

Vergaderjaar 2013–2014

25 657

Persoonsgebonden Budgetten

Nr. 107

VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG

Vastgesteld 11 juni 2014

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft een aantal vragen en opmerkingen voorgelegd aan de Minister en Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de brief van 25 maart 2014 inzake de verankering van het persoonsgebonden budget in de Zorgverzekeringswet (Kamerstuk 25 657, nr. 104).

De op 22 april 2014 toegezonden vragen en opmerkingen zijn met de door de Minister en Staatssecretaris bij brief van 10 juni 2014 beantwoord. Vragen en antwoorden zijn hierna afgedrukt.

De voorzitter van de commissie,
Neppérus

Adjunct-griffier van de commissie,
Clemens

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 verankering van het persoonsgebonden budget (pgb) in de Zorgverzekeringswet (Zvw). Zij hebben nog enkele vragen.

In de brief wordt aangegeven dat in 2015 duidelijk zal worden of de verzekerde die voorheen gebruikt maakte van een pgb, na de overgangsperiode ook nog in aanmerking komt voor een Zvw-pgb. Hoe wordt dit duidelijk; wordt dit door de betreffende zorgverzekeraar aan de verzekerde gemeld?

Verzekeraars mogen in hun polissen aanvullende kwaliteitseisen stellen voor zorg die op basis van restitutie wordt vergoed. Welk type kwaliteitseisen kunnen door zorgverzekeraars worden gesteld?

Er zijn pgb-zorgaanbieders die bijvoorbeeld veel kleinschaliger werken dan zorg in natura- aanbieders, en daardoor niet aan dezelfde kwaliteitseisen kunnen voldoen als deze natura- aanbieders. De leden van de VVD-fractie vragen of deze pgb-zorgaanbieders feitelijk kunnen worden uitgesloten door de aanvullende kwaliteitseisen die zorgverzekeraars stellen.

Indien verzekerden voldoen aan de criteria voor het Zvw-pgb kunnen zij zelf kiezen voor een zorgaanbieder. In de hypothetische situatie waarin deze zorgaanbieder duurder is dan het ingekochte natura-aanbod, is het Zvw-pgb nooit hoger dan de kosten van het natura-aanbod. Echter, indien de verzekerde toch deze aanbieder wenst, is het dan mogelijk dat de verzekerde het deel van de kosten boven de natura-kostprijs zelf betaalt, en voor het overige gebruik maakt van het Zvw-pgb?

Een weigeringsgrond voor het Zvw-pgb is dat de verzekerde zich bij de verstrekking van het Zvw-pgb of het pgb in de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) in 2014 of eerdere periodes niet heeft gehouden aan de opgelegde verplichtingen. Wanneer de verzekerde zich niet houdt aan de opgelegde verplichtingen ten aanzien van deze pgb-regelingen in 2015 en later, kan dat dan ook een weigeringsgrond zijn voor het Zvw-pgb? Zo nee, waarom niet?

Wanneer een verzekerde gebruik maakt van het pgb in de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) of Jeugdwet en zich daarbij niet houdt aan de opgelegde verplichtingen, kan dat een weigeringsgrond zijn voor het Zvw-pgb? Zo nee, waarom niet?

Een weigeringsgrond voor het Zvw-pgb is dat binnen een periode van vijf jaar voorafgaande aan het verzoek tot toekennen van het Zvw-pgb, de verzekerde betrokken was bij een wegens opzettelijke misleiding door de verzekeringnemer opgezegde of ontbonden zorgverzekering. De leden van de VVD-fractie vragen waarom deze periode beperkt is tot vijf jaar.

Vragen en opmerkingen van de PvdA-fractie

De leden van de fractie van de PvdA zijn verheugd met het resultaat van de overleggen tussen Zorgverzekeraars Nederland (ZN), Per Saldo en VWS, waarin uiteindelijk is besloten dat zorgverzekeraars de mogelijkheid tot een Zvw-pgb opnemen in hun polissen. Deze leden hechten groot belang aan de verankering van het pgb in de Zorgverzekeringswet; met het pgb hebben mensen de mogelijkheid tot meer eigen regie in de zorg en meer keuzevrijheid om de zorg die ze nodig hebben zo in te richten als zij willen. Regie over eigen zorg betekent meer regie over eigen leven.

Afspraken over verankering Zvw-pgb

De leden van de PvdA-fractie zijn blij met het mooie resultaat dat is voortgekomen uit een overleg waarbij de verschillende betrokken partijen met elkaar aan tafel zijn gegaan. Wel hebben genoemde leden nog enkele vragen over het overeengekomen akkoord.

Inhoud afspraken

De leden van de fractie van de PvdA lezen dat in het onderhandelingsresultaat is overeengekomen dat de budgethouder verantwoordelijk is voor de kwaliteit van de ingekochte zorg, maar dat verzekeraars in hun polissen aanvullende kwaliteitseisen mogen stellen voor zorg die op basis van restitutie wordt vergoed. Zij hebben nog enkele vragen aan de bewindspersonen over wat deze aanvullende kwaliteitseisen zouden kunnen inhouden. Hoe zullen deze eisen worden opgesteld, en worden deze aanvullende kwaliteitseisen met andere partijen afgestemd? Wordt hier vanuit VWS op toegezien? Deze leden zijn benieuwd in hoeverre de aanvullende kwaliteitseisen nog bijdragen aan de kwaliteit van zorg, naast de gestelde huidige kwaliteitseisen. Welke aanvullende kwaliteitseisen kunnen volgens de bewindspersonen worden verwacht, die niet in de geldende reguliere kwaliteitseisen staan? Welke redenen bestonden er om deze dan niet in de algemeen geldende kwaliteitseisen op te nemen? Verder vragen de leden van de PvdA-fractie welke gevolgen deze aanvullende kwaliteitseisen zullen hebben voor pgb-houders. Heeft Per Saldo inspraak in de kwaliteitseisen die zullen worden gesteld? Genoemde leden doelen hiermee onder andere op de situaties van ouders die complexe medische zorg aan hun eigen kinderen verlenen. Wanneer voldoen zij aan bepaalde kwaliteitseisen van de verzekeraars? Wat zijn de mogelijkheden in dergelijke situaties wanneer zij niet aan de aanvullende kwaliteitseisen voldoen?

De leden van de PvdA-fractie lezen dat de verzekerde een budgetplan dient in te leveren bij de zorgverzekeraar, waarin hij aangeeft van welke zorgaanbieder(s) en/of verlener(s) hij gebruik wil maken. Wanneer hij aangeeft een natuurlijk persoon als zorgaanbieder te willen en dat deze zorgverlener voorbehouden handelingen zal uitvoeren, dan dient dit volgens het onderhandelingsresultaat conform de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) te geschieden. Deze leden zijn zich ervan bewust dat in de Wet BIG de mogelijkheid wordt geboden tot het overdragen van handelingen door een BIG-geregistreerde specialist, om ook medisch voorbehouden handelingen door natuurlijke personen te laten uitvoeren. Genoemde leden hebben deze mogelijkheid echter niet concreet teruggezien in het onderhandelingsakkoord. Zij hechten belang aan duidelijkheid omtrent deze mogelijkheid en vragen hierbij aan de bewindspersonen of deze mogelijkheid alsnog expliciet zou kunnen worden genoemd, om deze mogelijkheid scherper te krijgen voor zowel de verzekerden als hun «natuurlijke» zorgaanbieders, de BIG-geregistreerde artsen en specialisten, en de zorgverzekeraars.

De leden van de PvdA-fractie hebben kunnen lezen dat de geleverde zorg alleen achteraf wordt gedeclareerd, en dat er dus geen voorschot wordt verleend aan de pgb-houders. Deze leden hebben hierover enkele vragen. Ten eerste vragen zij in hoeverre dit onzekerheid met zich mee kan brengen wanneer de verzekerden de zorgverleners nog in dienst moeten gaan nemen. Bestaat er op deze manier van achteraf declareren niet een gevaar voor een blokkerende werking met betrekking tot het kunnen contracteren van zorgaanbieders en/of zorgverleners? Bestaat bij deze manier van betalen geen kans op onzekerheid bij zowel de verzekerde als de zorgaanbieder over de betalingen?

Hiernaast vragen genoemde leden wat de mogelijkheden voor de budgethouders zijn wanneer zij een bedrag moeten voorschieten, dat om financiële redenen voor hen eigenlijk geen mogelijkheid is. Bestaan er voor deze budgethouders mogelijkheden om toch een voorschot te ontvangen? De leden van de PvdA-fractie vinden het belangrijk dat voor zulke situaties een passende oplossing wordt geboden, zodat de continuïteit van de zorgverlening voor zowel de budgethouder als voor de zorgaanbieder kan worden gegarandeerd.

Vragen en opmerkingen van de SP-fractie

De leden van de SP-fractie hebben met enige zorgen kennisgenomen van de brief van de Minister en Staatssecretaris met betrekking tot de verankering van het persoonsgebonden budget in de Zorgverzekeringswet. Genoemde leden constateren dat mensen een persoonsgebonden budget kunnen aanvragen voor zorg uit de Wet maatschappelijke ondersteuning, de Wet langdurige zorg (Wlz) en de Jeugdwet. Zij vinden dat mooi, maar vragen naar de samenhang tussen deze wetten. Stel dat een persoon een persoonsgebonden budget heeft voor begeleiding uit de Wet maatschappelijke ondersteuning, maar eveneens een persoonsgebonden budget aanvraagt voor verpleging en/of verzorging uit de Zorgverzekeringswet, hoe is de samenhang dan geregeld? Wordt dit niet heel bureaucratisch voor personen die een persoonsgebonden budget willen aanvragen? Kunnen de bewindspersonen tevens toelichten aan welke voorwaarden personen moeten voldoen als zij een budgetplan invullen? Kunnen de bewindspersonen een overzicht sturen waaraan het budgetplan moet voldoen?

De leden van de SP-fractie merken op dat zorgverzekeraars de mogelijkheid krijgen om het persoonsgebonden budget in hun polissen te laten opnemen. Genoemde leden spreken hun zorgen uit over de term «mogelijkheid.» Moeten deze leden dit zo lezen dat zorgverzekeraars niet verplicht worden om een persoonsgebonden budget aan te bieden? Zij zien dat het concurrentiemodel in de zorg verder uitgebreid wordt, doordat mensen die een persoonsgebonden budget willen aanvragen, afhankelijk gemaakt worden van private zorgverzekeraars die besluiten een persoonsgebonden budget al dan niet aan te bieden. Welk doel beogen de bewindspersonen hiermee? Vinden zij het wenselijk dat zorgverzekeraars hierdoor kunnen bepalen of het aanbieden van een persoonsgebonden budget aan de populatie binnen hun gebied wel of niet voordelig is? Vinden de bewindspersonen het wenselijk dat zorgverzekeraars ervoor kunnen kiezen geen persoonsgebonden budget aan te bieden, indien zij dit niet voordelig achten? Is het de bedoeling van de bewindspersonen dat het persoonsgebonden budget op den duur zal verdwijnen?

De leden van de SP-fractie constateren dat naast de mogelijkheid die zorgverzekeraars krijgen om een persoonsgebonden budget aan te bieden, zij ook kunnen bepalen in welke mate zij zorg via een persoonsgebonden budget vergoeden. Waarom hebben de bewindspersonen hiervoor gekozen? Gaat dit ertoe leiden dat zorgverzekeraars verschillende tarieven gaan hanteren? Ook willen deze leden weten of de bewindspersonen de zorgen delen dat dit gaat leiden tot een «race to the bottom» als het gaat om het hanteren van de laagste tarieven? Genoemde leden wijzen erop dat verzekeraars private organisaties met winstoogmerk zijn, zij vrezen dat verzekeraars lage tarieven gaan hanteren om zo goedkoper uit te zijn. Kunnen de bewindspersonen een toelichting geven hoe dit straks geregeld gaat worden?

De leden van de SP-fractie maken zich zorgen over de overgangperiode. Zij constateren dat mensen die nu een persoonsgebonden budget hebben, dit kunnen behouden tot 31 december 2015. Waarom kiezen de bewindspersonen ervoor om iedereen te herindiceren? Kunnen de bewindspersonen voorts toelichten aan welke voorwaarden mensen moeten voldoen om hun persoonsgebonden budget na 31 december 2015 te kunnen behouden?

Vragen en opmerkingen van de CDA-fractie

De leden van de CDA-fractie hebben kennisgenomen van de brief van de Minister en Staatssecretaris over de verankering van het persoonsgebonden budget in de Zorgverzekeringswet. Deze leden hebben de verschillende stukken over het persoonsgebonden budget in de Zorgverzekeringswet ontvangen. Voor deze leden bestaan er nog onduidelikheden over de randvoorwaarden en inhoud van het Zvw-pgb. Zo vragen zij in hoeverre dit Zvw-pgb wel een echt pgb is. Zij hebben daarom hierover nog een aantal vragen.

De leden van de CDA-fractie lezen dat het instrument in de Zorgverzekeringswet een eigen naam heeft gekregen, namelijk het Zvw-pgb. Zoals eerder aangegeven vragen deze leden waarom men hier spreekt van een pgb, omdat er pas wordt uitgekeerd na declaratie. Dit betekent dat er sprake is van een restitutiemogelijkheid in een naturapolis. De leden van de CDA-fractie willen weten of dit betekent dat de zorgvragers eerst de rekening zelf moeten betalen. Zijn de bewindspersonen ervan op de hoogte dat deze bedragen hoog kunnen oplopen, zeker aangezien alleen mensen met specifieke (dure) zorgvragen gebruik kunnen maken van deze mogelijkheid? Garanderen de bewindspersonen dat deze mensen hierdoor niet in de financiële problemen kunnen raken? Genoemde leden willen weten waarom er geen voorschot wordt verleend.

De leden van de CDA-fractie lezen dat bij een Zvw-pgb de verzekerde declaraties indient bij zijn zorgverzekeraar. Na indiening moet de verzekerde worden betaald. Genoemde leden willen weten hoe snel dit gebeurt, omdat het kan gaan om hoge bedragen. Wordt hier een uiterlijke termijn voor geregeld? Er wordt bovendien gesteld dat de zorgverzekeraar een Zvw-pgb kan intrekken indien de verzekerde «surseance van betaling heeft aangevraagd». Deze leden willen weten of dit ook geldt wanneer een verzekerde dit doet door hoog opgelopen zorgkosten, waarvoor nog geen restitutie is ontvangen.

In het onderhandelingsresultaat worden de uitgangspunten van het Zvw-pgb op een rij gezet. De leden van de CDA-fractie zijn het ermee eens dat de budgethouder verantwoordelijk is voor de kwaliteit van de ingekochte zorg, welke beoordeeld wordt aan de in het onderhandelingsresultaat opgenomen kwaliteitscriteria. Zij vragen echter welke aanvullende kwaliteitseisen door zorgverzekeraars gesteld mogen worden voor zorg die op basis van restitutie wordt vergoed. Daarnaast willen deze leden weten of deze criteria al gelden in het eerste jaar, 2015.

De leden van de CDA-fractie hebben kennisgenomen van de doelgroep van het Zvw-pgb wijkverpleging. Zij vragen waarom ervoor is gekozen ouderen hiervan uit te sluiten. Graag horen zij hier een verklaring voor. Klopt het dat ouderen (door ouderdomsproces) die op 31 december 2014 een geldig indicatiebesluit hebben, per 1 januari 2016 worden uitgesloten van een pgb? En wat verandert er voor hen in het overgangsjaar 2015? De leden van de CDA-fractie lezen dat het hierbij gaat om ouderen met functiebeperkingen door «normale verouderingsprocessen». Deze leden willen graag weten wat wordt verstaan onder «normale verouderingspro-

cessen». Hoe stelt een zorgverzekeraar vast dat hiervan sprake is? Het kan toch niet de bedoeling zijn dat door deze beschrijving grote groepen cliënten – c.q. ouderen – automatisch buiten de pgb-regeling vallen? Sluit deze definitie bijvoorbeeld alle ouderen uit met artrose en hartfalen? Is kanker bij een 80-jarige een ouderdomsziekte? Kortom, kunnen de bewindspersonen toelichten wat zij met deze formulering beogen? De leden van de CDA-fractie zien hierop graag een uitgebreide reactie.

Over de toegang tot het Zvw-rgb heerst bij de leden van de CDA-fractie nog onduidelijkheid. Zo vragen zij wat wordt verstaan onder het «vaak nodig hebben van zorg op wisselende en ongebruikelijke tijdstippen en/of op afroep». Betekent dit dat mensen die minder vaak deze zorg nodig hebben buiten de boot gaan vallen? Genoemde leden zien hier graag duidelijkheid over, wanneer wel en wanneer niet?

De aanspraak op een Zvw-rgb wijkverpleging kan ook geschieden door een natuurlijk persoon. De leden van de CDA-fractie lezen dat «de door de natuurlijk persoon geboden zorg (mede) voorbehouden handelingen betreft», en dat dit conform de Wet BIG dient te geschieden. Deze leden vragen of zorgverzekeraars op de hoogte zijn van het feit dat geautoriseerde personen deze voorbehouden handelingen ook mogen uitvoeren. En belangrijker nog; wat betekent dit precies voor mantelzorgers? Mantelzorgers verrichten vaak verschillende taken, waarbij verzorging overgaat in verpleging en weer afgewisseld wordt met begeleiding. Kunnen zorgverzekeraars bijvoorbeeld bepalen of mantelzorgers ingezet mogen worden, door middel van een maximumtarief of een bepaald aantal uren? Genoemde leden vragen of de zorg duurder wordt als mensen alleen professionals mogen inhuren. Betekent dit dat mantelzorgers straks niet betaald mogen worden vanuit het Zvw-rgb?

