

Vragen CDA-fractie

1.

Hoeveel budgethouders hebben voor welk bedrag en welke zorg pgb in het buitenland?
Welke landen betreft dit?

1.

Mensen die permanent in het buitenland wonen kunnen geen pgb krijgen. Mensen die tijdelijk in het buitenland verblijven kunnen hun pgb 'meenemen'. Een budgethouder hoeft dit alleen aan het zorgkantoor te melden indien het verblijf langer duurt dan zes weken en indien tijdens dat verblijf zorgverleners worden gecontracteerd die niet onder de Nederlandse fiscale en sociale zekerheidswetgeving vallen.

Indien de budgethouder en de gecontracteerde zorgverlener (bijvoorbeeld een huisgenoot) gezamenlijk in het buitenland verblijven, hoeft dit niet gemeld te worden en zal het verblijf in het buitenland ook niet in de verantwoording zichtbaar worden.

Het zorgkantoor is dus slechts op de hoogte van het aantal budgethouders dat langer dan zes weken in het buitenland verblijft en daar zorgverleners contracteert die niet onder de Nederlandse fiscale en sociale zekerheidswetgeving vallen. Dit wordt echter niet landelijk geregistreerd zodat ik daar geen landelijk beeld van heb.

2.

Zijn er afbouwregelingen indien het pgb-instrument gestopt of verminderd wordt? Moet de pgb-houder bijvoorbeeld zijn verzorger zonder tegemoetkoming ontslaan?

2.

Allereerst is er geen sprake van dat het pgb instrument wordt beëindigd. Wel hebben de invoering van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo) en de Zorgverzekeringswet (Zvw) per 1 januari 2006 invloed op hoe het pgb er in de toekomst zal uitzien. Het aantal budgethouders dat een beroep doet op de pgb-regeling die we nu hebben zal verminderen door de overheveling van een deel van de GGZ naar de Zvw en door het schrappen van de enkelvoudige huishoudelijke verzorging uit de AWBZ in verband met de invoering van de Wmo. Voor de cliënten met een bestaande indicatie voor zorg wordt een zorgvuldige overgangsregeling getroffen, zodat zij niet plotseling met grote veranderingen worden geconfronteerd en de nodige maatregelen kunnen nemen. Indien de budgethouder zijn verzorger moet ontslaan, dient hij/zij de in de zorgovereenkomst daarover opgenomen bepalingen in acht te nemen, en voor zover van toepassing ook de in het arbeidsrecht geldende bepalingen.

3.

Wat is de opbrengst van de eigen bijdrage bij ondersteunende begeleiding en wat die bij activerende begeleiding per jaar?

3.

Ongeveer de helft van de budgethouders is geïndiceerd voor meer dan een functie. De eigen bijdrage wordt berekend over alle geïndiceerde functies. Daardoor is de opbrengst van de eigen bijdragen bij PGB niet per afzonderlijke functie bekend en dus ook niet voor ondersteunende begeleiding en activerende begeleiding.

4.

Wat zijn de kosten van het innen van de eigen bijdrage voor ondersteunende begeleiding en wat die voor activerende begeleiding per jaar?

4.

Bij het pgb wordt de eigen bijdrage in mindering gebracht op het bruto pgb en is er geen sprake van inning van de eigen bijdrage zoals bij zorg in natura. Er zijn bij pgb dan ook geen kosten voor het innen van de eigen bijdrage.

De vaststelling van de eigen bijdrage door het zorgkantoor is een geïntegreerd onderdeel van de vaststelling van het pgb. Het zorgkantoor berekent op basis van de geïndiceerde functies en klassen het bruto budget, waarna dit bruto budget wordt verminderd met de eigen bijdrage. De hoogte van de eigen bijdrage stelt het zorgkantoor ook op basis van de geïndiceerde functies en klassen vast en deze eigen bijdrage wordt vervolgens aan het inkomen van de budgethouder getoetst. Het aldus bepaalde netto-budget keert het zorgkantoor periodiek aan de budgethouder uit.

Doordat bij het pgb voor de eigen bijdrage wordt uitgegaan van de geïndiceerde functies en klassen, zijn er geen gegevens nodig van zorgaanbieders over de hoeveelheid genoten zorg zoals bij zorg in natura. Om die reden zijn de uitvoeringskosten van de eigen bijdrage bij pgb dan ook aanmerkelijk lager dan bij zorg in natura en bestaan ze in feite alleen uit de kosten van de vaststelling van de inkomensafhankelijk gemaximeerde bijdrage.

5.

Waaruit bestaan de grote administratieve problemen bij de uitvoering van de overhevelingsregeling van 10% en op welke wijze zouden deze problemen op te lossen zijn? Welke kosten gaan gepaard met de oplossing?

5.

De zorgkantoren geven nu een toekenningsbeschikking af voor het jaar 2005. Als vervolgens bij de vaststelling van 2004 blijkt dat het pgb 2004 gedeeltelijk niet besteed is, wordt het niet bestede bedrag overgeheveld naar 2005, met een maximum van 10% van het in 2004 toegekende netto pgb. Er moet dan dus een nieuwe toekenningsbeschikking 2005 worden afgegeven. Door de 10%-overheveling ontvangen vrijwel alle budgethouders twee toekenningsbeschikkingen.

Afschaffing van de 10%-overheveling zal dus tot gevolg hebben dat de toekenning voor het jaar 2006 niet meer beïnvloed zal worden door de besteding van het pgb in 2005. (De overheveling van 2004 naar 2005 zal nog wel plaatsvinden.) Afschaffing van de 10%-overheveling betekent dus een belangrijke besparing van werkzaamheden voor de zorgkantoren. Naar verwachting zal slechts een klein aantal budgethouders hiervan enig nadeel ondervinden. Het gaat dan vooral om budgethouders waarvan het pgb eindigt in de eerste twee maanden van het nieuwe jaar. Met de 10%-overheveling hebben zij net wat meer armslag. De budgethoudersvereniging Per Saldo heeft met Zorgverzekeraars Nederland (ZN) bekeken of er voor deze groep een oplossing mogelijk zou zijn. ZN heeft aangegeven dat er geen oplossing is. Dit betekent dat het geheel afschaffen van de 10%-overheveling de enige werkbare optie is.

