ook gevolgen voor de motivering van het besluit van het zorgkantoor. Cliënten die bezwaar aantekenen tegen het besluit van het zorgkantoor, krijgen inzicht in het advies van deze commissie. Het advies maakt immers deel uit van een zorgvuldige behandeling van het bezwaar en de beslissing op bezwaar.

De staatssecretaris nodigt mensen uit om aan haar hun verhaal te vertellen. Op welke manier kunnen mensen die niet goed terecht kunnen voor de zorg die zij nodig hebben een reactie van de staatssecretaris verwachten? Is de staatssecretaris bereid om zelf in te springen wanneer mensen met hun verhaal bij haar aankloppen en tussen wal en schip vallen? Hoe maakt de staatssecretaris aan de mensen bekend dat zij zich persoonlijk tot de staatssecretaris kunnen wenden? Heeft de staatssecretaris de tijd en de mogelijkheden om duizenden mensen te ontvangen en te spreken? Op grond van welke criteria gaat de staatssecretaris de mensen selecteren die ze gaat uitnodigen op het ministerie?

Reactie staatssecretaris:

Ik heb het Expertisecentrum PGB in het leven geroepen, waarin alle relevante partijen bij elkaar komen. Indien er uit de monitoring (of anderszins) signalen komen waaruit blijkt dat cliënten geen adequate zorg krijgen, wordt via dit expertisecentrum gezien hoe hieromtrent het beste kan worden gehandeld. Ten behoeve van de monitoring wordt onder meer samen met Per Saldo een helpdesk ingericht waar cliënten met hun vragen terecht kunnen. Indien blijkt dat er voldoende behoefte aan bestaat, ben ik zelf of mijn medewerkers graag bereid het gesprek aan te gaan. Het belangrijkste criterium daarvoor is dat cliënten hieraan behoefte hebben.

Monitoring van de pgb-maatregelen

De leden van de PvdA-fractie vragen op welke manier de staatssecretaris zal voorkomen dat er wachtlijsten ontstaan voor de vergoedingsregeling. Ook vragen zij wat de staatssecretaris zoal verstaat onder de actieve monitoring en onder «zo nodig tijdig bijsturen». Hoe ziet die bijsturing eruit? Welke instrumenten heeft de staatssecretaris in handen om tot «passende oplossingen» te komen? Is het verlagen van de tarieven van de vergoedingregeling daar één van? Is het beperken van de toegang tot de

vergoedingsregeling daar één van? Hoe gaat de Kamer daarvan op de hoogte gebracht worden? Wanneer en op welke wijze worden die wijzigingen dan aan de mensen meegedeeld? Hoe transparant is deze regeling die zich steeds kan wijzigen?

Reactie staatssecretaris:

Net als bij de pgb-regeling, krijg ik maandelijks van het College voor zorgverzekeringen een overzicht van het gebruik van de vergoedingsregeling. Mocht het subsidieplafond van de vergoedingsregeling worden bereikt, dan word ik hier eveneens tijdig door het College voor zorgverzekeringen over geïnformeerd. In mijn brief van 1 december 2011 ben ik uitgebreid ingegaan op welke wijze ik invulling geef aan de actieve monitoring. Bij het zoeken naar passende oplossingen zijn de regels van de begrotingsdiscipline van toepassing. Binnen het Budgettaire Kader Zorg (BKZ) dient dit plaats te vinden. Ik ga daar nu niet op vooruitlopen.

De leden van de PvdA-fractie vragen op welke manier de staatssecretaris tijdig zal ingrijpen als al direct vanaf 1 januari 2012 blijkt dat de gewenste zorg niet te leveren is. Wordt de driemaandelijks rapportage daarvoor aangehouden als bron? Moeten mensen dan eerst langs de bezwaar- en beroepscommissie? Op welke manier voorkomt de staatssecretaris dat deze mensen maandenlang noodgedwongen zonder de noodzakelijke zorg zitten?

Reactie staatssecretaris:

De monitor is zo ingericht dat ik op verschillende manieren (via de helpdesk, onderzoek naar doelgroepen, expertisecentrum of anderszins) signalen krijg over hoe de pgb-maatregelen uitpakken. Deze signalen worden gelijk besproken in het expertisecentrum PGB. In de AWBZ hebben de zorgkantoren zorgplicht. Zij zijn dan ook de eerst aangewezenen om in actie te komen.

Genoemde leden vragen of er bij de monitoring wordt ingegaan op tekorten van zorg in natura, op de redenen voor niet passen van zorg in natura, en op het niet passen van zorg in natura bij het budgetplan. Hoe verhoudt zich het contracteren van nieuwe, klantvriendelijke zorgaanbieders tot de afspraken en de continuïteit van de «oude» organisaties? Als de contracteerruimte niet toeneemt en het aantal zorgaanbieders wel moet toenemen omdat er meer op maat moet worden gewerkt, wat zijn daarvan dan de gevolgen?

Reactie staatssecretaris:

Zoals aangegeven in mijn brief van 1 december 2011 zal de monitoring ingaan op welke wijze cliënten hun recht op zorg kunnen effectueren en of de gewenste innovatie en flexibilisering tot stand komt. Daarbij zullen ook de achterliggende oorzaken worden benoemd, indien zich knelpunten in het aanbod voordoen. Juist om deze reden heb ik in het zorgplan de vraag laten opnemen, waarbij de cliënt aangeeft waarom het zorgaanbod in natura niet passend is.

Om het extra beroep op zorg door de wijziging van de pgb-regeling op te vangen, worden extra gelden beschikbaar gesteld naast de reguliere contracteerruimte. Naast een ophoging van de reguliere contracteerruimte, betreft dit de extra middelen voor de vergoedingsregeling en een extra budget voor de contractering van zelfstandige zorgverleners dat per 1 januari 2012 beschikbaar zal komen. Met name deze laatste twee budgetten kunnen worden ingezet voor de contractering van nieuwe innovatieve zorgaanbieders.

Kleinschalige pgb-gefinancierde wooninitiatieven

De leden van de PvdA-fractie concluderen dat budgethouders op hetzelfde adres ingeschreven moeten staan om tot wooninitiatief te worden gerekend. Zijn er ook wooninitiatieven waar de bewoners ieder een eigen huisnummer/voordeur hebben? Vallen deze dan gelijk buiten de regeling, of krijgen zij de gelegenheid om aan te tonen dat ze wel degelijk een klein wooninitiatief zijn? Welke criteria worden in dit verband verder nog gehanteerd?

Reactie staatssecretaris:

In de definitie van het CVZ betreft het «een woonadres waar blijkens het GBA minstens 5 budgethouders woonachtig zijn». Deze definitie is tot stand gekomen, omdat een wooninitiatief zich kenmerkt doordat meerdere bewoners een gezamenlijke huishouding voeren. Bewoners hebben ieder hun eigen kamer. De gezamenlijkheid is herkenbaar middels een gedeelde woonkamer en keuken. Bovendien is er sprake van een gedeelde voordeur. Er zijn situaties bekend waarbij mensen met een pgb ieder op een eigen GBA-adres wonen, waarbij op ieder adres een zelfstandige woning gevestigd is met eigen woonkamer en keuken. Deze woningen zijn zelfstandig bewoonbaar, waardoor er geen sprake is van een gezamenlijke huishouding. Deze zelfstandige woningen vallen daarmee buiten de definitie.

Herindicatietraject ADL-bewoners

De leden van de PvdA-fractie vragen de staatssecretaris of kan worden toegelicht wie er nu wel en wie er nu niet opnieuw zal moeten deelnemen aan het herindicatietraject en of de bewoners van ADL-clusters daar allemaal op een heldere manier over geïnformeerd zullen worden.

Reactie staatssecretaris:

Alle bewoners van een ADL-woning moeten worden geherindiceerd, omdat zij een indicatie nodig hebben voor de nieuwe aanspraak ADL-assistentie. Het CIZ zal deze ambtshalve verstrekken.

Bijlage

In de bijlage wordt gesteld over het 10-uurs criterium: «indien een cliënt minder dan 10 uur zorg per week geïndiceerd heeft gekregen dan wijst het zorgkantoor de aanvraag af». De leden van de PvdA-fractie vragen of de beschikbaarheid van passende zorg in natura daarbij nog in overweging wordt genomen.

Reactie staatssecretaris:

Het uitgangspunt is dat het zorgkantoor door middel van de contractering van zorg in natura bij zorgaanbieders aan zijn zorgplicht kan voldoen. De cliënt heeft ook recht op zorg. Bij een aanvraag van minder dan 10 uur wordt de beschikbaarheid van passende zorg in natura derhalve niet in overweging genomen.

De leden van de PvdA-fractie vragen wat de staatssecretaris precies verstaat onder één gezin, als het gaat om een samengestelde zorgvraag. Zijn huisgenoten een gezin? Moet er een familieband zijn? En in welke graad?

Reactie staatssecretaris:

In de vergoedingsregeling, die voor 1 januari 2012 in de Staatscourant zal worden gepubliceerd, is het begrip gezin gedefinieerd als «leefeenheid». Hiervan is sprake als gehuwde verzekerden, al dan niet tezamen met een

of meer ongehuwde minderjarige verzekerden, duurzaam een huishouden voeren, dan wel een meerderjarige ongehuwde verzekerde, die met een of meer ongehuwde minderjarige verzekerden, duurzaam een huishouden voert. Voor de begrippen «gehuwd» en «huishouden voeren» is artikel 1 van de AWBZ bepalend. Onder «gehuwd» wordt ook verstaan personen die als partner zijn geregistreerd en de ongehuwde meerderjarige die met een andere ongehuwde meerderjarige een gezamenlijke huishouding voert, tenzij het betreft een bloedverwant in de eerste graad. Van een gezamenlijke huishouding is sprake indien twee personen hun hoofdverblijf in dezelfde woning hebben en zij blijf geven zorg te dragen voor elkaar door middel van het leveren van een bijdrage in de kosten van de huishouding dan wel anderszins. Er hoeft dus geen familieverband te bestaan. Ook zonder familieverband kan er sprake zijn van een gezamenlijke huishouding.

De leden van de PvdA-fractie vragen of er in het geval van ADL-assistentie alleen nog een vergoedingsregeling mogelijk is, of ook nog een pgb.

Reactie staatssecretaris:

De zorg die valt onder de nieuwe aanspraak ADL-assistentie kan alleen in natura worden afgenomen. Voor de AWBZ-zorg, aanvullend op de ADL-assistentie, kunnen de nieuwe ADL-bewoners vanaf 1 januari 2012 kiezen tussen zorg in natura of de vergoedingsregeling. De ADL-bewoners die al een pgb hebben, behouden dit tot uiterlijk 1 januari 2014. Als gevolg van de decentralisatie van de functie begeleiding kan bij een herindicatie voor de begeleiding al eerder een beroep op de gemeenten nodig zijn.

Deze leden vragen of zij het goed begrijpen dat de staatssecretaris zegt dat een zorgkantoor een aanvraag voor de vergoedingsregeling zal afwijzen als van te voren bekend is dat niet aan het 10-uurscriterium wordt voldaan, maar dat als er achteraf, bij de verantwoording, blijkt dat niet aan de 10 uur werd voldaan, de vergoedingsregeling behouden blijft.

Reactie staatssecretaris:

Het aantal uren uit het indicatiebesluit dat de cliënt wil inzetten voor de vergoedingsregeling is bepalend voor de toegang (minimaal 10 uur), en niet het aantal uren ingekochte zorg waarover de cliënt zich verantwoordt.

De leden van de PvdA-fractie vragen op welke manier zal worden beoordeeld of de bezwaren van een cliënt bij het passend zijn van zorg in natura-aanbod gegrond is. Worden hier richtlijnen voor opgesteld? Hoe gaat dat gebeuren als er nog geen definitie is van de doelgroep? Is dat een kwestie van trial and error? Kan het zo zijn dat het ene zorgkantoor een aanvraag toekent en een andere niet? Op welke manier worden de ingevulde standaardantwoordcategorieën die de bijzondere zorgvraag dienen te typeren hierbij buiten beschouwing gelaten?

Reactie staatssecretaris:

Een cliënt dient zich eerst op het zorgaanbod te oriënteren, daarbij geholpen door het zorgkantoor. Een beroep op de vergoedingsregeling is pas mogelijk, nadat de cliënt na deze oriëntatie heeft vastgesteld dat er geen passend zorgaanbod aanwezig is. Zoals in mijn brief van 1 december 2011 aangegeven, toetst het zorgkantoor de aanvraag nog niet op het criterium passende zorg. Ik heb met de zorgkantoren afgesproken de komende jaren te gebruiken om aan de hand van praktijkervaringen hiervoor concrete criteria op te stellen. De standaard-categorieën zijn hierbij ondersteunend. Van trial and error is dan ook geen sprake. Met deze keuze is tevens uitgesloten dat er tussen de zorgkantoren op dit punt verschillen gaan ontstaan.

Vragen en opmerkingen van de PVV-fractie

De leden van de PVV-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van de brief van de staatssecretaris met betrekking tot de nadere toelichting op de pgb-maatregelen voor het aankomende jaar. De staatssecretaris schetst hierin een helder beeld van de voorgenumen maatregelen.

De leden van de PVV-fractie hebben echter wel twee vragen. In de brief geeft de staatssecretaris aan dat de Kamer elk kwartaal geïnformeerd zal worden over de uitwerking van de pgb-maatregelen. Verderop geeft de staatssecretaris aan te hechten aan een objectief oordeel en daarom doet zij een beroep op het SCP. Het SCP zal echter jaarlijks hierover rapporteren. Hoe verhoudt het voornemen van de staatssecretaris om de Kamer vier keer per jaar te informeren zich tegenover het feit dat het SCP slechts één keer per jaar hierover rapporteert? Kan de staatssecretaris garanderen dat er altijd een objectief oordeel ten grondslag ligt aan de informatie die zij elk kwartaal tegemoet doet komen?

Reactie staatssecretaris:

Voor de gegevensverzameling voor de kwartaalmonitor maak ik gebruik van een onafhankelijk onderzoeksbureau dat zal rapporteren op basis van een vastgestelde set van indicatoren. Deze uitkomsten zullen worden besproken in het Expertisecentrum PGB. Mede op basis van deze indicatoren (uit de kwartaalrapportages) verricht het SCP een brede analyse van de pgb-maatregelen.

Bij de gegevensverzameling maak ik gebruik van een onafhankelijk onderzoeksbureau en de integrale analyse gebeurt door het SCP. Tevens worden de uitkomsten besproken met alle partijen in het Expertisecentrum PGB.

