

Vergaderjaar 2002–2003

**25 657**

**Persoonsgebonden Budgetten**

**26 631**

**Modernisering AWBZ**

**Nr. 27**

**VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG**

Vastgesteld 11 juni 2003

Onderstaande in de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport<sup>1</sup> vertegenwoordigde fracties hadden er behoefte aan een aantal vragen ter beantwoording voor te leggen aan de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de brief van 10 maart 2003 inzake de PGB-regeling nieuwe stijl (25 657/26 631, nr. 25).

De vragen en de daarop gegeven antwoorden zijn hieronder afgedrukt.

De voorzitter van de commissie,  
Terpstra

De griffier van de commissie,  
Teunissen

<sup>1</sup> Samenstelling:

Leden: Terpstra (VVD), voorzitter, Van der Vlies (SGP), Kalsbeek (PvdA), Rijpstra (VVD), Bakker (D66), Buijs (CDA), Atsma (CDA), ondervoorzitter, Arib (PvdA), Vendrik (GL), Kant (SP), Eurlings (CDA), Wilders (VVD), Mosterd (CDA), Smits (PvdA), Örgü (VVD), Verbeet (PvdA), Van Oerle-van der Horst (CDA), Vergeer-Mudde (SP), Vietsch (CDA), Tonkens (GL), Joldersma (CDA), Van Heteren (PvdA), Nawijn (LPF), Van Dijken (PvdA), Timmer (PvdA), Van Miltenburg (VVD) en Hermans (LPF).

Piv. leden: Griffith, MPA (VVD), Rouvoet (CU), Verdaas (PvdA), Van Beek (VVD), Van der Ham (D66), Ferrier (CDA), Çörüz (CDA), Blom (PvdA), Halsema (GL), Gerkens (SP), Jager (CDA), De Grave (VVD), vacature algemeen, Dijsselbloem (PvdA), Blok (VVD), Tjon-A-Ten (PvdA), vacature CDA, De Ruiter (SP), Ormel (CDA), Van Gent (GL), Verburg (CDA), Waalkens (PvdA), Varela (LPF), Bussemaker (PvdA), Heemskerk (PvdA), Hirsi Ali (VVD) en Kraneveldt (LPF).

## Vragen CDA-fractie

1

*In hoeverre hebben de vragen nog invloed op de regeling Z/VU 2360677 tot Wijziging van de regeling subsidies AWBZ en Ziekenfondswet in verband met de invoering van een persoonsgebonden budget nieuwe stijl aangezien de regeling reeds is ingegaan per 1 april jl.?*

Aan de invoering van de pgb-regeling is een uiterst zorgvuldig voorbereidings- en invoeringstraject voorafgegaan. In mijn brief van 28 oktober 2002 is aangekondigd na een voorbereidingstraject van ruim 1,5 jaar de invoering van de pgb-regeling per 1 april jl. te laten plaatsvinden. Over de uitgangspunten van de pgb-regeling nieuwe stijl is ook tijdens het algemeen overleg d.d. 4 december 2002 gesproken. Onderwerp van overleg was onder meer de tariefstelling pgb. Ik heb aangegeven op dat moment nog in gesprek te zijn met Financiën. Derhalve is tijdens het AO de toezegging gedaan u te informeren over de uitkomst. Met mijn brief van 10 maart jl. inzake de regeling pgb nieuwe stijl heb ik deze toezegging gestand gedaan. Zoals aangekondigd in mijn brief van 10 maart zal de invoering van het pgb nieuwe stijl zorgvuldig worden gemonitord op diverse punten zoals uitvoerbaarheid, kostenontwikkelingen, groei, hoogte budgetten en overgang van oude naar nieuwe stijl. Indien zich ongewenste of onvoorziene problemen voordoen zal ik de pgb subsidie-regeling aanpassen.

2

*Waarom wordt het PGB nog steeds gezien als «subsidie»?*

Het PGB nieuwe stijl heeft voorsnog de vorm van een subsidieregeling, omdat het regelen van het PGB als aanspraak in het kader van de AWBZ een wetwijziging vereist en alleen al om die reden niet op korte termijn te realiseren is. Ik ben voornemens het pgb wettelijk te verankeren in de AWBZ.

3

*Hoe is de afstemming geregeld tussen het PGB en de leerlinggebonden financiering van het ministerie van OC&W?*

Op dit moment vindt ertussen de ministeries van VWS en OC&W afstemming plaats over het pgb nieuwe stijl en de leerlinggebonden financiering van het ministerie van OC&W, die per 1 augustus as. in werking treedt.

4

*Voor wie is een PGB vervoer van toepassing, en hoe verhoudt zich de toekenning van vervoer tot het PGB in het verleden en tot het vervoer dat door gemeentelijke maatregelen wordt geïndiceerd? Betekent de toekenning van vervoer verruiming van de indicatie en het PGB?*

Een pgb waarbij het vervoer wordt meegefinancierd is van toepassing wanneer een cliënt geïndiceerd is voor ondersteunende of activerende begeleiding in dagdelen en tevens bij de indicatiestelling is vastgesteld dat er een medische noodzaak bestaat voor het vervoer. Onder de huidige regeling pgb-VG kan als een zorgcontract is afgesloten met een dagverblijf voor verstandelijk gehandicapten, het vervoer van en naar dat dagverblijf uit de trekkingsrechten van het pgb worden betaald. Er gelden daarbij wel twee voorwaarden. Ten eerste moet het vervoer georganiseerd zijn door het dagverblijf. Ten tweede moet de prijs van het vervoer – al dan niet verwerkt in de prijs van het verblijf – op de factuur van het dagverblijf in rekening zijn gebracht.

Op grond van de Wet voorzieningen gehandicapten verstrekken gemeenten vervoersvoorzieningen die erop gericht zijn, dat mensen met beperkingen kunnen deelnemen aan het maatschappelijk verkeer binnen – in elk geval – hun directe leefomgeving.

De toekenning van vervoer betekent in zoverre een verruiming van de indicatie en het pgb, dat een ieder die geïndiceerd is voor ondersteunende of activerende begeleiding in dagdelen en de medische noodzaak voor het vervoer is vastgesteld, het pgb ook mag besteden aan de voor hemzelf gemaakte kosten van vervoer. Hiermee is een gelijke situatie gecreëerd met zorg in natura.

5

*Waarom is het niet mogelijk dat een cliënt in een AWBZ-instelling PGB ontvangt; bijvoorbeeld een cliënt in een verzorgingshuis die via een PGB privé extra activerende begeleiding of verpleging inhuurt via een PGB, omdat het verzorgingshuis en andere instellingen in de omgeving dat niet kunnen bieden?*

Bij de indicatiestelling wordt per functie de zorgbehoefte in beeld gebracht. Vervolgens kan de cliënt (per functie) kiezen voor een pgb of zorg in natura voor de functies huishoudelijk verzorging, persoonlijke verzorging, verpleging, ondersteunende begeleiding, activerende begeleiding en tijdelijk verblijf. Behandeling en permanent verblijf kunnen alleen in de vorm van natura worden verkregen. De combinatie behandeling in natura en andere functies in de vorm van een pgb is mogelijk. Een combinatie met verblijf is niet mogelijk. Volgens de vigerende bekostigingssystematieken van zorg in natura geldt namelijk dat als het gaat om verblijf hiervoor een beleidsregel geldt inclusief zorg. Er wordt voor de intramurale bekostiging (nog) geen onderscheid gemaakt naar functies. Derhalve is een combinatie pgb en verblijf in natura niet mogelijk. Dit zou immers leiden tot dubbele bekostiging.

6

*Wordt de «gezonde» (voormalig) partner van een in een verzorgingshuis opgenomen echtpaar gezien als een verzekerde die in een AWBZ-instelling verblijft (art. 2.5.6.3 lid 2a)?*

Het is van belang een aantal situaties te onderscheiden. Voorop staat dat het voor de verblijfplaats van iemand niet van belang is of het om een verzekerde gaat. Van de AWBZ-verzekering zijn in Nederland maar heel weinig mensen al dan niet vrijwillig uitgesloten. Dus vrijwel iedereen is verzekerde. Maar wat echt van belang is, is of een verzekerde, ook weer onafhankelijk van zijn verblijfplaats, zijn rechten uitoefent. In de onderhavige vraag gaat het om een «gezonde» partner van een eerder opgenomen echtpaar. Beide zijn verzekerden in een AWBZ-instelling, een verzorgingshuis. De achtergebleven partner is eveneens een verzekerde in een verzorgingshuis. Wordt de AWBZ aangesproken voor de betaling van dat verblijf? Dan is het van belang om de datum van 1 april jl. in de beschouwing te betrekken. En het is van belang de indicatiestelling mee te nemen. Immers, de kosten van de zorg als omschreven in het Besluit zorgaanspraken bijzondere ziektekostenverzekering en het sinds 1 april 2003 in werking getreden Besluit zorgaanspraken AWBZ worden slechts vergoed als is komen vast te staan dat de verzekerde daaraan behoefte heeft. Het RIO stelt dat vast. Zonder indicatie worden de kosten die worden gemaakt in verband met het verblijf in een AWBZ-instelling niet uit het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten vergoed.