6.

Wordt er bij de indexering synchroon aan de zorg in natura ook rekening mee gehouden dat bij de zorg in natura meer productie geleverd moet gaan worden voor hetzelfde geld?

6.

Neen. Voor de zorg in natura is hierover een convenant afgesloten met de brancheorganisaties van zorgaanbieders. De houders van een pgb kopen zelf hun zorg in bij hulpverleners van hun eigen keuze.

7.

Hoeveel budgethouders gaan globaal per 1 januari 2006 over naar de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) en voor welk bedrag? Hoeveel budgethouders gaan globaal per 1 januari 2006 over naar de basisverzekering en voor welke functies en welk bedrag? Hoeveel budgethouders gaan globaal in 2006 eventueel over naar de WMO en voor welk bedrag?

7.

Als het voornemen van de Kamer per 1-1-2006 wordt uitgevoerd om de enkelvoudige huishoudelijke verzorging uit de AWBZ te halen en gemeenten verantwoordelijk te maken voor deze vorm van ondersteuning, dan zal ongeveer 35% van de huidige budgethouders oude- en nieuwe-stijl hun pgb verliezen. Het bedrag dat hiermee is gemoeid is nog niet bekend, dat wordt nader onderzocht.

Als in 2006 vervolgens de hele huishoudelijke verzorging uit de AWBZ wordt overgeheveld naar de Wmo betekent dit dat zo'n 25% van de dan nog resterende budgethouders zijn pgb gedeeltelijk zal verliezen. Ook het bedrag dat hiermee is gemoeid is nog niet bekend en wordt nader onderzocht.

Voor mensen met een psychische stoornis blijft een pgb mogelijk voor die zorg die niet in het kader van geneeskundige zorg plaatsvindt. Op dit moment wordt niet geregistreerd welk deel van de budgethouders hun pgb inzet voor geneeskundige of niet geneeskundige zorg (of een combinatie). Het is daarom zonder aanvullend onderzoek niet mogelijk om precies aan te geven hoeveel budgethouders voor welk bedrag een pgb houden (op basis van de AWBZ voor de niet geneeskundige zorg) dan wel gebruik kunnen maken van restitutie (onder de Zvw voor geneeskundige zorg).

In de komende maanden zal dit nog nader worden onderzocht. Ik zal u daarover voor de zomer nader berichten.

Vragen VVD-fractie

8.

U geeft aan dat het pgb maatschappelijk onder druk lijkt te staan. Op basis van welke gegevens komt u tot deze conclusie? Wat is volgens u de reden van de maatschappelijke druk die lijkt te bestaan?

9.

In de brief worden de vragen weergegeven die zijn gesteld na ruim een jaar pgb-nieuwe-stijl. De vragen zijn opgedeeld in twee 'blokken'; basisgegevens en ongewenste ontwikkelingen. Waarom is gekozen voor een richtinggevende vraagstelling in het blok 'ongewenste ontwikkelingen'? Impliceert u met een dergelijke vraagstelling niet dat al bewezen is dat er sprake is van bijvoorbeeld oneigenlijk gebruik en dat alleen nog niet duidelijk is hoe groot 'het probleem' is?

8. en 9.

Het bestaan van een zekere maatschappelijke 'druk' met betrekking tot het pgb is niet te onderbouwen met 'gegevens', zoals in vraag 8 gevraagd wordt. Het gaat om signalen die

mij bereiken, die met enige regelmaat de strekking hebben van 'Kan dat allemaal maar zo?'. Een volledige baan opzeggen, je uit een pgb laten betalen, en met die gelden de hypotheek (blijven) betalen is volstrekt oorbaar. Maar als zo'n situatie mij beschreven wordt als 'Op kosten van de gemeenschap een leuk optrekje aanschaffen' bekruipt mij de vrees dat het pgb in een verkeerd daglicht komt te staan.

Juist om feiten en (mogelijk verkeerde) beelden uit elkaar te houden heb ik bij de presentatie van de gegevens van de onderzoeken gekozen om eventuele 'ongewenste ontwikkelingen' goed zichtbaar te maken. Dan weten we bij het debat over de toekomst van het pgb allemaal precies waar we het over hebben, en kan een discussie op basis van 'beelden' voorkomen worden.

10.

De administratieve belasting van het pgb is groot. U geeft aan dat het pgb om die reden niet voor iedereen geschikt is. Het doel van het pgb is de positie van de cliënt in de AWBZ-zorg te versterken door zijn keuzemogelijkheden te vergroten. Deelt u de mening dat het pgb er voor iedere cliënt moet zijn? Zo ja, waarom wordt dan niet naar oplossingen gezocht om de administratieve belasting te verminderen zodat iedere cliënt gebruik kan maken van een pgb? Zo nee, waarom niet?

10.

De algemene stelling van de vraag dat 'het pgb voor iedere cliënt moet zijn' is een goed uitgangspunt, maar in de praktijk niet haalbaar en zonder clausulering ook niet na te streven. Het maken van (verantwoorde) keuzen, het onderhandelen met zorgverleners, het vervullen van de werkgeversrol, het bijhouden van de administratie, het zijn zaken waartoe niet iedereen in staat is, dat geldt zowel voor de pgb-regelingen-oude-stijl als voor de pgb-regeling-nieuwe-stijl. Ondersteuning daarbij kan helpen (en die bieden we ook, zie bijvoorbeeld de ondersteunende rol van de Sociale Verzekeringsbank), maar we moeten niet blind zijn voor de grenzen waar we tegenaan lopen. Bij het pgb is altijd naast keuzevrijheid ook een uitgangspunt dat de budgethouder naast de lusten ook de echt onvermijdelijke 'lasten' van een pgb moet kunnen en willen dragen.