Vragen en opmerkingen van de CDA-fractie

Er wordt in de brief aangegeven dat de vergoedingsmaatregel een subsidieregeling is. Hoe groot is de subsidiemaatregel en hoe wordt deze subsidie verdeeld over de verschillende zorgkantoren/regio's?

Reactie staatssecretaris:

Zoals aangegeven in mijn pgb-brief van 8 november 2011 (TK, vergaderjaar, 2010–2011, 25 657, nr. 86) is het subsidieplafond van de vergoedingsregeling in 2012 vastgesteld op € 50 miljoen. Het College voor zorgverzekeringen (CVZ) verdeelt de eerste € 30 miljoen over de zorgkantoren conform de systematiek van de pgb-regeling met als peildatum de uitstaande verplichtingen in de pgb-regeling op 31 augustus 2011. De resterende € 20 miljoen zal het CVZ later in 2012 over de zorgkantoren verdelen op basis van inzichten omtrent de bestedingen in 2012.

In de brief wordt aangegeven dat de staatssecretaris niet wil dat er wachtlijsten voor de vergoedingsregeling bestaan. In de brief staat dat zij hierop alert blijft. Wat is precies de taak van het zorgkantoor bij het ontstaan (onder controle houden) van wachtlijsten voor zowel de zorg in natura als bij de nieuwe vergoedingsregeling en wat is de taak van het ministerie in dezen?

Reactie staatssecretaris:

Het zorgkantoor beschikt over contracteerruimte om in het geval van zorg in natura voldoende zorg te contracteren bij zorgaanbieders. Indien blijkt dat deze middelen onvoldoende zijn en wachtlijsten (dreigen te) ontstaan dan dient het zorgkantoor allereerst zelf te bezien of door herschikking

tussen de sectoren en gecontracteerde zorgaanbieders middelen kunnen worden vrijgemaakt. Indien dit niet het geval is dan kan het zorgkantoor in overleg treden met andere zorgkantoren om te bezien of er in onderling overleg een herschikking tussen regio's kan plaatsvinden. Daarnaast adviseert de NZa het ministerie ieder voorjaar over de uitputting van de middelen en of zich problemen bij één of meerdere zorgkantoren voor dreigen te doen. Is dit het geval dan kan het ministerie beslissen over het inzetten van de zogenaamde herverdelingsmiddelen. Deze middelen maken onderdeel uit van de contracteerruimte, maar zijn vooraf nog niet toebedeeld aan zorgkantoren.

Het zorgkantoor beschikt in het geval van de vergoedingsregeling over een budget dat dient ter dekking van de kosten van de vergoedingsregeling. Op het moment dat deze middelen uitgeput zijn, kan het zorgkantoor geen nieuwe cliënten meer helpen en zal (als uitputting dreigt) dit melden aan het CVZ. Het CVZ meldt dit vervolgens aan het ministerie. Ik dien dan binnen het Budgettaire Kader Zorg (BKZ) passende oplossingen te vinden.

De leden van de CDA-fractie zijn positief over de uitwerking van de motie Uitslag/Venrooy-van Ark (de actieve monitoring; Kamerstuk 30 597, nr. 233) waarbij wordt nagegaan wat de effecten zijn en of bijsturing eventueel mogelijk is. Vanaf 1 januari wordt indien nodig de vergoedingsregeling voor individuele gevallen versoepeld. Kan hier meer duiding aan worden gegeven? Wat wordt er precies bedoeld; komen hier aparte criteria voor of is dit in eerste instantie aan het zorgkantoor?

Reactie staatssecretaris:

In mijn brief van 8 december 2011 heb ik aangegeven dat mochten de uitkomsten van de monitor daartoe aanleiding geven, ik binnen de budgettaire kaders tot passende oplossingen zal komen. Daarbij treed ik met het oog op de zorgplicht van zorgkantoren allereerst in overleg met hen. Mocht dit niet tot het gewenste resultaat leiden dan zal ik bezien of het nodig is de regeling te versoepelen voor individuele gevallen. In het VAO van 9 november 2011 en mijn brief van 1 december 2011 heb ik aangegeven dat hier specifiek aandacht wordt gegeven aan cliënten met een indicatie van minder dan 10 uur AWBZ-zorg.

De actieve monitoring moet uitwijzen of het hier gaat om bijzondere individuele casuïstiek of dat er sprake is van casuïstiek van cliënten, waarin gelijksoortige problemen zich manifesteren. Pas als dat bekend is, kan ik in overleg met alle betrokkenen bezien of aanvullende criteria hiervoor een oplossing bieden dan wel het gaat om uitzonderlijke situaties waar algemeen geldende criteria geen oplossing bieden. Ik ga niet vooruit lopen op mogelijke uitkomsten.

Het ministerie is bezig in kaart te brengen of de zorgkantoren in de eerste ronde voldoende zorgaanbod hebben gecreëerd voor specifieke doelgroepen. De leden van de CDA-fractie vragen of hierover al eerste gegevens bekend zijn en wanneer de informatie bekend wordt.

Reactie staatssecretaris:

De gegevens van de eerste contracteerronde 2012 worden nu verwerkt door de NZa. In de eerste voortgangsrapportage van 2012 zal ook worden ingegaan op de uitkomsten van de eerste contracteringsronde 2012 die in november 2011 is afgerond. Hierbij zal ook aandacht worden besteed aan de specifieke doelgroepen. Daarnaast is een overleg gepland tussen zorgkantoren, Per Saldo en VWS waarbij deze materie wordt besproken.

Hoe wordt er omgegaan met zorgorganisaties of zzp'ers met een vernieuwend zorgaanbod die aansluiten bij de zorgvraag en pas per 1 juli 2011 kunnen worden gecontracteerd door zorgkantoren?

Reactie staatssecretaris:

Zorgaanbieders met een vernieuwend zorgaanbod konden ook reeds in november 2011 door de zorgkantoren worden gecontracteerd voor het jaar 2012. In beperkte mate is dit ook gebeurd. De contractering van zelfstandige zorgverleners is nieuw in 2012. Vanaf 1 januari 2012 zal binnen de UVIT-pilot, die in Brabant plaatsvindt, een 30-tal zelfstandige zorgverleners worden gecontracteerd. Daarnaast kunnen in de loop van het jaar ook op bredere schaal zelfstandige zorgverleners worden gecontracteerd. Hiervoor zal binnen de huidige financiële kaders een budget ter beschikking worden gesteld. Als uit de monitor zou blijken dat zorgkantoren bij hun zorginkoop onvoldoende rekening hebben gehouden met bepaalde doelgroepen, dan zal ik in overleg treden met de zorgkantoren om binnen de financiële kaders te zoeken naar mogelijkheden voor aanvullende contractering. Hierbij dienen zorgkantoren oog te hebben voor innovatieve zorgaanbieders die zichzelf reeds bewezen hebben in de pgb-sector.

De leden van de CDA-fractie vinden het positief dat er bij de criteria van de vergoedingsregeling rekening gehouden wordt met de bijzondere positie van meerdere zorgvragers in een gezin. Wel vragen zij of er geen problematische situaties gaan ontstaan bij ouders die een kind hebben met een grote zorgvraag die eerst een uur substantieel meer zorg moeten leveren per etmaal – (boven)gebruikelijke zorg – voordat ze in aanmerking kunnen komen voor de vergoedingsmaatregel?

Reactie staatssecretaris:

Gebruikelijke zorg is de normale, dagelijkse zorg die ouders geacht worden aan hun kinderen te bieden en is uitgewerkt in de Beleidsregels indicatiestelling AWBZ. Pas als de gebruikelijke zorg in vergelijking tot kinderen in dezelfde leeftijdscategorie substantieel (=meer dan één uur per dag) wordt overschreden is er sprake van bovengebruikelijke zorg, waarvoor een AWBZ-indicatie mogelijk is. Deze marge van één uur is gekozen, omdat er bij kinderen verschillen zijn in de normale ontwikkeling. Ook tussen kinderen van dezelfde leeftijd zonder AWBZ-grondslag kan de omvang van de zorg (per dag) verschillen. Het ene kind is nu eenmaal gemakkelijker dan het andere kind. Wanneer meerdere kinderen in een gezin een zorgvraag hebben, wordt dit uur één keer per gezin toegepast. Deze systematiek van bovengebruikelijke zorg wordt al een aantal jaren in de indicatiestelling toegepast.

De leden van de CDA-fractie hechten veel waarde aan de individuele cliëntbemiddeling, zoals beschreven in de visiebrief langdurige zorg van juni 2011. Daarom vragen zij waarom de aanvraag wordt afgewezen door het zorgkantoor als er geen contact is geweest tussen zorgaanbieder en zorgaanvrager. Is het niet zo dat het zorgkantoor een goed overzicht moet hebben van het kwantitatieve en kwalitatieve zorgaanbod in een betreffende regio? Zou het zorgkantoor hierin ook geen adviesfunctie moeten vervullen?

Reactie staatssecretaris:

Ik hecht ook veel waarde aan individuele cliëntbemiddeling. Zoals ik in mijn brief van 31 oktober 2011 (TK, vergaderjaar 2011–2012, 30 597, nr. 218) heb aangegeven, vind ik dat het zorgkantoor een adviesfunctie heeft bij die cliënten die geen duidelijk beeld hebben van wie zij de zorg willen afnemen. Dat zijn die cliënten die bij hun indicatie geen voorkeursaanbieder hebben aangegeven. Het zorgkantoor kan deze cliënten wijzen op zijn website met het gecontracteerde zorgaanbod in de regio, aangevuld met kwalitatieve «Kiesbeter»-informatie per instelling. Ook is het mogelijk dat op basis van de zorgvraag het zorgkantoor de cliënt gericht doorverwijst. Het is dan aan de cliënt om contact op te nemen met

deze zorgaanbieder om na te gaan of de geboden zorg passend is. Juist om ervoor te zorgen dat een oriëntatie op het zorgaanbod in natura heeft plaatsgevonden, dient een cliënt in zijn zorgplan in te vullen bij wie hij zich heeft georiënteerd en waarom deze zorg niet passend is.

Is bekend hoeveel administratieve lasten en tijd de uitvoering van de vergoedingsregeling voor zorgvragers en zorgkantoren zal gaan kosten?

Reactie staatssecretaris:

De uitvoering van de vergoedingsregeling sluit zo veel mogelijk aan bij de uitvoering van de pgb-regeling. Daarmee zijn de administratieve lasten voor zowel de gebruiker als het zorgkantoor in beide regelingen nagenoeg gelijk. Met ingang van 2012 dienen ook mensen die in aanmerking willen komen voor een pgb een zorgplan in te vullen. Dit zorgplan is beperkt in omvang. In de bijlage¹ van deze brief is het zorgplan opgenomen. Het zorgplan zal voor zowel de zorgvrager als zorgkantoor tot een relatief geringe toename van de administratieve lasten leiden. Zoals in mijn brief van 1 december 2011 (TK, vergaderjaar 2011–2012, 25 657, nr. 87) gemeld, zijn de toetsingscriteria voor de vergoedingsregeling zo opgesteld dat het zorgkantoor ze zo eenvoudig mogelijk aan de hand van het aanvraagformulier en zorgplan kan beoordelen. Hierbij heb ik gestreefd naar maximale eenduidigheid tegen zo min mogelijke administratieve lasten.

Is er een communicatieplan naar burgers toe over deze nieuwe regeling? Hoe weten toekomstige AWBZ-zorgvragers van het bestaan van de vergoedingsregeling af? Wie is verantwoordelijk voor deze communicatie?

Reactie staatssecretaris:

Ja, er is een communicatieplan. Dit plan is in overleg met het CIZ, alle zorgkantoren, College voor zorgverzekeringen en Per Saldo opgesteld. Op basis van dit plan is de bestaande informatie voor burgers aangepast aan de nieuwe situatie. Het gaat hierbij zowel om informatie van de rijksoverheid, als de informatie van de andere betrokken partijen. Daarnaast zal voor 1 januari 2012 een nieuwe brochure beschikbaar komen waarin uitleg wordt gegeven over de nieuwe situatie. Ook zal bij Per Saldo een helpdesk worden ingericht waar cliënten terecht kunnen met hun vragen.

Vragen en opmerkingen van de SP-fractie

Toegangscriteria voor de Vergoedingsregeling persoonlijke zorg

De leden van de SP-fractie hebben kennisgenomen van de brief over de nadere toelichting op de pgb-maatregelen. Deze leden vragen de staatssecretaris of als bij een nieuwe indicatie er geen gewenst zorgaanbod in natura geboden kan worden en de aanvraag is met een indicatie onder de 10-uurs norm, de aanvrager dan aanspraak maakt op een vergoedingsregeling. Zo nee, hoe kan dan overeind blijven dat iemand recht op zorg heeft?

Reactie staatssecretaris:

Het uitgangspunt is dat zorgkantoren zorgplicht hebben en dat zij geacht worden zorg in te kopen die past bij de indicatie. Cliënten met een AWBZ-indicatie hebben een afdwingbaar recht. In het VAO van 9 november 2011 en mijn brief van 1 december 2011 heb ik aangegeven dit goed te volgen. Ik heb hierbij ook aangegeven dat, mocht het gecontracteerde zorgaanbod niet in staat zijn om de gewenste zorg op tijd te leveren en het zorgkantoor geen mogelijkheden hebben een alternatief zorgaanbod in te kopen, ik direct vanaf 1 januari 2012 zal bekijken of het nodig is de vergoedingsregeling voor individuele gevallen te versoepelen.

¹ Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

De actieve monitoring moet uitwijzen of het hier gaat om bijzondere individuele casuïstiek of dat er sprake is van casuïstiek van cliënten, waarin gelijksoortige problemen zich manifesteren. Pas als dat bekend is, kan ik in overleg met alle betrokkenen bezien of aanvullende criteria hiervoor een oplossing bieden, dan wel dat het gaat om uitzonderlijke situaties waar algemeen geldende criteria geen oplossing bieden. Ik ga niet vooruit lopen op mogelijke situaties die kunnen ontstaan, maar zal handelen naar bevind van zaken.

De leden van de SP-fractie constateren dat de staatssecretaris een onafhankelijke commissie instelt bestaande uit zorgbehoevenden, zorgaanbieders en zorgkantoren die advies geeft over ingediende bezwaarschriften. Echter betreuren genoemde leden het feit dat deze onafhankelijke commissie geen advies mag geven in de besluitvorming over een vergoedingsregeling. Zij willen weten wanneer de commissie wordt ingesteld en welke samenstelling de commissie heeft. Deze leden willen weten of er regionale commissies worden ingesteld of dat er een landelijke commissie komt. Daarbij willen zij ook weten of de onafhankelijke commissie na 2014 behouden blijft.