De leden van de CDA-fractie begrijpen dat wanneer een negatieve beslissing wordt genomen ten aanzien van de toekenning van een Zvw-rgb, de verzekerde een klacht mag indienen bij zijn zorgverzekeraar. Deze wordt vervolgens beoordeeld door eerst de zorgverzekeraar, en wellicht in tweede instantie door de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekering (SKGZ). Genoemde leden vinden het belangrijk dat de verzekeraar in de tussentijd een zorgplicht heeft. Deze moet «op een of andere manier goed worden ingevuld». Deze leden horen graag wat hieronder wordt verstaan.

Volgens het onderhandelingsresultaat «kan de modaliteit van toekenning van het Zvw-rgb per zorgverzekeraar verschillen». De leden van de CDA-fractie willen weten of dit betekent dat mensen bij de ene zorgverzekeraar meer zorg krijgen dan bij de andere. Deze leden horen graag wie ervoor zorgt dat zij een redelijk tarief bieden. Is het mogelijk dat mensen bij de ene zorgverzekeraar wel in aanmerking komen voor een persoonsgebonden budget, en bij de andere niet? Delen de bewindspersonen de constatering van de leden van de CDA-fractie dat mensen die afhankelijk zijn van de overgehevelde langdurige zorg vanuit de AWBZ niet eenvoudig kunnen wisselen van zorgverzekeraar (in verband met indirecte risicoselectie)? Mag de zorgverzekeraar aanvullende kwaliteitseisen stellen wanneer mensen in aanmerking kunnen komen voor een persoonsgebonden budget? Mogen zorgverzekeraars straks dus bepalen dat zij een Zvw-rgb vanuit kwaliteitseisen niet verlenen?

Wat betreft passend gebruik en materiële controle wordt gesproken over het «regulerings- en toezichtskader». De leden van de CDA-fractie willen graag weten wanneer over dit kader uiterlijk duidelijkheid wordt verschaft.

De leden van de CDA-fractie lezen dat verzekerden vanaf 1 januari 2016 alleen recht hebben op een pgb voor wijkverpleging indien zij voldoen aan de voorwaarden zoals gesteld in artikel 8.1 en 8.2 van het onderhandelingsresultaat. Deze leden vragen wanneer mensen hierover uiterlijk zekerheid krijgen van de zorgverzekeraar. Delen de bewindspersonen de mening van deze leden dat hieraan een uiterlijke datum moet worden gesteld, bijvoorbeeld 1 september 2015, waaraan zorgverzekeraars zich moeten houden, zodat mensen niet te lang in onzekerheid hoeven te zitten? Graag horen deze leden hierop een duidelijke reactie.

De leden van de CDA-fractie merken op dat er straks verschillende soorten pgb's zijn. Een Wmo-rgb in combinatie met een Zvw-rgb en een Jeugdwet-rgb in combinatie met een Zvw-rgb. Nadat de gemeente of de zorgverzekeraar heeft vastgesteld dat er een aanspraak op zorg of ondersteuning is, zijn de voorwaarden om in aanmerking te komen voor een pgb bij alle wetten anders. De leden van de CDA-fractie willen weten of budgethouders nu dubbele administraties moeten gaan bijhouden, of de Sociale Verzekeringsbank (SVB) dat moet gaan doen. Bestaat er een mogelijkheid voor een integrale alles-in-1-regeling, om deze vorm van bureaucratie tegen te gaan?

De leden van de CDA-fractie lezen dat het pgb in de Zvw voor mensen met een (vaak goedkopere) naturopolis wordt opgehangen aan artikel 13 van de Zvw. Dit artikel regelt nu nog dat mensen een groot deel van hun zorg vergoed krijgen wanneer de door hen gekozen zorgverzekeraar geen contract heeft gesloten met de door hen gewenste zorgverlener. Er ligt inmiddels een wetsvoorstel in de Kamer dat zorgverzekeraars de zorg niet meer hoeven te vergoeden als er geen contract afgesloten is. Wat betekent dit voor de toekomst van het pgb? Kunnen zorgverzekeraars in de toekomst er ook voor kiezen om de vergoeding van het pgb op 0% te zetten?

De leden van de CDA-fractie lezen in de slotbepaling dat VWS een voorstel zal indienen voor de verankering van het Zvw-rgb in de Zorgverzekeringswet, via een wijziging van het wetsvoorstel Wijziging van de Wet marktordening gezondheidszorg en enkele andere wetten. Deze leden willen weten wanneer dit gebeurt. Zij vragen of de contouren ervan al geschetst kunnen worden bij het schriftelijk overleg. Graag ontvangen zij hierop een reactie.

«Partijen zijn ontvankelijk voor elkaars vragen en opmerkingen en spreken af in 2015 en 2016 periodiek te bezien of het Zvw-rgb de beoogde toekomstbestendige oplossing is...». De leden van de CDA-fractie willen weten wie dit uiteindelijk beoordeelt.

De leden van de CDA-fractie merken op dat is afgesproken om het instrument vanaf het begin goed te monitoren. Deze leden vragen hoe dit wordt vormgegeven. Wat is het doel van deze monitoring? Wordt dit gedaan in combinatie met de overige persoonsgebonden budgetten? Wanneer geven de resultaten van de monitoring aanleiding om de afspraken, waar nodig, aan te passen? Worden de resultaten van deze monitoring gecommuniceerd met de Kamer? Zo ja, binnen welk tijdsbestek?

Vragen en opmerkingen van de PVV-fractie

De leden van de PVV-fractie hebben kennisgenomen van de brief van de Minister en Staatssecretaris over de verankering van het pgb binnen de Zorgverzekeringswet, maar hebben hierover nog wel een aantal vragen en opmerkingen.

ZN, Per Saldo en VWS hebben de afgelopen maanden intensief overleg gevoerd over de wijze waarop de bouwstenen van het pgb een plek kunnen krijgen in de Zvw. Het overleg heeft geleid tot afspraken over de wijze waarop zorgverzekeraars vorm gaan geven aan het Zvw-rgb en over wat daarbij van verzekerden wordt verwacht.

Uitgangspunten

Het verbaast de leden van de PVV-fractie ten zeerste dat bij de uitgangspunten zoals die zijn geformuleerd tot twee keer toe wordt verwezen naar artikel 13 van de Zorgverzekeringswet, terwijl dit artikel al geruime tijd ter discussie staat. Is het de bedoeling van de bewindspersonen om straks via het afschaffen/aanpassen van artikel 13 ook de mogelijkheid tot het verkrijgen van een pgb teniet te doen?

Toegang tot en omvangbepaling wijkverpleging

In opdracht van VWS wordt door V&VN een triage/indicatie instrument ontwikkeld, zodat de objectiviteit van het indicatieproces is geborgd. De mogelijkheid bestaat dat de wijkverpleegkundige in dienst komt van de gemeente, die er financieel profijt van heeft als de zorg geleverd gaat worden vanuit de Zorgverzekeringswet. Welke invloed kan een gemeente nog hebben op het indicatieproces?

Doelgroep van het Zvw-rgb wijkverpleging

Waarom is het Zvw-rgb niet toegankelijk voor mensen, bij wie de functiebeperkingen veroorzaakt zijn door normale verouderingsprocessen, zo vragen de leden van de PVV-fractie met stomheid geslagen.

Bepalen omvang aanspraak Zvw-rgb

De modaliteit van toekenning van het Zvw-rgb kan per zorgverzekeraar verschillen (bijvoorbeeld een maximum toereikend budget voor een bepaalde tijdsperiode of een aantal uren tegen een toereikend tarief). De leden van de PVV-fractie vragen hoe deze bepaling zich verhoudt tot de zorgplicht van de zorgverzekeraar. Als een cliënt recht heeft op een pgb, is er heel vaak sprake van ontoereikende zorg door reguliere aanbieders. Moet de cliënt daar dan toch maar genoegen mee nemen als het budget op is? Hoe belangrijk is dan de kwaliteit van zorg nog?

Partijen hebben afgesproken dat het Zvw-rgb een basis zal krijgen in de Zorgverzekeringswet. VWS zal daartoe een voorstel bij de Kamer indienen. Het ligt in de rede dit te doen via een nota van wijziging van het wetsvoorstel Wijziging van de Wet marktordening gezondheidszorg en enkele andere wetten, teneinde te voorkomen dat zorgverzekeraars zelf zorg verlenen of zorg laten aanbieden door zorgaanbieders waarin zij zelf zeggenschap hebben. Moet dit niet gewoon een pakketmaatregel worden via de Zorgverzekeringswet, zo vragen de leden van de PVV-fractie.

Tot slot gaan de leden van de PVV-fractie in op het eigen risico. De aanspraak wijkverpleging komt volledig onder het eigen risico. Dat betekent voor heel veel mensen al direct een rekening van minimaal € 360 in januari. De eigen bijdragen zoals men die kent en die via het CAK worden berekend, hebben een minimum van € 19 per periode (13 per jaar). Rekent men de € 360 van het eigen risico om in 13 termijnen, dan komt dat op een bedrag van € 27 per periode. Genoemde leden vragen hoe dit gecompenseerd gaat worden.

Vragen en opmerkingen van de D66-fractie

De leden van de D66-fractie hebben met interesse kennisgenomen van de brief over de wijze waarop het persoonsgebonden budget in de Zorgverzekeringswet zal worden geborgd. Zij tonen zich zeer verheugd dat het overleg tussen de bewindspersonen, Zorgverzekeraars Nederland en Per Saldo – waartoe de Kamer de regering had opgeroepen in de motie-Bergkamp c.s.¹ – tot een voor alle partijen bevredigend resultaat heeft geleid, waarmee het pgb ook in de Zvw wordt verankerd. Deze leden hebben nog enkele vragen, die zij de bewindspersonen hierbij voorleggen.

De leden van de D66-fractie vragen waarom er ten principale voor gekozen is verzekerden bij wie de functiebeperking wordt veroorzaakt door «normale verouderingsprocessen», uit te sluiten van een Zvw-vgb. Zij vragen wat precies moet worden verstaan onder «normale verouderingsprocessen». Voorts vragen deze leden de bewindspersonen aan te geven hoeveel mensen die thans zorg inkopen met behulp van een pgb, daar géén recht op hadden gehad, mocht het criterium «normale verouderingsprocessen» nu reeds van toepassing zijn geweest.

De leden van de D66-fractie vragen of het met het Zvw-vgb mogelijk is om een deel van de zorgbehoefte in natura te ontvangen, en een deel zelf in te kopen met behulp van een pgb. Deze leden vragen voorts op welke wijze en door wie de precieze omvang van de aanspraak voor het Zvw-vgb wordt vastgesteld. Wie bepaalt straks de van toepassing zijnde tarieven? Is dat de zorgverzekeraar? Op welke wijze zal worden geborgd dat de tarieven toereikend zijn?

De leden van de D66-fractie lezen dat de toegang tot het Zvw-vgb wijkverpleging gelijk is aan de toegang tot reguliere gecontracteerde wijkverpleging. Genoemde leden hebben naar aanleiding daarvan nog enkele vragen over de rol en positie van de wijkverpleegkundige in relatie tot de aanvraag van een Zvw-vgb. Door wie en wanneer wordt bijvoorbeeld met de zorgvrager besproken of hij of zij gebruik wil maken van zorg in natura, dan wel door middel van een pgb? Naar wie kan de wijkverpleegkundige doorverwijzen indien de zorgvrager aangeeft gebruik te willen maken van een pgb? En wie stelt het zorgplan, dat verplicht wordt gesteld in de aanspraak wijkverpleging, op indien de zorg wordt verleend door bijvoorbeeld een mantelzorger met behulp van een pgb?

De leden van de D66-fractie lezen dat een criterium om in aanmerking te kunnen komen voor een Zvw-vgb is, dat de zorgvrager «vaak» zorg nodig heeft op wisselende en ongebruikelijke tijdstippen en/of meerdere locaties. Wat moet in dit verband onder vaak worden verstaan?

De leden van de D66-fractie lezen in het onderhandelingsresultaat dat waar het (mede) voorbehouden handelingen betreft, de door een natuurlijk persoon geboden zorg dient te geschieden in overeenstemming met de Wet BIG. Deze leden vragen wat deze bepaling in de praktijk concreet kan betekenen voor bestaande budgethouders met een indicatie voor verpleging of verzorging in de huidige AWBZ. Kunnen de afspraken over het Zvw-vgb in de praktijk leiden tot een aanscherping van de eisen waaraan verplegers of verzorgenden, ingekocht met een pgb, moeten voldoen ten opzichte van de huidige situatie? Kan in de praktijk ook zorg (blijven) worden ingekocht bij niet-BIG-geregistreeerde zorgverleners? Zo ja, wanneer wel en wanneer niet? Kan een BIG-geregistreeerde zorgverlener bepaalde handelingen «mandateren» of «uitbesteden» aan een

¹ Kamerstuk 25 657, nr. 99

niet-geregistreerde zorgverlener? Kan dat ook een mantelzorger of familielid zijn? Wat zijn de consequenties voor kleinschalige wooninitiatieven zoals Fokus-wonen? En hoe moet in dit licht het woord «mede» in de betreffende zin worden begrepen?

De leden van de D66-fractie hebben enkele vragen over het overgangsrecht. Zij lezen in het onderhandelingsresultaat dat bestaande pgb-houders hun recht op zorg behouden in de vorm van een Zvw-rgb, maar vragen wat dit recht op zorg inhoudt en tegen welke condities. Blijven bijvoorbeeld in de overgangperiode de tarieven 2014 voor verpleging en verzorging uit de AWBZ van toepassing, zodat budgethouders dezelfde zorg kunnen blijven inkopen? En zullen budgethouders die onder het overgangsrecht vallen, te allen tijde hun huidige zorgverleners kunnen behouden?

De leden van de D66-fractie constateren dat zorgbehoevend straks in aanmerking kunnen komen voor een pgb op grond van verschillende wetten, zoals de Wmo, de Jeugdwet, de Zvw en de Wlz. Wanneer iemand te maken heeft met verschillende wetten, zal hij ook te maken krijgen met verschillende «loketten», zoals de gemeente, de zorgverzekeraar of het zorgkantoor. Genoemde leden tonen zich beducht dat dit voor budgethouders gaat leiden tot veel bureaucratische rompslomp en ontvangen ter zake graag een nadere toelichting van de bewindspersonen. Voorts constateren deze leden dat de pgb-systematiek tussen deze wetten verschilt. In de Wlz, Wmo en Jeugdwet zal sprake zijn van een systeem van trekkingsrechten, in de Zvw is sprake van restitutie. Wat betekent dit voor de uitvoering door de Sociale Verzekeringsbank? Zal de SVB moeten werken met naast elkaar werkende (administratieve) systemen? En wat betekent het restitutiesysteem concreet? Het kan bij een pgb immers gaan om in omvang zeer aanzienlijke bedragen, die niet iedereen zal kunnen voorschieten.

Vragen en opmerkingen van de ChristenUnie-fractie

De leden van de ChristenUnie-fractie hebben kennisgenomen van het onderhandelingsresultaat overeengekomen tussen Per Saldo, ZN en VWS over het verankeren van een pgb in de Zvw. Deze leden zijn blij dat deze partijen elkaar hebben weten te vinden in het maken van afspraken. Het was ook de nadrukkelijke wens van genoemde leden dat er een mogelijkheid van een pgb in de Zvw zou komen. Door middel van de gemaakte afspraken moet een grote groep verzekerden meer mogelijkheden hebben om zelf regie over hun zorg te houden. Toch hebben zij wel een aantal vragen over het behaalde resultaat.

De leden van de ChristenUnie-fractie zouden ten eerste een nadere feitelijke toelichting op de overeengekomen afspraken willen ontvangen. Zij lezen dat er potentieel tussen de 30.000 en 50.000 budgethouders straks door de transitie in het Zvw-regime terecht komen. Kan dit uitgesplitst worden per leeftijdscategorie? Om hoeveel middelen gaat dit in totaal? Wat is het gemiddelde budget wat deze cliënten per jaar toegekend krijgen? In hoeverre verwachten zorgverzekeraars dat het toevoegen van een Zvw-rgb ervoor gaat zorgen dat de basispremie zal dalen? Waarom wel of waarom niet?

De leden van de ChristenUnie-fractie vragen in hoeverre verzekerden een gelijkwaardige keuze kunnen maken tussen gecontracteerde zorg en een Zvw-rgb.

De leden van de ChristenUnie-fractie vragen welke afspraken er zijn gemaakt indien cliënten met een persoonsgebonden budget wisselen van zorgverzekeraar. Op welke wijze wordt hun zelf ingekochte zorg bij het wisselen van verzekeraar geborgd? Binnen welke termijn moeten zorgverzekeraars besluiten of ze een persoonsgebonden budget wel of niet aan een cliënt toekennen?

Genoemde leden lezen dat de modaliteit van toekenning van het Zvw-pgb per zorgverzekeraar kan verschillen. Deze leden vragen of ook het percentage van het toegekende budget ten opzichte van gecontracteerde zorg per zorgverzekeraar kan verschillen. Zo ja, waarom? Zo nee, wie bepaalt dit percentage? Kan het toegekende budget voor meerdere jaren worden vastgelegd? Op welke wijze wordt bepaald en gecontroleerd dat het toegekende budget door zorgverzekeraars voldoende is om daadwerkelijk zorg mee in te kopen?

De leden van de ChristenUnie-fractie lezen dat geleverde zorg alleen achteraf kan worden gedeclareerd, er wordt geen voorschot verleend. Kunnen de bewindspersonen nader uiteenzetten op welke wijze budgethouders hun zorg moeten voorschieten? Binnen welke termijn dienen zorgverzekeraars het voorgeschoten budget uit te keren aan budgethouders? Kunnen de bewindspersonen door middel van (gemiddelde) inkomensgegevens van budgethouders en kosten voor een persoonsgebonden budget voor de functie verpleging en verzorging aantonen dat budgethouders ertoe in staat zijn om de zorg voor te schieten? Welke clausules zijn er indien iemand wel recht heeft op een persoonsgebonden budget maar niet de financiële middelen om dit voor te schieten?