Binnen de grenzen waar we tegenaan lopen moet uiteraard de administratieve belasting zo gering mogelijk worden gehouden, maar dat geldt voor budgethouders in principe niet anders dan voor anderen.

Overigens bestaat voor cliënten die niet voor het pgb kiezen of niet daartoe in staat zijn altijd de mogelijkheid van zorg in natura, waarbij het zorgkantoor bij de zorgtoewijzing zoveel mogelijk rekening zal houden met de voorkeur van de cliënt.

11.

Ondersteunende begeleiding biedt volgens u de meeste ruimte voor interpretatie van de functie. Het zorgkantoor bepaalt van geval tot geval of er sprake is van een vorm van verzekerde zorg. Dit hangt in hoge mate af van de casus. Het gebruik van praktijkervaringen en jurisprudentie geven dit nader vorm in de praktijk. Hoe worden patiënten over de inhoud en reikwijdte van 'ondersteunende begeleiding' voorgelicht? Zijn zij op de hoogte van praktijkvoorbeelden en de jurisprudentie? Zo nee, hoe moeten zij dan weten of zij het budget op de juiste manier besteden?

11.

Indien mensen gebruik willen maken van een pgb kunnen zij zich via brochures (papier en internet) nader informeren over de wijze waarop zij dit kunnen vormgeven, wat de voor- en nadelen zijn. Zo geeft bijvoorbeeld het College voor zorgverzekeringen de 8-stappen folder uit waarin informatie staat over de verschillende functies waarvoor een pgb te verkrijgen is. Ook de zorgkantoren informeren hun cliënten. Daarnaast geven diverse organisaties als Per Saldo, Federatie van Ouderverenigingen/Naar Keuze en MEE informatie en advies. Het is uiteindelijk wel het zorgkantoor dat vaststelt of de besteding van het pgb adequaat is geweest.

Indien er jurisprudentie beschikbaar komt, zal ook deze jurisprudentie worden verwerkt in de voorlichting.

12.

Uitruil van functies komt het meeste voor bij de functies ondersteunende en activerende begeleiding. Hoe komt dat volgens u? Zijn patiënten wel voldoende op de hoogte van de inhoud van deze functies? Zo ja, waar blijkt dat uit? Zo nee, wat gaat u hier dan concreet aan doen?

12.

Uit het onderzoeksrapport van HHM blijkt inderdaad dat uitruil tussen de functies activerende en ondersteunende begeleiding in de onderzoekspopulatie het meeste voorkomt. Ik laat een onderzoek uitvoeren naar activerende en ondersteunende begeleiding waarin dit onderwerp ongetwijfeld ook aan de orde komt.

De inhoud van deze functies wordt in de eerste plaats bepaald door het Besluit zorgaanspraken en de daarbij behorende toelichting. Dat zijn openbare bronnen die bij de budgethouder bekend worden verondersteld. De 8-stappen-folder van het College voor zorgverzekeringen (CVZ) geeft een korte beschrijving van de functies. De 8-stappen-folder wordt aan elke budgethouder verstrekt.

Op 27 november 2003 heeft het CVZ het rapport "Functiegerichte aanspraken AWBZ, een gids voor uitleg in de praktijk" uitgebracht. In juni 2004 heeft het CVZ een publieksversie van deze gids uitgebracht onder de naam "Functies & aanspraken in de AWBZ". Deze brochure is gericht op intermediairen, maar wordt door het CVZ op verzoek ook toegestuurd aan individuele verzekerden.

13.

Leveren de voorgestelde verbeteringen in de uitvoering van het pgb een hoge administratieve lastenverzwaring op? Zo ja, waarom wordt voor deze 'verbeteringen' gekozen? Zo nee, waarom niet?

13.

Alle concreet door mij voorgenomen verbeteringen per 1 januari 2005 leiden tot een verlaging van de administratieve lasten voor de zorgkantoren of de budgethouder.

- Maandverantwoording kan, onder voorwaarden, terug naar kwartaalverantwoording;
- De eigen bijdrage bij tijdelijk verblijf wordt afgeschaft;
- Een uniform, vereenvoudigd verantwoordingsformulier wordt ingevoerd;
- Budgethouders krijgen verantwoordingsformulieren automatisch toegestuurd tegen de tijd dat het formulier moet worden ingevuld;
- De 10%-overheveling wordt afgeschaft;
- Zorgkantoren kunnen op 1 maart de eigen bijdrage definitief vaststellen op basis van het inkomen in het jaar T-3 als het inkomen in T-2 dan nog steeds niet bekend is.

14.

Er komt een maximaal budget voor het pgb. Wat zijn hiervan de gevolgen voor de toekomstige cliënten? Wordt het pgb, als het budget op is, onbereikbaar voor sommige cliënten?

14.

Het maximum is op een zodanig niveau vastgesteld dat de verwachte groei opgevangen moet kunnen worden. Mocht de groei onverhoopt sneller gaan dan verwacht, dan wordt het pgb niet direct onbereikbaar voor cliënten, maar kan het zijn dat cliënten moeten wachten totdat, na de jaarovergang, nieuwe extra middelen beschikbaar zijn.

15.

Hoe rijmt u de uitgebreide aandacht voor de 'ongewenste ontwikkelingen' met de positieve slotconclusie?

15.

Zoals ik ook heb aangegeven in het antwoord op de vragen 8 en 9 was één van de doeleinden van de beleidsbrief 'facts and fiction' goed te onderscheiden. Ik heb dus heel goed naar de feiten gekeken. Grondig onderzoek van ongewenste ontwikkelingen leidt tot een (in grote lijnen, want er zijn minder wenselijke tendensen zichtbaar) positieve slotconclusie.