Reactie staatssecretaris:

Zoals in mijn brief van 1 december 2011 aangegeven, gaat het om een landelijke commissie en niet om meerdere regionale commissies. Momenteel ben ik hierover in overleg met het CVZ. Zodra meer details rond de adviescommissie bekend zijn, zal ik u hierover informeren. Zoals ik onder andere in mijn brief van 15 september 2011 (TK, vergaderjaar 2010–2011, 25 657, nr. 84) heb aangegeven, zal de vergoedingsregeling vanaf 1 januari 2014 worden verankerd. In dit licht zal ik bezien of het wenselijk is opnieuw een landelijke adviescommissie in te stellen. Ik wil hierbij gebruik maken van de ervaringen in de komende twee jaren.

De leden van de SP-fractie constateren dat bij de aanvraag van een vergoedingsregeling de zorgbehoevende een aanvraagformulier en een zorgplan dient in te leveren. Het zorgkantoor stelt voor 15 december het format van dit zorgplan vast. Genoemde leden willen weten hoe dit format eruit komt te zien en of deze eenvoudig en duidelijk in te vullen zijn voor mensen die een vergoedingsregeling aanvragen.

Reactie staatssecretaris:

In de bijlage van deze brief is het format van het zorgplan opgenomen. Het zorgplan is op verzoek van het CVZ door Per Saldo opgesteld. Uit de test van Per Saldo bij een testpanel is gebleken dat het zorgplan goed is in te vullen.

De leden van de SP-fractie merken op dat er nu goed getoetst gaat worden waarom iemand een vergoedingsregeling aanvraagt c.q. nodig heeft. Zij vragen de staatssecretaris waarom dit niet eerder is gedaan. Had de groei voorkomen kunnen worden als er eerder gekeken was waarom mensen een beroep op het pgb doen? Is de staatssecretaris bereid om als blijkt dat dit komt door ontbrekend zorgaanbod dan te zorgen dat dit aanbod ontwikkeld wordt? Zo nee, waarom niet?

Reactie staatssecretaris:

Bij het aanvragen van de vergoedingsregeling wordt de cliënt gevraagd aan te geven waarom een beroep wordt gedaan op de regeling. Deze informatie dient ter ondersteuning van de ontwikkeling van criteria voor de vergoedingsregeling en tegelijkertijd, zoals ik in mijn brief van 8 november 2011 (TK, vergaderjaar 2010–2011, 25 657, nr. 86), heb aangegeven, is deze informatie te gebruiken bij de contractering van zorg door de zorgkantoren. In het licht van de monitoring van de

pgb-maatregelen zal ik in overleg treden met de zorgkantoren, indien blijkt dat het zorgaanbod onvoldoende antwoord geeft op de vraag van de cliënt. De huidige pgb-regeling herbergt in zichzelf een aanzuigende werking. Het uitvragen van de reden om voor een pgb te kiezen verandert dit niet.

De leden van de SP-fractie merken ook op dat er nu wordt gesproken van nieuw inzicht dat blijkt «uit gesprekken met betrokkenen». Deze leden constateren dat die argumenten ook in eerdere Kamerdebatten zijn gewisseld (door voornamelijk de oppositie). Waarom is de staatssecretaris nu wel bereid geweest om te luisteren? Erkent de staatssecretaris dat de plannen te overhaast zijn gepresenteerd? Zo nee, hoe verklaart de staatssecretaris dan – zo vragen genoemde leden – dat er nu wel begrip is voor «bijzondere gevallen»? Vindt de staatssecretaris het overigens terecht dat over «gevallen» gesproken wordt?

Reactie staatssecretaris:

Ik ben constant in overleg met betrokkenen en luister naar hun opvattingen. Daarnaast wil ik opmerken dat de term «bijzondere gevallen» niet naar cliënten verwijst, maar naar de omstandigheden die ertoe leiden dat de cliënt een bijzondere zorgvraag heeft.

Inzet van mantelzorgers

De leden van de SP-fractie constateren in de brief dat familie en directe betrokkenen financieel gecompenseerd kunnen worden via de vergoedingsregeling. Deze leden willen weten of het de bedoeling is dat mantelzorgers zzp'er moeten worden om een financiële tegemoetkoming te ontvangen. Genoemde leden vragen de staatssecretaris erop toe te zien dat mantelzorgers geen slecht betaalde, ongekwalificeerde «zorgverleners» worden. Acht de staatssecretaris het mogelijk dat een zorgkantoor direct een mantelzorger inhuurt? Zo nee, waarom niet?

Reactie staatssecretaris:

Vergelijkbaar met de pgb-regeling, kan een cliënt die in aanmerking komt voor een vergoedingsregeling, zelf afspraken maken met mantelzorgers en daarvoor een financiële vergoeding betalen. De mantelzorger hoeft dan geen zzp-er te worden. De cliënt is primair verantwoordelijk voor de kwaliteit van de zorgverlening. Het zorgkantoor kan eventueel alleen de zorg van individuele personen (bijvoorbeeld een mantelzorger) inkopen als deze voldoet aan zijn contracteisen.

Monitoring van de pgb-maatregelen

De leden van de SP-fractie constateren dat de staatssecretaris vanaf 1 januari 2012 wil kijken of de vergoedingsregeling versoepeld kan worden voor individuele gevallen, zodra blijkt dat zorgkantoren de gewenste zorg niet kunnen bieden binnen een bepaalde tijd. Genoemde leden willen weten welke regels hiervoor worden opgesteld.

Reactie staatssecretaris:

In mijn brief van 8 december 2011 heb ik aangegeven dat mochten de uitkomsten van de monitor daartoe aanleiding geven, ik binnen de budgettaire kaders tot passende oplossingen zal komen. Daarbij treed ik met het oog op de zorgplicht van zorgkantoren allereerst in overleg met hen. Mocht dit niet tot het gewenste resultaat leiden dan zal ik bezien of het nodig is de regeling te versoepelen voor individuele gevallen. In het VAO van 9 november 2011 en mijn brief van 1 december 2011 heb ik aangegeven dat hier specifiek aandacht wordt gegeven aan cliënten met een indicatie van minder dan 10 uur AWBZ-zorg.

De actieve monitoring moet uitwijzen of het hier gaat om bijzondere individuele casuïstiek of dat er sprake is van casuïstiek van cliënten, waarin gelijksoortige problemen zich manifesteren. Pas als dat bekend is, kan ik in overleg met alle betrokkenen bezien of aanvullende criteria hiervoor een oplossing bieden dan wel het gaat om uitzonderlijke situaties waar algemeen geldende criteria geen oplossing bieden. Ik ga niet vooruit lopen op mogelijke uitkomsten.

De leden van de SP-fractie zijn tevreden met het feit dat er een meldpunt komt, waar mensen met hun klachten, vragen en meldingen terecht kunnen. Deze leden willen weten hoe dit meldpunt eruit ziet, waar dit meldpunt komt en wat er met de verzamelde gegevens gebeurt. Ook willen zij actief geïnformeerd worden door het meldpunt. Behoort dat tot hun taak? Zo nee, waarom niet?

Reactie staatssecretaris:

Samen met Per Saldo en MEE richt VWS een telefonische helpdesk bij Per Saldo in waar cliënten met hun vragen of klachten terecht kunnen. Met deze partijen is afgesproken dat elke maand de ontvangen meldingen worden doorgesproken. Deze signalen worden vervolgens in het expertisecentrum pgb besproken, zodat eventuele knelpunten aangepakt kunnen worden. De eventuele knelpunten zullen ook aan de Kamer worden gerapporteerd.

De leden van de SP-fractie vragen om uitleg waarom nu pas aan gegevensverzameling wordt gedaan omtrent het pgb, het zorgaanbod enzovoorts. Ware het niet beter om eerst alle gegevens te kennen alvorens voorstellen te doen om het pgb af te schaffen voor extramurale zorgsituaties? Kan de staatssecretaris het antwoord toelichten?

Reactie staatssecretaris:

In meerdere brieven over het pgb heb ik de Kamer de achtergronden van de pgb-maatregelen toegelicht.¹ Daarin heb ik gemeld dat pgb-regeling financieel onhoudbaar is.

Acht de staatssecretaris het mogelijk dat er zorgkantoren zijn die hun zorgtaak hebben afgekocht met een pgb omdat er geen zorgaanbod voorhanden was? Zo ja, hoe oordeelt de staatssecretaris daarover?

Reactie staatssecretaris:

Ik sluit niet uit dat het bestaan van het pgb zorginstellingen en zorgkantoren onvoldoende heeft geïnspireerd om tot passende oplossingen voor cliënten te komen.

De leden van de SP-fractie willen weten hoeveel zorgaanbieders gevraagd wordt naar belemmeringen in de wet- en regelgeving. Deze leden willen weten hoe vaak dit gevraagd wordt en op welke wijze dit gebeurt. Is het de bedoeling van de staatssecretaris om wet- en regelgeving rond CAO, loontijden en andere arbeidsvoorwaarden te versoepelen? Zo ja, denkt de staatssecretaris dat de zorg hierdoor een aantrekkelijker beroep wordt?

Reactie staatssecretaris:

In het Expertisecentrum PGB is afgesproken dat VWS een representatief aantal zorgaanbieders zal benaderen omtrent de belemmeringen. Dit zal voornamelijk via gesprekken met individuele zorgaanbieders plaatsvinden.

¹ Het gaat om de volgende brieven: 1 juni (TK, vergaderjaar 2010–2011, 30 597, nr. 186), 21 juni (TK, vergaderjaar 2010–2011, nr. 196), 15 september (TK, vergaderjaar 2010–2011, 25 657, nr. 84), 31 oktober (TK, vergaderjaar 2011–2012, 30 597, nr. 218) en 8 november (TK, vergaderjaar 2011–2012, 25 657, nr. 86).

Herindicatietraject ADL-bewoners

De leden van de SP-fractie zijn zeer ongerust over de nieuwe situatie bij het ADL-clusterwonen. Erkent de staatssecretaris dat de gezamenlijke brief met CVZ en CIZ tot veel onrust leidt? Dat bijvoorbeeld termen als verzorging, verpleging en ondersteuning consequent door elkaar gehaald worden? Graag ontvangen zij hierop een reactie. Erkent de staatssecretaris dat Fokus nu geen verpleegkundige zorg biedt in de ADL-vorm? Is het de bedoeling dat ADL-ers verpleegkundig worden opgeleid? Graag vernemen deze leden een reactie hierop.

Reactie staatssecretaris:

De vragen van bewoners hebben niet zozeer betrekking op de indicatiestelling voor de aanspraak ADL-assistentie, maar gaan vooral over de vraag welke AWBZ-zorg indiceerbaar is naast de ADL-assistentie. Hierover is op 8 december 2011 gesproken met vertegenwoordigers van bewoners van ADL-woningen. In mijn brief «ADL-assistentie en pgb» van 19 december 2011, ben ik hier nader op ingegaan.

Genoemde leden willen graag weten wat het advies is van de NZa over de tarieven voor ADL. Waarom is de Kamer daarover niet geïnformeerd?

Reactie staatssecretaris:

De NZa heeft op 22 maart 2011 de uitvoeringstoets «AWBZ-zorg in ADL-clusterwoningen» uitgebracht. Dit rapport is aan de Kamer verzonden als bijlage bij mijn brief van 22 juni 2011 (TK, 30 597 nr. 195). Na mijn beslissing om het pakket ADL-assistentie als aanspraak te regelen heeft de NZa mij niet nogmaals geadviseerd, maar door beleidsregels vast te stellen uitvoering gegeven aan mijn aanwijzing van 25 oktober 2011. Deze aanwijzing heeft u ontvangen als bijlage bij de brief van 31 oktober over de hervorming van de langdurige zorg (TK, vergaderjaar 2011–2012, 30 597, nr. 186).

Wordt er bij de herindicatie van bewoners van ADL-clusters ook gekeken naar zorgvraag buiten de woning? Erkent de staatssecretaris dat mensen daar nu veelal hun pgb voor inzetten? Kan dat in de toekomst nog?

Reactie staatssecretaris:

De AWBZ-zorg die bewoners krijgen naast het pakket ADL-assistentie omvat inderdaad ook de zorgvraag buiten de woning. Bewoners die al een pgb hebben kunnen blijven kiezen voor het pgb als leveringsvorm tot 1 januari 2014 (exclusief begeleiding). Uiteraard kunnen zij hun pgb inzetten buiten de ADL-woning. Nieuwe bewoners kunnen een beroep doen op de vergoedingsregeling.

Vragen en opmerkingen van de D66-fractie

Toegangscriteria Vergoedingsregeling

De leden van de D66-fractie constateren dat er eindelijk toegangscriteria voor de vergoedingsregeling zijn opgesteld. Wil de staatssecretaris toelichten waarom wordt vastgehouden aan het 10-uurscriterium om in aanmerking te komen voor de vergoedingsregeling? Blijft de ondergrens van 10-uursindicatie staan als in 2013 de functie begeleiding wordt overgeheveld naar de Wmo? Indien ja, waarom wordt het 10-uurscriterium op dat moment niet naar beneden bijgesteld? Kan de staatssecretaris aangeven hoeveel mensen er vanaf 2013 naar verwachting onder de 10-uursindicatie vallen, wanneer begeleiding niet meer wordt meegeteld?

Reactie staatssecretaris:

Zoals toegelicht in het VAO pgb van 9 november 2011, heb ik deze keuze voor de 10-uurs grens gemaakt op basis van inhoud, gesprekken met budgethouders en in het licht van de financiële problematiek van het pgb. De 10-uurs grens is een benadering voor de zorgvraag die zowel levenslang en levensbreed is. Onder deze uursgrens verwacht ik dat zorgkantoren in staat zijn om de cliënt een passend aanbod in natura te doen. Zoals aangegeven in mijn brief van 31 oktober (TK, vergaderjaar 2011–2012, 30 597, nr. 218), blijf ik in 2013 uitgaan van de 10-uurs grens. Ik stel deze grens niet naar beneden bij, omdat ik ervan uitga dat zorgaanbieders steeds beter in staat zullen zijn om cliënten met een intensieve zorgvraag van passende zorg te voorzien. Ik verwacht dat in 2013 circa 3 500 mensen een beroep zullen doen op de vergoedingsregeling. Dit heb ik u gemeld in mijn brief van 8 november 2011 (TK, vergaderjaar 2011–2012, 25 657, nr. 86).