De leden van de ChristenUnie-fractie lezen dat het mogelijk is om een Zvw-pgb te combineren met overige vormen van gecontracteerde zorg. Hoe zal dit in de praktijk werken?

In bijlage 2, waarin een vergelijking wordt gemaakt tussen de verschillende persoonsgebonden instrumenten, worden het Zvw-pgb en restitutie samengetrokken in één tabel? Waarom? Deze leden zouden hierop graag een nadere toelichting zien. Gelden er geen andere uitgangspunten voor een restitutiepolis bij een Zvw-pgb? Of worden de algemene voorwaarden van een restitutiepolis veranderd?

De leden van de ChristenUnie-fractie lezen dat er een aantal weigeringsgronden zullen gelden voor zorgverzekeraars om een Zvw-pgb toe te kennen waaronder, wanneer het aannemelijk is, dat het Zvw-pgb niet voorziet in toereikende zorg van goede kwaliteit. Wie bepaalt wat goede kwaliteit is? Wie bepaalt of zorg wel of niet toereikend is? Zijn de bewindspersonen het met deze leden eens dat dit de budgethouder zelf zal moeten zijn? Kunnen deze leden ervan uitgaan dat op basis van de gemaakte afspraken er voor 2015 geen aanvullende kwaliteitseisen door zorgverzekeraars worden gesteld?

De leden van de ChristenUnie-fractie merken op dat budgethouders hun werkgeverstaken kunnen uitbesteden aan de SVB. Wanneer deze budgethouders ook een pgb in de Wmo/Jeugdwet/Wlz hebben, is het dan mogelijk om de administraties bij de SVB samen te voegen?

De leden van de ChristenUnie-fractie merken op dat mensen met een beperking die ondersteuning nodig hebben, dit vaak moeten aanvragen voor verschillende regelingen vanuit verschillende wetten. Dit is bureaucratisch; vervelend voor de burger, duur voor de overheid.

Op welke wijze kan er een integraal alles-in-1-budget voor verschillende levensdomeinen, zowel binnen gemeenten als voor de overlap met de Zorgverzekeringswet en de Wlz worden gecreëerd?

In paragraaf 3.3 van het onderhandelingsresultaat zijn criteria geformuleerd wanneer een verzekerde gebruik kan en mag maken van een Zvw-pgb. Het eerste criterium luidt: «het vaak nodig hebben van zorg op wisselende momenten en ongebruikelijke tijdstippen en/of op meerdere locaties». Zijn de bewindspersonen het met deze leden eens, dat ook als verzekerden bijvoorbeeld een keer in de week zorg op een andere locatie of ander tijdstip moeten krijgen, zij voor een Zvw-pgb in aanmerking dienen te komen?

Bij het overgangsrecht in paragraaf 8 wordt verwoord dat budgethouders hun recht op zorg in de vorm van een Zvw-pgb behouden. Er staat echter niet vermeld onder welke condities. De leden van de ChristenUnie-fractie vragen op dit punt een nadere toelichting.

Vragen en opmerkingen van de GroenLinks-fractie

De leden van de GroenLinks-fractie zijn verheugd dat met voorliggend voorstel een eerste stap wordt gezet tot het invoeren van een instrument voor eigen regie in de Zorgverzekeringswet. Wat deze leden betreft hoort het uitgangspunt te zijn dat wanneer iemand zorg en ondersteuning nodig heeft, diegene zoveel mogelijk zelf moet kunnen bepalen hoe die zorg eruit ziet. Ongeacht op basis van welke wet deze zorg nodig is en ongeacht de zwaarte van de zorgvraag.

Voorliggend voorstel zien de leden van de fractie van GroenLinks als een eerste stap naar meer eigen regie in de Zorgverzekeringswet. Het is wat deze leden betreft zeker geen eindstation. Zij vernemen graag wat de kwalificatie van de bewindspersonen van voorliggend voorstel is. Willen zij zich, net als genoemde leden, inzetten voor verdere verankering van eigen regie in alle zorgwetten? Zijn de bewindspersonen, net als de leden van de GroenLinks-fractie, van mening dat met de ervaringen van voorliggend voorstel gekeken moet blijven worden naar verdere mogelijkheden voor eigen regie in de Zorgverzekeringswet? En dat dit een eerste stap is naar een volwaardig pgb voor de zorg in de Zorgverzekeringswet? Wordt bijvoorbeeld gekeken naar mogelijkheden voor uitbreiding van de doelgroep van voorliggend voorstel of uitbreiding naar andere zorg in de Zorgverzekeringswet?

Voor de leden van de GroenLinks-fractie is uitgangspunt dat wie nu een pgb heeft voor zorg die naar de Zorgverzekeringswet wordt overgeheveld, deze zorg via een pgb moet kunnen blijven regelen. Deze leden zijn ook van mening dat daarbij rekening gehouden moet worden met de uitgangspunten van een solide pgb, zodat de keuze voor een pgb ook echt een positieve keuze is en mensen ook echt de eigen regie kunnen voeren. Genoemde leden vragen in hoeverre het voorstel ook betekent dat wanneer mensen nu een pgb hebben voor zorg en waarvan de zorg naar de Zorgverzekeringswet wordt overgeheveld, zij die zorg met een pgb zelf kunnen blijven regelen. Kunnen de bewindspersonen meer duidelijkheid geven over de condities waaronder mensen die nu een pgb hebben deze in de vorm van een Zvw-pgb kunnen behouden? Hoe is het overgangsrecht geregeld? Wordt bijvoorbeeld het tarief voor verpleging en verzorging uit de AWBZ in 2014 overgenomen, zodat budgethouders dezelfde zorg kunnen blijven inkopen?

De leden van de GroenLinks-fractie verbazen zich over het voornemen om voorliggend voorstel bij de Kamer in te dienen door middel van een nota van wijziging op het wetsvoorstel Wijziging van de Wet marktordening gezondheidszorg en enkele andere wetten. In de ogen van deze leden betekent dat huidige wetsvoorstel namelijk een inperking van de eigen regie door de opgenomen aanpassing van artikel 13 van de Zorgverzekeringswet. Waarom maken de bewindspersonen de keuze om een voorstel tot uitbreiden van de eigen regie onder te brengen in een wetsvoorstel dat de eigen regie juist inperkt? Daarnaast vragen de leden van de GroenLinks-fractie wat het opnemen van voorliggend voorstel voor het pgb in die wet betekent voor de behandeling ervan. Op het moment van indienen van de bijdrage voor het schriftelijk overleg is er nog geen duidelijkheid over de betekenis van de afspraken tussen kabinet en fracties in de Kamer over de langdurige zorg, maar ook over de keuzevrijheid in de zorg. Duidelijkheid over de plannen met betrekking tot het wijzigen van artikel 13 van de Zorgverzekeringswet komt mogelijk pas bij de begrotingsvoorstellen voor komend jaar. Betekent dit dat ook het voorstel voor een pgb in de Zorgverzekeringswet dan pas naar de Kamer zal komen? Of zijn de bewindspersonen voornemens een apart wetsvoorstel voor het invoeren van een persoonsgebonden budget in de Zorgverzekeringswet naar de Kamer te sturen? Dat laatste zou wel de voorkeur hebben van de leden van de GroenLinks-fractie gezien het belang dat zij hechten aan eigen regie in alle zorgwetten en snelle duidelijkheid over het pgb in de Zorgverzekeringswet.

De leden van de GroenLinks-fractie krijgen graag meer uitleg over de gekozen doelgroep voor het pgb in de Zorgverzekeringswet. Op basis van welke informatie en uitgangspunten is tot de voorgestelde afbakening gekomen? Klopt het dat mensen met functiebeperkingen veroorzaakt door normale verouderingsprocessen van de regeling worden uitgesloten? Betekent dit dat ouderen die wijkverpleging nodig hebben, uitgesloten worden van het pgb? Kunnen de bewindspersonen hierover meer uitleg geven? Waarom is er voor gekozen de doelgroep op deze manier af te bakenen? Op basis van welke informatie is tot deze afbakening gekomen? Zijn de bewindspersonen voornemens om te blijven kijken naar uitbreiding van de doelgroep? Wat de leden van de GroenLinks-fractie betreft moet iedereen die daartoe in staat is eigen regie door middel van een pgb kunnen voeren, ook als men dat wil doen naar aanleiding van ouderdomsklachten. Deze leden krijgen dan ook graag een reactie op de uitspraak van de koepel voor ouderenorganisaties dat dit een vorm van leeftijdsdiscriminatie is.

De leden van de GroenLinks-fractie zijn van mening dat de criteria voor toekenning van het pgb zo objectief mogelijk moeten zijn en dat zij zo helder mogelijk geformuleerd dienen te zijn. Een van de voorgestelde criteria is «het vaak nodig hebben van zorg op wisselende momenten en ongebruikelijke tijdstippen en/of op meerdere locaties». Deze leden vragen of dit criterium niet veel te onduidelijk is en te veel ruimte geeft aan zorgverzekeraars om mensen een pgb te weigeren. Wie bepaalt bijvoorbeeld wat «vaak» is? En wie bepaalt wanneer sprake is van wisselende momenten en ongebruikelijke tijdstippen? Wat de leden van de GroenLinks-fractie betreft mag een dergelijk criterium er niet toe leiden dat de toegang tot het pgb nauwer wordt.

Ook zorg die met een pgb wordt ingekocht hoort van goede kwaliteit te zijn, zeker wanneer het gaat om lijfgebonden zorg. De leden van de GroenLinks-fractie krijgen wel graag meer uitleg over de bepaling dat voorbehouden handelingen conform de Wet BIG dienen te geschieden. Deze leden horen graag van de bewindspersonen of het hierbij ook gaat

om geautoriseerde personen die voorbehouden handelingen mogen uitvoeren. Zou dit onderdeel moeten zijn van de polisvoorwaarden?

De leden van de GroenLinks-fractie begrijpen dat het voorstel is om de geleverde zorg alleen achteraf te mogen declareren. Genoemde leden vragen wat hiervan de gevolgen zijn voor budgethouders die veel zorg nodig hebben en dus een groot pgb hebben. Verwachten de bewindspersonen dat zij dat voorschieten? Is er voor deze mensen een oplossing mogelijk, bijvoorbeeld in de vorm van voorschotten?

De bewindspersonen verwachten dat mensen die gebruik willen maken van een pgb daarmee bij de keuze voor een zorgverzekeraar rekening kunnen houden. De leden van de GroenLinks-fractie vragen op welke manier geborgd wordt dat mensen ook echt voldoende en goede informatie krijgen om die keuze te kunnen maken. Kunnen de bewindspersonen uitleggen welke informatie zorgverzekeraars beschikbaar moeten stellen? Zien de bewindspersonen er ook op toe dat die informatie voldoende toegankelijk is?

Een zorg- of ondersteuningsvraag laat zich niet in de papieren werkelijkheid van verschillende zorgwetten dwingen. De leden van de GroenLinks-fractie vragen hoe de afstemming van het Zvw-pgb met de pgb-mogelijkheden in andere wetten is geregeld. Nu kunnen budgethouders vanuit verschillende wetten een pgb krijgen. Zijn de bewindspersonen het met deze leden eens dat wanneer deze verschillende regelingen via één budget zouden lopen dit veel bureaucratie voor budgethouders zou kunnen besparen? Willen de bewindspersonen stimuleren dat gemeenten meer gaan werken aan integrale budgetten, zoals bijvoorbeeld al in Delft gebeurt met een integraal budget voor de Jeugdwet, de Wmo en de Participatiewet?

Vragen en opmerkingen van de SGP-fractie

De leden van de SGP-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van de brief waarin de Minister en Staatssecretaris beschrijven hoe zij het persoonsgebonden budget in de Zorgverzekeringswet willen verankeren. Zoals genoegzaam bekend zijn deze leden een groot voorstander van keuzevrijheid en eigen regie voor alle vormen van (langdurige) zorg. Zij zijn daarom blij met de verankering van het pgb in de Zvw, maar hebben nog wel veel vragen over de gemaakte keuzes.

Vooraf willen de leden van de SGP-fractie opmerken dat zij het zowel inhoudelijk als procedureel beter vinden passen de wijziging onder te brengen bij de behandeling van de Wet langdurige zorg. Zij vragen de bewindspersonen daarom of zij bereid zijn een nota van wijziging in te dienen bij het wetsvoorstel Wet langdurige zorg.

Inhoud afspraken

Onder 1.2 lezen de leden van de SGP-fractie dat de toegang van het Zvw-pgb wijkverpleging gelijk is aan de toegang tot reguliere gecontracteerde wijkverpleging en dat hiervoor een triage/indicatie instrument ontwikkeld wordt. Kunnen de bewindspersonen aangeven aan welke vormgeving van dit instrument op dit moment gedacht wordt?

Onder 2.1 lezen de leden van de SGP-fractie dat de mensen die functiebeperkingen hebben die veroorzaakt zijn door normale verouderingsprocessen niet in aanmerking kunnen komen voor een Zvw-pgb. Genoemde leden vragen waarom hiervoor gekozen is. Waarom zou een familie, die

een hulpbehoevende vader of moeder thuis wil laten wonen, geen pgb mogen inzetten?

Onder 3.1 lezen de leden van de SGP-fractie dat de zorgverzekeraar iemand die dat wenst een persoonsgebonden budget verstrekt dat hem «in staat stelt» de geïndiceerde wijkverpleging van (niet-gecontracteerde) aanbieders te betrekken. Hoe verhoudt deze bepaling zich tot de vrijheid van verzekeraars om in hun polissen bekend te maken welke vergoeding zij hun verzekerde zullen bieden voor de zorg die de verzekerde met zijn Zvw-rgb wil inkopen? Wat wordt verstaan onder «in staat stellen»? Wordt dit per aanvraag beoordeeld op basis van het zorgplan, of wordt het bedrag bepaald op basis van de algemene polisvoorwaarden? Wie bepaalt of een budget toereikend is voor het inkopen van kwalitatief goede zorg?

De leden van de SGP-fractie vragen om een nadere toelichting waarom gekozen is voor elk van de criteria die genoemd worden onder 3.3. Waarom is gekozen voor de toevoeging dat mensen «vaak» zorg nodig hebben op wisselende en ongebruikelijke tijdstippen en/of op meerdere locaties? Waarom zou er geen recht kunnen zijn op een pgb als dit «soms» nodig is?

Waarom is ervoor gekozen om onder 4.1 te bepalen dat, indien de door de natuurlijk persoon geboden zorg (mede) voorbehouden handelingen betreft, dit dient te geschieden conform de Wet BIG? Is het daardoor niet meer mogelijk om mensen zorg te laten verlenen die wel over de benodigde vaardigheden beschikken, maar niet BIG-geregistreerd zijn?

De leden van de SGP-fractie lezen onder 4.4 dat de zorgverzekeraars een reglement gaan opstellen voor de pgb-aanspraak wijkverpleging. Wordt dit een gestandaardiseerd reglement voor alle verzekeraars of kan elke verzekeraar dat individueel bepalen?

Waarom is er onder 4.7 voor gekozen dat geleverde zorg alleen achteraf kan worden gedeclareerd en er geen voorschot kan worden verleend, zo vragen de leden van de SGP-fractie. Zal dit voor met name mensen met een laag inkomen geen onoverbrugbare drempel worden om gebruik te maken van een pgb? Waarom is er niet gekozen voor een trekkingsrecht, zoals ook het geval is bij de Wlz en de Wmo?

Interpreteren de leden van de SGP-fractie de bepaling onder 5.2 goed dat een verzekeraar geen pgb mag weigeren als een verzekerde bereid is het verschil tussen de prijs van gecontracteerde aanbieders en de prijs van de door hem gewenste aanbieder bij te betalen? Hoe wordt deze bepaling uitgelegd als er geen adequate zorg in natura voorhanden is?

De leden van de SGP-fractie lezen dat verzekeraars de vrijheid hebben om in hun polissen bekend te maken welke vergoeding zij hun verzekerde zullen bieden voor de zorg die de verzekerde met zijn Zvw-rgb wil inkopen en dat de verzekerde daar bij de keuze voor zijn zorgverzekeraar rekening mee kan houden. Hoe hebben de bewindspersonen hierin meegewogen dat de doelgroep in de praktijk vaak beperkt van verzekeraar kan wisselen, aangezien zij vanwege de aanvullende verzekeringen die zij nu hebben en het bijbehorende zorggebruik vaak niet door andere verzekeraars zullen worden geaccepteerd?

De leden van de SGP-fractie lezen dat verzekerden in ieder geval in 2015 gebruik kunnen maken van de ondersteuning van de SVB en dat er wordt gezocht naar een toekomstbestendige oplossing vanaf 2016. Kunnen de

bewindspersonen aangeven waaraan zij in dit geval denken en waarom ondersteuning door de SVB niet toekomstbestendig zou zijn?

Overgangsrecht

De leden van de SGP-fractie lezen dat verzekerden die op 31 december 2014 een geldige indicatie hebben voor verpleging en verzorging tot en met 31 december 2015 hun zorg voortzetten met een Zvw-pgb. Kunnen de bewindspersonen aangeven of de hoogte van het Zvw-pgb even hoog zal zijn als het pgb dat mensen nu hebben, of kan het zijn dat de verzekeraars – met de polisvoorwaarden – zelf mogen bepalen wat de hoogte zal zijn van het Zvw-pgb? Als dat het geval is, zal het dan voor veel mensen niet onmogelijk worden om te blijven voldoen aan de huidige verplichtingen, bijvoorbeeld om ingehuurde werknemers te betalen?