Tot 1 april 2003 gold op deze regel één uitzondering, namelijk voor de niet-geïndiceerde partner binnen een echtpaar. Op grond van het eerstgenoemde besluit werd de opname en het verblijf van deze persoon ook uit

de AWBZ vergoed zolang deze niet-geïndiceerde persoon daar samen met diens wel geïndiceerde partner verbleef. Ten aanzien van deze groep is afgesproken dat hun verblijf tot 1 januari 2004 uit de AWBZ bekostigd blijft. In de tussentijd wordt zoveel mogelijk nagegaan of zij niet inmiddels zelf rechtens op kosten van de AWBZ kunnen verblijven (via indiceren door het RIO). Dat betekent binnen het bestek van deze schriftelijke vragen dat deze personen niet ook in aanmerking kunnen komen voor een pgb, ook niet als zij over een indicatiebesluit beschikken. Immers voor dit jaar zijn de productieafspraken tussen instelling en zorgkantoor al overeengekomen en terugdraaien daarvan ligt ook al vanwege de administratieve rompslomp niet voor de hand.

De situatie na 1 april jl. is een geheel andere. Vanaf die datum kan een niet-geïndiceerde partner niet op kosten van de AWBZ mee worden opgenomen in het verzorgingshuis. Direct vanaf het moment van opname dient deze persoon zelf de kosten te voldoen. Nu kan het zo zijn dat met de functiegerichte indicatiestelling deze persoon een indicatiebesluit heeft voor één of meer zorgfuncties maar niet voor verblijf. In dergelijke gevallen kan het thans zo zijn dat die verzekerde ervoor kiest die functies als zorg in natura te ontvangen of als pgb en zijn huisvesting in het verzorgingshuis samen met zijn geïndiceerde partner zelf te betalen. Overigens ben ik in mijn brieven van 14 februari en 31 maart 2003 (Kamerstukken 2002–2003, 26 631, nrs. 37 resp. 41) nader ingegaan op de diverse overgangssituaties die zich in verband met de invoering van het nieuwe Besluit zorgaanpak AWBZ kunnen voordoen. Ik verwijs u daar kortheidshalve naar.

7

*Op welke wijze kan het zorgkantoor of een andere instantie ingrijpen indien de zorg die via het PGB wordt ingekocht ten behoeve van een meerderjarige, onvoldoende is qua kwaliteit en/of omvang (zie ook artikel 2.5.6.8 sub 1b)?*

De verzekerde verplicht zich bij het aangaan van een pgb tot het inkopen van kwalitatief verantwoorde zorg (artikel 2.5.6.8 sub 1b). Kwalitatief verantwoord is die zorg die voldoet aan de daartoe strekkende normen van diverse zorgverlenende beroepsgroepen voor zover van toepassing. Uitgangspunt van het pgb is dat de cliënt zelf redelijkerwijs in staat is te oordelen over de kwaliteit van zorg (consumentensoevereiniteit). Vervolgens zijn op de betreffende beroepsgroepen en/of instellingen die zorg aan budgethouders verlenen onverkort de wet BIG en de Kwaliteitswet zorginstellingen van kracht. Toezicht daarop verloopt via de in die wetten geregelde normen. Op de omvang van de ingekochte zorg wordt niet gecontroleerd (anders dan de hoogte van het bestede budget). Hierover zijn in de subsidieregeling geen bepalingen opgenomen. Bepaling van de hoeveelheid in te kopen zorg wordt aan de budgethouder zelf overgelaten, uiteraard met inachtneming van het toegekende budget. Het artikel 2.5.6.8 betreft naast onderdeel 1b een opsomming van verplichtingen die het zorgkantoor de verzekerde oplegt bij de verlening van een pgb. In artikel 2.5.6.11 is geregeld dat de verleningsbeschikking door het zorgkantoor kan worden ingetrokken of gewijzigd met ingang van de dag waarop de verzekerde de bij of krachtens artikel 2.5.6.8 opgelegde verplichtingen niet nakomt.

8

*Wat zijn de criteria die de zorgkantoren kunnen hanteren bij de beoordeling of een PGB qua kosten ten opzichte van een verblijf in een instelling niet verantwoord zijn (zie ook artikel 2.5.6.7)?*

De vergelijkbare kosten van verblijf in een instelling (artikel 2.5.6.3, lid 3). Dit lid bepaalt dat het zorgkantoor verlening van het pgb weigert op grond

van het criterium dat wanneer de kosten van een pgb ten opzichte van de verlening van dezelfde zorg in combinatie met verblijf in een instelling, onverantwoord zouden zijn.

9

*Hoeveel PGB van meer dan Euro 300 per dag (Euro 109 500 per jaar) worden jaarlijks aangevraagd en zijn toegekend?*

Zorgkantoren hebben in 2002 voor ongeveer 50 (van de 50 000 toegekende budgetten) budgethouders aan het CVZ kenbaar gemaakt voornemens te zijn om meer dan € 300 per dag toe te kennen. Het CVZ heeft over het algemeen geadviseerd om de toekenning te beperken tot € 300 per dag.

10

*Kan het zorgkantoor afwijken van het oordeel van het CVZ indien de kosten van het PGB meer bedragen dan Euro 300 per dag? Zo ja, wanneer en op welke gronden?*

Zou het pgb meer dan € 300 per dag kosten, dan dient het zorgkantoor over de juistheid van de aan zijn afweging ten grondslag liggende berekeningen advies te vragen van het CVZ. Het zorgkantoor kan van het advies van het CVZ afwijken. In dat geval dient het zorgkantoor bij de verlening van het pgb de afwijking van het advies van het CVZ met redenen te omkleden.

Bekend is dat het bij toekenning door zorgkantoren van budgetten hoger dan € 300 per dag veelal gaat om terminale zorg of een hoge zorgbehoefte die om andere redenen kortstondig is.

11

*Welke contra-indicaties op medische gronden zijn er tegen opname in een instelling? Mag de arts die de contra-indicatie geeft, andere betrekkingen met de geïndiceerde hebben, zoals familierelaties?*

Er zijn medische condities waarvoor opname in een ziekenhuis of verpleeghuis een grote risicofactor vormt. Daarbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan ziektebeelden waarbij de eigen afweer tegen infecties enorm is verzwakt, waardoor het riskant is om blootgesteld te worden aan de (in het algemeen gemene) micro-organismen in ziekenhuizen en verpleeghuizen en opname in een ziekenhuis of verpleeghuis voor de betrokken cliënt levensbedreigend is.

Alleen een onafhankelijke arts, die niet de behandelende huisarts of specialist is, mag een verklaring afgeven dat opname in een instelling op medische gronden niet tot de mogelijkheden behoort.

12

*Zullen de budgetten van het PGB aangepast worden naar aanleiding van de uitkomsten van het onderzoek naar de tarieven voor zorg in natura? Zo ja, wanneer?*

Ja, op dit moment wordt gewerkt aan de ontwikkeling van een normatief kostprijsmodel voor zorg in natura. Bepaalde elementen van dit kostprijsmodel zullen ook als basis fungeren voor pgb tarieven. Per functie zal worden gezien welke normering voor een pgb zal worden gehanteerd. Omdat de budgethouder bijvoorbeeld zelf zijn zorg wenst te organiseren, ben ik van mening dat bepaalde overheadcomponenten die in het naturatarief zitten, niet in het pgb-tarief (volledig) meegefinancierd behoeven te worden. Aanpassing van de pgb-tarieven naar aanleiding van dit onderzoek zal naar verwachting gelijk lopen met de invoering van functie-

gerichte bekostiging in natura. Hierover ontvangt u zoals toegezegd eind deze zomer een implementatieplan.

Met betrekking tot de tarieven van het pgb nieuwe stijl in 2003 heb ik ervoor gekozen de pgb tarieven vast te stellen op een niveau dat niet wezenlijk afwijkt van het niveau in 2002.