De leden van de D66-fractie betreuren het dat rondom de afbakening van de doelgroepen voor de vergoedingsregeling nog veel onduidelijkheid blijft bestaan. De staatssecretaris geeft aan dat aan de hand van ervaringen met de vergoedingsregeling de doelgroepen en hun zorgbehoeften worden vastgesteld. Die criteria moeten dan per 1 januari 2014 definitief duidelijk zijn. Kan de staatssecretaris toelichten waarom zij het noodzakelijk acht nog twee jaar verwarring en onzekerheid te laten bestaan rondom de omschrijving van de doelgroep van de vergoedingsregeling?

Reactie staatssecretaris:

Er is geen sprake van verwarring en onzekerheid, en er is geen onduidelijkheid over de afbakening. Het is duidelijk onder welke criteria een cliënt met een AWBZ-indicatie onder de vergoedingsregeling valt. Wel is een vraag voor welke specifieke groepen zorg in natura wel een oplossing kan bieden die er nu misschien nog niet is, dan wel voor welke doelgroepen waarvoor een vergoedingsregeling altijd een noodzakelijke mogelijkheid moet blijven. Ik ga dit in een zorgvuldig traject aan de hand van concrete voorbeelden uit de praktijk, in overleg met betrokken partijen (o.a. zorgkantoren en Per Saldo), onderzoeken om zodoende tot een gedragen beleid voor 2014 en later te komen.

De staatssecretaris is van plan om bij het College voor zorgverzekeringen tijdelijk een landelijke commissie in te stellen met vertegenwoordigers van cliënten, zorgaanbieders en zorgkantoren die het zorgkantoor moeten gaan adviseren bij de afhandeling van bezwaarschriften. Waarom wordt deze commissie tijdelijk ingesteld? Hoe lang zal de tijdelijke periode duren? Hoe gaat de staatssecretaris afdwingen en monitoren dat het advies ook daadwerkelijk wordt meegenomen?

Reactie staatssecretaris:

Een verzekerde kan altijd bezwaar aantekenen tegen een besluit van het zorgkantoor. Kenmerkend van een beslissing op bezwaar is dat hetzelfde bestuursorgaan, in dit geval het zorgkantoor, zijn eerdere besluit in heroverweging neemt. Daarbij vraagt het zorgkantoor de adviescommissie om advies. Gezien de aard van een bezwaar is het juridisch niet mogelijk dat een andere partij (bijvoorbeeld het kabinet) het besluit van het zorgkantoor heroverweegt. Het zorgkantoor is niet verplicht om het advies van de adviescommissie over te nemen. De zorgvuldigheidseisen, zoals geformuleerd in de Algemene wet bestuursrecht, brengen wel met zich mee dat het advies moet worden meegenomen in de besluitvorming. Dit heeft ook gevolgen voor de motivering van het besluit van het zorgkantoor. Cliënten die bezwaar aantekenen tegen het besluit van het zorgkantoor, krijgen inzicht in het advies van deze commissie. Het advies

maakt immers deel uit van een zorgvuldige behandeling van het bezwaar en de beslissing op bezwaar. Zoals ik onder andere in mijn brief van 15 september 2011 (TK, vergaderjaar 2010–2011, 25 657, nr. 84) heb aangegeven, zal de vergoedingsregeling vanaf 1 januari 2014 worden verankerd. In dit licht zal ik bezien of het wenselijk is opnieuw een landelijke adviescommissie in te stellen. Ik wil hierbij gebruik maken van de ervaringen in de komende twee jaren.

Op welke wijze krijgen cliënten die in aanmerking komen voor de vergoedingsregeling ondersteuning in het beheer van het budget en aanstellen en begeleiden van personeel?

Reactie staatssecretaris:

Het uitgangspunt van de vergoedingsregeling is dat de cliënt, net als in de pgb-regeling, eigen regie moet kunnen voeren over de inkoop van zijn zorg. Daarmee valt het budgetbeheer en het aanstellen en begeleiden van personeel onder de eigen verantwoordelijkheid van de cliënt. Mensen die gebruik maken van de vergoedingsregeling ontvangen dezelfde ondersteuning als mensen met een pgb. Het zorgkantoor zal deze personen met ingang van 2012 de eerste periode regelmatig benaderen. Hierdoor komen mogelijke vragen of problemen tijdig aan het licht. Het zorgkantoor kan vervolgens gericht adviseren of eventueel doorverwijzen naar bijvoorbeeld Per Saldo.

Monitoring van de pgb-bezuinigingen

De leden van de D66-fractie constateren dat de staatssecretaris de pgb-bezuinigingen wil gaan monitoren. Op welke manier stelt de staatssecretaris vast dat zorgkantoren bij hun zorginkoop onvoldoende rekening hebben gehouden met bepaalde doelgroepen? Indien zorgkantoren geen passende zorg kunnen leveren wil de staatssecretaris vanaf 1 januari 2012 bekijken of het nodig is de vergoedingsregeling voor individuele gevallen te versoepelen. Kan de staatssecretaris bevestigen dat het hierbij om gevallen gaat met een indicatie van minder dan 10 uur? Welke criteria worden gebruikt om vast te stellen dat zorgkantoren niet in staat zijn de gewenste zorg voor deze gevallen op tijd te leveren? Is de staatssecretaris bereid als blijkt dat individuele gevallen tot eenzelfde doelgroep behoren, voor deze hele doelgroep af te zien van het 10-uurscriterium? Wil de staatssecretaris bij het monitoren meenemen waarom mensen genoodzaakt zijn een beroep te doen op de vergoedingsregeling en of zij in staat zijn het budget te beheren?

Reactie staatssecretaris:

In mijn brief van 8 december 2011 heb ik aangegeven dat mochten de uitkomsten van de monitor daartoe aanleiding geven, ik binnen de budgettaire kaders tot passende oplossingen zal komen. Daarbij treed ik met het oog op de zorgplicht van zorgkantoren allereerst in overleg met hen. Mocht dit niet tot het gewenste resultaat leiden dan zal ik bezien of het nodig is de regeling te versoepelen voor individuele gevallen. In het VAO van 9 november 2011 en mijn brief van 1 december 2011 heb ik aangegeven dat hier specifiek aandacht wordt gegeven aan cliënten met een indicatie van minder dan 10 uur AWBZ-zorg. De actieve monitoring moet uitwijzen of het hier gaat om bijzondere individuele casuïstiek of dat er sprake is van casuïstiek van cliënten, waarin gelijksoortige problemen zich manifesteren. Pas als dat bekend is, kan ik in overleg met alle betrokkenen bezien of aanvullende criteria hiervoor een oplossing bieden dan wel het gaat om uitzonderlijke situaties waar algemeen geldende criteria geen oplossing bieden. Ik ga niet vooruit lopen op mogelijke uitkomsten.

Gelijk aan de pgb-regeling worden ook cliënten van de vergoedingsregeling het eerste half jaar begeleid door het zorgkantoor. Daarbij ontstaat dan tevens inzicht of de cliënt in staat is het budget te beheren. Daarnaast heb ik in mijn brief van 31 oktober 2011 (TK, vergaderjaar 2010–2011, 25 657, nr. 86) aangegeven te onderzoeken of met ingang van 1 januari 2013 een trekkingsrecht kan worden ingevoerd.

De leden van de D66-fractie hechten bij het monitoren van de verschuivingen van cliënt- en geldstromen grote waarde aan een objectief oordeel. Welke verschuivingen van cliëntenstromen worden verwacht? Tot dusver werd gebruik gemaakt van de expertise van het Centraal Planbureau. Waarom wordt nu voor het SCP gekozen? De staatssecretaris hanteert in het monitoringsproces een viertal kernvragen. Is de staatssecretaris bereid om daarbij expliciet de kernvraag mee te nemen of passende zorg op maat voor alle patiënten beschikbaar blijft? Indien nee, waarom niet? Deze leden hebben met interesse kennisgenomen van het instellen van een landelijk meldpunt in de vorm van een helpdeskfunctie bij Per Saldo. Op welke wijze wordt de privacy van de bellende cliënten en hun gegevens gegarandeerd?

Reactie staatssecretaris:

Op verzoek van uw Kamer heb ik in aparte brieven (van 21 juni 2011 (TK, vergaderjaar 2010–2011, 25 657, nr. 196) en 8 november 2011 (TK, vergaderjaar 2011–2012, 25 657, nr. 86) een overzicht gegeven van alle aannames waarop mijn berekeningen zijn gebaseerd. Daar ben ik altijd transparant in geweest. Verder heb ik reeds in het pgb-debat van 23 juni 2011 u gemeld dat het kabinet het SCP zal inschakelen voor de evaluatie. Het SCP is een gevestigd onafhankelijk onderzoeksinstituut met veel ervaring op het gebied van beleidsstudies op het terrein van de zorg, waaronder ook specifiek het pgb. De kernvragen van de monitor voldoen reeds aan uw verzoek. Het effectueren van het recht op zorg is de eerste kernvraag van de monitor. De helpdesk wordt samen met Per Saldo en MEE opgezet. De gegevens op persoonsniveau worden alleen bekend gemaakt als de mensen die bellen daarmee instemmen. Overigens zijn de namen van de mensen niet nodig om toch hun signaal serieus te kunnen nemen. Hier is ten tijde van de pgb-toekenningstop in de tweede helft van 2010 ook ervaring door Per Saldo en VWS mee opgedaan.

Definitie kleinschalige pgb-gefinancierde wooninitiatieven

De leden van de D66-fractie hebben vernomen dat de definitie van kleinschalige pgb-gefinancierde wooninitiatieven in enkele gevallen niet goed werkt, omdat bewoners op afzonderlijke huisnummers wonen. Is de staatssecretaris bereid hier een oplossing voor te zoeken?

Reactie staatssecretaris:

In de definitie van het CVZ betreft het «een woonadres waar blijkens het GBA minstens 5 budgethouders woonachtig zijn». Deze definitie is tot stand gekomen, omdat een wooninitiatief zich kenmerkt doordat meerdere bewoners een gezamenlijke huishouding voeren. Bewoners hebben ieder hun eigen kamer. De gezamenlijkheid is herkenbaar middels een gedeelde woonkamer en keuken. Bovendien is er sprake van een gedeelde voordeur. Er zijn situaties bekend waarbij mensen met een pgb ieder op een eigen GBA-adres wonen, waarbij op ieder adres een zelfstandige woning gevestigd is met eigen woonkamer en keuken. Deze woningen zijn zelfstandig bewoonbaar, waardoor er geen sprake is van een gezamenlijke huishouding. Deze zelfstandige woningen vallen daarmee buiten de definitie. Zoals in mijn brief van 1 december 2011 (TK, vergaderjaar 2010–2011, 25 657, nr. 87) vermeld, zal de definitie van

kleinschalig pgb-gefinancierd wooninitiatief per 1 januari 2012 komen te vervallen.

Vragen en opmerkingen van de GroenLinks-fractie

Onlangs werd via de pers duidelijk dat het subsidieplafond voor het persoonsgebonden budget in 2012 verlaagd is vastgesteld op € 2 689 miljoen. Op welke wijze heeft de staatssecretaris de Kamer hierover geïnformeerd? Wat zijn de argumenten van het verlagen van het plafond en wat zijn de gevolgen hiervan voor budgethouders? Hoe verhoudt het verlagen van het subsidieplafond zich tot de toezegging van de staatssecretaris in het VAO pgb op 9 november jl. dat het een kwestie is van communicerende vaten, dat zij geen wachtlijsten wil?

Reactie staatssecretaris:

Ik heb u in mijn brief van 31 oktober 2011 (TK, vergaderjaar 2011–2012, 25 657, nr. 86) geïnformeerd over het feit dat er in 2011 minder mensen een beroep doen op de pgb-regeling dan verwacht en dat dit een structureel financieel effect heeft. Op verzoek van uw Kamer heb ik u inmiddels in een aparte brief (van 13 december 2011) geïnformeerd over het subsidieplafond voor de pgb-regeling 2012. In deze brief wordt ingegaan op hoe de hoogte ervan is vastgesteld en waarom dit plafond iets lager is dan in 2011. Bij het vaststellen is onder andere rekening gehouden met het aantal mensen dat op 31 december een pgb zal hebben, de mensen die in 2012 uit de pgb-regeling zal stromen (vanwege het beëindigen van hun (kortdurende) zorgvraag) en nieuwe mensen die in 2012 een pgb zullen aanvragen. Daarmee verwacht ik voor de pgb-regeling geen wachtlijsten.

De staatssecretaris blijft vasthouden aan haar standpunt dat de pgb-maatregelen binnen de huidige budgettaire kaders genomen moeten worden, terwijl er juist voor wordt gewaarschuwd dat de pgb-maatregelen de kosten zullen doen toenemen. Daarom maken de leden van de GroenLinks-fractie graag van de gelegenheid gebruik om via dit schriftelijk overleg meer verduidelijking te vragen.

Reactie staatssecretaris:

In meerdere brieven over het pgb heb ik u geïnformeerd over het financiële beeld rondom het pgb, waaronder de verwachte opbrengst van de pgb-maatregelen. Daarbij ben ik altijd transparant en volledig geweest over de veronderstellingen waarop ik mij heb gebaseerd. Ik verwijs u in het bijzonder naar de brieven van 21 juni, 15 september, 31 oktober en 8 november 2011.¹ Daar heb ik op dit moment niets aan toe te voegen.

Toegangscriteria voor de Vergoedingsregeling persoonlijke zorg

De leden van de GroenLinks-fractie vinden de wijze waarop de criteria voor de Vergoedingsregeling persoonlijke zorg worden uitgewerkt onvoldoende en het verbaast hen dat de staatssecretaris kiest voor een groeitraject dat tot criteria moet leiden die vanaf 1 januari 2014 zullen worden gehanteerd. Wat zijn hiervoor haar argumenten? Door de keuze voor een groeitraject in plaats van het op voorhand duidelijk opstellen van de criteria staat al vast dat na de invoering van de vergoedingsregeling de spelregels zullen worden veranderd. Omdat de uitvoering van de Vergoedingsregeling persoonlijke zorg binnen de budgettaire kaders plaats moet vinden, vrezen zij dat niet de werkbaarheid van de criteria, maar de budgettaire kaders leidend zullen zijn. Zij krijgen hierop graag een reactie van de staatssecretaris.