Weigeringsgronden

De leden van de SGP-fractie lezen dat de zorgverzekeraar een Zvw-pgb kan weigeren, herzien, dan wel intrekken indien de zorgverzekeraar vaststelt dat onvoldoende aannemelijk is dat met het Zvw-pgb wordt voorzien in toereikende zorg van goede kwaliteit. Wat wordt verstaan onder «onvoldoende aannemelijk»? Waarom is niet gekozen voor een formulering dat de verzekeraar moet aantonen dat niet wordt voorzien in toereikende zorg van goede kwaliteit?

Vragen en opmerkingen van de 50PLUS-fractie

De leden van 50PLUS-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van de plannen omtrent de verankering van het pgb in de Zorgverzekeringswet. Deze leden zijn blij met het feit dat deze verankering is vormgegeven, maar hebben wel enige vragen hieromtrent.

De brief van de Minister en Staatssecretaris stelt dat «steeds duidelijker is geworden dat onder de AWBZ een groep mensen een pgb heeft, voor wie dat mogelijk niet het beste instrument was of die dat eigenlijk nooit zelf wilden. Voorbeelden zijn budgethouders die het pgb «ingeprikt» hebben gekregen door bemiddelingsbureaus en/of hulpverleners en budgethouders (of hun vertegenwoordigers) die de verantwoordelijkheden die bij een pgb horen niet kunnen waarmaken.»

In het onderhandelingsresultaat in de bijlage wordt dit nader uitgewerkt. Daarin staat dat het Zvw-pgb toegankelijk is voor mensen die langdurig op wijkverpleging zijn aangewezen. Maar hierbij mogen de functiebeperkingen niet veroorzaakt zijn door normale verouderingsprocessen. Deze leden vragen wat onder normale verouderingsprocessen wordt verstaan. Zijn hier criteria voor? Gaat dit alleen om verouderingsprocessen op geestelijk gebied of ook lichamelijk? Deze leden stellen dat het wellicht waar is dat er misbruik is gemaakt van kwetsbare ouderen door malafide pgb-bureaus, maar dat deze maatregel compleet zijn doel voorbij schiet. De leden van de 50PLUS-fractie stellen dat het uitsluiten van mensen die normale verouderingsverschijnselen vertonen van het Zvw-pgb neerkomt op discriminatie van ouderen. Zijn de bewindspersonen het daarmee eens? Zo nee, willen zij dit motiveren? Hoe is het uitsluiten van het Zvw-pgb te rijmen met de participatiegedachte die de bewindspersonen voorstaan? Hoe is dit te rijmen met het streven om thuiswonende ouderen zoveel mogelijk hun eigen regie te laten voeren? Is het pgb geen symbool van eigen regie?

II. REACTIE VAN DE MINISTER EN STAATSSECRETARIS

Verschillende fracties hebben vragen gesteld over dezelfde thema's. De meest gestelde vragen zullen wij om die reden per thema beantwoorden. De overige vragen beantwoorden we vervolgens per fractie.

Kwaliteitseisen

Weigeringsgrond kwaliteit

De leden van de fracties van de ChristenUnie en de SGP hebben vragen gesteld over de in de bestuurlijke afspraken opgenomen weigeringsgrond dat de zorgverzekeraar een Zvw-pgb kan weigeren, herzien of intrekken, als de verzekeraar vaststelt dat onvoldoende aannemelijk is dat met het Zvw-pgb wordt voorzien in toereikende zorg van goede kwaliteit. De leden van de ChristenUnie-fractie vragen daarover wie bepaalt wat goede kwaliteit is en wie of zorg wel of niet toereikend is. Zij vragen of de bewindspersonen het met hen eens zijn dat dit de budgethouder zelf zal moeten zijn. De leden van de SGP-fractie vragen wat wordt verstaan onder «onvoldoende aannemelijk». Zij vragen bovendien waarom niet is gekozen voor een formulering dat de verzekeraar moet aantonen dat niet wordt voorzien in toereikende zorg van goede kwaliteit.

Deze weigeringsgrond is opgenomen in lijn met (en conform de formulering van) een wijziging in de Regeling subsidies AWBZ per 1 januari 2014 en in lijn met de voorstellen in de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo 2015) en de Wet langdurige zorg (Wlz). Deze weigeringsgrond is in de Regeling subsidies AWBZ opgenomen, omdat in de praktijk van de AWBZ misstanden zijn geconstateerd. De kwaliteit van de zorg liet soms ernstig te wensen over, in sommige gevallen omdat kwaadwillenden misbruik maakten van kwetsbare personen door hen een persoonsgebonden budget (pgb) te laten aanvragen, zonder dat voor het toegekende bedrag kwalitatief goede zorg werd geleverd. Deze weigeringsgrond is bedoeld als vangnet voor de, ook in alle domeinen opgenomen vereiste, dat de verzekerde/cliënt op eigen kracht of met hulp van een vertegenwoordiger in staat moet zijn de zorg zo aan te sturen dat sprake is van verantwoorde zorg. Andere redenen om op grond hiervan het Zvw-pgb te weigeren zijn: als het Zvw-pgb zou worden gebruikt om een overbelaste mantelzorger te betalen, of om een zorgaanbieder in te schakelen die de zorgverzekeraar juist niet heeft gecontracteerd, omdat de kwaliteit van zorg onvoldoende was.

Wij zijn het dan ook niet met de leden van de ChristenUnie eens dat de budgethouder zelf kan bepalen of deze weigeringsgrond van toepassing is of niet. Deze weigeringsgrond is juist opgenomen om de verzekeraar vooraf te kunnen laten toetsen of de kwaliteit met een Zvw-pgb voldoende is gegarandeerd. Dat kan bijvoorbeeld worden beoordeeld op basis van een budgetplan. Dat laat onverlet dat, als het Zvw-pgb is toegekend, de verzekerde verantwoordelijk is voor de kwaliteit van de ingekochte zorg. De centrale rol van de verzekerde zelf voor de kwaliteit van de zorg staat daarmee voorop.

Aanvullende kwaliteitseisen

De leden van de VVD-fractie, de PvdA-fractie en de CDA-fractie vragen welke kwaliteitseisen aanvullend door zorgverzekeraars kunnen worden gesteld. De leden van de PvdA-fractie vragen daarbij waarom deze aanvullende kwaliteitseisen niet in algemeen geldende kwaliteitseisen worden opgenomen. De leden van de PvdA-fractie vragen bovendien hoe deze eisen zullen worden opgesteld, of deze eisen met andere partijen worden afgestemd (specifiek met de vraag of Per Saldo hierbij inspraak

heeft) en of VWS daarop toeziet. De leden van de CDA-fractie vragen of zorgverzekeraars op basis van aanvullende kwaliteitseisen kunnen bepalen dat zij een Zvw-pgb niet verlenen. De leden van de CDA- en ChristenUnie-fracties vragen bovendien of de aanvullende kwaliteitseisen ook al in 2015 gelden.

Dit onderdeel van de bestuurlijke afspraken hangt samen met de weigeringsgrond dat een zorgverzekeraar een Zvw-pgb kan weigeren, als de verzekeraar vaststelt dat onvoldoende aannemelijk is dat met het Zvw-pgb wordt voorzien in toereikende zorg van goede kwaliteit. Ook in dit geval is, zoals hierboven aangegeven in antwoorden op vragen over de betreffende weigeringsgrond, sprake van een vangnet. Zorgverzekeraars Nederland (ZN) heeft ons geïnformeerd dat verzekeraars van deze mogelijkheid gebruik willen kunnen maken, als blijkt dat de weigeringsgrond van toepassing is, maar de zorgverzekeraar er door aanvullende kwaliteitseisen van verzekerd kan worden dat wel adequate zorg kan worden geleverd. Of en op welke wijze deze aanvullende kwaliteitseisen ook in 2015 al zullen worden ingezet, zal dan ook afhangen van waar zorgverzekeraars in de praktijk tegenaan zullen lopen.

Het stellen van aanvullende kwaliteitseisen is een bevoegdheid van de zorgverzekeraars. Of en met wie zij daarover afstemmen behoort ook tot die bevoegdheid. Als echter uit de monitoring blijkt dat dit in de praktijk tot gevolg heeft dat de gemaakte bestuurlijke afspraken niet kunnen worden uitgevoerd, zoals beoogd, dan kunnen wij op basis van het bij nota van wijziging voorgestelde artikel 13a ingrijpen door in lagere regelgeving nadere voorwaarden te stellen.

Ten aanzien van de gevolgen voor zorgaanbieders vragen de leden van de VVD-fractie of kleinschalige pgb-zorgaanbieders door de aanvullende kwaliteitseisen feitelijk kunnen worden uitgesloten. De leden van de PvdA-fractie vragen specifiek naar de kwaliteitseisen waaraan ouders die complexe medische zorg aan hun eigen kinderen verlenen moeten voldoen en welke mogelijkheden er zijn, als zij daar niet aan voldoen.

De insteek van zorgverzekeraars is geenszins om met extra kwaliteitseisen kleine zorgaanbieders feitelijk uit te sluiten. Zoals hiervoor aangegeven zullen de aanvullende kwaliteitseisen vooral gebruikt worden, als er twijfel is over de kwaliteit van de zorgverlening.

Voor ouders die complexe medische zorg aan hun eigen kinderen verlenen zal het in veel gevallen ook gaan om het verrichten van voorbehouden handelingen. Daarop gaan wij in de hieronder gestelde vragen in. In antwoord op de vraag van de VVD-fractie willen wij wel vast aangeven dat we het vanuit het oogpunt van kwaliteit van belang achten dat ook bij ouders die zorg aan hun kinderen verlenen de voorwaarden van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) in acht worden genomen. In veel gevallen zal het gaan om kinderen die onder behandeling staan van een specialist en zal de specialist er in de praktijk voor kunnen zorgen dat de ouders voldoende geïnstrueerd zijn.

Verschillende fracties hebben bovendien vragen gesteld over de inzet van natuurlijke personen, zoals bedoeld in de bestuurlijke afspraken². Zo geven de leden van de PvdA-fractie aan dat zij belang hechten aan duidelijkheid over de mogelijkheid om conform de Wet BIG voorbehouden handelingen door natuurlijke personen te laten verrichten. De leden van de CDA-fractie vragen daarnaast of zorgverzekeraars ervan op de hoogte zijn dat geautoriseerde personen volgens de Wet BIG voorbehouden handelingen mogen verrichten en wat dit precies betekent voor mantelzorgers. De leden van de D66-fractie gaan in op de vraag wat de passage over de inzet van natuurlijke personen conform de Wet BIG betekent voor bestaande budgethouders met een indicatie voor verpleging of verzorging in de huidige AWBZ. Zij vragen of de afspraken over het Zvw-pgb in de praktijk leiden tot een aanscherping van de eisen ten opzichte van de huidige situatie en of in de praktijk ook zorg kan (blijven) worden ingekocht bij niet-BIG-geregistreerde zorgverleners. Zij vragen of een BIG-geregistreerde zorgverlener bepaalde handelingen kan «mandateren» of «uitbesteden» aan een niet-geregistreerde zorgverlener en of dat ook een mantelzorger of familielid kan zijn. De leden van de GroenLinks-fractie willen meer uitleg over de bepaling dat voorbehouden handelingen conform de Wet BIG dienen te geschieden. Deze leden horen graag van de bewindspersonen of het hierbij ook gaat om geautoriseerde personen die voorbehouden handelingen mogen uitvoeren en of dit onderdeel zou moeten zijn van de polisvoorwaarden. De leden van de SGP-fractie vragen waarom ervoor is gekozen om in de afspraken onder 4.1 te bepalen dat, indien de door de natuurlijk persoon geboden zorg (mede) voorbehouden handelingen betreft, dit dient te geschieden conform de Wet BIG. Zij vragen of het daardoor niet meer mogelijk is om mensen zorg te laten verlenen die wel over de benodigde vaardigheden beschikken, maar niet BIG-geregistreerd zijn.

In antwoord op al deze vragen willen wij benadrukken dat met hetgeen in de bestuurlijke afspraken over het Zvw-pgb is opgenomen geen wijziging is beoogd ten opzichte van de huidige situatie. Ook op de zorgverleners die onder de AWBZ werken is de Wet BIG van toepassing en is ingekaderd welke personen voorbehouden handelingen mogen verrichten. Omdat zorgverleners zich te allen tijde moeten houden aan de voorschriften omtrent voorbehouden handelingen van de Wet BIG, zal er geen verandering zijn als de zorg overgaat van de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet.

De regeling in de Wet BIG houdt, zoals verschillende fracties met hun vragen al aangeven, inderdaad in dat ook een niet BIG-geregistreerde persoon onder voorwaarden voorbehouden handelingen mag verrichten. De Wet BIG maakt onderscheid tussen zorgverleners die zelfstandig bevoegd zijn en zorgverleners die niet zelfstandig bevoegd zijn om voorbehouden handelingen uit te voeren. De wet geeft per voorbehouden handeling aan welke zorgverleners zelfstandig bevoegd zijn. De zorgverlener die zelfstandig bevoegd is, beslist of hij de voorbehouden handeling zelf uitvoert of hiervoor een opdracht geeft aan een andere zorgverlener. De Wet BIG bepaalt niet welke zorgverlener een voorbehouden handeling in opdracht mag uitvoeren, maar wel onder welke omstandigheden. Ook stelt de Wet BIG algemene regels en voorwaarden voor de uitvoering. Een belangrijke voorwaarde is dat de opdrachtnemer bekwaam is om de voorbehouden handeling uit te voeren. Dat wil zeggen dat de opdrachtnemer over de benodigde kennis en ervaring beschikt. Dat kan door

² Conform de bestuurlijke afspraken tussen Per Saldo, ZN en VWS gaat het daarbij om natuurlijke personen die niet vallen onder de definitie «zorgaanbieder», zoals bedoeld in artikel 1, onder c van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg).

opleiding, bij- en nascholing, vaardigheidstraining of het meerdere malen onder toezicht uitvoeren van de handeling. Ook moet de opdrachtgever – voor zover redelijkerwijs nodig – aanwijzingen geven en toezicht en tussenkomst verzekeren. De bevoegdheidsregeling voorbehouden handelingen in de Wet BIG geldt voor iedereen die beroepsmatig zorg verleent. De regeling is ook van toepassing op vrijwilligers. Patiënten, ouders en andere familieleden die niet beroepsmatig voorbehouden handelingen uitvoeren, vallen niet onder de regeling. Een diabetespatiënt mag bij zichzelf insuline spuiten. En ouders mogen een sonde inbrengen bij hun verstandelijk gehandicapte kind dat niet zelfstandig kan eten of drinken. Uiteraard is het hierbij wel van belang goede afspraken te maken met de professionele zorgverlening om de kwaliteit van de zorg te borgen. Zorgverzekeraars zijn hiervan op de hoogte. De opname van de passage in de bestuurlijke afspraken is immers bedoeld om duidelijk te maken dat partijen hierover overeenstemming hebben. Afgesproken is dat zorgverzekeraars de gemaakte afspraken voor zover nodig in hun polisvoorwaarden opnemen. Aangezien het hier gaat om een wettelijk voorschrift is dat strikt genomen niet noodzakelijk. Uiteraard staat het zorgverzekeraars wel vrij om dit in hun polisvoorwaarden over te nemen.

Voor de goede orde: op de door het CDA gestelde vraag over tarieven voor mantelzorgers ga ik hieronder bij het kopje tarieven nader in.

Criteria

Zowel de leden van de CDA-fractie, als de leden de D66-fractie, de ChristenUnie-fractie, de GroenLinks-fractie en de SGP-fractie stellen vragen over wat moet worden verstaan onder «het vaak nodig hebben van zorg op wisselende momenten en ongebruikelijke tijdstippen en/of op meerdere locaties». De leden van de CDA-fractie vragen of dit betekent dat mensen die minder vaak deze zorg nodig hebben buiten de boot gaan vallen. De leden van de ChristenUnie-fractie menen ook als verzekerden bijvoorbeeld een keer in de week zorg op een andere locatie of ander tijdstip moeten krijgen, zij voor een Zvw-pgb in aanmerking dienen te komen. De leden van GroenLinks-fractie vragen wie bepaalt wat «vaak» is. Zij vinden dat een dergelijk criterium niet ertoe mag leiden dat de toegang tot het pgb nauwer wordt. De leden van de SGP-fractie vinden dat er ook recht moet zijn het gaat om «soms».

Zoals in de brief van 25 maart 2014³ is aangegeven hebben wij met Per Saldo en ZN afgesproken dat zorgverzekeraars in hun polissen een mogelijkheid opnemen om voor een afgebakende doelgroep en onder toepassing van in de afspraken geformuleerde criteria een Zvw-pgb aan te bieden voor verpleging en verzorging. De afspraken dienen vooral voor de invulling van deze mogelijkheid in naturapolissen, omdat het voor die polissen een aanvulling betreft. Restitutiepolissen bieden de afgesproken mogelijkheden vanuit hun aard al.

Met de wijze waarop het Zvw-pgb volgens de afspraken zal worden ingevuld, komt de groep waarvoor dit instrument bij uitstek bedoeld is in aanmerking voor een Zvw-pgb, namelijk voor mensen die een bijzondere zorgvraag hebben, regie willen en in staat zijn zelf de zorg te organiseren. Er zijn inhoudelijke criteria afgesproken waaraan de verzekerde moet voldoen om voor het Zvw-pgb in aanmerking te komen. Deze criteria moeten verzekerden vooraf duidelijkheid geven over de vraag wanneer zij in aanmerking kunnen komen voor een Zvw-pgb. Woorden als «vaak» geven aan dat het gaat om vele malen zorg op wisselende en ongebruikelijke tijdstippen en/of op meerdere locaties nodig te hebben en niet om «enkele keren» of om «soms». De criteria zijn echter niet in beton gegoten

³ Kamerstuk 25 657, nr. 104

en woorden als «vaak» geven de zorgverzekeraar en de verzekerde de ruimte om in de specifieke situatie te bezien wanneer daar sprake van is. Mensen die minder vaak de zorg nodig hebben, hoeven dus niet uit de boot te vallen. Het kan zijn dat er in hun specifieke situatie toch sprake is van «vaak». Het kan ook zijn dat zij heel goed uit de voeten kunnen met gecontracteerde zorg of dat zij een pgb op basis van een van de andere criteria kunnen krijgen. Het is uiteindelijk de zorgverzekeraar die bepaalt of de verzekerde aan de voorwaarden voldoet.