Vragen SP-fractie

16.

Hoewel afschaffen van de 10 %-regeling een zekere beperking van de vrijheid van de budgethouder bij de besteding van het budget met zich meebrengt, heeft u, vanuit een redelijke afweging van de belangen van de budgethouders tegen de administratieve belasting van de zorgkantoren, besloten deze bepaling uit de regeling te schrappen. Bent u van mening dat de keuzevrijheid van mensen ondergeschikt is aan de uitvoerbaarheid van deze regeling?

16.

Ik ben zeker niet van mening dat 'de keuzevrijheid van mensen ondergeschikt is aan de uitvoerbaarheid van de regeling', vandaar dat ik tot mijn besluit ben gekomen op basis van een *'redelijke afweging* van de belangen van de budgethouders tegen de administratieve belasting van de zorgkantoren'.

17.

De overheveling van de extramurale GGZ naar de Zorgverzekeringswet (Zvw) houdt in dat het vanaf 1 januari 2006 niet langer mogelijk is voor mensen met een psychiatrische aandoening een pgb te verkrijgen voor alle AWBZ-functies waarvoor dat nu mogelijk is. Voor welke functies dat precies wel en niet zal gelden, is nu nog in onderzoek. Op welke termijn is dit onderzoek afgerond?

17.

De beleidslijn ten aanzien van de overheveling van de GGZ is inmiddels nader uitgewerkt. Hierdoor blijft er ook na de overheveling van de GGZ een aanspraak mogelijk voor niet

geneeskundige zorg in de AWBZ en dus ook een pgb. Op dit moment is niet bekend hoeveel mensen een pgb hebben voor geneeskundige zorg en hoeveel voor niet geneeskundige zorg. Er worden daarover geen gegevens geregistreerd. De inschatting is dat pgb's in de GGZ nu met name worden ingezet voor niet-geneeskundige zorg. In de komende periode wordt dit nader bekeken. Over de uitkomsten hiervan zal ik u voor de zomer berichten.

18.

In de Zvw is overigens de mogelijkheid van restitutie opgenomen en het is de verwachting dat dit een geschikt alternatief kan vormen voor mensen die straks geen pgb meer kunnen krijgen voor sommige AWBZ-functies. Betekent dit dat mensen de zorg eerst uit eigen portemonnee moeten voorschieten? Zo ja, vindt u het acceptabel dat mensen met een laag inkomen zelf eerst diep in de buidel moeten tasten alvorens zij het bedrag via omwegen terug kunnen vorderen? Bent u van mening dat het voorschieten van de bedragen voor deze mensen een reden kan zijn om af te zien van de benodigde zorg?

18.

Het kabinet is voor wat betreft de AWBZ-functies voornemens een scheiding aan te brengen tussen geneeskundige en niet-geneeskundige zorg. We weten op dit moment niet welk deel van de budgethouders zijn pgb inzet voor geneeskundige zorg of voor niet geneeskundige zorg (of een combinatie). GGZ-cliënten die geneeskundige zorg nodig hebben, kunnen in de Zvw gebruik maken van wat gemakshalve 'de mogelijkheid van restitutie' wordt genoemd. Dit houdt in dat de verzekerde naar een zorgverlener van eigen keuze gaat. In het verleden was het zo dat de verzekerde de kosten van genoten zorg aan de zorgverlener betaalde en deze kosten vervolgens declareerde bij de verzekeraar. Tegenwoordig komt het echter steeds vaker voor dat de verzekeraar ook in die situatie de kosten van de genoten zorg, zeker wanneer het om grote bedragen gaat, direct aan de zorgverlener betaalt.

19.

Daarnaast bestaat voor mensen die kiezen voor een naturapolis in de Zvw ook de mogelijkheid om gebruik te maken van niet-gecontracteerde zorgaanbieders. Kunt u toelichten wat u met niet-gecontracteerde zorgaanbieders bedoelt?

19.

Een verzekeraar kan zijn zorgplicht jegens zijn verzekerden voldoen door zorg te contracteren of door de kosten van zorg, verleend door een niet gecontracteerde zorgaanbieder, te vergoeden (zie ook vraag 43). Er is sprake van een gecontracteerde zorgaanbieder wanneer een verzekeraar bijvoorbeeld met ziekenhuis A afsprekt dat zijn verzekerden indien zij medisch specialistische zorg nodig hebben, naar dat ziekenhuis toegaan. Indien zij zorg nodig hebben kunnen deze verzekerden echter ook naar een ziekenhuis toe gaan waar de verzekeraar geen afspraken mee heeft gemaakt. In dat laatste geval is sprake van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder.

20.

Als mensen kiezen voor zorg in natura kan dit grote nadelige gevolgen voor wachttijden hebben. Hoe gaat voorkomen worden dat er wachtlijsten ontstaan en blijft snelle zorg gegarandeerd?

20.

Mensen kunnen na een indicatie kiezen voor zorg in natura of voor een pgb. Ik streef naar een beheerste groei, zowel in de zorg in natura als bij de pgb's. Daartoe heb ik in beide systemen maatregelen getroffen. Ik ben ervan overtuigd dat door het met de brancheorganisaties afgesloten convenant de mogelijkheden gewaarborgd zijn om de mensen die dat het hardst nodig hebben van een adequate zorg te voorzien. Daarnaast heb ik het macrobudget voor het pgb op een zodanig niveau vastgesteld dat de verwachte groei van het aantal budgethouders opgevangen moet kunnen worden.

Vragen GroenLinks-fractie

21.

Is bekend hoe de geringere groei van het aantal budgethouders in 2004 valt te verklaren? Spelen wellicht de onrust rond de Wet Maatschappelijke Ondersteuning en de bezuinigingen een rol?