¹ Het gaat om de volgende brieven: 21 juni (TK, vergaderjaar 2010–2011, nr. 196), 15 september (TK, vergaderjaar 2010–2011, 25 657, nr. 84), 31 oktober (TK, vergaderjaar 2011–2012, 30 597, nr. 218) en 8 november (TK, vergaderjaar 2011–2012, 25 657, nr. 86).

Reactie staatssecretaris:

Het is duidelijk onder welke criteria een cliënt met een AWBZ-indicatie onder de vergoedingsregeling valt. Wel is een vraag voor welke specifieke groepen zorg in natura wel een oplossing kan bieden die er nu misschien nog niet is, dan wel voor welke doelgroepen waarvoor een vergoedingsregeling altijd een noodzakelijke mogelijkheid moet blijven. Ik ga dit in een zorgvuldig traject aan de hand van concrete voorbeelden uit de praktijk, in overleg met betrokken partijen (o.a. zorgkantoren en Per Saldo), onderzoeken om zodoende tot een gedragen beleid voor 2014 en later te komen. Zoals ik heb aangegeven in mijn brief van 1 december 2011 (TK, vergaderjaar 2011–2012, 25 657, nr. 87), staat voor mij centraal dat de cliënt zijn recht op zorg kan blijven effectueren. Dit is voor mij leidend bij het stellen van nadere voorwaarden aan de vergoedingsregeling.

Het 10-uurs criterium voor het in aanmerking komen voor de vergoedingsregeling roept bij de leden van de GroenLinks-fractie verschillende vragen op. Deze leden zijn van mening dat de 10-uursregeling onnodig bureaucratisch is en zien daarom graag een nadere onderbouwing van de noodzaak van die 10-uurs regeling. Wat is de reden dat de staatssecretaris kiest voor een ondergrens van 10 uur en waarom blijft deze ondergrens op 10 uur staan als mogelijk de functie begeleiding uit het verzekerd pakket wegvalt in 2013? Hoe hoog is het aantal mensen dat een indicatie heeft van minder dan 10 uur en hoe hoog is dit aantal wanneer de functies begeleiding individueel en groep niet worden meegeteld? Houdt de staatssecretaris de mogelijkheid open om de 10-uursregeling alsnog te schrappen?

Reactie staatssecretaris:

Zoals toegelicht in het VAO pgb van 9 november 2011, heb ik deze keuze voor de 10-uurs grens gemaakt op basis van inhoud, gesprekken met budgethouders en in het licht van de financiële problematiek van het pgb. De 10-uurs grens is een benadering voor de zorgvraag die zowel levenslang en levensbreed is. Onder deze uursgrens verwacht ik dat zorgkantoren in staat zijn om de cliënt een passend aanbod in natura te doen. Zoals aangegeven in mijn brief van 31 oktober 2011 (TK, vergaderjaar 2011–2012, 30 597, nr. 218), blijf ik in 2013 uitgaan van de 10-uurs grens. Ik stel deze grens niet naar beneden bij, omdat ik ervan uitga dat zorgaanbieders steeds beter in staat zullen zijn om cliënten met een intensieve zorgvraag van passende zorg te voorzien. Ik verwacht dat in 2013 circa 3500 mensen een beroep zullen doen op de vergoedingsregeling. Dit heb ik u gemeld in mijn brief van 8 november 2011 (TK, vergaderjaar 2011–2012, 25 657, nr. 86). Voor de onderbouwing van het beroep op de vergoedingsregeling ben ik uitgegaan van de mensen die momenteel een pgb hebben. Zoals in mijn brief van 8 november 2011 aangegeven (TK, vergaderjaar 2011–2012, 25 657, nr. 86), heeft circa 20% van de huidige mensen met een pgb een indicatie van minimaal 10 uur voor de functies begeleiding, verzorging en verpleging. Als begeleiding niet meer wordt meegeteld, heeft circa 30% van de huidige mensen met een pgb een indicatie voor minimaal 10 uur voor de functies verzorging en verpleging.

Volgens de leden van de GroenLinks-fractie bieden de criteria zoals ze in de brief worden verwoord (en per 1 januari 2012 gaan gelden) onvoldoende duidelijkheid, waardoor bijvoorbeeld verschillen kunnen ontstaan tussen zorgkantoorregio's. Genoemde leden vrezen dat mensen met een vergelijkbare zorgvraag in de ene regio wel in aanmerking zullen komen voor de vergoeding en in de andere regio niet. Zij krijgen daarop graag een reactie van de staatssecretaris. Is de staatssecretaris met deze leden van mening dat een dergelijk verschil in aanspraak op de vergoedingsre-

geling ongewenst is? Op welke manier voorkomt de staatssecretaris dat er verschil tussen verschillende zorgkantorregio's gaat ontstaan?

Reactie staatssecretaris:

Een cliënt dient zich eerst op het zorgaanbod te oriënteren, daarbij geholpen door het zorgkantoor. Een beroep op de vergoedingsregeling is pas mogelijk, nadat de cliënt na deze oriëntatie heeft vastgesteld dat er geen passend zorgaanbod aanwezig is. Zoals in mijn brief van 1 december 2011 aangegeven, toetst het zorgkantoor de aanvraag nog niet op het criterium passende zorg. Ik heb met de zorgkantoren afgesproken de komende jaren te gebruiken om aan de hand van praktijkervaringen hiervoor concrete criteria op te stellen. Met deze keuze is tevens uitgesloten dat er tussen de zorgkantoren op dit punt verschillen gaan ontstaan. Om te voorkomen dat de vergoedingsregeling in verschillende regio's anders wordt geïnterpreteerd, heeft de Kamer het kabinet verzocht om een landelijke commissie te installeren. Hier heb ik gehoor aan gegeven. Momenteel ben ik hierover in overleg met het College voor zorgverzekeringen.

De aanwezigheid van een zorgplan is één van de criteria waar het zorgkantoor op zal toetsen. Bijvoorbeeld de aanwezigheid van een aanvraagformulier, waarop aanvragers de redenen voor aanvraag van de vergoedingsregeling moeten invullen. Welke redenen worden daarin meegenomen en welke redenen vindt de staatssecretaris reden om de aanvraag als voldoende onderbouwd te zien? Gaat het daarbij bijvoorbeeld ook om ontevredenheid over aanbod, werkwijze of kwaliteit van gecontracteerde zorg in natura aanbieders? Hoe streng wordt het zorgplan getoetst?

Reactie staatssecretaris:

Het format van het zorgplan is als bijlage bij deze brief gevoegd. In dit plan wordt de cliënt onder andere gevraagd zijn bijzondere zorgvraag nader te typeren. Hiervoor kan de cliënt de voorgedrukte standaard antwoordcategorieën gebruiken, maar daarnaast is er ook ruimte om andere aspecten in te vullen (via een open vraag). Bij de standaard antwoord-categorieën kan de cliënt bijvoorbeeld aangeven of de zorg vooraf slecht is in te plannen, zorg nodig is op vele korte momenten op de dag en er behoefte is aan structuur en vastigheid van een vaste zorgverlener. Deze antwoordcategorieën zijn gebruikt, omdat mensen met een pgb deze zaken belangrijk vinden. Dit blijkt uit het onderzoek van Regioplan «Hoe regelt u uw zorg met een pgb». De cliënt dient deze vraag in te vullen, maar het is geen grond voor het zorgkantoor om een cliënt hierop af te wijzen.

Verder roept de uitwerking van criterium 5, de toets of alle in het zorgplan genoemde zorgaanbieders door het zorgkantoor zijn gecontracteerd, vragen op bij de leden van de GroenLinks-fractie. Bij de uitleg staat immers dat deze niet gecontracteerd mogen zijn. Hoe wordt dit criterium gehanteerd bij personen die deels de zorg bij gecontracteerde en deels bij niet gecontracteerde aanbieders willen inkopen? En wat als na toekenning van de vergoedingsregeling de aanbieder alsnog wordt gecontracteerd door het zorgkantoor, vervalt dan de aanspraak op de vergoedingsregeling?

Reactie staatssecretaris:

Bij dit criterium heb ik aangegeven dat er geen beroep op de vergoedingsregeling mogelijk is als de cliënt van plan is uitsluitend zorg in te kopen bij zorgaanbieders waar het zorgkantoor een contract mee heeft afgesloten. In dit geval heeft de vergoedingsregeling geen meerwaarde. Dus het is mogelijk een deel van de zorg bij een gecontracteerde zorginstelling in te

kopen. De aanspraak op de vergoedingsregeling vervalt niet als het zorgkantoor op een later moment wel met alle in het zorgplan genoemde zorgaanbieders een contract heeft afgesloten.

Inzet van mantelzorgers

De vergoedingsregeling mag ook worden ingezet om mantelzorg in te schakelen. De leden van de GroenLinks-fractie vragen hoe dit te rijmen is met het beoogde effect van de pgb-maatregelen om ongeveer een derde van de AWBZ-vragers ertoe te bewegen af te zien van AWBZ-zorg. Afzien van AWBZ-zorg kunnen alleen die mensen met een matige tot ernstige beperking die terug kunnen vallen op een netwerk van mensen om hen heen, die bereid zijn om de benodigde zorg en aandacht te leveren en/of over voldoende financiële middelen beschikken om particulier de zorg in te kopen. Met een indicatie van minder dan 10 uur dwingt de staatssecretaris mantelzorgers om meer zorg te leveren als de zorg in natura geen passend antwoord heeft. Wat maakt deze mantelzorgers anders dan mantelzorgers die hulp verlenen bij een indicatie vanaf 10 uur?

Reactie staatssecretaris:

Uit onderzoek onder mensen met een pgb komt naar voren dat ongeveer een derde van cliënten met een zorgvraag af zal zien van collectief geïndiceerde zorg vanuit de AWBZ, indien zij niet kunnen kiezen voor de pgb-regeling. De vergoedingsregeling is wezenlijk anders dan de pgb-regeling, omdat de cliënt zich eerst dient te oriënteren op het zorgaanbod in natura en moet voldoen aan het urencriterium. Het zorgkantoor beslist of de cliënt een beroep kan doen op deze regeling. Naar verwachting zal daarom nog steeds een grote groep cliënten geen beroep gaan doen op de AWBZ. Bij een indicatie van minimaal tien uur is sprake van een substantiële zorgvraag, waarbij de cliënt zelfstandig een zorgarrangement samenstelt indien men in aanmerking wenst te komen voor de vergoedingsregeling. Vergelijkbaar met de pgb-regeling kunnen ook mensen uit de directe nabijheid van de cliënt in dit zorgarrangement worden opgenomen.

Monitoring van de pgb-maatregelen

De leden van de GroenLinks-fractie steunen het voornemen van de staatssecretaris om de gevolgen van de pgb-maatregelen te monitoren. De staatssecretaris schrijft dat dat actief monitoren niet alleen het turven is van wat er gebeurt, maar dat het vooral gaat om het nagaan wat de effecten zijn van de pgb-maatregelen, om tijdig bijsturen en tot passende oplossingen te komen. De staatssecretaris schrijft ook dat het hierbij kan gaan om individuele gevallen. Deze leden vragen of dit betekent dat in individuele gevallen de vergoedingsregeling ook open staat voor mensen met een indicatie onder de 10 uur.

Reactie staatssecretaris:

In mijn brief van 8 december 2011 heb ik aangegeven dat mochten de uitkomsten van de monitor daartoe aanleiding geven, ik binnen de budgettaire kaders tot passende oplossingen zal komen. Daarbij treed ik met het oog op de zorgplicht van zorgkantoren allereerst in overleg met hen. Mocht dit niet tot het gewenste resultaat leiden dan zal ik bezien of het nodig is de regeling te versoepelen voor individuele gevallen. In het VAO van 9 november 2011 en mijn brief van 1 december 2011 heb ik aangegeven dat hier specifiek aandacht wordt gegeven aan cliënten met een indicatie van minder dan 10 uur AWBZ-zorg. De actieve monitoring moet uitwijzen of het hier gaat om bijzondere individuele casuïstiek of dat er sprake is van casuïstiek van cliënten, waarin gelijksoortige problemen zich manifesteren. Pas als dat bekend is, kan ik in overleg met alle

betrokkenen bezien of aanvullende criteria hiervoor een oplossing bieden dan wel het gaat om uitzonderlijke situaties waar algemeen geldende criteria geen oplossing bieden. Ik ga niet vooruit lopen op mogelijke uitkomsten.

Mensen hebben vaak noodgedwongen voor een pgb moeten kiezen, omdat er geen alternatief was. Wordt in de monitoring van de pgb-maatregelen ook aandacht besteed aan de verschillende overwegingen waarom mensen genoodzaakt zijn een beroep te doen op de vergoedingsregeling en of zij deze ook zelf kunnen uitvoeren?

Reactie staatssecretaris:

Ja.

Zoals eerder in deze inbreng al aangegeven, maken de leden van de GroenLinks-fractie zich zorgen over een mogelijk verschil in hanteren van de toegangscriteria door de verschillende zorgkantoren. In hoeverre wordt dit in de voorgestelde monitoring meegenomen? Is de staatssecretaris voornemens om te monitoren of er verschil in aanspraak tussen de verschillende zorgkantorregio's ontstaat?

Reactie staatssecretaris:

De gegevens over het beroep op de vergoedingsregeling worden verzameld per zorgkantoor waardoor eventuele verschillen zichtbaar worden. Er is geen verschil in AWBZ-aanspraak, omdat deze door het CIZ wordt bepaald. Daarnaast is het beroep op de vergoedingsregeling, net als bij de pgb-regeling, geen aanspraak.

De leden van de GroenLinks-fractie hechten net als de staatssecretaris aan een objectief oordeel over de aannames die ten grondslag liggen aan de pgb-maatregelen en de manier waarop deze zich ook daadwerkelijk voordoen. De staatssecretaris heeft ervoor gekozen dit onderzoek door het Sociaal en Cultureel Planbureau te laten uitvoeren. Genoemde leden vernemen graag waarom ervoor gekozen is het SCP opdracht te geven voor dit onderzoek. Wat zijn daarvoor de redenen? Heeft de staatssecretaris ook overwogen dit onderzoek door bijvoorbeeld het CPB te laten doen? Wat is de onderzoeksvraag voor dit onderzoek en wat zijn de deelvragen? Welke aannames omtrent de verschuivingen van patiëntenstromen laat de staatssecretaris onderzoeken?