Toegankelijkheid Zvw-pgb voor ouderen

De leden van de CDA-fractie vragen waarom er bij de doelgroep van het Zvw-pgb voor is gekozen ouderen hiervan uit te sluiten. Zij vragen of het klopt dat ouderen (door ouderdomsproces) die op 31 december 2014 een geldig indicatiebesluit hebben, per 1 januari 2016 worden uitgesloten van een pgb. Zij vragen wat er voor hen verandert in het overgangsjaar 2015. Deze leden willen bovendien weten wat wordt verstaan onder «normale verouderingsprocessen». Zij vragen hoe een zorgverzekeraar vaststelt dat hiervan sprake is. Zij vragen of het de bedoeling is door deze beschrijving grote groepen cliënten – c.q. ouderen – automatisch buiten de pgb-regeling te laten vallen. Sluit deze definitie bijvoorbeeld alle ouderen uit met artrose en hartfalen? Is kanker bij een 80-jarige een ouderdomsziekte? De leden van de PVV-fractie vragen waarom het Zvw-pgb niet toegankelijk is voor mensen, bij wie de functiebeperkingen veroorzaakt zijn door normale verouderingsprocessen. De leden van de D66-fractie vragen waarom er ten principale voor gekozen is verzekerden bij wie de functiebeperking wordt veroorzaakt door «normale verouderingsprocessen», uit te sluiten van een Zvw-pgb. Zij vragen wat precies moet worden verstaan onder «normale verouderingsprocessen». Voorts vragen deze leden de bewindspersonen aan te geven hoeveel mensen die thans zorg inkopen met behulp van een pgb, daar géén recht op hadden gehad, mocht het criterium «normale verouderingsprocessen» nu reeds van toepassing zijn geweest. De leden van de GroenLinks-fractie krijgen graag meer uitleg over de gekozen doelgroep voor het pgb in de Zorgverzekeringswet. Op basis van welke informatie en uitgangspunten is tot de voorgestelde afbakening gekomen? Klopt het dat mensen met functiebeperkingen veroorzaakt door normale verouderingsprocessen van de regeling worden uitgesloten? Betekent dit dat ouderen die wijkverpleging nodig hebben, uitgesloten worden van het pgb? Waarom is er voor gekozen de doelgroep op deze manier af te bakenen? Zijn de bewindspersonen voornemens om te blijven kijken naar uitbreiding van de doelgroep? Wat de leden van de GroenLinks-fractie betreft moet iedereen die daartoe in staat is eigen regie door middel van een pgb kunnen voeren, ook als men dat wil doen naar aanleiding van ouderdomsklachten. Deze leden krijgen dan ook graag een reactie op de uitspraak van de koepel voor ouderenorganisaties dat dit een vorm van leeftijdsdiscriminatie is. De leden van de SGP-fractie vragen waarom ervoor gekozen is dat mensen die functiebeperkingen hebben die veroorzaakt zijn door normale verouderingsprocessen niet in aanmerking kunnen komen voor een Zvw-pgb. Zij vragen waarom een familie, die een hulpbehoevende vader of moeder thuis wil laten wonen, geen pgb zou mogen inzetten. De leden van de 50PLUS-fractie vragen wat onder normale verouderingsprocessen wordt verstaan. Zijn hier criteria voor? Gaat dit alleen om verouderingsprocessen op geestelijk gebied of ook lichamelijk? De leden van de 50PLUS-fractie stellen dat het uitsluiten van mensen die normale verouderingsverschijnselen vertonen van het Zvw-pgb neerkomt op discriminatie van ouderen. Zijn de bewindspersonen het daarmee eens? Zo nee, willen zij dit motiveren? Hoe is het uitsluiten van het Zvw-pgb te rijmen met de participatiegedachte die de bewindspersonen voorstaan? Hoe is dit te

rijmen met het streven om thuiswonende ouderen zoveel mogelijk hun eigen regie te laten voeren? Is het pgb geen symbool van eigen regie?

Diverse fracties hebben vragen gesteld over de uitleg van de passage in de bestuurlijke afspraken dat functiebeperkingen niet zijn veroorzaakt door normale verouderingsprocessen. Met deze passage is expliciet niet bedoeld om een leeftijdsgrens in te voeren bij het Zvw-rgb. Ouderen zullen dan ook, mits zij voldoen aan de afgesproken voorwaarden, in aanmerking kunnen komen voor het Zvw-rgb. In antwoord op de vragen van de leden van de GroenLinks en 50PLUS-fracties willen wij dan ook benadrukken dat hier geen sprake is van leeftijdsdiscriminatie. In de bestuurlijke afspraken over het Zvw-rgb is vastgelegd aan welke voorwaarden voldaan moet zijn om in aanmerking te komen voor een Zvw-rgb. Het gaat daarbij om een combinatie van voorwaarden aan de zorgvraag van de verzekerde en de persoon van de verzekerde zelf. De gedachte daarachter is dat de verzekerde op basis van zijn zorgvraag behoefte heeft aan eigen regie bij de inzet van zorgverleners. Bijvoorbeeld als sprake is van de noodzaak voor vaste zorgverleners gegeven de specifieke zorgverlening of in verband met gebruik van specifieke (eigen) hulpmiddelen, zoals één van de criteria uit de bestuurlijke afspraken luidt. Daarnaast is een doelgroep afgebakend die voor het Zvw-rgb in aanmerking komt. Daarbij is onder meer afgesproken dat een verzekerde op eigen kracht of met hulp van een vertegenwoordiger de taken en verantwoordelijkheden die horen bij het Zvw-rgb uit te voeren én weloverwogen keuzes te maken bij de inzet van zorgverleners, opdat sprake is van verantwoorde zorg. Daarmee worden voorwaarden gesteld aan de persoon van de verzekerde. Bij de totstandkoming van de afspraken is tussen partijen besproken dat actieve participatie in de maatschappij in combinatie met een specifieke zorgbehoefte kunnen leiden tot de wens van inzet van een Zvw-rgb. Vanuit die gedachte is de formulering die hier aan de orde is in de afspraken gekomen. Beoogd is daarmee weer te geven dat de verwachting is dat er bij normale verouderingsprocessen, zoals bijvoorbeeld dementie, veelal geen sprake zal zijn van de afgesproken voorwaarden. De verwachting is dat in die gevallen de zorgvraag goed met zorg in natura kan worden ingevuld. Uiteraard zal de zorgverzekeraar, als de verzekerde aangeeft in aanmerking te willen komen voor een Zvw-rgb, steeds op basis van de individuele omstandigheden en de geldende polisvoorwaarden (die moeten voldoen aan de gemaakte bestuurlijke afspraken) moeten bezien of een verzekerde daar al dan niet voor in aanmerking komt. «Normale verouderingsprocessen» zijn daarmee strikt genomen geen criterium voor het Zvw-rgb, maar geven weer dat indien de zorgvraag daardoor wordt veroorzaakt, naar verwachting geen sprake zal zijn van het voldoen aan de criteria van het Zvw-rgb. In antwoord op de vraag daarover van de leden van de CDA-fractie geldt dat de afspraken die zijn gemaakt over de overgangssituatie ook hier van toepassing zijn. Verzekerden die op 31 december 2014 een pgb uit de AWBZ hadden, mogen daar in 2015 ook gebruik maken, zolang de indicatie duurt doch uiterlijk tot en met 31 december 2015. Omdat het gaat om een individuele afweging is, zo willen wij aangeven in antwoord op een vraag van de leden van de D66-fractie, niet op voorhand te zeggen welke verzekerden op basis hiervan op dit moment wel, maar vanaf 2015 niet meer in aanmerking komen voor het Zvw-rgb. De leden van de GroenLinks-fractie vragen bovendien of wij voornemens zijn de groep die in aanmerking komt voor een Zvw-rgb uit te breiden. Daar is wat ons betreft op dit moment geen sprake van bij de overheveling van de verpleging en verzorging is nauwgezet bekeken welke groepen in het toekomstige systeem behoefte zouden kunnen hebben aan een Zvw-rgb.

In antwoord op de vraag van de leden van de SGP-fractie over het inzetten van een Zvw-pgb voor een hulpbehoevende vader of moeder willen wij benadrukken dat dit mogelijk is, als de verzekerde daarvoor op basis van zijn polisvoorwaarden in aanmerking komt.

Toereikend tarief

Verschillende fracties hebben vragen gesteld over de vergoeding die een verzekerde met een Zvw-pgb ontvangt. In de bestuurlijke afspraken is afgesproken dat de modaliteit van toekenning van het Zvw-pgb per zorgverzekeraar kan verschillen (bijvoorbeeld een maximum toereikend budget voor een bepaalde tijdsperiode of een aantal uren tegen een toereikend tarief). Dat betekent dat zorgverzekeraars in hun polisvoorwaarden zullen moeten opnemen op welke wijze zij daaraan vorm geven. De verzekerde kan daar bij de keuze voor een verzekeraar rekening mee houden.

De leden van de SP-fractie vragen waarom de bewindspersonen hiervoor hebben gekozen. Zij vragen of dit ertoe gaat leiden dat zorgverzekeraars verschillende tarieven gaan hanteren en of de bewindspersonen de zorgen delen dat dit gaat leiden tot een «race to the bottom» als het gaat om het hanteren van de laagste tarieven. De leden van de CDA-fractie willen weten of dit betekent dat mensen bij de ene zorgverzekeraar meer zorg krijgen dan bij de andere. Deze leden vragen bovendien wie ervoor zorgt dat zorgverzekeraars een redelijk tarief bieden. De leden van de PVV-fractie vragen hoe deze bepaling zich verhoudt tot de zorgplicht van de zorgverzekeraar en of de cliënt genoeg moet nemen met ontoreikende zorg door reguliere aanbieders als het budget op is. Zij vragen hoe belangrijk de kwaliteit van zorg dan is. De leden van de D66-fractie vragen wie de van toepassing zijnde tarieven bepaalt en op welke wijze zal worden geborgd dat de tarieven toereikend zijn. De leden van de ChristenUnie-fractie vragen of het toegekende budget ten opzichte van gecontracteerde zorg per zorgverzekeraar kan verschillen en, zo nee, waarom, en zo, ja, door wie dat wordt bepaald. Bovendien vragen zij op welke wijze wordt bepaald en gecontroleerd dat het toegekende budget door zorgverzekeraars voldoende is om daadwerkelijk zorg mee in te kopen. Zij vragen daarnaast of het toegekende budget voor meerdere jaren kan worden vastgelegd. De leden van de SGP-fractie vragen hoe de passage dat de zorgverzekeraar iemand die dat wenst een persoonsgebonden budget verstrekt dat hem «in staat stelt» de geïndiceerde wijkverpleging van (niet-gecontracteerde) aanbieders te betrekken zich verhoudt tot de vrijheid van verzekeraars om in hun polissen bekend te maken welke vergoeding zij hun verzekerde zullen bieden voor de zorg die de verzekerde met zijn Zvw-pgb wil inkopen. Zij vragen wat wordt verstaan onder «in staat stellen». Zij vragen of dat per aanvraag wordt beoordeeld op basis van het zorgplan, of dat het bedrag wordt bepaald op basis van de algemene polisvoorwaarden. Zij vragen bovendien wie bepaalt of een budget toereikend is voor het inkopen van kwalitatief goede zorg.

Zorgverzekeraars hebben de bevoegdheid om in hun polis op te nemen hoe hoog de vergoeding is die zij bieden, als een verzekerde ervoor kiest om geen gebruik te maken van het gecontracteerde aanbod. In de bestuurlijke afspraken is opgenomen dat bij de modaliteit die de verzekeraar kiest bijvoorbeeld sprake moet zijn van een maximum toereikend budget en een toereikend tarief. Er kunnen dus verschillen zijn in de wijze waarop zorgverzekeraars dit invullen. Een verzekerde kan daarmee rekening houden in zijn keuze voor een basispolis. Dit is in lijn met het stelsel van de Zvw. Het is daarmee in eerste instantie aan de zorgverzekeraar om te bepalen wanneer de vergoeding toereikend is. Als een

verzekerde vindt dat dat niet het geval is, dan kan hij zijn zorgverzekeraar daarop aanspreken. De reguliere klachten- en geschillenregeling is, zo nodig, van toepassing. Wij zijn niet bang voor een «race-to-the-bottom», zoals de SP dat noemt, omdat tussen partijen is afgesproken dat het bedrag dat vergoed wordt toereikend moet zijn. In de afgesproken monitoring zullen, indien aan de orde, signalen dat zorgverzekeraars te lage vergoedingen toekennen om goede zorg te kunnen inkopen worden meegenomen. Als zorgverzekeraars dusdanig lage tarieven hanteren dat daarmee de bestuurlijke afspraken niet goed worden ingevuld, dan kunnen wij op basis van het bij nota van wijziging voorgestelde artikel 13a ingrijpen door in lagere regelgeving ook een minimumtarief op te nemen. De woorden «in staat stelt» waarnaar de SGP-fractie verwijst hebben overigens betrekking op het zuivere feit dat een Zvw-pgb in de aangegeven gevallen wordt toegewezen. De passage in artikel 5.1 van de bestuurlijke afspraken betreft de modaliteit die de verzekeraar kiest. De zorgverzekeraars zullen in hun polissen in algemene zin aangeven op welke wijze zij daaraan vorm geven.

Op de vraag van de leden van de CDA-fractie of dit kan betekenen dat de ene verzekerde meer zorg ontvangt dan de andere, willen wij benadrukken dat de door de zorgverzekeraar gekozen modaliteit geen effect heeft op de omvang van de aanspraak van de verzekerde. Wel zou het zo kunnen zijn dat een verzekerde, als hij kiest voor een aanbieder die duurder is dan de vergoeding die hij op basis van de door hem afgesloten polis van zijn verzekeraar ontvangt, de meerkosten zelf moet betalen.

De vraag van de leden van de PVV-fractie suggereert dat zorgverzekeraars een budgetplafond zullen instellen voor het Zvw-pgb. Dat kan niet aan de orde zijn, omdat iedere individuele verzekerde op basis van zijn afgesloten polis zijn eigen aanspraak heeft ten opzichte van zijn zorgverzekeraar. Zoals aangegeven kan een verzekerde bij de keuze voor een zorgpolis overwegen welke modaliteit de door hem gekozen zorgverzekeraar biedt. Op de vraag van de leden van de ChristenUnie-fractie of het budget ook voor meerdere jaren kan worden vastgesteld willen wij aangeven dat dat niet voor de hand ligt. Zorgverzekeraars zouden meerjarige toezeggingen aan hun verzekerden kunnen doen, maar aangezien een verzekerde ieder jaar van zorgverzekeraar mag wisselen, is de vraag of zorgverzekeraars dat zullen doen. Bovendien kan de zorgvraag van de verzekerde wijzigen, waardoor de hoogte van de vergoeding ook aangepast moet worden en kunnen tariefaanpassingen worden gedaan door de NZa.

Specifiek over de door de leden van de CDA-fractie gestelde vragen over mantelzorgers (kunnen zorgverzekeraars bepalen of mantelzorgers ingezet mogen worden, door middel van een maximumtarief of een bepaald aantal uren, of de zorg duurder wordt als mensen alleen professionals mogen inhuren en of dit betekent dat mantelzorgers straks niet betaald mogen worden vanuit het Zvw-pgb) kunnen wij benadrukken dat niet professionals uit de directe omgeving van de verzekerde ook in de toekomst met een Zvw-pgb kunnen worden ingezet.

Wij zijn voornemens om voor deze groep een maximumtarief in lagere regelgeving op te nemen, omdat de groep niet onder de reikwijdte van de Wmg valt en daarmee niet onder de verantwoordelijkheid van de NZa ten aanzien van de tarieven. Zorgverzekeraars kunnen in hun polissen opnemen welke vergoeding zij in deze gevallen minimaal bieden. Als zorgverzekeraars dusdanig lage tarieven hanteren dat daarmee de bestuurlijke afspraken niet goed worden ingevuld, dan kunnen wij op basis van het bij nota van wijziging voorgestelde artikel 13a ingrijpen door in lagere regelgeving ook een minimumtarief op te nemen.