13

*Waarom is gekozen bij de waarde van het tarief voor het midden van de klasse? Hoeveel budgethouders zullen er door deze keuze qua budget op achteruit gaan?*

Bij de indicatiestelling wordt de omvang waarin iemand op een bepaalde functie is aangewezen bepaald. Dit wordt aangegeven in de zogenaamde klassen. De klassenindeling is zo gekozen dat wordt voldaan aan twee voorwaarden. Enerzijds biedt de bandbreedte van de klasse een marge om lichte schommelingen in de zorgvraag op te kunnen vangen, anderzijds moet de klassenindeling dusdanig zijn dat aan de reële zorg vraag kan worden voldaan. De klassenindeling geeft dus een zekere marge waarmee schommelingen in de omvang van de zorgvraag kunnen worden opgevangen. Bij de indicatiestelling wordt ook op deze wijze naar de cliënt gekeken. Het gemiddeld aantal uren zorg wordt vertaald naar een klasse. Dit principe spoort met het kiezen van het midden van een klasse.

Het is niet exact te voorspellen hoeveel budgethouders er op vooruit- of juist achteruitgaan, omdat het pgb nieuwe stijl een andere berekenings-systematiek kent dan het pgb oude stijl. Het pgb-VG kent bijvoorbeeld voor budgethouders acht budgetcategorieën. Het pgb nieuwe stijl kent daarentegen een op maat gesneden benadering, waarbij voor elke budgethouder per functie de omvang in klassen en het budget wordt vastgesteld. Het budget kan hierdoor in de nieuwe situatie hoger of lager uitvallen. Daarnaast kent de regeling pgb-V&V nu een zeer gedetailleerde uren/minutensystematiek, terwijl het pgb nieuwe stijl juist uitgaat van klassen met een zekere bandbreedte. (Her)indicatie is daarom voor huidige budgethouders een noodzakelijke voorwaarde om in aanmerking te komen voor het pgb nieuwe stijl.

Zoals ik in mijn brief d.d. 10 maart jl. heb aangegeven wil ik niet dat budgethouders, die er bij overgang mogelijk op achteruitgaan in de problemen komen. Daarom kent de nieuwe regeling een overgangsbeleid. Budgethouders die het komende half jaar overgaan naar de nieuwe regeling krijgen een budgetgarantie tot 31 december 2003 en behouden dus voorlopig hetzelfde budget. Daarna geldt het bedrag van het nieuwe budget. Budgethouders die na 1 oktober 2003 overgaan op het pgb nieuwe stijl houden een budgetgarantie van drie maanden.

14

*Hoeveel tijd is thans gemoeid met de vaststelling van de eigen bijdrage? Wat is de streeftermijn, en in hoeveel procent van de gevallen wordt die gehaald? Leidt de vaststelling tot vertraging van de uitbetaling van het netto PGB?*

De vaststelling van de eigen bijdrage vindt bij het pgb in grote lijnen als volgt plaats.

Het zorgkantoor geeft de persoonsgegevens van de budgethouder door aan het CAK. Het CAK vraagt de inkomensgegevens op bij de Belastingdienst. Het CAK geeft de inkomensgegevens vervolgens door aan het zorgkantoor, waarna het zorgkantoor ervoor zorgt dat de eigen bijdrage in mindering wordt gebracht op het bruto budget.

Een aantal stappen in deze keten is gelijk aan stappen in het vaststellen van de voor zorg in natura verschuldigde eigen bijdrage. Verbetertrajecten

die in gang zijn gezet bij dat proces werken daarom door bij de vaststelling van de in het kader van het pgb in mindering te brengen eigen bijdragen.

Bij de uitvoering van de pgb-regeling wordt op het moment van toekenning een voorlopige eigen bijdrage in mindering gebracht. Die voorlopige eigen bijdrage is gebaseerd op de eigen opgave van de budgethouder of op het maximum van de inkomenstabel in het bijdragebesluit.

Dat heeft tot gevolg dat de uiteindelijke bepaling van de hoogte van de eigen bijdrage slechts tot een correctie van de eerdere voorlopige eigen bijdrage leidt.

15

*Is het mogelijk dat iemand die in het buitenland woont, c.q. gaat wonen een PGB ontvangt? Zo ja:*

- geldt dit voor alle landen, ook de landen die niet onder de Wet beperking export uitkeringen (Wet BEU) vallen?*
- heeft de budgethouder toestemming nodig als hij in het buitenland wil gaan wonen?*
- op welke manier wordt omgegaan met minderjarigen in het buitenland?*
- op welke wijze vindt controle plaats dat het PGB aan zorg besteed wordt?*

In het pgb oude stijl komt iemand niet in aanmerking voor een pgb wanneer hij of zij in het buitenland woont. Een budgethouder mag wel bij tijdelijk verblijf (langer dan zes aaneengesloten weken per jaar) in het buitenland hulpverleners contracteren die niet onder de Nederlandse fiscale wetgeving vallen. In dat geval wordt het toe te kennen budget vervolgens berekend volgens een speciale formule waarin onder andere rekening is gehouden met het voor het desbetreffende land door het CVZ vastgestelde aanvaardbaarheidspercentage.

In het pgb nieuwe stijl komen naast de AWBZ verzekerden die tijdelijk verblijven ook de AWBZ verzekerden die in het buitenland wonen in aanmerking voor een pgb. In beide gevallen geldt dat bij contractering van hulpverleners die niet vallen onder de Nederlandse fiscale wetgeving een formule wordt gebruikt om het budget te berekenen.

De regeling geldt niet alleen voor verzekerden die in een andere lidstaat van de Europese Unie verblijven of wonen maar voor alle in het buitenland verblijvenden of wonenden. Een budgethouder heeft geen toestemming nodig om in het buitenland te gaan wonen. Voor de uitvoering van het pgb in het buitenland wordt geen verschil gemaakt tussen minderjarige en meerderjarige budgethouders.

Controle van het pgb nieuwe stijl vindt normaal gesproken (in Nederland) plaats op basis van verantwoordingsformulieren. Daarnaast kunnen zorgkantoren steekproefsgewijs de achterliggende declaraties en zorgovereenkomsten opvragen. In afwijking van deze lijn zal het pgb aan in het buitenland woonachtige budgethouders niet bij voorschot worden uitbetaald, maar slechts op basis van te overleggen declaraties.

16

*Waarom moeten budgethouders declaraties e.d. minimaal 7 jaar bewaren in plaats van de gebruikelijke termijn van 5 jaar, terwijl het zorgkantoor slechts een bewaartermijn heeft van 5 jaar?*

De belastingwetgeving kent een bewaartermijn van 7 jaar. Hoewel niet alle documenten onder die bewaartermijn vallen, is er omwille van eenduidigheid voor gekozen om aansluiting te zoeken bij die bewaartermijn.

17

*Is de eigen bijdrage PGB gelijk aan de eigen bijdrage van de vergelijkbare zorg (thuis- en instellingszorg) in natura?*

Aangezien de functie permanent verblijf niet van toepassing is op het pgb nieuwe stijl is ten aanzien van de eigen bijdrage heffing pgb het Bijdragebesluit zorg van toepassing.

In het kader van de modernisering van de AWBZ is het de bedoeling de huidige thuiszorg eigen bijdragesystematiek te vereenvoudigen. Voor zorg in natura is het (om technische redenen) nog niet mogelijk gebleken de nieuwe eigen bijdragesystematiek in te voeren. Voor het pgb nieuwe stijl wordt wel gebruik gemaakt van de nieuwe systematiek. Dit houdt in dat 17,75% eigen bijdrage wordt geheven op een functie en klasse. De inkomensklasse en de maximumgrens van de eigen bijdrage zijn gelijk aan die van zorg in natura in de thuiszorg.

De eigen bijdrage indien het pgb, onder andere, wordt toegekend voor kortdurend verblijf gelijk is aan de eigen bijdrage die ook bij zorg in natura voor kortdurend verblijf verschuldigd is.

18

*Op welke wijze vindt controle op de (her)indicatie door artsen in het buitenland plaats?*

De door artsen in het buitenland gestelde indicatie wordt door een medisch adviseur van Agis omgezet naar de termen uit het zorgindicatiebesluit. Voor een aantal landen maakt Agis daarbij nu ook al gebruik van gestandaardiseerde vragenlijsten voor de betrokken buitenlandse artsen.