21.

Er kunnen diverse factoren van invloed zijn op de geringere groei van het aantal budgethouders in 2004. Zo zal evenals bij de zorg in natura de verhoging van de eigen bijdrage een rol kunnen spelen, met name voor cliënten die alleen voor huishoudelijke verzorging zijn geïndiceerd en ook de toepassing van het werkdocument Gebruikelijk zorg bij de indicatiestelling. Daarnaast is het ook mogelijk dat er een zekere verzadiging optreedt, waarmee ik bedoel dat het pgb thans reeds zo ingeburgerd is, dat de mensen die zorg nodig hebben en een pgb wensen, daar in meerderheid al voor hebben gekozen.

22.

Welke relatieve verschillen zijn er tussen budgethouders in vergelijking met mensen die kiezen voor zorg in natura? Is bijvoorbeeld bekend hoe de leeftijd van budgethouders zich verhoudt tot de leeftijd van mensen die kiezen voor zorg in natura? En is bekend hoeveel mensen die zorg in natura ontvangen een enkelvoudige dan wel meervoudige indicatie hebben?

22.

De houders van een persoonsgebonden budget zijn gemiddeld jonger, rijker en minder vaak alleenstaand dan de mensen, die zorg in natura genieten. Deze bevindingen zijn gebaseerd op een vergelijking van gegevens uit twee recente rapporten, namelijk de Monitor budgethouders pgb nieuwe stijl van het ITS en de Rapportage verkennend onderzoek naar opzeggers thuiszorg in verband met de verhoging van de eigen bijdrage in 2004, van HHM. Over verschillen in enkelvoudige en meervoudige indicaties heb ik nog geen gegevens.

23.

Hoeveel procent van de 67% van de budgethouders die beschikt over een indicatie voor huishoudelijke verzorging heeft alleen een indicatie huishoudelijke verzorging (dus een enkelvoudige indicatie)?

23.

Als we uitsluitend kijken naar de budgethouders nieuwe stijl, dan heeft 41% alleen een indicatie voor huishoudelijke verzorging. Als we tevens kijken naar de budgethouders oude stijl, dan komen we globaal tot een percentage van 35% van het totale aantal

budgethouders dat een pgb heeft voor alleen huishoudelijke verzorging. Dit zijn ongeveer 25.000 mensen.

24.

Bent u ook van mening dat de zorg die wordt ingekocht met een pgb goedkoper is dan zorg in natura? Indien dat het geval is, ziet u mogelijkheden de inzet van dit instrument te vergroten?

24.

Per cliënt zijn de uitgaven aan zorg lager wanneer de zorg wordt ingekocht via een pgb. In pgb-tarieven hoeft geen rekening gehouden te worden met overhead en kapitaallasten. Een cliënt moet echter altijd vrije keuze houden om voor zorg in natura te kiezen als hij/zij dat wenst. De huidige inzet van het instrument is daarop gebaseerd: vrije keuze van de cliënt. In die zin wil ik de inzet van het instrument niet vergroten, maar handhaven zoals die nu is.

25.

Hoeveel wordt er jaarlijks bespaard doordat mensen kiezen voor een pgb in plaats van voor zorg in natura?

25.

Per cliënt liggen de uitgaven voor een pgb zo'n 25% lager dan voor zorg in natura. In macrotermen zou ik geen besparing willen kwantificeren. Het is immers niet bekend, hoeveel mensen een indicatie voor AWBZ-zorg vragen –en krijgen- die dat niet gedaan zouden hebben als het fenomeen pgb niet zou bestaan. Wat wel zichtbaar is, is dat de afgelopen jaren uitgaven voor zowel de zorg in natura als het pgb fors gestegen zijn.

26.

Is bij het onderzoek naar de functies ondersteunende en activerende begeleiding de beheersing van de zorg de belangrijkste vraag? Gaat een aanscherping van de indicatiestelling niet ten koste van de keuzevrijheid en het maatwerk dat nu geboden wordt? Zou niet vooral de effectiviteit van de ingezette middelen voorop moeten staan?

26.

Het onderzoek naar de ondersteunende en activerende begeleiding laat ik uitvoeren, omdat ik graag meer zicht wil hebben op wat er precies binnen deze functies wordt geboden c.q. ingekocht en op het onderscheid tussen deze twee functies, alsook hoe dit in de praktijk uitwerkt. De redenen daarvoor zijn divers. Allereerst ben ik benieuwd naar het door HHM geconstateerde gegeven dat de pgb-houders juist tussen deze twee functies nogal eens een uitruil doen. Ik wil er ook meer zicht op krijgen wat er nu precies onder de functies ondersteunende en activerende begeleiding als verzekerde zorg wordt aangemerkt. Gecombineerd met de aanbeveling van het College voor Zorgverzekering om activerende begeleiding niet meer voor het pgb in aanmerking te laten komen, heb ik besloten om eerst naar de inhoud en afbakening van deze twee functies een onderzoek te laten uitvoeren. De reikwijdte van dit onderzoek is breder dan alleen het pgb, het gaat hier uiteraard ook over de zorg in natura. Of de resultaten van dit onderzoek aanleiding geven tot beheersmaatregelen, zoals het aanscherpen van de indicatiestelling, zal ik te zijner tijd bezien.

27.

Waarom bent u wel bereid direct afstand te nemen van de suggestie van het College voor zorgverzekeringen (CVZ) om in het geheel geen inwonende familieleden te mogen betalen uit het pgb en niet van de suggestie van het CVZ om het begrip 'gebruikelijke zorg' op te rekken?

27.