Declareren

De leden van de PvdA-fractie vragen in hoeverre het achteraf declareren van verzekerde zorg onzekerheid met zich mee kan brengen wanneer de verzekerden de zorgverleners nog in dienst moeten gaan nemen. Zij vragen of er op deze manier niet een gevaar voor een blokkerende werking met betrekking tot het kunnen contracteren van zorgaanbieders en/of zorgverleners bestaat. Zij vragen daarnaast wat de mogelijkheden voor de budgethouders zijn wanneer zij een bedrag moeten voorschieten, dat om financiële redenen voor hen eigenlijk geen mogelijkheid is. De leden van de CDA-fractie vragen waarom wordt gesproken van een (Zvw-)pgb, omdat er pas wordt uitgekeerd na declaratie. De leden van de CDA-fractie willen weten of dit betekent dat de zorgvragers eerst de rekening zelf moeten betalen en of de bewindspersonen ervan op de hoogte zijn dat deze bedragen hoog kunnen oplopen. Zij vragen of de bewindspersonen garanderen dat deze mensen hierdoor niet in de financiële problemen kunnen raken. Genoemde leden willen weten waarom er geen voorschot wordt verleend. De leden van de CDA-fractie vragen hoe snel de verzekerde na indiening van zijn declaratie wordt betaald door zijn zorgverzekeraar. De leden van de D66-fractie vragen wat het restitutie-systeem concreet betekent. De leden van de ChristenUnie-fractie vragen op welke wijze budgethouders hun zorg moeten voorschieten. Zij vragen binnen welke termijn zorgverzekeraars het voorgeschoten budget dienen uit te keren aan budgethouders. Zij vragen of de bewindspersonen door middel van (gemiddelde) inkomensgegevens van budgethouders en kosten voor een persoonsgebonden budget voor de functie verpleging en verzorging kunnen aantonen dat budgethouders ertoe in staat zijn om de zorg voor te schieten. De leden van de GroenLinks-fractie vragen wat de gevolgen zijn van het voorstel om de geleverde zorg alleen achteraf te declareren. Genoemde leden vragen wat hiervan de gevolgen zijn voor budgethouders die veel zorg nodig hebben en dus een groot pgb hebben. Zij vragen of de bewindspersonen verwachten dat zij dat voorschieten en of er voor deze mensen een oplossing mogelijk is, bijvoorbeeld in de vorm van voorschotten. De leden van de SGP-fractie vragen waarom er onder 4.7 voor is gekozen dat geleverde zorg alleen achteraf kan worden gedeclareerd en er geen voorschot kan worden verleend. Zij vragen of dit voor met name mensen met een laag inkomen geen onoverbrugbare drempel zal worden om gebruik te maken van een pgb. Zij vragen waarom er niet is gekozen voor een trekkingsrecht, zoals ook het geval is bij de Wlz en de Wmo.

De Zvw kent al een restitutie-systeem waarin nota's worden betaald nadat deze door de verzekerde zijn ingediend. Het restitutie-systeem is vergelijkbaar met het trekkingsrecht waarbij de verzekerde ook niet meer vooraf geld op zijn rekening krijgt. Dit voorkomt misbruik. Zorgverzekeraars zijn niet voornemens te bevoorschotten. Bij de afspraken die de verzekerde maakt met de zorgaanbieder kan hij afspraken maken over de betaaltermijn van de rekening. De verzekerde kan daarbij rekening houden met de betaaltermijn die de zorgverzekeraar in acht neemt voor het betalen van declaraties die op basis van restitutie worden ingediend. Zorgverzekeraars betalen in de regel de declaraties snel uit (binnen 14 dagen). Indien de verzekerde tijdig zijn declaraties indient is er daarom geen aanleiding om een voorschot te verstrekken. Bovendien heeft de zorgverzekeraar, zoals in de bestuurlijke afspraken is opgenomen, de mogelijkheid om de nota, na indiening door de verzekerde, rechtstreeks te betalen aan de zorgverlener. Wij verwachten dan ook niet dat dit een blokkerende werking heeft op het kunnen contracteren van de gewenste zorgverlener.

Overgangsrecht

De leden van de D66-fractie, van de ChristenUnie-fractie en van de Groen-linksfractie vragen wat het overgangsrecht inhoudt, wat de condities zijn, of de budgethouders die onder het overgangsrecht vallen de overgehevelde zorg zelf met een pgb kunnen blijven regelen, of de tarieven 2014 voor verpleging en verzorging uit de AWBZ van toepassing blijven en of deze budgethouders, te allen tijde hun huidige zorgverleners kunnen behouden. Als de hoogte van het Zvw-rgb niet even hoog is dan het pgb dat mensen nu hebben, zal het dan voor veel mensen niet onmogelijk worden om te blijven voldoen aan de huidige verplichtingen, bijvoorbeeld om ingehuurde werknemers te betalen, zo merken de leden van de SGP-fractie op.

Het overgangsrecht houdt in dat AWBZ-rgb-houders die op 31 december 2014 een geldig indicatiebesluit hebben, recht hebben op zorg in de vorm van een Zvw-rgb houden zolang hun indicatiebesluit duurt, doch uiterlijk tot 1 januari 2016. Zij kunnen zelf hun zorg met dat pgb regelen. Zij kunnen ook hun huidige zorgverleners behouden. Het overgangsrecht geldt echter niet voor pgb-houders die hun Zvw-rgb volledig bij een gecontracteerde aanbieder te gelden brengen en volgens de criteria van het Zvw-rgb voor nieuwe cliënten geen aanspraak maken op het Zvw-rgb.

Het jaar 2015 is voor de bekostiging van verpleging en verzorging eveneens een overgangsjaar. In de brief van 19 mei 2014⁴ is het bekostigingsmodel 2015 voor de zorg in natura beschreven. Kort samengevat wordt de basis voor dit model in 2015 gevormd door de huidige prestaties en tarieven (maximumtarief) in de AWBZ voor verpleging en verzorging. Het is aan de zorgverzekeraars om te bepalen hoe ze dit vervolgens vertalen naar het Zvw-rgb. Zoals in het onderhandelingsresultaat is aangegeven, is het overgangsrecht afgesproken ten einde de continuïteit van zorg voor de huidige pgb-houders te borgen. Een dusdanig laag Zvw-rgb dat mensen hun ingehuurde werknemers niet kunnen betalen, past niet bij de afspraak dat de continuïteit van zorg wordt geborgd. Dat wil niet zeggen dat het Zvw-rgb even hoog moet zijn als het AWBZ-rgb, maar het moet dus wel hoog genoeg zijn om de ingehuurde werknemers te betalen.

De leden van de VVD-fractie en van de CDA-fractie vragen hoe en wanneer door de betreffende zorgverzekeraar aan verzekerden die nu van een pgb gebruik maken, duidelijk wordt gemaakt of zij ook na 2015 in aanmerking komen voor het Zvw-rgb. De leden van de CDA-fractie zouden graag zien dat die duidelijkheid bijvoorbeeld per 1 september 2015 gegeven wordt.

De leden van de SP-fractie vragen of wij kunnen toelichten aan welke voorwaarden mensen moeten voldoen om hun persoonsgebonden budget na 31 december 2015 te kunnen behouden.

Zorgverzekeraars zullen naar verwachting direct in 2015 beginnen met het benaderen van de desbetreffende verzekerden om te bezien of zij in 2016 nog steeds in aanmerking komen voor een Zvw-rgb. De zorgverzekeraars zullen dat beoordelen aan de hand van de criteria die zijn opgenomen het onderhandelingsresultaat. De cliënten die onder het overgangsrecht vallen zullen, net als nieuwe cliënten, een budgetplan moeten invullen waarin zij gemotiveerd aangeven waarom zij aan de voorwaarden voor een Zvw-rgb voldoen. Om ook na 31 december 2015 het pgb te kunnen behouden zullen zij dus aan de voorwaarden moeten voldoen die ook voor nieuwe cliënten geldt.

⁴ Kamerstuk 30 597, nr. 440

Met het CDA zijn wij het eens dat cliënten bijtijds die duidelijkheid moeten krijgen. Wij gaan er vanuit dat dit ook de inzet van zorgverzekeraars is. Mensen moet immers bijtijds weten waar ze aan toe zijn.

De leden van de SP-fractie vragen waarom wij kiezen om iedereen te herindiceren.

Er is afgesproken dat de AWBZ-pgb-houders met een geldig indicatiebesluit uiterlijk tot en met 31 december 2015 recht op zorg in de vorm van een Zvw-pgb. Een dergelijk afspraak geldt ook voor zorg in natura. Het is daarmee niet gezegd dat wij ervoor gekozen hebben dat iedereen vervolgens geherïndiceerd moet worden. Het is aan de zorgverzekeraars is om te bepalen of deze cliënten voor 1 januari 2016 beoordeeld moeten zijn volgens het intake/indicatie-instrument dat op dit moment voor verpleging en verzorging wordt ontwikkeld, dan wel of hun zorg al dan niet voorlopig gewoon doorloopt. Op het intake/indicatie-instrument wordt verderop ingegaan.

Wettelijke verankering

De leden van de CDA-fractie, van de PVV-fractie en van de GroenLinks-fractie stellen allen vragen over de koppeling van het Zvw-pgb aan artikel 13 van de Zvw. Zij vragen of het bij de Tweede Kamer aanhangige wetsvoorstel waarmee artikel 13 wordt gewijzigd betekent zorgverzekeraars in de toekomst er ook voor kunnen kiezen om de vergoeding van het pgb op 0% te zetten of het verkrijgen van een pgb teniet te doen. De leden van de CDA-fractie vragen wanneer het voorstel voor de verankering van het Zvw-pgb in de Zorgverzekeringswet zal worden ingediend en of de contouren daarvan al geschetst kunnen worden.

Uitgangspunt is dat mensen die kiezen voor een naturapolis, de zorg ook in natura afnemen. Artikel 13 van de Zvw biedt evenwel de mogelijkheid dat iemand zich desondanks tot een niet-gecontracteerde zorgaanbieder wendt en de kosten van de zorg – al dan niet gedeeltelijk – vervolgens gerestitueerd krijgt. Het Zvw-pgb biedt verzekerden met een naturapolis eveneens de mogelijkheid zich tot niet-gecontracteerde aanbieder te wenden. Er is dus inhoudelijk een koppeling met artikel 13. Het is echter niet de bedoeling om de vergoeding op 0% te zetten of zo laag dat de benodigde zorg niet in redelijkheid kan worden ingekocht. Dat is ook niet wat is afgesproken en is neergelegd in de bestuurlijke afspraken met ZN en Per Saldo. Die afspraken behelzen dat zorgverzekeraars in hun polissen een Zvw-pgb opnemen waarmee verzekerden die aan de voorwaarden voldoen ook daadwerkelijk de verpleging en verzorging waarop zij zijn aangewezen, tegen redelijke kosten kunnen inkopen. Mocht het zo zijn dat zorgverzekeraars de afspraken niet nakomen, dan kunnen er bij algemene maatregel van bestuur nadere regels worden gesteld. Hiervoor verwijzen wij naar het voorgestelde artikel 13a, derde lid van de Zvw dat met de tweede nota van wijziging inzake het voorstel van wet houdende wijziging van de Wet marktordening gezondheidszorg en enkele andere wetten, teneinde te voorkomen dat zorgverzekeraars zelf zorg verlenen of zorg laten aanbieden door zorgaanbieders waarin zij zelf zeggenschap hebben⁵ in dat wetsvoorstel (verder te noemen wetsvoorstel verbod op verticale integratie) is opgenomen. Deze tweede nota van wijziging is op 7 mei 2014 bij de Tweede Kamer ingediend. In de toelichting op deze tweede nota van wijziging zijn de contouren van het Zvw-pgb uitgebreid geschetst.

⁵ Kamerstuk 33 362, nr. 12

De leden van de GroenLinks-fractie vragen wat het opnemen van voorstel voor het Zvw-pgb in het hiervoor genoemde wetsvoorstel betekent voor de behandeling ervan.

Het wetsvoorstel verbod op verticale integratie ligt ter behandeling bij de Tweede Kamer. De beoogde inwerkingtreding van dit wetsvoorstel is, net als het Zvw-pgb, 1 januari 2015.

De leden van de SGP-fractie merken op dat zij het zowel inhoudelijk, als procedureel beter vinden passen de wijziging onder te brengen bij de behandeling van de Wet langdurige zorg. Zij vragen dan ook of de nota van wijziging kan worden ingediend bij het wetsvoorstel Wet langdurige zorg. Ook vragen zij of wij soms voornemens zijn een apart wetsvoorstel in te dienen.

Om de redenen zoals hiervoor is aangegeven, vinden wij dit voorstel beter passen bij het al eerder bij de Tweede Kamer ingediende wetsvoorstel verbod op verticale integratie dat onder meer strekt tot wijziging van artikel 13 van de Zvw. Wij hebben dan ook inmiddels voldaan aan de in de brief van 25 maart 2014 gedane toezegging om een nota van wijziging op dat wetsvoorstel in te dienen. Wij hebben derhalve niet gekozen voor een apart wetsvoorstel

De leden van de PVV-fractie vragen of het Zvw-pgb niet gewoon een pakketmaatregel moet worden via de Zvw.

Het Zvw-pgb is geen pakketmaatregel maar een wijze waarop de zorg die in het pakket (namelijk verpleging en verzorging) zit, door de zorgverzekeraar kan worden geleverd. Om, zoals toegezegd in de brief van 25 maart 2014, zorgverzekeraars wettelijk de opdracht te geven deze wijze van restitutie in iedere polis aan te bieden, moet de Zvw worden gewijzigd. Een voorstel daarvoor is gedaan met de hiervoor genoemde nota van wijziging.

Samenhang wetten

De leden van de SP-fractie vragen naar de samenhang tussen het Zvw-pgb en het pgb in de Wet maatschappelijke ondersteuning, de Wet langdurige zorg (Wlz) en de Jeugdwet. Zij vragen of het niet heel bureaucratisch wordt voor personen die pgb's uit de verschillende wetten willen aanvragen. Ook de leden van de CDA-fractie vragen naar de samenhang. Zij willen weten of budgethouders dubbele administraties moeten gaan bijhouden. Zij vragen, samen met de leden van de ChristenUnie- en GroenLinks-fractie, of er een mogelijkheid is voor een integrale alles-in-1-regeling. De leden van de D66-fractie ontvangen graag een nadere toelichting van de bewindspersonen voor de mogelijke bureaucratische rompslomp waarmee budgethouders gezien de verschillende wetten te maken krijgen.

Wij willen benadrukken dat het persoonsgebonden budget geen vorm van zorg op zichzelf is, maar dat het een leveringsvorm is voor zorg in de verschillende domeinen. De cliënt komt bijvoorbeeld in aanmerking voor een maatwerkvoorziening onder de Wmo 2015 en kan er, onder voorwaarden, voor kiezen om de zorg via een pgb te ontvangen. Of de verzekerde heeft aanspraak op verpleging en verzorging en kiest er, op grond van zijn polisvoorwaarden voor, om die via de restitutie van het Zvw-pgb te verzilveren. Een alles-in-1-regeling is dan ook volgens het huidige systeem niet mogelijk, omdat het (Zvw-)pgb slechts een instrument is om de zorg in de verschillende domeinen te financieren. Op dit moment vindt er een initiatief plaats vanuit de werkgroep «Vanuit

autisme bekeken», waarbij wordt gekeken welke knelpunten worden ervaren bij een alles-in-1- budget». De regering zal dit experiment nauwlettend volgen en, indien dit naar oordeel van de regering tot een verbetering leidt, verder trachten te bevorderen.

Hoewel wij begrijpen dat het voor cliënten lastig kan zijn dat zij te maken kunnen krijgen met verschillende domeinen met verschillende voorwaarden, is dat onlosmakelijk verbonden met de keuze om de zorg in verschillende domeinen te beleggen: de Jeugdwet en de Wmo 2015 bij de gemeenten, de Wlz via een sociale verzekering bij de zorgkantoren en het Zvw-pgb bij private verzekeraars. Uitgangspunt is wel dat de pgb's in de vier domeinen zoveel als mogelijk op elkaar aansluiten, zodat het voor de cliënt zo makkelijk mogelijk is. Dat geldt in het bijzonder voor de Jeugdwet en de Wmo 2015, omdat beide door de gemeenten worden uitgevoerd. De verschillende wettelijke domeinen kennen zoals ook aangegeven in onze brief van 25 maart jl.⁶, karakterologisch en terminologisch echter ook verschillen. Ook daarmee is rekening gehouden bij de vormgeving van het instrument binnen de verschillende domeinen, zodat het instrument past binnen het grotere geheel van de wijze waarop de zorg onder de betreffende wet is georganiseerd.

Overigens zal een groot deel van de doelgroep ook nu al met verschillende domeinen, en daarmee met verschillende administraties en systemen, te maken hebben. Zo is de kans groot dat een verzekerde die straks in aanmerking komt voor een Zvw-pgb, ook bij de huisarts komt of onder behandeling staat van een medisch specialist. En mogelijk maakt hij ook nu al gebruik van huishoudelijke hulp onder de Wmo.

Overige vragen per fractie

VVD-fractie

De leden van de VVD-fractie vragen of een verzekerde de meerkosten zelf mag betalen, als hij met het Zvw-pgb wil kiezen voor een zorgaanbieder duurder is dan zorgaanbod in natura kost.

Als een verzekerde een zorgaanbieder wil kiezen die duurder is dan de vergoeding die zijn zorgverzekeraar op grond van zijn polis wil bieden, dan mag hij de meerkosten zelf betalen.

De leden van de VVD-fractie vragen naar de weigeringsgrond dat de verzekerde zich eerder niet heeft gehouden aan de opgelegde verplichtingen van het Zvw-pgb, of het pgb onder de AWBZ. Zij vragen of er ook een weigeringsgrond is, als de verzekerde zich niet houdt aan de opgelegde verplichtingen ten aanzien van deze pgb-regelingen in 2015 en later. Bovendien vragen zij of er sprake kan zijn van een weigeringsgrond, als een verzekerde gebruik maakt van het pgb in de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) of Jeugdwet en zich daarbij niet houdt aan de opgelegde verplichtingen.

Hoewel wij dit in het kader van bijvoorbeeld de fraudebestrijding een interessante suggestie vinden, denken wij dat het juridisch niet houdbaar zal zijn om, als een persoon zich in een bepaald domein niet aan de daar geldende verplichtingen houdt, hem in een ander domein een mogelijkheid te onthouden. Dat zou anders kunnen zijn, als iemand bijvoorbeeld strafrechtelijk veroordeeld is voor gepleegde fraude, maar zolang dat niet het geval is, zien wij onvoldoende mogelijkheden om deze koppeling te realiseren.

⁶ Kamerstuk 25 657, nr. 104

Overigens is uitdrukkelijk wel de bedoeling dat, als een verzekerde zich niet aan de verplichtingen van het Zvw-pgb heeft gehouden, dat aan een later verzoek om een Zvw-pgb in de weg kan staan.