19

*Hoeveel wordt thans besteed aan PGB in het buitenland, en hoeveel wordt dit naar verwachting?*

Het pgb oude stijl kan in het buitenland worden besteed door budgethouders die wonen in Nederland, maar tijdelijk in het buitenland verblijven (langer dan zes weken aaneengesloten per jaar). De omvang van deze bestedingen is niet bekend omdat dit onderdeel uitmaakt van het reguliere budget.

Gekozen is om het pgb ook in het buitenland mogelijk te maken in verband met de gelijkheid met de situatie voor zorg in natura. De mogelijkheid om een pgb te gebruiken door een verzekerde die in het buitenland woont, bestaat sinds 1 april jl. Cijfers over de besteding van het pgb in het buitenland zijn nog niet voorhanden. Dit punt wordt meegenomen in de monitoring van het pgb nieuwe stijl.

20

*Is er duidelijkheid over de uitbreiding van de kring van vrijwillig verzekerden met echtgenoten van vrijwillig verzekerden, gezinsleden en vutters. (28 619, nr. 48)*

Daar is nog geen definitieve duidelijkheid over. De Minister van VWS heeft onlangs een aanvullende uitvoeringstoets laten uitgaan naar het CVZ in verband met een nadere kosten-batenanalyse. Het antwoord van het CVZ wordt voor 1 juni verwacht. U wordt nader geïnformeerd over de resultaten van de resultaten.

21

*Bij de indicatiestelling zou het niet moeten uitmaken of men kiest voor PGB of zorg in natura. Waarom is de duur van de indicatie van PGB, thuiszorg, zorg in natura verschillend?*

Bij de indicatiestelling geldt inderdaad het uitgangspunt dat er geen onderscheid wordt gemaakt tussen pgb of zorg in natura. Bij de indicatiestelling wordt per functie de duur/periode waarvoor de zorgbehoefte in een zekere omvang bestaat, vastgesteld.

22

*Is een bedrag van Euro 5 voor vervoer ook toereikend? Zo niet, wat zijn de aanvullende mogelijkheden?*

De bijtelling voor vervoer op het budget voor ondersteunende of activerende begeleiding in dagdelen met een bedrag van € 5 per dagdeel wordt geacht toereikend te zijn. De pgb-regeling voorziet niet in aanvullende mogelijkheden.

23

*Waarom is er voor gekozen het PGB exporteerbaar te maken?*

De keuze tussen zorg in natura of een pgb is gelijkwaardig. Verzekerden kunnen in principe altijd kiezen voor zorg in natura of een pgb. Ook hebben ze altijd de mogelijkheid de overstap te maken van zorg in natura naar het pgb en andersom. Ook wanneer verzekerden in het buitenland wonen staat de gelijkheid tussen zorg in natura en het pgb voorop. Bovendien loopt het exporteerbaar maken van het pgb nieuwe stijl vooruit op het op termijn wettelijk verankeren van het pgb als aanspraak in het kader van de AWBZ. Zie het antwoord op vraag 2.

24

*Welke kosten zijn gemoeid met de verzekering tegen het risico van doorbetaling van het loon van de zorgverlener bij ziekte en een hoge WAO-premie bij arbeidsongeschiktheid? Hoe verhoudt zich dat tot de huidige situatie bij de PGB's?*

Het SVB Servicecentrum PGB draagt er zorg voor dat er een collectieve verzekering geldt voor kosten die samenhangen met loondoorbetaling bij ziekte van de zorgverlener. Alle budgethouders die een arbeidsovereenkomst met de zorgverlener hebben afgesloten, kunnen van deze collectieve regeling kosteloos gebruik maken.

Als een zorgverlener meer dan twee dagen per week voor de budgethouder werkt, is de budgethouder verplicht om te zorgen voor inhouding en afdracht van loonbelasting en sociale premies, waaronder de WAO-premie. Deze lasten worden voor een deel op het brutoloon van de zorgverlener ingehouden en het andere deel, de werkgeverslasten, betaalt de budgethouder uit het pgb. De werkgeverslasten bedragen ongeveer 16% van het brutoloon van de zorgverlener.

Een en ander is analoog aan de pgb-regelingen oude stijl.

25

*Zijn er criteria voor de steekproef van het zorgkantoor; bijvoorbeeld ten aanzien van omvang van aantal steekproeven, a-selectie, etc.?*

Ja, door Zorgverzekeraars Nederland is, in samenspraak met het CVZ, een controleprotocol opgesteld. Naast controle van alle verantwoordingsformulieren zal tevens een zeker percentage van de budgethouders intensief worden gecontroleerd. De intensieve controle richt zich in eerste instantie op budgethouders bij wie in het voortraject (toekennen pgb en globale controle van de verantwoordingsformulieren) bijzonderheden zijn geconstateerd. De steekproef wordt vervolgens a-select aangevuld.

## Vragen PvdA-fractie

26

*Deelt de regering de conclusie dat het PGB van blijvend belang is om niet alleen individuele cliënten de ruimte te bieden hun eigen zorg op maat te verwezenlijken, maar ook als instrument om blijvend te experimenteren met vernieuwende vormen van zorg?*

Onderschreven wordt dat het pgb een goed instrument is als het gaat om vraagsturing, zorg op maat en het vergroten van zeggenschap van de cliënt. Gebleken is dat budgethouders met een pgb tot creatieve vernieuwende vormen van zorg kunnen komen. Uiteraard is een voorwaarde aan het experimenteren met een pgb dat de ingekochte zorg binnen de AWBZ-aanspraken van het pgb valt.

27

*Kan de regering ingaan op de zorgen geuit door organisaties als het Feuerstein Centrum, Mentionem over beperkte invulling van de aanspraken op zorg door zowel indicatiestellers als zorgkantoren? Kan de regering in algemene zin ingaan op de vraag in hoeverre bij indicatiestelling wordt beoordeeld op wat voor manier cliënten de aanspraken invullen?*

Ten behoeve van de vaststelling van de functiegerichte aanspraken in het kader van modernisering van de AWBZ is uitgegaan van een pakket-neutrale operatie. Dat wil zeggen dat het uitgangspunt is dat wat voor 1 april 2003 onder de AWBZ-aanspraken valt ook na 1 april onder de functiegerichte aanspraken valt. Wat voor 1 april niet onder de AWBZ valt, valt er nu ook niet onder.

De indicatie wordt objectief en onafhankelijk gesteld aan de hand van het indicatiëprotocol. De basis van de indicatiestelling is uiteraard het Besluit zorgaanspraken AWBZ. De zorgbehoefte in termen van functiegerichte aanspraken is leidend voor de indicatiestelling. Na vaststelling van de zorgbehoefte in termen van functie en klasse bestaat vervolgens de keuze tussen zorg in natura (ingekocht door het zorgkantoor) of een pgb. Het zorgkantoor controleert of de besteding van het pgb plaatsvindt voor zorg die binnen de AWBZ-aanspraken valt.

28

*Mag een indicatiesteller die moet beoordelen of recht bestaat op bijvoorbeeld activerende begeleiding eisen stellen aan de manier waarop die activerende begeleiding wordt vorm gegeven? Is het niet zo dat de exacte invulling van de aanspraken bij de indicatiestelling geen rol mag spelen?*

Het indicatiëorgaan stelt de zorgbehoefte vast in termen van functies en klassen. Bij het vaststellen van de functies/aanspraken is met opzet gekozen voor een globale omschrijving van de functies, zodat na indicatiestelling de cliënt in overleg met de zorgaanbieder invulling kan geven aan de exacte manier van zorgverlening. De exacte invulling van een aanspraak, de te kiezen aanbieder, of de keuze voor pgb en zorg in natura, is dus niet aan de indicatiesteller.

29

*Wat is de rol van het zorgkantoor bij het beoordelen van de wijze van besteding van budgetten?*

Het zorgkantoor controleert per voorschotperiode aan de hand van het verantwoordingsformulier van de budgethouder de besteding van het budget. Wanneer de besteding akkoord is, verstuurt het zorgkantoor

binnen acht weken hiervan een bevestiging naar de budgethouder, onder het voorbehoud dat een intensieve controle kan leiden tot wijzigingen. Wanneer de besteding volgens het zorgkantoor niet akkoord is, stuurt het zorgkantoor een aankondiging voor de intensieve controle.