Reactie staatssecretaris:

In het pgb-debat van 23 juni 2011 heb ik u gemeld dat het kabinet het SCP zal inschakelen voor de evaluatie. Het SCP is een gevestigd onafhankelijk onderzoeksinstituut met veel ervaring op het gebied van beleidsstudies op het terrein van de zorg, waaronder ook specifiek het pgb. Op verzoek van uw Kamer heb ik in aparte brieven van 21 juni 2011 (TK, vergaderjaar 2010–2011, 25 657, nr. 196) en 8 november 2011 (TK, vergaderjaar 2011–2012, 25 657, nr. 86) een overzicht gegeven van alle aannames waarop mijn berekeningen zijn gebaseerd. Daar ben ik altijd transparant in geweest.

De staatssecretaris stelt een landelijke commissie in die voor alle partijen de mogelijkheid biedt zicht te houden op de problemen die zich voor kunnen gaan doen. Uit de brief begrijpen de leden van de GroenLinks-fractie dat de staatssecretaris deze commissie tijdelijk wil instellen. Overweegt de staatssecretaris deze commissie in 2014 te verankeren, zodat de toegevoegde meerwaarde in stand blijft?

Reactie staatssecretaris:

Zoals ik onder andere in mijn brief van 15 september 2011 (TK, vergaderjaar 2010–2011, 25 657, nr. 84) heb aangegeven, zal de vergoedingsregeling vanaf 1 januari 2014 worden verankerd. In dit licht zal ik bezien of het wenselijk is opnieuw een landelijke adviescommissie in te stellen. Ik wil hierbij gebruik maken van de ervaringen in de komende twee jaren.

Definitie van kleinschalige pgb-gefinancierde wooninitiatieven

In de brief constateert de staatssecretaris dat de CVZ-definitie voor wooninitiatieven goed werkbaar is. Er zijn dit jaar pgb-wooninitiatieven gestart, die niet onder de pragmatische CVZ-definitie van een wooninitiatief vallen, omdat de bewoners op afzonderlijke huisnummers wonen. De leden van de GroenLinks-fractie krijgen graag uitleg hoe het kan dat een beperkt aantal wooninitiatieven buiten de budgetgarantie is gehouden. Op hoeveel aanvragen is geen budgetgarantie afgegeven en hoeveel daarvan zijn afgewezen omdat de bewoners een eigen huisnummer hebben? Is de staatssecretaris bereid met deze initiatieven in overleg te gaan om problemen die dit jaar spelen op te lossen?

Reactie staatssecretaris:

De definitie sluit aan bij wat het veld onder een pgb-gefinancierd wooninitiatief wordt verstaan. Daarnaast zou het niet uitgaan van afzonderlijke huisnummers betekenen dat ook beschermde woonvormen voor ouderen en aanleunwoningen voor ouderen tot de definitie gaan behoren. Het gaat hierbij om honderden initiatieven. Mij is bekend dat vanuit één organisatie recent om een oordeel van de voorzieningenrechter is gevraagd. Hierbij is geoordeeld dat het besluit van het zorgkantoor geen budgetgarantie toe te kennen aan bewoners met een eigen woonadres overeenkomstig is met het beleid en dat er geen sprake is van kennelijke onredelijkheid. Zoals gemeld in mijn brief van 1 december 2011 doet dit vraagstuk zich alleen voor in 2011, omdat de definitie op 1 januari 2012 komt te vervallen.

Tijdens het VAO over de pgb-maatregelen op 9 november 2011 stelde de staatssecretaris dat materieel invulling wordt gegeven aan de motie-Voortman c.s. (Kamerstuk 30 597, nr. 227) en dat de motie wordt uitgevoerd. De leden van de GroenLinks-fractie zijn echter van mening dat met de uitleg uit de brief niet wordt uitgevoerd wat die motie vraagt, namelijk dat de definitie van het CVZ van wooninitiatieven moet aansluiten op de praktijk van bestaande wooninitiatieven. Immers, door het in stand houden van die definitie blijven wooninitiatieven waarbij de bewoners elk een eigen huisnummer hebben uitgesloten van de budgetgarantie. Waarop baseert de staatssecretaris haar stelling dat de definitie voor wooninitiatieven werkbaar is gebleken? Is de staatssecretaris zich ervan bewust dat onlangs in een rechtszaak – die tegen het zorgkantoor was aangespannen door mensen die door deze definitie niet onder de budgetgarantie vielen – de rechter heeft gesteld dat het nog niet duidelijk is wat de gevolgen zijn van de toezegging van de staatssecretaris dat de motie-Voortman c.s. materieel wordt ingevuld?

Reactie staatssecretaris:

In de aangehaalde (door de Kamer verworpen) motie (Kamerstuk 30 597, nr. 227) wordt het kabinet verzocht om de definitie te laten aansluiten op de bestaande praktijk. Hiervoor heb ik aangegeven dat dit het geval is. Daarmee heb ik materieel invulling gegeven aan de motie, zoals gemeld in het VAO pgb van 9 november 2011.

De leden van de GroenLinks-fractie begrijpen dat de staatssecretaris de vragen over het herindicatietraject nog niet adequaat kan beantwoorden, maar zien de informatie naar aanleiding van de bijeenkomst op 8 december 2011 graag tegemoet. Ook vragen zij of de staatssecretaris voor het komende AO over de pgb-maatregelen nadere informatie kan geven over de mogelijke problemen bij het herindicatietraject ADL-clusters. Het herindicatietraject heeft namelijk voor meerdere cliënten geleid tot een lagere indicatie. Wat betekent dat voor de toezegging van de staatssecretaris dat de cliënt houdt wat hij/zij nu heeft?

Reactie staatssecretaris:

Alle huidige bewoners van een ADL-woning behouden hun indicatie voor de zorg naast de ADL-assistentie. In mijn brief «ADL-assistentie en pgb» van 23 december 2011 is dit nader toegelicht.

Vragen en opmerkingen van de ChristenUnie-fractie

De leden van de fractie van de ChristenUnie vragen hoe deze mensen die eventueel tussen wal en schip dreigen te vallen concreet worden geholpen. Waarom is in de 1 december brief geen duidelijke uitleg gegeven aan het eventueel ruimer maken van de vergoedingsregeling? Is het mogelijk om alsnog een uitleg te geven over dit eventuele scenario? In de brief staat wel, dat wanneer blijkt dat het gecontracteerde zorgaanbod niet in staat is om de gewenste zorg op tijd te leveren en het zorgkantoor geen mogelijkheden voor een alternatief heeft, dat vanaf 1 januari direct bekeken wordt of het nodig is om de vergoedingsregeling voor individuele gevallen te versoepelen. Worden hiermee ook die mensen bedoeld die niet voldoen aan het 10-uurs criterium?

Waarom is er in de brief niets geschreven over de bereidheid om het 10-uurs criterium te nuanceren? Waarom staat er in de brief dat een zorgaanvraag van cliënten die voor minder dan 10 uur per week zorg zijn geïndiceerd door het zorgkantoor wordt afgewezen? Waarom wordt er niets geschreven over de eventuele geboden ruimte zoals deze tijdens het debat naar voren kwam? Kan er alsnog een duidelijke uitleg worden gegeven hoe aan deze extra beleidsruimte invulling wordt gegeven?

Reactie staatssecretaris:

In mijn brief van 8 december 2011 heb ik aangegeven dat mochten de uitkomsten van de monitor daartoe aanleiding geven, ik binnen de budgettaire kaders tot passende oplossingen zal komen. Daarbij treed ik met het oog op de zorgplicht van zorgkantoren allereerst in overleg met hen. Mocht dit niet tot het gewenste resultaat leiden dan zal ik bezien of het nodig is de regeling te versoepelen voor individuele gevallen. In het VAO van 9 november 2011 en mijn brief van 1 december 2011 heb ik aangegeven dat hier specifiek aandacht wordt gegeven aan cliënten met een indicatie van minder dan 10 uur AWBZ-zorg. De actieve monitoring moet uitwijzen of het hier gaat om bijzondere individuele casuïstiek of dat er sprake is van casuïstiek van cliënten, waarin gelijksoortige problemen zich manifesteren. Pas als dat bekend is, kan ik in overleg met alle betrokkenen bezien of aanvullende criteria hiervoor een oplossing bieden dan wel het gaat om uitzonderlijke situaties waar algemeen geldende criteria geen oplossing bieden. Ik ga niet vooruit lopen op mogelijke uitkomsten.

De leden van de fractie van de ChristenUnie vragen wat de concrete prikkels zijn voor zorg in natura aanbieders om zich op korte termijn te vernieuwen. Ook vragen zij hoe er wordt omgegaan met dilemma's rondom adequate zorg. Als een cliënt bijvoorbeeld wil studeren in een

bepaalde stad, maar in deze stad geen adequate zorg aanwezig is, terwijl er in een andere studentenstad wel adequate zorg aanwezig is, wordt deze toekomstige student dan gedwongen om te kiezen voor een stad waar hij niet wil studeren? Of kan er dan wel aanspraak op de vergoedingsregeling worden gemaakt?

Reactie staatssecretaris:

Ik heb de contracteerplicht afgeschaft en dat betekent dat instellingen die onvoldoende aan de wensen van de cliënten tegemoet komen niet meer door het zorgkantoor worden gecontracteerd, en dus inkomsten gaan missen.

Tot wanneer blijft de vergoedingsregeling bestaan? In de brief van 15 september 2012 wordt aangegeven, dat voor 2012 een bedrag voor de vergoedingsregeling is geoormerkt. Kunnen deze leden ervan uitgaan dat de vergoedingsregeling ook daarna, zolang het aanbod van zorg in natura niet passend is, zal blijven bestaan?

Reactie staatssecretaris:

In mijn brieven van 15 september 2011 (TK, vergaderjaar 2010–2011, 25 657, nr. 84) en 31 oktober 2011 (TK, vergaderjaar 2011–2012, 30 597, nr. 218) heb ik aangegeven de vergoedingsregeling de komende jaren nauwgezet te monitoren om deze vervolgens per 1 januari 2014 te verankeren in de AWBZ.

De vergoedingsregeling komt voort uit de onmogelijkheden van zorg in natura om zorg te leveren in overeenstemming met het budgetplan. Wordt er geregistreerd wat de redenen zijn van toekenningen voor een vergoedingsregeling? Worden op deze wijze dan ook de tekorten aan zorg in natura geregistreerd?

Reactie staatssecretaris:

Ja.

De leden van de fractie van de ChristenUnie merken op dat er onderscheid wordt gemaakt tussen complexe en niet-complexe zorg. Waaruit blijkt dat voor niet-complexe zorg een «minder dan 10-uurs criterium» geldt? En waaruit blijkt dat complexe zorg, zorg is die minimaal aan het 10-uurs criterium voldoet?

Reactie staatssecretaris:

Onder cliënten met complexe zorg wordt verstaan cliënten met een substantiële, intensieve zorgvraag, waarvoor het gecontracteerd zorgaanbod op dit moment nog niet altijd een adequate invulling kan bieden. Het gaat hierbij bijvoorbeeld om cliënten die zorg nodig hebben die moeilijk planbaar is, veelal op korte zorgmomenten, op wisselende tijden en/of locaties. In de praktische uitwerking heb ik gekozen voor een eenduidig criterium, de 10-uurs grens.

Zijn er cliënten bekend met groepsbegeleiding die aan het 10-uurscriterium voldoen? Mogen om aan het 10-uurscriterium te voldoen persoonlijke verzorging en verpleging en begeleiding bij elkaar opgeteld worden? Zo ja, bestaat er ook een mogelijkheid om bijvoorbeeld persoonlijke verzorging in natura af te nemen en verpleging en begeleiding af te nemen via de vergoedingsregeling?

Reactie staatssecretaris:

Het is voor cliënten met alleen een indicatie voor groepsbegeleiding niet mogelijk om aan het 10-uurs criterium te voldoen, omdat maximaal voor 9 dagdelen een indicatie voor deze functie wordt afgegeven. De combinatie

van deze functie met andere AWBZ-functies kan wel leiden tot minimaal 10 uur. De functie groepsbegeleiding is overigens een vorm van AWBZ-zorg die vooraf goed planbaar is. De cliënt maakt daar op vooraf afgesproken dagdelen gebruik van. Zoals in de bijlage van mijn brief van 1 december 2011 (TK, vergaderjaar 2011–2012, 25 657, nr. 87) is toegelicht, wordt het aantal uren bepaald door de indicatie voor de verschillende functies bij elkaar op te tellen. Het is mogelijk om de zorg in natura af te nemen, mits minimaal 10 uur uit het indicatiebesluit wordt ingezet voor de vergoedingsregeling. Daarnaast geldt dat ook binnen de vergoedingsregeling de cliënt kan blijven kiezen voor een aanbieder die een deel van de zorg in natura (gecontracteerd bij het zorgkantoor) levert.

De leden van de fractie van de ChristenUnie merken op dat een aanzienlijk deel van de mensen met een dwarslaesie bij de nieuwe regeling buiten de boot zal vallen. Deze maatregel zal hen fors belemmeren in hun zelfstandigheid en in hun mogelijkheden om in de maatschappij te participeren. Een groot deel van de mensen met een dwarslaesie komt namelijk niet aan het 10-uurscriterium, terwijl de elementaire hulp die wordt geboden aan mensen met een dwarslaesie van persoonlijke aard is. Daarnaast zijn veel mensen met een dwarslaesie dagelijks in meer of mindere mate aangewezen op verzorging en individuele begeleiding, waarbij de beschikbaarheid van vaste verzorgenden weliswaar minder van belang is, maar het gaat hierbij voor een deel wel om assistentie op afroep en/of buiten de werktijden van veel grote thuiszorginstellingen. Deze leden vragen of het mogelijk is om mensen met een dwarslaesie, die beschikken over een AWBZ-indicatie voor persoonlijke verzorging en/of verpleging, ook als zij niet aan het 10-uurs criterium voldoen, in aanmerking te laten komen voor de vergoedingsregeling.

Reactie staatssecretaris:

Ook mensen met een dwarslaesie kunnen een beroep doen op de vergoedingsregeling, mits zij voldoen aan de toegangscriteria die voor deze regeling gelden. Deze zijn in de bijlage van mijn brief van 1 december 2011 (TK, vergaderjaar 2011–2012, 25 657, nr. 87) verder uitgewerkt. Uit het onderzoek van Regioplan «Hoe regelt u zorg met pgb?» (september 2011) blijkt dat 89% van de mensen met een dwarslaesie een AWBZ-indicatie heeft van minimaal 10 uur zorg per week.