De leden van de VVD-fractie vragen waarom bij de weigeringsgrond dat binnen een periode van vijf jaar voorafgaande aan het verzoek tot toekennen van het Zvw-pgb, de verzekerde betrokken was bij een wegens opzettelijke misleiding door de verzekeringnemer opgezegde of ontbonden zorgverzekering, de periode is beperkt tot vijf jaar. De leden van de VVD-fractie vragen waarom deze periode beperkt is tot vijf jaar.

ZN heeft ons geïnformeerd dat voor een termijn van vijf jaar is gekozen, omdat er aansluiting is gezocht bij de in de Zvw geldende termijn dat bij fraude de verzekering mag worden opgezegd en de verzekeraar diegene dan 5 jaar niet hoeft te accepteren voor de basisverzekering. Na 5 jaar vervalt dat weer en mag de verzekeraar niet weigeren op grond van een eerdere misstap.

SP-fractie

De leden van de SP-fractie vragen of de bewindspersonen kunnen toelichten aan welke voorwaarden personen moeten voldoen als zij een budgetplan invullen. Zij vragen of de bewindspersonen een overzicht kunnen sturen waaraan het budgetplan moet voldoen.

Zorgverzekeraars werken op dit moment aan een uniform format voor het budgetplan. Als basis daarvoor dient het huidige budgetplan voor het pgb in de AWBZ.

De leden van de SP-fractie merken op dat zorgverzekeraars de mogelijkheid krijgen om het persoonsgebonden budget in hun polissen te laten opnemen. Genoemde leden spreken hun zorgen uit over de term «mogelijkheid.» Zij vragen of zorgverzekeraars niet verplicht worden om een persoonsgebonden budget aan te bieden en zien daarmee een uitbreiding van concurrentiemodel. Wat beogen wij hiermee zo vragen zij? Betekent dit dat zorgverzekeraars kunnen bepalen of het pgb aanbieden aan de populatie binnen hun gebied wel of niet voordelig is en of zij dan kunnen kiezen het niet aan te bieden indien zij dit niet voordelig achten? Is het de bedoeling dat het pgb op den duur zal verdwijnen?

Het woord «mogelijkheid» heeft betrekking op de verzekerden. Zij krijgen in hun polis een mogelijkheid om te kiezen voor een Zvw-pgb onder de voorwaarden zoals is afgesproken en in de bestuurlijke afspraken is beschreven. Zoals de leden inmiddels uit de tweede nota van wijziging op het wetsvoorstel verbod op verticale integratie en de toelichting daarop hebben kunnen lezen, krijgen zorgverzekeraars, als het parlement het wetsvoorstel aanvaardt, de wettelijke opdracht om de mogelijkheid van restitutie in iedere zorgpolis aan te bieden (het voorgestelde artikel 13a, eerste lid). Keuzevrijheid voor de verzekerde met een aanspraak op verpleging en verzorging wordt daarmee zowel voor verzekerden met een naturapolis, als die met een restitutiepolis wettelijk vastgelegd. Het is dus, anders dan de leden van de SP-fractie vrezen, niet zo dat zorgverzekeraars zelf kunnen bepalen of ze het Zvw-pgb in hun polis opnemen. De afspraken en de wettelijke bepaling houden dus niet het verdwijnen van het pgb in.

CDA-fractie

De leden van de CDA-fractie vragen of de zorgverzekeraar een Zvw-pgb kan intrekken indien de verzekerde «surseance van betaling heeft aangevraagd», als de surseance van betaling het gevolg is van hoog oplopende zorgkosten.

Bij deze weigerings-, intrekking- en herzieningsgrond wordt geen onderscheid gemaakt naar de achtergrond van de surseance van betaling. Zoals hierboven aangegeven hoeft een verzekerde geen voorschotten aan zijn zorgverleners te betalen, als hij goede afspraken maakt over de betalingstermijn, of als de verzekeraar de zorgverlener rechtstreeks uitbetaald.

De leden van de CDA-fractie willen graag weten wanneer over het «regulerings- en toezichtskader» uiterlijk duidelijkheid wordt verschaft.

Met het regulerings- en toezichtskader maakt de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) inzichtelijk op welke wijze zij haar toezichtstaken uitvoert. De NZa heeft aangegeven naar verwachting voor 1 januari 2015 de contouren daarvan te kunnen schetsen. Verdere uitwerking in het controleprotocol Zorgverzekeringswet (dat breder strekt dan alleen het Zvw-pgb) volgt zo spoedig mogelijk daarna.

«Partijen zijn ontvankelijk voor elkaars vragen en opmerkingen en spreken af in 2015 en 2016 periodiek te bezien of het Zvw-pgb de beoogde toekomstbestendige oplossing is...». De leden van de CDA-fractie willen weten wie dit uiteindelijk beoordeelt.

Net als nu is gebeurd met de gemaakte bestuurlijke afspraken, zal dat in overleg tussen de betrokken partijen gebeuren.

De leden van de CDA-fractie vragen hoe de afgesproken monitoring wordt vormgegeven en wat het doel daarvan is. Deze leden vragen of de monitoring wordt gedaan in combinatie met de overige persoonsgebonden budgetten. Ook willen deze leden weten wanneer de resultaten van de monitoring aanleiding geven om de afspraken, waar nodig, aan te passen en of en wanneer de resultaten van deze monitoring worden gecommuniceerd met de Kamer.

In de bestuurlijke afspraken met Per Saldo en ZN is afgesproken dat periodiek zal worden bezien of het of het Zvw-pgb de beoogde toekomstbestendige oplossing is als antwoord op specifieke zorgvragen waarbij de verzekerde zelf maximale eigen regie kan en wil uitoefenen. Daarbij is ook afgesproken welke punten daarbij in ieder geval aan de orde komen. Zoals in de afspraken opgenomen gaat het daarbij om financiële houdbaarheid, de afbakening van de doelgroep, noodzaak tot aanscherping en/of toevoeging van de criteria op basis waarvan verzekerden in aanmerking komen voor een Zvw-pgb, kwaliteit van de ingezette zorg en de verwerking van declaraties.

Wij zijn nog in overleg met beide partijen over de wijze waarop deze monitoring in de praktijk wordt ingevuld. In gezamenlijk overleg zal worden bekeken of er aanleiding is om de afspraken aan te passen. Dat kan bijvoorbeeld het geval zijn als één van de afspraken in de praktijk niet uitwerkt, zoals deze beoogd is.

Uiteraard zullen wij de Kamer informeren, als daartoe aanleiding is.

De leden van de CDA-fractie begrijpen dat wanneer een negatieve beslissing wordt genomen ten aanzien van de toekenning van een Zvw-pgb, de verzekerde een klacht mag indienen bij zijn zorgverzekeraar.

Deze wordt vervolgens beoordeeld door eerst de zorgverzekeraar, en wellicht in tweede instantie door de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekering (SKGZ). Genoemde leden vinden het belangrijk dat de verzekeraar in de tussentijd een zorgplicht heeft. Deze moet «op een of andere manier goed worden ingevuld». Deze leden horen graag wat hieronder wordt verstaan.

De zorgverzekeraar heeft jegens zijn verzekerde zorgplicht. Als het verzekerde risico zich bij een verzekerde voordoet geeft de zorgplicht recht op prestaties die bestaan uit:

- ingeval van een naturapolis: de zorg of de overige diensten waaraan de verzekerde behoefte heeft;
- ingeval van een restitutie polis: vergoeding van de kosten van deze zorg of overige diensten alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten (zorgbemiddeling).

Als een verzekerde een geschil heeft met zijn zorgverzekeraar over de toekenning van een Zvw-pgb, kan hij in de tussenliggende periode desgewenst gebruik maken van de in zijn naturapolis geregelde zorg in natura dan wel van de vergoedingsmogelijkheid die zijn restitutiepolis biedt. Zonodig kan hij in dat geval bemiddeling vragen.

De leden van de CDA-fractie merken op dat volgens het onderhandelingsresultaat «kan de modaliteit van toekenning van het Zvw-pgb per zorgverzekeraar verschillen». Zij vragen of het mogelijk is dat mensen bij de ene zorgverzekeraar wel in aanmerking komen voor een persoonsgebonden budget, en bij de andere niet? Zij vragen verder of wij de opvatting van deze leden delen dat mensen die afhankelijk zijn van de overgehevelde langdurige zorg vanuit de AWBZ niet eenvoudig kunnen wisselen van zorgverzekeraar (in verband met indirecte risicoselectie)?

De afspraken die gemaakt zijn en beschreven zijn in het onderhandelingsresultaat houden in dat zorgverzekeraars in de polis onder dezelfde voorwaarde de keuze geven voor een Zvw-pgb. De modaliteit van toekenning van het Zvw-pgb, zo staat er, kan per zorgverzekeraar verschillen. Daarbij gaat het, zo staat er ook, bijvoorbeeld om een maximum toereikend budget voor een bepaalde tijdsperiode of om een aantal uren tegen een toereikend tarief. Deze passage houdt niet in dat een verzekerde die aan dezelfde voorwaarde voldoet bij de ene zorgverzekeraar wel een Zvw-pgb krijgt en bij de andere niet. Uiteraard kan het zijn dat de ene zorgverzekeraar de motivatie in het budgetplan wat anders weegt dan de andere zorgverzekeraar en derhalve tot een andere oordeel komt bij het al dan niet toekennen van een Zvw-pgb. Voor geschillen hierover zijn de reguliere klachten- en geschillenregeling van toepassing. Indien een verzekerde van zorgverzekeraar wil wisselen heeft hij op grond van artikel 120 van de Zvw het recht om zijn aanvullende ziektekostenverzekeringen te houden. Of en in hoeverre de verzekerde aanvullende ziektekostenverzekeringen bij zijn nieuwe zorgverzekeraar kan sluiten, is aan de zorgverzekeraar. Dat is niet anders voor een verzekerde die geen Zvw-pgb wil, maar toch van zorgverzekeraar wil wisselen. Voor de basisverzekering bestaat een acceptatieplicht voor zorgverzekeraars.

PVV-fractie

De leden van de PVV-fractie merken op dat V&VN in opdracht van VWS een triage/indicatie instrument wordt ontwikkeld, zodat de objectiviteit van het indicatieproces is geborgd alsmede dat de mogelijkheid bestaat dat de wijkverpleegkundige in dienst komt van de gemeente, die er financieel profijt van heeft als de zorg geleverd gaat worden vanuit de Zorgverzekeringswet. Zij vragen welke invloed de gemeente nog kan hebben op het indicatieproces.

De Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG) is bij de ontwikkeling van het instrument betrokken. De VNG kan daardoor meedenken hoe in de normen voor de indicatiestelling de afstemming met het sociale domein tot uitdrukking komt, zodat op cliëntniveau gekomen wordt tot het best passende aanbod. De wijkverpleegkundige indiceert niet voor maatwerkvoorzieningen Wmo, maar levert binnen het sociale wijkteam wel de informatie aan, om zo ook op het sociale domein tot het best passende aanbod te komen. De gemeente heeft dus invloed op de vormgeving van het indicatieproces, zoals dat nu wordt ontwikkeld. Zoals de leden van de PVV-fractie terecht aangeven gaat het om een objectieve indicatiestelling. De gemeente heeft derhalve geen invloed op het indiceren van de individuele cliënt voor verpleging en verzorging. De wijkverpleegkundige kan voor zijn Zvw-werkzaamheden niet in dienst zijn van de gemeente. De gemeente kan dus ook wat dat betreft geen invloed uitoefenen is op de geïndiceerde verpleging en verzorging

De leden van de PVV-fractie hebben tot slot vragen over het eigen risico. Zij stellen dat door het volledig brengen van wijkverpleging onder het eigen risico het voor heel veel mensen al direct een rekening van minimaal € 360 in januari betekent. De eigen bijdragen zoals deze mensen kennen, zo stellen deze leden, hebben een minimum van € 19 per periode (13 per jaar). Rekent men de € 360 van het eigen risico om in 13 termijnen, dan komt dat op een bedrag van € 27 per periode. Genoemde leden vragen hoe dit gecompenseerd gaat worden.

Zoals inmiddels met de 19 mei 2014 aan uw Kamer verzonden brief⁷ over de bekostiging is meegedeeld, zullen de kosten voor de aanspraak wijkverpleging buiten het eigen risico vallen. Het effect dat de leden van de PVV-fractie noemen, zal dus niet optreden. Overigens hebben mensen die gebruik maken van verpleging en verzorging vaak al zoveel zorgkosten dat het effect ook niet zou optreden als de kosten van verpleging en verzorging wel onder het eigen risico zouden vallen. De huidige geldende eigen bijdragen vervallen.

D66-fractie

De leden van de D66-fractie vragen of het met het Zvw-pgb mogelijk is om een deel van de zorgbehoefte in natura te ontvangen, en een deel zelf in te kopen met behulp van een pgb.

De verzekerde dient aan de voorkant een keuze te maken tussen zorg in natura of een Zvw-pgb. Als de verzekerde heeft gekozen voor een Zvw-pgb, dan kan hij er wel voor kiezen om dat deels in te vullen met door zijn zorgverzekeraar gecontracteerd zorgaanbod. De verzekerde kan met zijn budgetplan aan zijn zorgverzekeraar aangeven op welke manier hij de zorg wil organiseren.

De leden van de D66-fractie vragen of de SVB zal moeten werken met naast elkaar werkende (administratieve) systemen in verband met het systeem van trekkingsrechten in de Wlz, de Wmo 2015 en de Jeugdwet en het systeem van restitutie in de Zvw.

De werkzaamheden van de SVB voor mensen met een Zvw-pgb zullen beperkter zijn dan voor pgb-houders in de Wlz, de Wmo 2015 en de Jeugdwet. Voor deze laatste groep is immers, naast de ondersteuning bij werkgeverstaken die de SVB nu al biedt en die in stand zal worden gehouden voor verzekerden met een Zvw-pgb, het trekkingsrecht geïntroduceerd. Wij zijn in overleg met de SVB over welke consequenties

⁷ Kamerstuk 30 597, nr. 440

dit heeft voor de uitvoering. De vraag of dat betekent dat de SVB met verschillende (administratieve) systemen moet gaan werken, zullen we daarbij meenemen.

De leden van de D66-fractie vragen door wie en wanneer met de zorgvrager wordt besproken of hij of zij gebruik wil maken van zorg in natura, dan wel door middel van een pgb. Zij vragen ook naar wie de wijkverpleegkundige kan doorverwijzen indien de zorgvrager aangeeft gebruik te willen maken van een pgb en wie het zorgplan opstelt als de zorg wordt verleend door bijvoorbeeld een mantelzorger met behulp van een pgb.

Uitgangspunt is dat de verzekerde die gekozen heeft voor een naturapolis gebruik maakt van zorg in natura. De zorgplicht van de zorgverzekeraar brengt met zich dat hij die zorg heeft ingekocht die voldoet aan de objectief vastgestelde behoefte van de verzekerde. Desalniettemin kunnen er omstandigheden zijn waarin de verzekerde de voorkeur geeft aan een Zvw-rgb. Dat kan ook het geval zijn bij een restitutiepolis. Het is in principe de zorgvrager zelf die daarvoor actie moet ondernemen. De wijkverpleegkundige kan hierbij wel een rol spelen tijdens het indicatieproces. De wijkverpleegkundige inventariseert daarbij de behoefte van de verzekerde en kan deze, indien hij aangeeft gebruik te willen maken van een Zvw-rgb, informeren over de wijze waarop de verzekerde daarvoor in aanmerking kan komen. De verzekerde moet zich zelf wenden tot zijn zorgverzekeraar als hij een Zvw-rgb wil.

De zorgvrager vult vervolgens een gemotiveerd budgetplan in waarin hij aangeeft dat zijn zorgvraag voldoet aan één of meer criteria zoals die in het onderhandelingsresultaat staan. De indicatiestelling door de wijkverpleegkundige gaat daaraan vooraf. De zorgvrager is dus al in het bezit van het zorgplan voordat hij het budgetplan opstelt. Het zorgplan is het bij de indicatiestelling opgestelde plan waarin is onder meer is aangegeven wat en hoeveel de benodigde zorg is, wat de beoogde doelen en resultaten zijn, wanneer die behaald moeten zijn en welke soort hulpverlener onderdelen van het zorgplan zou moeten uitvoeren. Uit het zorgplan met dus blijken welke onderdelen van de zorg ook door een niet-professional of een zzp-er kan worden geleverd.

Overigens zouden zorgverzekeraars kunnen afspreken om als onderdeel van de verpleegkundige indicatie te laten toetsen of er sprake is van toekenningscriteria van het onderhandelingsresultaat voor Zvw-rgb, als de verzekerde aangeeft de zorgvraag met een pgb te willen invullen.

De leden van de D66-fractie vragen verder wat de consequenties zijn voor kleinschalige wooninitiatieven zoals Fokus-wonen. En hoe moet in dit licht het woord «mede» in de betreffende zin worden begrepen?

Het vorenstaande geldt ook voor bewoners van Fokuswoningen of andere kleinschalige woonvoorzieningen voor zover zij ten laste van de zorgverzekering aanspraak hebben op verpleging en verzorging zonder verblijf.

CU-fractie

De leden van de ChristenUnie-fractie lezen dat er potentieel tussen de 30.000 en 50.000 budgethouders straks door de transitie in het Zvw-regime terecht komen. Zij vragen of dit uitgesplitst kan worden per leeftijdscategorie, om hoeveel middelen dit in totaal gaat en wat het gemiddelde budget is wat deze cliënten per jaar toegekend krijgen.

De gestelde vragen worden in de tabellen hieronder beantwoord.