30

*Indien een cliënt na indicatie en toewijzing van het budget een besteding kiest die vanwege het vernieuwende karakter onbekend is bij andere aanbieders en zorgkantoor, moet dan niet de conclusie zijn dat behoudens kwaliteitseisen en eisen ter voorkoming van fraude, sprake is van vrijheid van besteding?*

Nee, aan de besteding van het budget is de strikte voorwaarde gesteld dat het budget alleen mag worden besteed aan zorg zoals omschreven in het Besluit zorgaanspraken AWBZ voor wat betreft de functies huishoudelijke verzorging, persoonlijke verzorging, verpleging, ondersteunende begeleiding, activerende begeleiding en tijdelijk verblijf. Aan de ingekochte zorg moet altijd een (zorg)overeenkomst ten grondslag liggen. Ook nieuwe, onbekende vormen van zorg zullen aantoonbaar binnen de omschrijving van de pgb-aanspraken moeten vallen. Van vrijheid van besteding is dus alleen sprake voor zover het om zorg gaat die binnen de AWBZ-aanspraken valt.

31

*Kan de regering toezeggen dat vernieuwende vormen van zorg een kans krijgen, zeker indien die nieuwere vormen van zorg goedkoper zijn dan het traditionele aanbod van zorg?*

Doelstellingen van de modernisering van de AWBZ zijn het vergroten van de keuzemogelijkheden, de keuzevrijheid en de zeggenschap van de cliënt. Naast het pgb als belangrijk instrument om dit te bereiken, wordt ook bij zorg in natura ruimte gecreëerd door onder meer de globale opzet van de aanspraken en het mogelijk maken van toetreding van nieuwe aanbieders. Vernieuwende zorg past daarmee goed in de modernisering van de AWBZ. Voorwaarde hierbij is wel dat die zorg past binnen de in de AWBZ gedefinieerde aanspraken.

32

*Wat is de positie van de budgethouder die, bij besteding van eenmaal toegekend budget, uitgaven zou doen die worden betwist door zorgkantoor. Worden bedragen dan teruggevorderd? Kan de regering aangeven in hoeverre rekening wordt gehouden met de kwetsbare positie van individuele budgethouders die vergissingen maken met de besteding van hun budget, en daarmee persoonlijke hoge financiële risico's lopen indien bedragen worden teruggevorderd?*

Het budget wordt periodiek in delen aan de budgethouder overgemaakt, het zogenaamde bevoorschottingsregime. Hier is voor gekozen vanuit het oogpunt van risicospreiding, zowel vanuit het zorgkantoor als vanuit de cliënt. Het bevoorschottingsritme en het daaraan gekoppelde verantwoordingssysteem is afhankelijk van de hoogte van het budget. Hoge budgetten worden bijvoorbeeld maandelijks bevoorschot en verantwoord. Op deze wijze moet voorkomen worden dat budgethouders grote bedragen verkeerd kunnen besteden. In dit kader is ook de voorlichtingsinformatie over wat wel en wat niet uit een pgb mag worden betaald aan budgethouders van groot belang. In de uitgebreide handleiding van het CVZ/zorgkantoor die elke budgethouder met een pgb nieuwe stijl krijgt, wordt hier nadrukkelijk aandacht aan besteed.

Per voorschotperiode controleert het zorgkantoor op een rechtmatige besteding van het budget; besteding aan AWBZ zorg. Daartoe dient de budgethouder binnen acht weken na een voorschotperiode een door het zorgkantoor aangeleverd formulier in. Eventueel overlegt de budgethouder op verzoek van het zorgkantoor onderliggende bewijsstukken. Als het voorschot is gebruikt voor activiteiten waarvoor die niet onder de pgb aanspraken vallen («de betalingen zijn niet subsidiabel») deelt het zorgkantoor dit mee aan de budgethouder. De verzekerde kan er vervolgens voor kiezen een bedrag ter grootte van het verkeerd bestede bedrag alsnog wel aan subsidiabele activiteiten te besteden. Uiteraard krijgt de verzekerde geen nieuw voorschot voor het verkeerd bestede bedrag. Dit alles sluit niet uit dat het zorgkantoor kan besluiten de subsidieverlening in te trekken. Bijvoorbeeld bij bewust verkeerde besteding of bij groot risico op oninbare vorderingen.

33

*De vergoeding voor vervoer bedraagt Euro 5 per dagdeel. In een aantal gevallen is het vervoer zo gespecialiseerd en over zulke lange afstanden dat dit bedrag wellicht te laag is. Is de regering bereid bij de toekenning van vervoerskosten rekening te houden met specifieke omstandigheden waarin overduidelijk is dat het vervoer duurder is?*

Voor het antwoord op deze vraag verwijs ik naar het antwoord op vraag 22.

34

*Bij indicatiestelling voor AWBZ-zorg wordt de vraag gesteld of men in aanmerking wil komen voor zorg in natura of zorg in de vorm van een PGB. Kan worden aangegeven in hoeverre indicatiestellers invloed uitoefenen op de keuze?*

Het is niet de bedoeling dat indicatiestellers invloed uitoefenen op deze keuze. Het is aan de cliënt om te kiezen voor een pgb of zorg in natura. Om indicatiestellers van deze keuzevrijheid van de cliënt te doordringen is dit onderdeel expliciet in het scholingstraject van de indicatiestellers opgenomen.

35

*Cliënten die vooraf goed weten wat ze kiezen, zullen niet snel beïnvloedbaar zijn. Cliënten die de mogelijkheden van beide vormen niet goed kennen hebben recht op waardevrije voorlichting daarover. Is de regering bereid hierop toe te zien?*

Om te kunnen voorzien in waardevrije voorlichting over de keuzemogelijkheid tussen het pgb en zorg in natura worden door het CVZ twee algemene folders verstrekt, één over de AWBZ (inclusief de keuzemogelijkheid van het pgb) en één algemene folder over het pgb. Deze folders worden onder meer verstrekt door RIO's. Daarnaast verstrekken zorgkantoren informatie over de keuzemogelijkheid en het natura aanbod in de regio. Het zorgkantoor verstrekt tevens een uitgebreide handleiding pgb nieuwe stijl. Het CVZ heeft de hoofdtekst voor deze folder aangeleverd, zorgkantoren kunnen dit aanvullen met regionale informatie.

36

*Er zijn zorginstellingen die geïndiceerde cliënten van advies willen dienen over te leveren zorg. Hebben cliënten die kiezen voor zorg in natura dan voldoende onafhankelijk advies? In hoeverre kunnen budgethouders financieel ruimte vinden om onafhankelijke adviseurs of bemiddelaars in te schakelen die helpen bij het kiezen van het zorgpakket?*

Ten aanzien van de meer algemene cliëntondersteuning bij (keuze van) zorg en/of aanpalende terreinen bestaan er verschillende organisaties zoals de SPD-en voor de gehandicaptensector, de ouderenconsulenten in de V&V-sector en de cliëntondersteuners GGZ. Dit laat onverlet dat zorg-aanbieders op eigen initiatief de cliënten informeren over de zorg die zij kunnen leveren.

Budgethouders kunnen – naast dat ook zij gebruik kunnen maken van genoemde organisaties – bemiddelingskosten ten behoeve van het verkrijgen van hulpverleners uit het pgb betalen.

37

*Een eerder gesignaleerd probleem bij budgethouders is de hoogte van de tarieven en de verschillen tussen tarieven voor persoonsgebonden budget en zorg in natura. Worden tarieven nu volledig gelijkgeschakeld, en hanteert de regering dezelfde indexatiemechanismen voor beide vormen van zorg? Heeft de regering voldoende oog voor de zorg dat de tarieven zo laag zijn, dat instellingen en hulpverleners zeggen de gevraagde zorg niet te kunnen leveren, zeker niet als de zorg aan budgethouders moet worden geleverd die immers geen enkele financiële ruimte hebben om overhead- of scholingskosten te betalen uit hun budget?*

Tarieven pgb en zorg in natura zullen niet gelijkgeschakeld worden. Wel zal ten aanzien van de toekomstige pgb-tarieven uitgegaan worden van de uitkomsten van het kostprijzenmodel voor zorg in natura (zie antwoord op vraag 12). Dit kostprijzenmodel zal meer helderheid brengen over de reële kostprijzen van instellingen.

Uitgangspunt bij de tariefstelling van het pgb is dat budgethouders in staat gesteld worden zorg in te kopen tegen tarieven waarbij «goed werkgeverschap» mogelijk is, zoals bijvoorbeeld de reiskosten en de opleidingskosten van de hulpverlener. Budgethouders kunnen overal hun zorg inkopen: bij reguliere aanbieders, particuliere aanbieders en/of personen. Omdat de budgethouder zelf zijn zorg wenst te organiseren, ben ik van mening dat bepaalde overheadcomponenten die in het naturatarief zitten, niet in het pgb-tarief (volledig) meegefinancierd behoeven te worden. In principe wordt er bij het pgb uitgegaan van een directe (werkgever-werknemer) relatie tussen budgethouder en hulpverlener waaraan geen instellingsoverheadkosten verbonden zijn. Het pgb is bedoeld als alternatief voor zorg in natura en niet als alternatieve bekostigingssystematiek van zorg in natura.