De leden van de fractie van de ChristenUnie merken op dat een trekkingsrecht voor de vergoedingsregeling op korte termijn niet mogelijk is. Er zal voor 2012 worden aangesloten bij de huidige pgb-regeling. Waarom is een trekkingsrecht niet mogelijk? Gelden de maatregelen die voor de pgb-regeling per 2012 worden genomen bij de aanpak bij fraude ook voor de vergoedingsregeling? Gaan zorgkantoren bijvoorbeeld alle beginnende budgethouders actief ondersteunen bij het eerste gebruik? Wordt een aparte betaalrekening voor de vergoedingsregeling ook verplicht? Kunnen budgethouders hun vergoedingsregeling regelen via een bemiddelingsbureau?

Reactie staatssecretaris:

Zoals gemeld in mijn brief van 31 oktober 2011 (TK, vergaderjaar 2011–2012, 30 597, nr. 218), heb ik na een eerste inventarisatie geconcludeerd dat het niet mogelijk is om binnen een tijdsbestek van enkele maanden verantwoord een trekkingsrecht in te voeren. Ik heb er daarom voor gekozen om in ieder geval voor het jaar 2012 aan te sluiten bij de systematiek van de bestaande pgb-regeling. Ik onderzoek of met ingang van 1 januari 2013 een trekkingsrecht kan worden ingevoerd. De uitvoering van de vergoedingsregeling sluit zoveel mogelijk aan bij de systematiek van het pgb. Dit geldt ook voor de fraudeaanpak. Personen die gebruik maken van de vergoedingsregeling krijgen dezelfde onder-

steuning van zorgkantoren als personen met een pgb. Voor mensen die een beroep doen op de vergoedingsregeling geldt dat bemiddelingskosten niet uit dit budget betaald mogen worden. Dit is ook in de pgb-regeling zo geregeld. Ik stel vanaf 1 januari 2012 de aparte bankrekening alleen verplicht voor mensen met een pgb op basis van een indicatie voor verblijf. Hiervoor is gekozen om mensen met een pgb die dit met ingang van 2014 verliezen, niet extra te belasten. Deze uitzondering geldt ook voor de mensen die een beroep doen op de vergoedingsregeling. Voor iedereen (dus ook voor mensen die een beroep doen op de vergoedingsregeling) geldt dat met ingang van 2012 alleen bancaire betalingen zijn toegestaan, zodat geldstromen beter te volgen zijn.

ADL geeft geen toegang tot de vergoedingsregeling, maar wanneer iemand toegang heeft tot de vergoedingsregeling, dan kan men wel via deze regeling ADL-assistentie aanvragen. Wordt de ADL-assistentie dan op het te ontvangen bedrag geplust? Of gaat ADL-assistentie van het te ontvangen bedrag af?

Reactie staatssecretaris:

De zorg behorende bij de nieuwe aanspraak ADL-assistentie ontvangt de bewoner van een ADL-woning altijd in natura. ADL-assistentie is hulp die bewoners in de ADL-woning oproepen. Echter, veel bewoners hebben naast de aanspraak ADL-assistentie een indicatie voor andere AWBZ-zorg. Voor het organiseren van deze zorg heb ik geregeld dat nieuwe bewoners een beroep kunnen doen op de vergoedingsregeling. Voor hen geldt dan niet de toetsing aan de 10-uurs grens. Het bedrag dat vervolgens via de vergoedingsregeling beschikbaar komt, is berekend op basis van de geïndiceerde uren AWBZ zorg exclusief ADL-assistentie omdat deze in natura wordt geleverd en bekostigd.

De leden van de fractie van de ChristenUnie merken op dat het ook binnen de vergoedingsregeling mogelijk blijft om personen uit de naaste omgeving in te kopen. Betekent dit dat alleen mensen met een matige tot ernstige beperking terug kunnen vallen op een netwerk van mensen om hen heen, die bereid zijn om de benodigde zorg en aandacht te leveren en/of over voldoende financiële middelen beschikken om particulier de zorg in te kopen? Worden met een indicatie van minder dan 10 uur mantelzorgers gedwongen om meer zorg te leveren wanneer zorg in natura geen passend antwoord heeft? Wat maakt deze mantelzorgers anders, dan de mantelzorgers die hulp verlenen bij een indicatie vanaf 10 uur?

Reactie staatssecretaris:

Het is onjuist om te veronderstellen dat mensen met een lichte beperking niet worden ondersteund of met eigen middelen zorg moeten gaan inkopen. Indien zij beschikken over een AWBZ-indicatie komen zij immers in aanmerking voor zorg in natura. Daarbij is het niet ongebruikelijk dat deze personen worden ondersteund door mantelzorgers. Deze mantelzorgers worden niet gedwongen om meer zorg te leveren. Hun inbreng kan immers aanvullend zijn op de zorg in natura. Het is vooral het karakter van de vergoedingsregeling, waarbij de cliënt zelf een zorgarrangement heeft samengesteld voor een substantiële zorgvraag, die bepalend is voor de vraag of de mantelzorger in aanmerking komt voor een financiële vergoeding.

Ook willen de leden van de fractie van de ChristenUnie benadrukken dat zij het jammer vinden dat de zorgboerderijen niet als aparte groep zorgaanbieders worden meegenomen. Tot nu toe zijn er namelijk voor het jaar 2012 maar twee nieuwe zorgboerderijen gecontracteerd bij zorgkantoren (waarvan één groep samenwerkende zorgboerderijen). Genoemde

leden zijn van mening dat er wel degelijk speciaal beleid nodig is om ervoor te zorgen dat zorgboerderijen onderdeel blijven van het toekomstige zorgaanbod. Daarom vragen deze leden nadere uitleg van de staatssecretaris hoe zij er precies voor zorgt dat zorgboerderijen gecontracteerd worden. Zorgboeren zijn op dit moment druk bezig met het behalen van een kwaliteitscertificering. De leden van de ChristenUnie-fractie menen dat een kwaliteitscertificaat voldoende moet zijn om te worden gecontracteerd bij een zorgkantoor. Wordt deze stelling door de staatssecretaris gedeeld? Kan er worden aangegeven, hoe het hebben van een kwaliteitscertificaat bij het contracteren wordt meegenomen?

Reactie staatssecretaris:

De variëteit aan zorgboerderijen is zeer groot. Een belangrijk deel van de zorgboerderijen richt zich op andere doelgroepen dan personen met een AWBZ-indicatie, bijvoorbeeld arbeidsre-integratie. Het bedoelde kwaliteitscertificaat wordt afgegeven door de Federatie Landbouw en Zorg. Niet alle zorgboerderijen zijn bij deze federatie, de Stichting Verenigde Zorgboeren, aangesloten, terwijl niet alle aangeslotenen het kwaliteitskeurmerk (al) in bezit hebben. Zorginstellingen hebben een WTZi-toelating nodig als zij een contract met het zorgkantoor willen sluiten. Veel zorgboeren zijn inmiddels al toegelaten, hetzij individueel, hetzij collectief, hetzij doordat zij optreden als onderaannemer van een zorginstelling. Voor contractering door zorgkantoren is het – naast een toelating – noodzakelijk dat er voldoende vraag is naar het desbetreffende zorgaanbod. Zoals bekend, wordt de AWBZ-bekostigde zorg in de regelgeving niet omschreven in de vorm van voorzieningen, maar in de vorm van functies. Het ligt derhalve niet op mijn weg om via regelgeving de zorgkantoren tot het contracteren van zorgboerderijen te verplichten. Ik heb juist de contracteerplicht afgeschaft. Dit staat los van de waardering die ik heb voor de zorg die, uitzondering daargelaten, op zorgboerderijen wordt aangeboden. Ook sta ik positief ten opzichte van het kwaliteitscertificaat, een vorm van zelfregulering, van de eerdergenoemde federatie.

Tot slot willen de leden van de fractie van de ChristenUnie ingaan op het monitoren van de pgb-maatregelen. Het is mooi dat er wordt gestreefd naar een actieve monitoring. Deze leden zien dat er kernvragen zijn geformuleerd waarop het monitoren zal worden gebaseerd. Zij vragen of er bij het monitoren ook gekeken gaat worden naar de groep die niet voor de vergoedingsregeling in aanmerking komt.

Reactie staatssecretaris:

Ja.

Vragen en opmerkingen van de SGP-fractie

In de brief licht de staatssecretaris nogmaals toe waarom zij de vergoedingsregeling heeft geïntroduceerd, namelijk dat er in «bijzondere gevallen» (nog) geen adequaat zorgaanbod in natura (ZIN) beschikbaar is. De leden van de SGP-fractie vragen de staatssecretaris of zij een inschatting kan maken hoe groot de groep cliënten op dit moment is waarvoor nog geen passend zorgaanbod in natura beschikbaar is. Zij wensen daarbij graag een uitsplitsing naar cliënten met een indicatie van minder dan 5 uur, cliënten met een indicatie van 5–10 uur en meer dan 10 uur.

Reactie staatssecretaris:

Uit gesprekken met mensen met een pgb, zorgkantoren en zorgaanbieders heb ik geconcludeerd dat het zorgaanbod voor het merendeel van de cliënten met een extramurale indicatie toereikend is. Voor cliënten met een complexe zorgvraag waarvoor geen passende zorg beschikbaar is,

heb ik vanaf 1 januari 2012 de Vergoedingsregeling persoonlijke zorg geïntroduceerd. In mijn brief van 8 november 2011 (TK, vergaderjaar 2011–2012, 25 657, nr. 86), heb ik aangegeven dat ik verwacht dat in 2012 circa 3500 personen en in 2013 circa 7000 personen een beroep zullen doen op deze nieuwe regeling.

De omschrijving «(nog) geen adequaat zorgaanbod in natura» impliceert dat de staatssecretaris verwacht dat ZIN-aanbieders op termijn wel aan de flexibele zorgvraag kunnen voldoen. Kan de staatssecretaris aangeven wat haar verwachtingspatroon hierin is? Verwacht de staatssecretaris dat ZIN-aanbieders uiteindelijk alle zorg kunnen leveren, en is het in dat geval de bedoeling van de staatssecretaris om de vergoedingsregeling op termijn helemaal te laten verdwijnen? Of verwacht de staatssecretaris dat er altijd een groep cliënten voor de vergoedingsregeling in aanmerking zal blijven komen? Zo ja, hoe groot schat de staatssecretaris die groep cliënten in op langere termijn?

Reactie staatssecretaris:

In mijn brieven van 15 september 2011 (TK, vergaderjaar 2010–2011, 25 657, nr. 84) en 31 oktober 2011 (TK, vergaderjaar 2011–2012, 30 597, nr. 218) heb ik aangegeven de vergoedingsregeling de komende jaren nauwgezet te monitoren om deze vervolgens per 1 januari 2014 te verankeren in de AWBZ. Over het beroep op de regeling op langere termijn kan ik nu geen uitspraken doen. Dat hangt samen met de precieze voorwaarden die vanaf 1 januari 2014 aan de toegang worden gesteld. Wel verwacht ik dat het gecontracteerde zorgaanbod steeds beter in staat zal zijn om tegemoet te komen aan de zorg die thans via het pgb wordt ingekocht.

De staatssecretaris geeft aan dat de vergoedingsregeling is bedoeld voor mensen met een complexe zorgvraag. De staatssecretaris vult dat nader in door het 10-uurs criterium. Wil de staatssecretaris daarmee zeggen dat zij een complexe zorgvraag hetzelfde vindt als minimaal 10 uur per week zorg, zo vragen de leden van de SGP-fractie. Is het niet mogelijk dat iemand met een zorgvraag van bijvoorbeeld 8 uur ook een complexe zorgvraag heeft? En iemand met 12 uur per week een eenvoudige zorgvraag? Waarom heeft de staatssecretaris dan toch voor dit criterium gekozen?

Reactie staatssecretaris:

Onder cliënten met complexe zorg wordt verstaan cliënten met een substantiële, intensieve zorgvraag, waarvoor het gecontracteerd zorgaanbod op dit moment nog niet altijd een adequate invulling kan bieden. Het gaat hierbij bijvoorbeeld om cliënten die zorg nodig hebben die moeilijk planbaar is, veelal op korte zorgmomenten, op wisselende tijden en/of locaties. In de praktische uitwerking heb ik gekozen voor een eenduidig criterium, de 10-uurs grens.

De staatssecretaris schrijft in de brief dat het zorgkantoor de aanvraag voor de vergoedingsregeling afwijst indien uit het aanvraagformulier blijkt dat de aanvrager «minder dan 10 uur zorg van zijn/haar indicatiebesluit wil gebruiken voor de vergoedingsregeling». Op een andere plaats schrijft de staatssecretaris echter dat een cliënt een «indicatie moet hebben van minimaal 10 uur per week». Dat roept bij de leden van de SGP-fractie verwarring op. Is het aantal uren van de indicatie nu uiteindelijk leidend, of is de intentie van meer dan 10 uur per week inzet voor de vergoedingsregeling leidend? En indien het laatste het geval is: hoe gaat het met indicaties waarvan een deel (bijvoorbeeld 6 uur) wel door zorg in natura te leveren is en een ander deel (bijvoorbeeld 8 uur) niet? Kan dan slechts het

deel in ZIN geleverd worden, en vervalt daarmee het deel van de indicatie waarvoor ZIN nog geen aanbod heeft gecreëerd?

Reactie staatssecretaris:

Zoals in de bijlage bij mijn brief van 1 december 2011 (TK, vergaderjaar 2011- 2012, 25 657, nr. 87) aangegeven, moet de cliënt minimaal 10 uur van zijn of haar indicatiebesluit voor de vergoedingsregeling inzetten. Dit kan alleen als de cliënt over een indicatie van 10 uur of meer beschikt. De cliënt beslist zelf welke zorg deze via de vergoedingsregeling wenst te ontvangen. De cliënt dient zich wel te oriënteren of deze zorg in natura beschikbaar is, maar het zorgkantoor toetst hier niet op.

De staatssecretaris geeft aan dat de persoon toegang tot de vergoedingsregeling blijft houden als hij/zij bij de verantwoording aangeeft minder dan 10 uur zorg te hebben ingekocht. Anderzijds wordt wel vooraf aan de cliënt gevraagd of die voornemens is meer dan 10 uur van de indicatie in te zetten voor de vergoedingsregeling. Zal dit geen opwaartse druk met zich meebrengen, doordat sommige cliënten er veel aan gelegen is om de vergoedingsregeling te krijgen, zo vragen de leden van de SGP-fractie. Hoe groot schat de staatssecretaris de kans in dat mensen invullen dat ze meer dan 10 uur gebruik willen maken van de vergoedingsregeling, terwijl ze al van tevoren weten dat ze dat in de praktijk niet zullen doen?