Tabel 1. Aantal budgethouders en (gemiddeld) budget per zorgvorm

Zvw	Budget-houders	Totaal budget (mln)	Gemiddeld per budgethouder
Totaal	46.000 ¹	€ 450	€ 10.000
wv. PV (18+)	35.000	€ 300 ²	€ 9.000
wv. VP (18+)	7.500	€ 75	€ 10.000
wv. VP (18-)	3.200	€ 65	€ 20.000

¹ Hierbij is nog geen rekening gehouden met de overlap tussen persoonlijke verzorging en verpleging.

² Hierbij is al rekening gehouden met de korting op het budget voor persoonlijke verzorging.
Bron: VWS, mei 2014

Tabel 2. Aantal budgethouders per leeftijdscategorie (gecorrigeerd voor overlap PV en VP)

	Aantal budgethouders
18+	35.000
18-	3.200

Bron: VWS, mei 2014

De leden van de ChristenUnie-fractie vragen in hoeverre zorgverzekeraars verwachten dat het toevoegen van een Zvw-pgb ervoor gaat zorgen dat de basispremie zal dalen en waarom.

In hoeverre verzekerden in de praktijk gebruik zullen maken van de mogelijkheid van een Zvw-pgb en of dit leidt tot lagere dan wel hogere zorguitgaven valt niet op voorhand te zeggen. Het uitgangspunt bij de invoering is, dat het Zvw-pgb binnen de bestaande budgettaire kaders kan worden uitgevoerd en vooralsnog geen effect heeft op de totale uitgaven en de premie in de Zvw. De partijen die betrokken zijn bij de totstandkoming van het Zvw-pgb – Per Saldo, Zorgverzekeraars Nederland en het Ministerie van VWS – hebben afgesproken om de uitwerking in de praktijk nauwlettend te volgen, waarbij ook de financiële houdbaarheid van het Zvw-pgb aan bod zal komen.

De leden van de ChristenUnie-fractie vragen in hoeverre verzekerden een gelijkwaardige keuze kunnen maken tussen gecontracteerde zorg en een Zvw-pgb.

Keuze voor een Zvw-pgb is een bewuste keuze van de verzekerde. Zoals ook vastgelegd in de bestuurlijke afspraken met Per Saldo en ZN gelden daarbij wel verschillende voorwaarden. Zorgverzekeraars nemen die voorwaarden op in hun polisvoorwaarden. Het gaat bijvoorbeeld om de zorginhoudelijke criteria waaraan de zorgvraag van de verzekerde moet voldoen om voor een Zvw-pgb in aanmerking te komen. Voldoet de verzekerde aan de voorwaarden, dan is de keuze voor een Zvw-pgb vrij. Wil een verzekerde met een naturapolis geen Zvw-pgb, dan dient de verzekeraar op grond van zijn zorgplicht zorg te dragen voor adequaat zorgaanbod.

De leden van de ChristenUnie-fractie vragen hoe in de praktijk zal werken dat een Zvw-pgb wordt gecombineerd met overige vormen van gecontracteerde zorg.

Inzet van het Zvw-pgb wordt alleen mogelijk voor de aanspraak verpleging en verzorging. Voor andere aanspraken op grond van de Zvw geldt dat deze, op grond van de polisvoorwaarden die de verzekerde met zijn zorgverzekeraar heeft afgesproken, beschikbaar zijn in natura of via restitutie.

De leden van de ChristenUnie-fractie vragen of het mogelijk is dat budgethouders hun administraties bij de SVB samenvoegen, indien zij ook een pgb in de Wmo/Jeugdwet/Wlz hebben.

De vormgeving van het pgb onder de Jeugdwet, de Wmo 2015 en de Wlz verschilt van die van het Zvw-pgb. De reden daarvan is onder meer dat de Zvw al een mogelijkheid van restitutie kent en het Zvw-pgb daar een bijzondere vorm onder voorwaarden van is, terwijl het instrument pgb in de andere wetten de enige wijze is waarop een cliënt zijn zorg anders dan in natura kan krijgen. Dat betekent ook dat het Zvw-pgb in de uitvoering vooral zal gaan aansluiten bij de wijze waarop zorgverzekeraars de restitutiepolis uitvoeren. Dat betekent onder meer dat, anders dan bij de andere wetten, geen trekkingsrecht bij de SVB wordt belegd. De uitvoering van de restitutiepolis door zorgverzekeraars is in zichzelf immers een soort trekkingsrecht. De werkzaamheden van de SVB die wel van belang blijven voor verzekerden met een Zvw-pgb betreffen de ondersteuning bij werkgeverstaken. Daarom is in de bestuurlijke afspraken opgenomen dat VWS er in ieder geval in 2015 voor zorg zal dragen dat de verzekerde, indien hij dat wenst, voor de ondersteuning bij zijn werkgeverstaken gebruik kan maken van de diensten van de SVB. Voor daarna zal moeten worden bekeken wat een toekomstbestendige oplossing is.

Het ligt in dit kader niet voor de hand dat de gehele administratie van de budgethouders bij de SVB worden samengevoegd. We zullen wel, in overleg met de SVB, bekijken op welke wijze dit zo gemakkelijk mogelijk voor budgethouders kan worden geregeld.

De leden van de ChristenUnie-fractie vragen welke afspraken er zijn gemaakt indien cliënten met een persoonsgebonden budget wisselen van zorgverzekeraar. Op welke wijze wordt hun zelf ingekochte zorg bij het wisselen van verzekeraar geborgd?

Indien de verzekerde van zorgverzekeraar wisselt, zal hij met zijn nieuwe zorgverzekeraar in overleg moeten treden over zijn Zvw-pgb. Of en in hoeverre hij bij de dezelfde zorgaanbieders en onder dezelfde voorwaarde zijn zorg kan blijven inkomen, zal hij in zijn nieuwe zorgpolis en bij zijn nieuwe zorgverzekeraar moeten nagaan. Dat is niet anders dan bij zorg in natura.

De leden van de ChristenUnie-fractie willen graag een nadere toelichting op het feit dat in de vergelijking van de verschillende persoonsgebonden instrumenten het Zvw-pgb en restitutie in één tabel staan. Zij vragen of er geen andere uitgangspunten voor een restitutiepolis bij een Zvw-pgb.

Het Zvw-pgb en restitutie staan in één kolom in de vergelijking omdat het Zvw-pgb een vorm van restitutie is. Wat we in de vergelijking hebben willen weergeven, is dat het Zvw-pgb reeds binnen de bestaande uitvoering van de restitutie mogelijk is. Het Zvw-pgb is slechts een bijzondere uitvoering van de restitutie. Bijzondere elementen bij het Zvw-pgb zoals in het onderhandelingsresultaat zijn vastgelegd zijn bijvoorbeeld dat er een budgetplan is, zodat er te voren bekend is wat gerestitueerd zal worden, en dat de kosten van niet-professionele zorgaanbieders vergoed worden.

De leden van de GroenLinks-fractie vragen op welke manier geborgd wordt dat mensen ook echt voldoende en goede informatie krijgen om daar bij de keuze voor een zorgverzekeraar rekening mee te kunnen houden. Kunnen de bewindspersonen uitleggen welke informatie zorgverzekeraars beschikbaar moeten stellen? Zien de bewindspersonen er ook op toe dat die informatie voldoende toegankelijk is?

Uiteraard is van belang dat de polisvoorwaarden en de daarbij behorende reglementen van zorgverzekeraars duidelijk zijn over de rechten en verplichtingen van de verzekerde. De NZa houdt daarop toezicht. Zodra zorgverzekeraars in het najaar hun polissen bekend maken, kunnen verzekerden zich op basis daarvan informeren over de mogelijkheden. Overigens heeft Per Saldo ons geïnformeerd dat zij in het najaar een online keuze-informatie instrument zullen maken, waarin alle polissen en reglementen op het punt van het pgb-Zvw worden vergeleken en getoetst aan de hand van kwaliteitscriteria die Per Saldo heeft opgesteld. Verzekerden kunnen deze informatie gebruiken bij de keuze voor een zorgverzekeraar.

De leden van de GroenLinks fractie vragen of de bewindspersonen willen stimuleren dat gemeenten meer gaan werken aan integrale budgetten, zoals bijvoorbeeld al in Delft gebeurt met een integraal budget voor de Jeugdwet, de Wmo en de Participatiewet.

Wij vinden het van groot belang dat mensen waar nodig worden ondersteund in hun zelfredzaamheid en participatie. Gemeenten krijgen hiertoe met de Jeugdwet, de Wmo 2015 en de Participatiewet een wettelijke opdracht om daaraan bij te dragen. De ondersteuning dient passend te zijn, dat wil zeggen aan te sluiten op de daadwerkelijke ondersteuningsvraag en de specifieke kenmerken van de persoon en zijn situatie. Dit betekent voor gemeenten een integrale benadering van de persoon en zijn problematiek. Dit vraagt verbindingen binnen de gemeentelijke organisatie, maar ook een goede samenwerking tussen gemeenten en andere bij de hulpverlening aan de persoon betrokken organisaties, zoals zorgverzekeraars en woningcorporaties. Op grond van het wetsvoorstel Wmo 2015 zijn gemeenten gehouden in het beleidsplan op te nemen hoe zij een zo integraal mogelijke dienstverlening bevorderen. De middelen samenhangend met de Jeugdwet, de Wmo 2015 en de Participatiewet worden ontschot aan gemeenten beschikbaar gesteld door middel van een sociaal deelfonds binnen het Gemeentefonds. Dit ondersteunt gemeenten om tot de beschreven integrale benadering van ondersteuningsvragen van hun ingezetenen te komen.

De leden van de fractie van Groen-links vragen of het voorliggende voorstel een eerste stap is naar verder mogelijkheden van meer regie in de Zvw. Wordt er bijvoorbeeld gekeken naar mogelijkheden voor uitbreiding van de doelgroep of uitbreiding naar andere zorg in de Zvw.

Zoals in de brief van 6 november 2013 (Kamerstukken II 2013/14, 30 597, nr. 380) is aangegeven, is keuzevrijheid een belangrijk uitgangspunt in de Zvw. Daarom bestaat op grond van de Zvw altijd de keuze om zorg af te nemen van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. De Zvw kent immers zowel de mogelijkheid van zorg in natura, als de mogelijkheid van restitutie. Ook als de verzekerde heeft gekozen voor een naturapolis kan zorg worden afgenomen van een niet gecontracteerde zorgaanbieder, waarbij de zorgverzekeraar de hoogte van de vergoeding bepaalt. Als bijzondere vorm van restitutie bestaat er de mogelijkheid van «voorschot op restitutie». De zorgverzekeraar kan er, zowel bij een natura als bij een

restitutiepolis, voor kiezen in zijn polis een voorschot op restitutie aan te bieden voor in principe alle vormen van zorg die onder de Zvw vallen. Dit voorschot op restitutie kan door de zorgvrager of diens vertegenwoordiger worden gebruikt om zorg in kopen bij instellingen en gekwalificeerde zelfstandigen, maar kan ook worden gebruikt voor het inzetten van niet professionele zorg. Het voorliggend voorstel is het resultaat van het overleg dat met Per Saldo en ZN is gevoerd over de manier waarop de bouwstenen van het Zvw-pgb voor verpleging en verzorging met ingang van 1 januari 2015 in de zorgpolis geregeld gaat worden. Er zijn geen afspraken gemaakt of plannen ontwikkeld om de reikwijdte van de regeling van het Zvw-pgb te verbreden tot andere doelgroepen of zorg. Echter zorgverzekeraars zijn wel vrij om tot zo'n verbreding over te gaan.

SGP-fractie

De leden van de SGP-fractie vragen naar het reglement dat de zorgverzekeraars gaan opstellen voor de pgb-aanspraak wijkverpleging. Zij vragen of dit een gestandaardiseerd reglement voor alle verzekeraars wordt of dat elke verzekeraar dat individueel kan bepalen.

De zorgverzekeraars zullen een gezamenlijk standaardreglement opstellen dat de basis vormt voor het reglement van elke zorgverzekeraar. Vervolgens kan elke zorgverzekeraars voor hun eigen reglement hierop aanpassen/aanvullen.

De leden van de SGP-fractie vragen of de bepaling onder 5.2 van de bestuurlijke afspraken goed interpreteren dat een verzekeraar geen pgb mag weigeren als een verzekerde bereid is het verschil tussen de prijs van gecontracteerde aanbieders en de prijs van de door hem gewenste aanbieder bij te betalen. Zij vragen hoe deze bepaling wordt uitgelegd als er geen adequate zorg in natura voorhanden is.

Als een verzekerde een zorgaanbieder wil kiezen die duurder is dan de vergoeding die zijn zorgverzekeraar op grond van zijn polis wil bieden, dan mag hij inderdaad de meerkosten zelf betalen. Kiezen voor duurdere zorg is geen weigeringsgrond voor de zorgverzekeraars. De keuze voor een Zvw-pgb mag geen negatieve keuze zijn. Zorgverzekeraars hebben een zorgplicht. Als een verzekerde met een naturapolis zorg in natura wil ontvangen, dan dient de zorgverzekeraar op grond van die zorgplicht zorg te dragen voor adequaat zorgaanbod. Keuze voor een Zvw-pgb is daarmee een bewuste keuze van de verzekerde, waarbij hij, als hij tot de doelgroep behoort en zijn zorgvraag aan de criteria voldoet, bij zijn keuze rekening kan houden met de hoogte van de vergoeding die zijn verzekeraar biedt. Het eventueel zelf betalen van meerkosten is daarmee ook een keuze voor de verzekerde.

De leden van de SGP-fractie vragen waaraan de bewindspersonen denken bij een toekomstbestendige oplossing voor de ondersteuning van werkgeverstaken vanaf 2016 waarom ondersteuning door de SVB niet toekomstbestendig zou zijn.

Met de door de leden van de SGP-fractie aangehaalde passage is niet bedoeld dat de inzet van de SVB niet toekomstbestendig zou kunnen zijn. Tot op heden wordt de SVB door het Zorginstituut Nederland gefinancierd om de ondersteuningstaken uit te voeren. Met alle overhevelingen uit de AWBZ verdwijnt echter de rol van het Zorginstituut. Bovendien wijzigen de taken van de SVB in verband met de invoering van het trekkingsrecht voor de Jeugdwet, de Wmo 2015 en de Wlz. In verband met die wijzigingen is het op dit moment nog niet uitgekristalliseerd op welke wijze de ondersteuning bij werkgeverstaken voor de verzekerden met een Zvw-pgb

het beste (toekomstbestendig) vormgegeven kan worden. Daarover verwachten wij uiterlijk in de loop van 2015 duidelijkheid te hebben. Om de ondersteuning bij werkgeverstaken in ieder geval in 2015 ongewijzigd te kunnen voortzetten, is met de bestuurlijke afspraken met Per Saldo en ZN afgesproken dat VWS in 2015 zorg zal dragen voor voortzetting van de ondersteuning door de SVB.

Onder 1.2 lezen de leden van de SGP-fractie dat de toegang van het Zvw-pgb wijkverpleging gelijk is aan de toegang tot reguliere gecontracteerde wijkverpleging en dat hiervoor een triage/indicatie instrument ontwikkeld wordt. Zij vragen of aangegeven kan worden aan welke vormgeving van dit instrument op dit moment gedacht wordt?

Bij de ontwikkeling van het intake/indicatie-instrument zijn diverse partijen betrokken. Het betreft Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland, Actiz, BTN, Vereniging Nederlandse Gemeenten, Zorgverzekeraars Nederland en het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. De partijen zijn momenteel nog met elkaar in overleg over de vormgeving en inhoud van het instrument. Bij de totstandkoming van het instrument is het van belang dat er mee gewerkt kan worden bij een zeer diverse doelgroep, dat de zorg wordt verleend in de eigen omgeving van de cliënt en dat het is gericht op de versterking van zelfregie en zelfzorgvermogen van zowel de cliënt als zijn naasten. De verwachting is dat het instrument voor de zomer gereed zal zijn.

De leden van de SGP-fractie lezen dat verzekeraars de vrijheid hebben om in hun polissen bekend te maken welke vergoeding zij hun verzekerde zullen bieden voor de zorg die de verzekerde met zijn Zvw-pgb wil inkopen en dat de verzekerde daar bij de keuze voor zijn zorgverzekeraar rekening mee kan houden. Zij vragen of daarbij is afgewogen dat de doelgroep in de praktijk niet van zorgverzekeraar kan wisselen vanwege de aanvullende verzekering.

In reactie hierop merken wij op dat die afweging geen rol van betekenis heeft gespeeld. Wel heeft een prominente rol gespeeld dat het Zvw-pgb voor een ieder die aan de voorwaarden voldoet, toegankelijk moet zijn, bij welke zorgverzekeraar dan ook een zorgverzekering is afgesloten. In de bestuurlijke afspraken die de Kamer met de brief van 25 maart 2014 heeft ontvangen staan de voorwaarden en andere elementen vermeld die in de polissen geregeld moeten worden. Hoe op onderdelen de verdere uitwerking en uitvoering gaat plaatsvinden is, net als bij de naturazorg, aan de zorgverzekeraar. Zo geldt bijvoorbeeld voor het pgb dat de modaliteit van toekenning van het Zvw-pgb per zorgverzekeraar verschillen, bijvoorbeeld een maximum toereikend budget voor een bepaalde tijdsperiode of een aantal uren tegen een toereikend tarief. Net als bij de naturazorg kan de verzekerde kiezen voor een zorgverzekeraar die de zorg of de vergoeding daarvoor in zijn polis aanbiedt op de wijze waarop de verzekerde dat wenst. Als de verzekerde vervolgens van zorgverzekeraar wil wisselen, heeft hij op grond van artikel 120 van de Zorgverzekeringswet het recht om zijn aanvullende ziektekostenverzekeringen te houden. Of en in hoeverre de verzekerde aanvullende ziekteverzekeringen bij zijn nieuwe zorgverzekeraar kan sluiten, is aan de zorgverzekeraar.