38

*Voor verblijf (anders dan kortdurend) en behandeling wordt voorlopig geen PGB verstrekt. In hoeverre leidt dat tot problemen voor budgethouders, die nu behandeling en verblijf wel in de vorm van een PGB krijgen? Is gegarandeerd dat de noodzakelijke zorg die nu wordt genoten, beschikbaar blijft voor budgethouders op een makkelijke manier?*

Er is bewust voor gekozen de functie behandeling niet te verstrekken in het pgb nieuwe stijl. Deze keuze is gelegen in het feit dat het, gelet op de grote verschillen qua aard en omvang van behandeling en de grote mate van diversiteit in specialismen in de verschillende AWBZ sectoren, niet mogelijk wordt geacht te komen tot een verantwoord pgb tarief. Het buiten het pgb houden van permanent verblijf hangt samen met de doelstelling om in het beleid naar de toekomst toe, wonen en zorg in de AWBZ zoveel mogelijk te scheiden.

Voor de functie behandeling geldt dat de budgethouders door de zorgkantoren tijdig op de hoogte zijn gesteld van het feit dat behandeling niet meer is in te kopen met het pgb nieuwe stijl. Daarnaast blijft behandeling beschikbaar in zorg in natura. Voor de functie verblijf geldt dat wonen

nooit uit het pgb is gefinancierd. Ook hier is de zorg beschikbaar in zorg in natura. Zie ook het antwoord op vraag 13.

### Vragen VVD-fractie

39

*De staatssecretaris geeft aan dat bij de overgang budgethouders in de problemen kunnen komen. Is er enig inzicht hoe groot die risicogroep is en hoe groot de verschillen kunnen zijn tussen het oude en nieuwe budget?*

Het is niet exact te voorspellen hoeveel budgethouders er op vooruit- of er op achteruitgaan, omdat het pgb nieuwe stijl een andere berekenings-systematiek kent dan de huidige pgb-regelingen (zie antwoord op vraag 13). Daarom wordt dit punt ook gemonitord.

Zoals ik in mijn brief d.d. 10 maart jl. heb aangegeven wil ik niet dat de budgethouders, die er bij overgang mogelijk op achteruitgaan in de problemen komen. Daarom kent de nieuwe regeling een overgangsbeleid. Budgethouders die het komende half jaar overgaan naar de nieuwe regeling krijgen een budgetgarantie tot 31 december 2003 en behouden dus voorlopig hetzelfde budget. Daarna geldt het bedrag van het nieuwe budget. Budgethouders die na 1 oktober 2003 overgaan op de pgb-regeling nieuwe stijl houden een budgetgarantie van drie maanden.

40

*De staatssecretaris volgt de overgang op macro en microniveau. Houdt u al rekening met onvoorziene en ongewenste zaken? Zo ja, waar denkt u dan aan?*

Monitoring zal plaatsvinden om eventuele onvoorziene of ongewenste zaken tijdig in beeld te krijgen. Als het gaat om ongewenste zaken dan denk ik aan zaken als fraude(gevoeligheid) en misbruik, uitvoeringsproblemen, prijsopdrijving, (extreem) negatieve budgettaire gevolgen voor budgethouders en dergelijke.

41

*De administratiekosten van mensen die niet volledig werkgever zijn of geen opting-in constructie overeen zijn gekomen komen in de regeling nieuwe stijl voor kosten van de budgethouder. Waarom is hiervoor gekozen? Deze administratiekosten worden gemaakt vanwege het PGB. Is de staatssecretaris het daar mee eens? Zou het dan ook niet zo moeten zijn dat deze kosten door het PGB vergoed moeten blijven worden?*

Mensen die niet volledig werkgever zijn of geen opting-in constructie zijn overeengekomen, hebben geen fiscale en sociale werkgeversverplichtingen. Door aanreiking van standaardformulieren van het zorgkantoor is de administratie voor hen redelijk eenvoudig uit te voeren en hoeven er geen kosten te worden gemaakt. Overigens kan van het budget 1,5 % (met een minimum van € 250 en een maximum € 1250 per kalenderjaar) worden besteed aan andere dan zorgkosten. Dit percentage is onder andere bedoeld om de kosten van «goed budgethouderschap» te betalen.

42

*In de functie verpleging wordt geen onderscheid gemaakt tussen gewone verpleging en specialistische verpleging, terwijl de tarieven daartussen behoorlijk verschillen. Waarom wordt dat onderscheid niet gemaakt? Vindt u het niet wenselijk dat er gedifferentieerd wordt in de functie verpleging?*

Bij de modernisering van de AWBZ is gekozen voor een functiegerichte benadering op globaal niveau en niet voor een gedifferentieerd product-systeem. Achtergrond van deze keuze is het bieden van ruimte aan het veld, dat wil zeggen cliënten, aanbieders en zorgkantoren, teneinde te kunnen komen tot zorg op maat en het vergroten van keuzemogelijkheden te stimuleren. Daarnaast wordt hiermee de nodige deregulering en ontbureaucratisering bereikt. Ik vind het derhalve niet wenselijk terug te gaan naar een niveau van producten, wat het aanbrengen van een onderscheid tussen verpleging en gespecialiseerde verpleging zou betekenen. Overigens merk ik op dat onderzoek heeft uitgewezen dat slechts tussen de 0,5 en 1,0 % van de budgethouders geïndiceerd zijn voor gespecialiseerde verpleging.

43

*Is de staatssecretaris op de hoogte van de problemen, die zich met name voordoen bij de functie van de ontwikkelingsgerichte begeleiding overdag van kinderen en betreffen met name de minder reguliere vormen daarvan, dat de indicatiestellers de functies stringenter uitleggen dan bij vergelijkbare situaties in het verleden? Zo ja, bent u van plan daar wat tegen te doen? Hoe verhoudt zich dit tot de keuzevrijheid die toch de bedoeling was van het PGB?*

Uitgangspunt bij functiegerichte indicatiestelling die op 1 april 2003 is ingegaan, is de zorgbehoefte volgens de AWBZ gedefinieerde aanspraken (en dus niet het beschikbare aanbod).

Keuzevrijheid in het kader van het pgb betekent dat binnen de omschrijvingen van de aanspraken huishoudelijke verzorging, persoonlijke verzorging, verpleging, ondersteunende begeleiding, activerende begeleiding en tijdelijk verblijf zorg kan worden ingekocht.

44

*Als er sprake is van een zorgovereenkomst met een partner of inwonend familielid is er sprake van een financiële vergoeding uit het PGB, zonder dat dit door de wetgever wordt gezien als een arbeidsovereenkomst. De verzorger krijgt dus wel een financiële vergoeding, maar kan geen gebruik maken van sociale verzekeringen. De positie van de verzorger lijkt ons door deze regeling niet sterk. Ziet de Staatssecretaris mogelijkheden hier iets aan te veranderen?*

Deze regeling heeft niets te maken met de vormgeving van het pgb, maar met de wetgeving rond arbeidsovereenkomsten. In het geval van een zorgovereenkomst met een partner of inwonend familielid is er geen sprake van een gezagsverhouding, waardoor er geen sprake is van een arbeidsovereenkomst en de daaruit voortvloeiende sociale verzekeringen. De pgb regeling biedt derhalve geen mogelijkheden ter zake veranderingen aan te brengen.

### **Vragen SP-fractie**

45

*De PGB-houder betaalt uit zijn budget de door hem ingehuurde zorgverleners. Is er zicht op hoeveel PGB-houders problemen hebben met het inhuren van zorgverleners door de krapte op de arbeidsmarkt, en om de hiervoor genoemde reden familieleden of partners inhuren om de zorg te verlenen?*

Er is geen zicht op het aantal budgethouders dat problemen heeft met het inhuren van zorgverleners door de krapte op de arbeidsmarkt. Een groep budgethouders sluit inderdaad een zorgovereenkomst af met familieleden of partners. Het inhuren van familieleden of partners wordt echter, voor

zover bekend, niet veroorzaakt door de krapte op de arbeidsmarkt. Inherent aan de keuze voor een pgb is dat men vrij is te bepalen bij wie men de zorg inkoop. Men kiest dan vaak voor een pgb, omdat men iemand in de omgeving kent die de zorg kan leveren.