De problematiek van de 'monetarisering van de mantelzorg', waar deze vraag naar verwijst, vraagt in zijn benadering om maatwerk. We moeten proberen de nadelen van het pgb op dit punt te vermijden zonder daarmee de voordelen ervan kwijt te raken. Het overgrote deel van de betalingen aan huisgenoten uit een pgb valt in de categorie 'voordelen', en niet in 'nadelen'. Als we het advies van het CVZ volgen om in het geheel geen inwonende familieleden meer uit een pgb te honoreren, raken we naar mijn overtuiging die voordelen wel degelijk kwijt.

'Maatwerk' is wellicht wél te vinden door het begrip 'gebruikelijke zorg' op te rekken. In hoeverre dat ook in de praktijk mogelijk zal blijken, moeten we nader onderzoeken, maar ik wil die weg als eerste verkennen.

28.

Welke problemen signaleert het CVZ in zijn brief van 27 mei 2004 nu precies? Wordt met deze zin bedoeld op het feit dat mantelzorg niet afdwingbaar is of op het gegeven dat er verzekerden zijn die een indicatie vragen om met een pgb mantelzorgers te kunnen betalen? Deelt u de mening dat dit in zichzelf geen problemen zijn die een oplossing behoeven? Indien dat het geval is, waarom wordt dan toch de suggestie van het CVZ overwogen om het begrip 'gebruikelijke zorg' op te rekken? Is dit ingegeven door het doel de kosten te beheersen?

28.

Het gaat om een enigszins gecompliceerde materie, mede door de in zwang zijnde terminologie. Het is wellicht nuttig om voor een goed begrip de verschillende termen nog even op een rij te zetten.

Gebruikelijke zorg: de zorg die naasten geacht worden aan elkaar te verlenen. Gebruikelijke zorg is afdwingbaar in de zin dat bij weigering deze te verlenen dan niet alsnog een AWBZ-indicatie verleend wordt.

Mantelzorg: de zorg door naasten aan elkaar verleend, die uitgaat boven het niveau van de gebruikelijke zorg. Mantelzorg is altijd vrijwillig. Zijn de naasten bereid de mantelzorg te leveren, dan wordt daar bij de indicatiestelling rekening mee gehouden. Zijn zij dat niet, dan dient voor de zorg die boven het niveau van gebruikelijke zorg uitgaat een indicatie te worden verleend.

Mantelzorger: een in wezen wat verwarrend begrip, daar het zowel verwijst naar 'de naaste', als naar 'hij die mantelzorg levert'. Een mantelzorger in de zin van 'naaste' kan dus weigeren mantelzorg te verlenen, en kan zelfs weigeren gebruikelijke zorg te verlenen. Hij kan echter evenzeer bereid zijn de zorg wél te verlenen; ook komt het voor dat hij wel gebruikelijke zorg wil verlenen, maar mantelzorg alleen als hij daarvoor betaald wordt uit een pgb.

Om de laatstgenoemde problematiek gaat het in het signalement van het CVZ. Het komt voor, aldus het College, dat een inwonend familielid slechts bereid is mantelzorg te verlenen indien daar betaling uit een pgb tegenover staat. Men is dus niet bereid de mantelzorg *als mantelzorger* te leveren. In dat geval moet op grond van de toepasselijke regelgeving een indicatie worden gegeven voor de zorg die de gebruikelijke zorg overstijgt. Het College signaleert dat dit leidt tot wat het noemt 'een verdere afwenteling van tot nu toe onbetaalde mantelzorg op de collectieve uitgaven'.

Of dit, zoals de vraag stelt, 'geen problemen zijn die een oplossing behoeven' is de vraag. Formeel gesproken inderdaad niet. 'Mantelzorg is niet afdwingbaar, *dus* bestaat tegen betaling van hen die mantelzorg verlenen geen bezwaar'. Hetzelfde geldt voor vrijwilligerswerk: 'Vrijwilligerswerk is niet afdwingbaar, *dus* bestaat tegen betaling van vrijwilligers geen bezwaar'. Het probleem met zo'n louter formele benadering is dat we daarmee op termijn ons hele potentieel aan informele zorg en dienstverlening hebben 'gemonetariseerd', en feitelijk zijn kwijt geraakt. En dat is wel degelijk een, heel groot, probleem.

Dat ik dus tóch de suggestie onderzoek om het begrip 'gebruikelijke zorg' op te rekken heeft alles te maken met de bij het antwoord op vraag 27 gegeven benadering: ik probeer de voordelen van het pgb, inclusief de betaling van mantelzorgers, te handhaven terwijl ik de nadelen daarvan, waaronder prikkels die leiden tot afname van het potentieel aan mantelzorg-om-niet, probeer te reduceren.

29.

De overbelasting van mantelzorgers mag geen reden zijn om een indicatie voor AWBZ-zorg te vragen. Wat gebeurt er dan wel concreet om deze overbelaste mantelzorgers te ontlasten?

29.

Overbelasting van mantelzorgers is op zichzelf zeker een reden om een AWBZ-indicatie te vragen. Maar strikt genomen doet die overbelasting er *bij de indicatiestelling als zodanig* niet toe. Mantelzorg is immers niet afdwingbaar, zodat de reden dat men tot het verlenen van die zorg niet bereid of in staat is, niet relevant is. Waar de vraag waarschijnlijk op doelt is de situatie, die wel voorkomt, dat bij de aanvraag voor een indicatie 'overbelasting van de mantelzorg' als reden wordt gegeven, terwijl na het verkrijgen van een indicatie wordt gekozen voor een pgb, waaruit vervolgens dezelfde mantelzorger wordt betaald. Daarmee wordt als het ware de overbelasting met terugwerkende kracht ontkend. Alle betrokkenen zijn het erover eens dat dit een zeer ongewenste situatie is.

Tegen het ontlasten van overbelaste mantelzorgers door het geheel of gedeeltelijk opzeggen van een betaalde baan, en vervolgens betaling van de mantelzorger uit een pgb bestaat echter geen bezwaar.

30.