Reactie staatssecretaris:

Het CIZ of Bureau Jeugdzorg geeft een indicatiebesluit af, die een cliënt recht geeft op AWBZ-zorg. Hierop heeft de cliënt geen invloed. Ik ga ervan uit dat een cliënt binnen de vergoedingsregeling een aantal uren zorg zal afnemen dat in het verlengde ligt van de geïndiceerde zorg. Ik wil er echter voor waken dat als een cliënt bijvoorbeeld een aantal maanden iets minder dan 10 uur afneemt, hij of zij dan uit de vergoedingsregeling wordt gezet. Kortom, ik zie op voorhand geen groot risico in het eventueel maximeren van het aantal geïndiceerde uren voor de vergoedingsregeling en de wijze waarop de cliënt zijn zorg zal inkopen.

De staatssecretaris heeft steeds gezegd dat het uitgangspunt «zorg in natura, tenzij» is. Betekent dit uitgangspunt dat het binnen een paar jaar steeds moeilijker zal worden om voor de vergoedingsregeling in aanmerking te komen? Zo ja, hoe ziet de staatssecretaris dat traject voor zich? Moet iemand die in eerste instantie in aanmerking komt voor de vergoedingsregeling omdat er op dat moment geen passend ZIN-aanbod voorhanden is, zich er eens in de zoveel tijd van vergewissen dat het ZIN-aanbod nog steeds niet beschikbaar is? Of wordt hierop alleen getoetst aan de poort?

Reactie staatssecretaris:

Ik ga ervan uit dat het zorgaanbod zich steeds beter zal richten op de zorgvraag van de cliënt en dat het zorgkantoor voor steeds meer cliënten die vallen onder de vergoedingsregeling een passend zorgaanbod zal inkopen. Dit punt zal in de monitor worden meegenomen. De cliënt dient zich alleen bij zijn eerste aanvraag op het zorgaanbod te oriënteren.

De staatssecretaris heeft in de brief van 8 november 2011 al aangegeven dat het op dit moment niet mogelijk is de doelgroep van de vergoedingsregeling nader te omschrijven, en herhaalt dit in deze brief. De leden van de SGP-fractie vragen de staatssecretaris aan te geven hoe groot zij het risico inschat dat verschillende zorgkantoren als gevolg hiervan anders omgaan met het verstrekken van de vergoedingsregeling. Hoe beperkt de staatssecretaris het risico daarop?

Reactie staatssecretaris:

Een cliënt dient zich eerst op het zorgaanbod te oriënteren, daarbij geholpen door het zorgkantoor. Een beroep op de vergoedingsregeling is pas mogelijk, nadat de cliënt na deze oriëntatie heeft vastgesteld dat er geen passend zorgaanbod aanwezig is. Zoals in mijn brief van 1 december 2011 aangegeven, toetst het zorgkantoor de aanvraag nog niet op het criterium passende zorg. Ik heb met de zorgkantoren afgesproken de komende jaren te gebruiken om aan de hand van praktijkervaringen hiervoor concrete criteria op te stellen. Met deze keuze is tevens uitgesloten dat er tussen de zorgkantoren op dit punt verschillen gaan ontstaan. Om te voorkomen dat de vergoedingsregeling in verschillende regio's anders wordt geïnterpreteerd, heeft de Kamer het kabinet verzocht om een landelijke commissie te installeren. Hier heb ik gehoor aan gegeven. Momenteel ben ik hierover in overleg met het College voor zorgverzekeringen.

De staatssecretaris schrijft dat het met de vergoedingsregeling mogelijk blijft om zorg bij personen uit de naaste omgeving in te kopen, mits zij een zorgvraag van minimaal 10 uur per week hebben. Als argument voert de staatssecretaris aan dat deze naasten vaak de voorkeur genieten van de cliënt. Zijn deze opmerkingen niet in strijd met het door de staatssecretaris gehanteerde uitgangspunt «zorg in natura, tenzij», zo vragen de leden van de SGP-fractie. Het is immers heel goed denkbaar dat cliënten waarvoor wel zorg in natura zorg beschikbaar is, toch liever zorg ontvangen van hun directe naaste(n). Bovendien: geldt dit ook niet voor cliënten met een kleinere zorgvraag dan 10 uur per week? Graag ontvangen deze leden een heldere reactie.

Reactie staatssecretaris:

Voorop staat dat eerst wordt gezien of zorg in natura kan voorzien in de zorgbehoefte van de cliënt. Indien dit in onvoldoende mate het geval is en het gaat om een substantiële zorgvraag, dan ontstaat een recht op de vergoedingsregeling. Bij de vergoedingsregeling kunnen, net als bij de pgb-regeling, ook personen in de naaste omgeving een financiële vergoeding ontvangen voor hun bijdrage in de zorglevering. Personen die geen toegang hebben tot vergoedingsregeling zullen voor hun naasten die zorg leveren geen financiële vergoeding ontvangen vanuit de AWBZ. Het is juist dat ook personen uit de naaste omgeving die cliënten ondersteunen met een zorgvraag minder dan 10 uur geen financiële vergoeding ontvangen vanuit de AWBZ.

Tijdens het debat van 9 november jl. hebben de leden van de SGP-fractie aangegeven dat het voor hen een punt van zorg is dat mensen die voor minder dan 10 uur per week recht op zorg hebben, uiteindelijk nergens terecht kunnen. In dit verband zijn deze leden blij met de herhaalde toezegging van de staatssecretaris dat het recht op zorg niet in het geding mag komen. Toch hebben de leden van de SGP-fractie nog een aantal vragen over de concrete uitwerking hiervan. Een voorbeeld kan verhelderend werken. Stel: iemand met een indicatie van 8 uur heeft een flexibele zorgvraag die niet planbaar is. Bovendien zijn de zorgmomenten vaak kort. Na diverse ZIN-aanbieders benaderd te hebben, bleek het niet mogelijk om deze zorg in natura te ontvangen. Garandeert de staatssecretaris in dat geval dat zo'n cliënt gebruik kan maken van de vergoedingsregeling, als ook voldaan is aan de andere voorwaarden, zoals een adequaat zorgplan? Zo ja, waarom houdt de staatssecretaris dan vast aan het 10-uurs criterium?

Een cruciale zin in de brief is: «Mocht het gecontracteerde zorgaanbod niet in staat zijn om de gewenste zorg op tijd te leveren en het zorgkantoor geen mogelijkheden hebben een alternatief zorgaanbod in te

kopen, dan zal ik direct vanaf 1 januari 2012 bekijken of het nodig is de vergoedingsregeling voor individuele gevallen te versoepelen.» Kan de staatssecretaris nader toelichten wat zij bedoelt met «bekijken of het nodig is»? Als het recht op zorg niet vervalt, dan is de vergoedingsregeling daarmee toch per definitie nodig, of zien de leden van de SGP-fractie dat verkeerd? Daarnaast ontvangen deze leden graag een toelichting waarom de staatssecretaris de woorden «individuele gevallen» toevoegt. Is dat niet overbodig, mede gelet op haar uitspraken dat het recht op zorg niet vervalt? Wat zijn de criteria om als «individueel geval» te worden aangemerkt? Wie bepaalt wie een individueel geval is en wie niet? Wordt hiermee gekozen voor een uitzondering (individuele gevallen) op een uitzondering (vergoedingsregeling)? Waarom kiest de staatssecretaris er niet voor het 10-uurscriterium te schrappen, maar wel het principe overeind te houden van «zorg in natura, tenzij»?

Reactie staatssecretaris:

In mijn brief van 8 december 2011 heb ik aangegeven dat mochten de uitkomsten van de monitor daartoe aanleiding geven, ik binnen de budgettaire kaders tot passende oplossingen zal komen. Daarbij treed ik met het oog op de zorgplicht van zorgkantoren allereerst in overleg met hen. Mocht dit niet tot het gewenste resultaat leiden dan zal ik bezien of het nodig is de regeling te versoepelen voor individuele gevallen. In het VAO van 9 november 2011 en mijn brief van 1 december 2011 heb ik aangegeven dat hier specifiek aandacht wordt gegeven aan cliënten met een indicatie van minder dan 10 uur AWBZ-zorg. De actieve monitoring moet uitwijzen of het hier gaat om bijzondere individuele casuïstiek of dat er sprake is van casuïstiek van cliënten, waarin gelijksoortige problemen zich manifesteren. Pas als dat bekend is, kan ik in overleg met alle betrokkenen bezien of aanvullende criteria hiervoor een oplossing bieden dan wel het gaat om uitzonderlijke situaties waar algemeen geldende criteria geen oplossing bieden. Ik ga niet vooruit lopen op mogelijke uitkomsten.

Tijdens het debat gaf de staatssecretaris aan dat zij niet op voorhand wilde zeggen dat de 10-uurs grens er niet toe doet omdat zij de financiële betrouwbaarheid van de vergoedingsregeling daarmee met één gebaar onderuit zou halen. Kan de staatssecretaris met een rekenvoorbeeld nader toelichten hoe zij dat bedoelde? Doelde de staatssecretaris hiermee op de groep van 30% die naar verwachting zal afzien van betaalde zorg?

Reactie staatssecretaris:

Als gevolg van de pgb-maatregelen verwacht ik dat één derde van de (potentiële) mensen met een pgb zal afzien van AWBZ-zorg. Het betreft een aanname die ik heb gebaseerd op diverse onderzoeken onder mensen met een pgb. Hierbij is ook verondersteld dat deze uitval evenredig is verdeeld naar de zwaarte van de beperkingen. Het is niet uit te sluiten dat dit effect zich vooral zal voordoen bij mensen met een lichte beperking. Ook het CPB wees al op dit risico. Budgettair gezien wordt voorzichtigheidshalve rekening gehouden met een mogelijk lagere opbrengst van de maatregel. Dit heb ik u gemeld in mijn brief van 31 oktober 2011 (TK, vergaderjaar 201–2012, 30 597, nr. 218). Indien de 10-uurs grens niet strikt wordt gehanteerd, neemt de omvang van de vergoedingsregeling toe en daarmee de financiële risico's. Het vermindert bovendien de druk op de zorg in natura om met een meer flexibel, passend aanbod te komen.

Tijdens het debat gaf de staatssecretaris aan dat het geld voor zorg in natura naar de vergoedingsregeling kan op het moment dat ZIN niet voldoet. Volgens haar zijn ZIN en de vergoedingsregeling communicerende vaten. De leden van de SGP-fractie vragen of dit in de praktijk zo werkt. Hoe verhoudt het weghalen van geld bij ZIN zich bijvoorbeeld met

aangegane contracten tussen zorgkantoren en ZIN-aanbieders? En wanneer komt de informatie beschikbaar of ZIN-aanbieders al dan niet inspelen op de nieuwe doelgroep? Is het dan al niet te laat om het geld in te zetten voor de vergoedingsregeling?

Reactie staatssecretaris:

In het VAO van 9 november 2011 heb ik aangegeven dat op macroniveau er sprake is van communicerende vaten daar waar het gaat om de beschikbare middelen voor zorg-in-natura, de vergoedingsregeling en de pgb-regeling. Zowel voorafgaand aan een bepaald jaar, als gedurende een uitvoeringsjaar wordt gekeken naar de ontwikkeling (de uitputting) van die middelen. Tevens wordt bij zorg in natura een bedrag gereserveerd (herverdelingsmiddelen) die gedurende het jaar – indien nodig – alsnog worden ingezet. Op deze wijze bestaan er dus ook gedurende een uitvoeringsjaar mogelijkheden om binnen de budgettaire kaders middelen in te zetten daar waar budgettaire knelpunten dreigen te ontstaan.

Voordat de cliënt een aanvraag kan doen voor de vergoedingsregeling, moet hij zich oriënteren op het bestaande zorgaanbod. In de brief heeft de staatssecretaris het over «een» zorgaanbieder. Klopt het dat een cliënt in aanmerking komt voor de vergoedingsregeling bij een afwijzing, of moet de cliënt meerdere zorgaanbieders benaderen? Zo nee, hoe wordt dan voorkomen dat mensen gaan zoeken naar een zorgaanbieder die niet geschikt is, om maar in aanmerking te komen voor de vergoedingsregeling, zo vragen de leden van de SGP-fractie.

Reactie staatssecretaris:

De cliënt dient zich minimaal bij één zorgaanbieder te oriënteren. In de praktijk kan het soms gaan om meerdere zorgaanbieders. Het is overigens niet zo dat de zorgaanbieder de cliënt afwijst, maar dat de cliënt op basis van zijn oriëntatie beslist of de geboden zorg al dan niet past bij zijn of haar specifieke zorgvraag.

De staatssecretaris geeft een aantal voorbeelden van criteria op grond waarvan de cliënt de zorg als niet passend kan beschouwen. In het Regioplan worden naast de genoemde criteria in de voetnoot ook nog andere criteria genoemd, zoals «keuzevrijheid zorgverlener» en «goede deelname aan de samenleving». Gelden deze criteria ook voor het bepalen of zorg passend is? Wie bepaalt uiteindelijk of de zorg van een ZIN-aanbieder passend is? Is de weging van de verschillende criteria uiteindelijk niet heel subjectief, zodat er heel eenvoudig verschil van inzicht kan ontstaan tussen cliënten en het zorgkantoor?

Reactie staatssecretaris:

Het format van het zorgplan is als bijlage bij deze brief gevoegd. In dit plan wordt de cliënt onder andere gevraagd zijn bijzondere zorgvraag nader te typeren. Hiervoor kan de cliënt de voorgedrukte standaard antwoordcategorieën gebruiken, maar daarnaast is er ook ruimte om andere aspecten in te vullen (via een open vraag). Bij de standaard antwoordcategorieën kan de cliënt bijvoorbeeld aangeven of de zorg vooraf slecht is in te plannen, zorg nodig is op vele korte momenten op de dag en er behoefte is aan structuur en vastigheid van een vaste zorgverlener. Deze antwoordcategorieën zijn gebruikt, omdat mensen met een pgb deze zaken belangrijk vinden. Dit blijkt uit het onderzoek van Regioplan «Hoe regelt u uw zorg met een pgb». De cliënt dient deze vraag in te vullen, maar het is geen grond voor het zorgkantoor om een cliënt hierop af te wijzen.