46

*Het uitgekeerde bedrag is gelijk aan het bruto budget minus een bedrag dat de verzekerde geacht wordt zelf voor het inkopen van de zorg in te zetten (eigen bijdrage). Het gaat hier om een procentueel bedrag van het bruto PGB. Wordt er bij de berekening van de eigen bijdrage rekening gehouden met het inkomen – zoals de eigen bijdrage bij zorg in natura in de AWBZ inkomensafhankelijk is – van de PGB-houder? Zo nee, waarom niet?*

Ja, de eigen bijdrage bij het pgb is, net als bij zorg in natura, inkomensafhankelijk.

47

*De PGB's worden voortaan direct op de rekening gestort van de budgethouder, welke vervolgens weer kosteloos zijn administratie kan uitbesteden aan een facilitaire organisatie. Wat is de reden om de administratie niet direct en automatisch te laten regelen door een organisatie?*

Jarenlange uitvoeringsproblemen die zich hebben voorgedaan met een systeem van centrale administratieverplichting zijn aanleiding geweest om het systeem te vereenvoudigen door onder meer korte en directe lijnen tussen het zorgkantoor en de budgethouder te leggen. Het zorgkantoor maakt periodiek voorschotten over op de bankrekening van budgethouders. De budgethouder krijgt hiermee een directe verantwoordelijkheid voor het betalen van de zorgrekeningen en lonen van zijn/haar hulpverlener(s).

Alleen budgethouders die te maken hebben met volledig werkgeverschap (6%) of opting-in (7%) kunnen kosteloos gebruik maken van uitbesteding van de administratie door de SVB. Het betreft (met name) de loonadministratie. Budgethouders kunnen de SVB in dat geval machtigen loonuitbetalingen te doen.

Er is bewust gekozen voor gekozen om de opdrachtgeversrol bij de budgethouder te leggen zodat de facilitaire organisatie zich ten opzichte van die budgethouder moet verantwoorden.

48

*Wat is er ondernomen om te voorkomen dat naast het aanbieden van gratis administratie dat bijvoorbeeld psychiatrische patiënten hun budget verkeerd besteden en daardoor in financiële problemen raken?*

Niet alleen psychiatrische patiënten, maar iedere budgethouder die niet in staat is het pgb zelf te beheren, kan zich laten vertegenwoordigen. In het aanvraagformulier voor een pgb staan de volgende mogelijkheden met betrekking tot de relatie van de vertegenwoordiger tot de budgethouder:

- Als de budgethouder jonger is dan 18 jaar, kan de ouder/voogd de budgethouder vertegenwoordigen.
- De budgethouder kan iemand machtigen.
- Ingevolge een uitspraak van de rechter kan iemand tot bewindvoerder, curator of mentor benoemd zijn.

Mocht blijken dat budgetten niet in overeenstemming met de regels worden besteed, dan kan het zorgkantoor maatregelen nemen om eventuele financiële problemen te voorkomen respectievelijk te beperken (zie antwoord op vraag 32).

## Vragen GroenLinks-fractie

49

*Door de berekening van het tarief aan de hand van het midden van de klassen heeft in theorie de helft van de budgethouders niet voldoende middelen om de benodigde zorg in te kopen. Bent u bereid de komende maanden te monitoren hoeveel mensen problemen krijgen met de nieuwe tarieven? Bent u bereid de uitkomsten van dit onderzoek mee te nemen in de berekening van de tarieven die gaan gelden per 1 januari 2004?*

Zie de antwoorden op vragen 13 en 39.

50

*Kosten voor administratie zijn niet meegerekend in het tarief voor budgethouders die geen volledig werkgever zijn. Bent u bereid dit wel te doen bij de vaststelling van het nieuwe tarief?*

Van het budget kan 1,5 % (met een minimum van € 250 en een maximum € 1250 per kalenderjaar) worden besteed aan andere dan zorgkosten. Dit percentage is bedoeld om de kosten van «goed budgethouderschap» te betalen. Hiermee worden bijvoorbeeld telefoonkosten, advertentiekosten, portokosten e.d. bedoeld. Uitgangspunt is dat de administratie van het pgb nieuwe stijl dermate eenvoudig is dat deze niet noodzakelijk hoeft te worden uitbesteed aan professionele derden. Derhalve wordt hier in het tarief geen rekening mee gehouden.

51

*Per Saldo/Federatie van Ouderverenigingen geven aan dat het tarief voor gespecialiseerd vervoer en voor vervoer naar instellingen op het platteland niet voldoende is. Bent u bereid het tarief aan te passen?*

Voor het antwoord op deze vraag verwijs ik naar het antwoord op vraag 22.

52

*Bent u voornemens de behandeling per 1 januari 2004 op te nemen in de PGB-regeling?*

De keuze om behandeling voorlopig buiten het pgb te houden is gelegen in het feit dat het, gelet op de grote verschillen qua aard en omvang van behandeling en de grote mate van diversiteit in specialismen in de verschillende AWBZ sectoren, niet mogelijk wordt geacht te komen tot een verantwoord pgb tarief.

Of behandeling wel in het pgb zal worden opgenomen is afhankelijk van de uitkomsten van het kostprijzenmodel zorg in natura (zie het antwoord op vraag 12). Vervolgens zal vanuit het perspectief van kwaliteit van zorg en consumentensoevereiniteit de discussie moeten worden gevoerd of en zo ja wanneer behandeling in de vorm van een pgb beschikbaar kan komen.

53

*Bent u voornemens verblijf op te nemen in de PGB-regeling? Zo nee, waarom niet?*

Nee. Het buiten het pgb houden van permanent verblijf hangt samen met de doelstelling om in het beleid naar de toekomst toe, wonen en zorg in de AWBZ zoveel mogelijk te scheiden. Het verankeren van de financiering van verblijf met een pgb zou niet sporen met deze gewenste ontwikkeling.

54

*Budgethouders moeten zelf hun loonadministratie gaan bijhouden met de voorgestelde wijziging van de PGB-regeling. Verwacht de staatssecretaris niet dat dit tot problemen zal leiden? Op welke wijze zal het ministerie budgethouders hierin ondersteunen en begeleiden?*

Voor het antwoord op deze vraag verwijs ik naar het antwoord op vraag 41. Om budgethouders te ondersteunen en te begeleiden bij het zelf bijhouden van hun loonadministratie heb ik de budgethoudersvereniging Per Saldo een eenmalige subsidie van € 58 005 verleend voor het ontwikkelen van een budgetbeheerprogramma.

55

*Met de wijziging van de PGB-regeling kan slechts een deel van de budgethouders bij de SVB terecht en anderen niet. Erkent de staatssecretaris dat dit beter eenduidig kan worden vorm gegeven?*

Ik ben van mening dat het systeem eenduidig is vormgegeven. Zie het antwoord op vraag 47.

56

*Wat vindt de staatssecretaris van voorstellen om in het PGB een opslag te voegen voor een grotere bijdrage voor de administratiekosten?*

Zie antwoord op vraag 50. Budgethouders die volledig werkgever zijn of gebruik maken van de opting-in regeling kunnen gratis gebruik maken van de SVB voor hun administratie.

57

*Het ministerie van VWS zal in augustus de nieuwe tarieven voor de zorg in natura vaststellen. Is de staatssecretaris bereid ervoor te zorgen dat deze tarieven voor budgethouders geen belemmering mag zijn om aan zorg te komen?*

Het vaststellen van de nieuwe tarieven voor zorg in natura gebeurt wanneer zodra dat mogelijk is. Zie verder het antwoord op vraag 12.

58

*Om welke redenen is ervoor gekozen dat de aanspraak op vervoer slechts kan bestaan in combinatie met een aanspraak op ondersteunende of activerende begeleiding gedurende een of meer dagdelen? Ziet de staatssecretaris mogelijkheden om de vervoersregelingen te relateren aan vormen van specialisatie en afstand? (artikel 2.5.6.1)*

Bij de functies huishoudelijke verzorging, persoonlijke verzorging en verpleging wordt de zorg over het algemeen thuis bij de budgethouder verstrekt, zodat de aanspraak op vervoer in combinatie met die functies niet noodzakelijk is.

Voor het antwoord op uw vraag over de mogelijkheden om de vervoersregelingen te relateren aan vormen van specialisatie en afstand verwijs ik naar het antwoord op vraag 22.

