

In de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport bestond er bij enkele fracties behoefte een aantal vragen en opmerkingen voor te leggen 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 voorzitter van de commissie,
Neppéus

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 onduidelijkheden 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-vgb in combinatie met een Zvw-vgb en een Jeugdwet-vgb in combinatie met een Zvw-vgb. 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-vgb 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-vgb 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-rgb. 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 rgb, 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-rgb mogelijk is om een deel van de zorgbehoefte in natura te ontvangen, en een deel zelf in te kopen met behulp van een rgb. Deze leden vragen voorts op welke wijze en door wie de precieze omvang van de aanspraak voor het Zvw-rgb 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-rgb 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-rgb. 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 rgb? Naar wie kan de wijkverpleegkundige doorverwijzen indien de zorgvrager aangeeft gebruik te willen maken van een rgb? 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 rgb?

De leden van de D66-fractie lezen dat een criterium om in aanmerking te kunnen komen voor een Zvw-rgb 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-rgb in de praktijk leiden tot een aanscherping van de eisen waaraan verplegers of verzorgenden, ingekocht met een rgb, 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