Welke twee maatregelen worden bedoeld in de zin "Zoals gezegd is de zorg rondom dit thema niet weg, én ook niet weg te nemen met de twee hierboven aangekondigde maatregelen." Valt daar ook de maatregel om het begrip 'gebruikelijke zorg' op te rekken onder? Wordt met deze zin niet de suggestie gewekt dat de maatregel niet slechts wordt overwogen, maar dat de besluitvorming al heeft plaatsgevonden? Is dat ook het geval? En indien dat het geval is, wanneer kan de Kamer zich daarover uitspreken?

30.

De beide 'maatregelen' die bedoeld worden, zijn inderdaad het oprekken van het begrip 'gebruikelijke zorg' en het in het geheel niet meer mogen betalen van inwonende familieleden uit een pgb. Door het woord 'maatregelen' is wellicht onbedoeld de suggestie gewekt dat hierover al besluitvorming heeft plaatsgevonden. Dat is bij het advies van het CVZ, dat ik expliciet niet volg, geenszins het geval, maar evenmin bij de 'maatregel' betreffende het oprekken van het begrip 'gebruikelijke zorg'. Zoals ik heb aangegeven zal ik mij over deze mogelijkheid in het kader van de evaluatie van het werkdocument Gebruikelijke zorg nader oriënteren.

Hoever we het begrip 'gebruikelijke zorg' echter ook oprekken, zolang we ook het begrip (niet afdwingbare) mantelzorg hanteren, zal het probleem door alleen deze oprekking niet ten principale zijn opgelost.

31.

Wijst het feit dat de eigen bijdrage niet altijd wordt besteed aan zorg niet vooral op de meer effectieve inkoop van budgethouders?

31.

Dat is inderdaad een mogelijke verklaring, waartegen in principe geen bezwaar bestaat. Ik citeer uit de beleidsbrief: 'Ik meen overigens dat er geen principiële bezwaar tegen bestaat als de budgethouder er, door scherp inkopen en goed onderhandelen met zijn zorgverleners, in slaagt uit te komen met lagere kosten dan zijn netto-rgb plus zijn eigen bijdrage.'

32.

Waar ligt de oorzaak van de andere 75% van de problemen bij de verantwoording? Welke maatregelen worden genomen om die oorzaken weg te nemen?

32.

De eerste berichten begin dit jaar dat 25% van de budgethouders te laat verantwoording zou afleggen en 25% van de verantwoordingsformulieren niet goed zou zijn ingevuld blijken in hoge mate kinderziektes en gewenningsproblemen te zijn. Zowel de tijdigheid als de volledigheid loopt na enige gewenning bij de budgethouder snel op tot boven de 90%. Na rappelling resteert een categorie van 1 à 2% die als problematisch bestempeld kan worden. Dat is overeenkomstig de verwachtingen bij de invoering van het rgb-nieuwe-stijl. Om het proces van verantwoorden te versnellen en te vereenvoudigen zijn de volgende maatregelen genomen:

- Aan het zorgkantoor wordt de verplichting opgelegd om aan het einde van iedere verantwoordingsperiode een verantwoordingsformulier toe te sturen;
- De termijn voor het indienen en beoordelen van het verantwoordingsformulier wordt bekort tot zes weken (is nu 8 weken);
- Per 1 januari 2005 wordt een uniform, vereenvoudigd verantwoordingsformulier ingevoerd.

33.

Waarom is het onwenselijk dat er bureaus ontstaan voor het beheer van rgb's?

33.

Ik maak mij zorgen over het ontstaan van bureaus die op kosten van de budgethouders voordeel wensen te behalen uit het pgb. Vergelijkbare ervaringen hiermee zijn al opgedaan met de bemiddelingsbureaus die een adviserende en ondersteunende rol aan budgethouders bieden bij het organiseren van de gewenste zorg. Het is voor de budgethouders vaak onduidelijk wat deze bureaus precies doen en welke kwaliteit ze leveren. De budgethoudersvereniging Per Saldo ontvangt regelmatig klachten van budgethouders over de wijze waarop deze bemiddelingsbureaus werken. Daarom vind ik het onwenselijk dat er bureaus ontstaan voor het beheer van pgb's.

34.

Wordt de argumentatie van het CVZ dat bij activerende begeleiding een gecontracteerde instelling kan toetsen op de tijdelijkheid en het bereiken van een doel ondersteund door gegevens uit de praktijk? Blijkt met andere woorden dat de functie activerende begeleiding bij zorg in natura korter wordt geïndiceerd dan bij budgethouders? Indien dat niet het geval is, zijn de voorgestelde maatregelen dan niet voorbarig?

34.

De aanbeveling van het CVZ komt voort uit de nadere uitleg van de functie activerende begeleiding zoals het CVZ die heeft uitgegeven in haar rapport "Functiegerichte aanspraken AWBZ, een gids voor de uitleg in de praktijk" (uitgebracht op 27 november 2003). Zoals ik in de beleidsbrief reeds heb geschreven snijdt de redenering van het CVZ hout, maar hecht ik er aan nader onderzoek uit te laten voeren alvorens een besluit te nemen over deze aanbeveling, juist ook om voorbarige maatregelen te voorkomen. Overigens is de indicatiestelling voor zorg in natura of voor een pgb gelijk.

35.

Wordt Per Saldo, de vereniging van budgethouders, betrokken bij de voorbereiding van een normatief kostprijsmodel voor pgb-tarieven?

35.

Ja.

36.

Waarop is het plafond van € 942 voor 2005 gebaseerd?

36.

Het CVZ heeft berekend welk niveau nodig is om in het verwachte, afvlakkende, groeitempo te kunnen voorzien. In het plafond is tevens een bedrag opgenomen van 15 mln. voor benutting van het PGB door mensen die eerst gebruik maakten van de subsidieregeling AAW (Voortzetting vergoedingen huishoudelijke hulp).