59

*Kan de staatssecretaris aangeven wat de steekproeven in het verleden aangaven over het naar waarheid invullen van de verantwoordingsformulieren? (artikel 2.5.6.13)*

In het pgb oude stijl is er geen sprake van verantwoordingsformulieren in strikte zin. Ter voorkoming van misbruik, bijvoorbeeld door oneigenlijke invulling van de verantwoordingsformulieren in het pgb nieuwe stijl, verwijs ik naar het controlesysteem zoals beschreven in het antwoord op vraag 32.

60

*In welke gevallen zal een onvoorzien en ongewenst effect van de nieuwe PGB-regeling leiden tot wijziging van het beleid?*

Zie antwoord op vraag 40.

61

*Wat gaat de staatssecretaris ondernemen om de nieuwe PGB-regeling bij een groter publiek bekend te maken? Bent u bereid een voorlichtingscampagne te starten?*

Voorlichting over de regeling pgb nieuwe stijl vindt plaats door middel van gerichte informatie op meerdere niveaus. Voor mensen die voor een pgb in aanmerking willen komen of waarvan de familieleden e.d. nadere informatie over het verkrijgen van pgb willen hebben, zijn er folders van het CVZ beschikbaar. Er is een algemene en een uitgebreide pgb folder. Vanuit het ministerie zijn diverse voorlichtingsbijeenkomsten over de modernisering van de AWBZ en het pgb nieuwe stijl in het land gehouden. Daarnaast hebben de zorgkantoren begin dit jaar informatiebijeenkomsten voor bestaande budgethouders gehouden. Ook de patiënten- en cliëntenorganisaties zoals NPCF, Federatie van Ouderverenigingen en Per Saldo, voorzien hun cliënten respectievelijk leden van de nodige informatie door middel van bijeenkomsten en nieuwsbrieven.

#### **Vragen SGP-fractie**

62

*Kunt u inzicht geven in de omvang van de tussen oude en nieuwe budgetten optredende verschillen?*

Zie de antwoorden op vraag 13 en vraag 39

63

*De budgethouder of zijn vertegenwoordiger mogen zelf beslissen hoe spreiding van het budget over het jaar plaatsvindt. Dit heeft onder meer als gevolg dat iemand er ook voor kan kiezen zijn budget al in het begin van het jaar geheel op te maken. Er is dan wel AWBZ-zorg genoten voor het budget. Hoe wordt er in dergelijke gevallen gehandeld als de beschikking door overlijden of andere redenen wordt ingetrokken?*

Afhankelijk van de hoogte van het budget wordt het budget periodiek in delen aan de budgethouder overgemaakt, het zogenaamde bevoorschottingsregime. Hier is voor gekozen vanuit het oogpunt van risicospreiding, zowel vanuit het zorgkantoor als vanuit de cliënt. Hoge budgetten van boven € 25 000 op jaarbasis worden bijvoorbeeld maandelijks bevoorschot en verantwoord. Op deze wijze moet worden voorkomen dat budgethouders grote bedragen verkeerd kunnen besteden. Als de verleningsbeschikking door overlijden of andere redenen wordt ingetrokken, is het risico beperkt tot het overgemaakte voorschot.

64

*De verzekerde ontvangt een budget, waarvan de eigen bijdrage wordt afgetrokken. Kan het voorkomen dat de budgethouder voldoende zorg inkoopt ter waarde van het netto-budget, waardoor hij feitelijk zijn eigen*

*bijdrage niet betaalt?*

Op grond van het indicatiebesluit wordt door het zorgkantoor het bruto-pgb vastgesteld. Vervolgens verstrekt het zorgkantoor na aftrek van eigen bijdrage het netto-pgb aan de budgethouder. De budgethouder onderhandelt met zijn hulpverlener over de voorwaarden van de overeenkomst: de uren waarop wordt gewerkt, de plaats waar de zorg wordt geleverd bejegening én de prijs. De inkoop van de hoeveelheid geïndiceerde zorg (de basis van het bruto budget) zal vaak geschieden door aanvullende eigen betalingen naast het netto-pgb. Het is echter ook denkbaar dat de budgethouder zodanig heeft onderhandeld (lage prijs) dat het netto-pgb toereikend is om voldoende zorg in te kopen. In deze situatie hoeft de budgethouder niet zijn eigen middelen aan te spreken.

65

*Gedurende de subsidieperiode kunnen verzekerden niet tegelijkertijd een aanspraak doen gelden voor zorg via het PGB en AWBZ-zorg. Hoe kunnen deze vormen samenlopen? Iedereen wordt toch slechts één keer geïndiceerd?*

Bij de indicatiestelling wordt per functie de zorgbehoefte in beeld gebracht. Vervolgens kan de verzekerde per functie kiezen voor een pgb of zorg in natura voor de functies huishoudelijke verzorging, persoonlijke verzorging, verpleging, ondersteunende begeleiding, activerende begeleiding en tijdelijk verblijf. Hierdoor is samenloop mogelijk van bijvoorbeeld een pgb voor huishoudelijke verzorging en verpleging in natura of andersom.

66

*Wat is de administratieve belasting voor budgethouders die geen werkgever zijn en daarom geen gebruik kunnen maken van de facilitaire organisatie? In hoeverre is het voor hen mogelijk dit bedrag uit hun budget te betalen?*

Zie het antwoord op vraag 41.

67

*De budgethouder kan zijn PGB inzetten voor andere vormen van zorg dan waarvoor hij is geïndiceerd. Dit is gedaan met oog op de uitvoerbaarheid van de regeling door zorgkantoren. Wordt de regeling er niet juist ingewikkelder en fraudegevoeliger door?*

Net als reeds in de pgb-vv regeling het geval is, is substitutie tussen de functies mogelijk. Substitutie tussen de functies vereenvoudigt juist de uitvoerbaarheid van de regeling door de zorgkantoren. Zorgkantoren controleren of het budget is besteed aan AWBZ-zorg en toetsen het verantwoordingsformulier niet aan het indicatiebesluit. Zolang het budget verantwoord is besteed, namelijk aan AWBZ-zorg, kan er geen sprake zijn van fraude.

68

*De zorg moet kwalitatief verantwoord zijn. Dit betekent volgens de toelichting dat hij moet voldoen aan de daartoe strekkende normen van de diverse zorgverlenende beroepsgroepen. Op welke manier wordt gecontroleerd of de zorg daadwerkelijk kwalitatief goed is? Is een zorgverlener bevoegd te melden dat een budgethouder zijn budget voor totaal andere zorg gebruikt dan waarvoor hij is geïndiceerd en zichzelf hierdoor verwaarloost? Hoever strekt de verantwoordelijkheid van zorgverlener en budgethouder?*

Uitgangspunt van het pgb is dat de budgethouder zelf redelijkerwijs in staat is te oordelen over de kwaliteit van de zorg (consumenten-soevereiniteit). Vervolgens zijn op de betreffende beroepsgroepen en/of instellingen die zorg aan budgethouders verlenen onverkort de wet BIG en de Kwaliteitswet zorginstellingen van kracht. Toezicht daarop verloopt via de in die wetten geregelde normen. De verantwoordelijkheid van de zorgverlener strekt zich uit tot het leveren van kwalitatief goede zorg. De budgethouder is verantwoordelijk voor de besteding van het toegekende budget aan AWBZ-zorg en moet zich hierover verantwoorden bij het zorgkantoor.

69

*Is het waar dat mensen die zich laten herindiceren na 1 april voor de functie behandeling in GGZ en VG geen PGB meer kunnen krijgen, ondanks de overgangsregels? Welke problemen kunnen hierdoor optreden?*

Zie ook het antwoord op vraag 38.

Na 1 april 2003 is het niet mogelijk voor de functie behandeling een pgb nieuwe stijl te krijgen. In de pgb regeling oude stijl was inkoop van het product behandeling alleen met een pgb VG mogelijk (het PGB GGZ betreft alleen begeleiding). Al deze budgethouders zijn van het vervallen van de functie behandeling bij pgb nieuwe stijl in december 2002 op de hoogte gesteld. Er is bewust voor gekozen de functie behandeling uit het pgb nieuwe stijl te laten. Gelet op de grote verschillen qua aard en omvang van behandeling en de grote mate van diversiteit in specialismen in de verschillende AWBZ sectoren, wordt het niet mogelijk geacht te komen tot een verantwoord pgb tarief.

De combinatie van een pgb en zorg in natura is mogelijk (zie het antwoord op vraag 65). Een verzekerde kan ervoor kiezen een pgb te nemen voor bijvoorbeeld de functies huishoudelijk verzorging en persoonlijke verzorging en de functie behandeling in zorg in natura af te nemen.