37.

Is een stijging van 4,3% van het budget – waarbij de € 15 miljoen voor het overhevelen van de subsidieregeling 'Voortzetting vergoedingen huishoudelijke hulp' buiten de berekende groeiruimte is gehouden – niet overduidelijk te beperkt? Is het niet immers zo dat de uitgaven van het pgb in 2002, 2003 en 2004 respectievelijk zijn gestegen met 55%, 57% en 36%? Is het dus niet veel realistischer met een groei van ruim 30% rekening te houden?

37.

Het CVZ geeft aan dat het plafond voldoende is om aan de te verwachten groei tegemoet te komen. Uit de cijfers over 2004 blijkt dat de groei afneemt.

38.

Wat zijn de consequenties van het ingestelde plafond? Wat gebeurt er met de mensen die kiezen voor een pgb en het budget is bijvoorbeeld in oktober op? Welke duidelijkheid kunt u geven aan mensen die nu al weten dat zij aan het eind van volgend jaar een herindicatie krijgen?

38.

Mocht het zo zijn dat het budget in oktober op is, en de cliënt kiest voor een pgb, dan moet de cliënt korte tijd wachten, totdat er met ingang van het nieuwe jaar weer extra budget beschikbaar is. Ook voor de zorg in natura kan het zo zijn dat na afgifte van de indicatie de zorg niet onmiddellijk beschikbaar is.

39.

Waarom is nu nog niet exact te zeggen hoeveel budgethouders per 1 januari 2006 worden geconfronteerd met veranderingen in het kader van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning en de Zorgverzekeringswet? Wanneer is daar wel iets over te zeggen?

39.

(zie ook antwoord op vraag 7) Voor wat betreft de Wmo weten we wel om hoeveel budgethouders het ongeveer zal gaan. Ongeveer 25.000 mensen hebben momenteel een pgb voor alleen huishoudelijke verzorging. De veranderingen voor budgethouders met een psychische grondslag zijn momenteel nog niet zo nauwkeurig aan te geven. De beleidslijn ten aanzien van de overheveling van de GGZ is inmiddels nader uitgewerkt. Hierdoor blijft er ook na de overheveling van de GGZ een pgb mogelijk voor niet geneeskundige zorg in de AWBZ. Op dit moment is niet bekend hoeveel mensen een pgb hebben voor geneeskundige zorg en hoeveel voor niet geneeskundige zorg. De inschatting is dat pgb's in de GGZ nu met name worden ingezet voor niet-geneeskundige zorg. In de komende periode wordt dit nader bekeken.

40.

Deelt u de mening dat de mogelijkheid van restitutie niet gelijk is aan de mogelijkheid die het pgb biedt? Kunnen bijvoorbeeld onder de Zorgverzekeringswet ook mantelzorgers en/of bekenden worden ingehuurd? Hoe kan het dan toch dienen als een geschikt alternatief?

40.

Restitutie onder de Zorgverzekeringswet is inderdaad niet geheel vergelijkbaar met het pgb. Inhuren van mantelzorg en/of bekenden is niet mogelijk met restitutie, maar zal in de praktijk ook niet aan de orde zijn. Het voornemen is namelijk om alleen de hulp in het kader van geneeskundige zorg in de Zorgverzekeringswet onder te brengen. Met restitutie mag ook behandeling worden bekostigd, met een pgb is dit niet mogelijk.

41.

Hoeveel zorgvragers zijn alleen voor huishoudelijke verzorging geïndiceerd? Hoeveel van deze zorgvragers ontvangen een pgb en hoeveel ontvangen zorg in natura?

41.

Over de indicatiestelling heb ik nog geen gegevens beschikbaar. Wel heb ik gegevens over het aantal mensen dat in zorg is. Er zijn ongeveer 25.000 mensen die een pgb hebben voor alleen huishoudelijke verzorging. Van het totale aantal budgethouders van ongeveer 69.000 is dit ongeveer 35%.

Van de cliënten die zorg in natura ontvangen, hebben er ongeveer 175.000 alleen huishoudelijke verzorging, van het totaal aantal cliënten dat zorg in natura ontvangt is dat ook ongeveer 35%.

Vragen ChristenUnie-fractie

42.

Wat zijn de mogelijke oorzaken voor het verschil in waardering van het pgb-nieuwe- stijl door respectievelijk overstappers en nieuwe budgethouders?

42.

De beide groepen budgethouders bevinden zich in een totaal verschillende Ausgangssituatie. Overstappers zijn al bekend met de vrijheid van het pgb en ervaren die invoering van pgb nieuwe stijl vooral als een verandering van regelgeving en wijziging van informatie- en formulierenstromen met de daarbij behorende gewenningsproblemen. Verder had circa 20% van de budgethouders oude stijl een pgb van minder dan EUR 1098,07. Deze "slapende" budgethouders ontvingen uitsluitend het forfaitair bedrag, hadden geen trekkingsrechten en hoefden dus verder ook niets te doen.

De "rechtstreekse nieuwen" komen uit een situatie dat men geen zorg ontving of, meestal, zorg in natura. De toekenning van een PGB nieuwe stijl betekent dat men dan voor het eerst en in volle omvang kennismaakt met de voordelen van het PGB. Verder blijken de rechtstreekse nieuwen de PGB-regeling nieuwe stijl logisch te vinden. Men heeft immers niet met veranderingsprocessen binnen de regeling zelf te maken.

43.

Bij een restitutiepolis in de Zvw wordt alleen een gemiddelde vergoeding verstrekt als het gaat om ongecontracteerde zorg. Kan dit betekenen dat deze gemiddelde vergoeding veel hoger uit kan vallen dan de door de budgethouder werkelijk gemaakte kosten? Acht u dat wenselijk?

43.

Voor de goede orde zij allereerst opgemerkt dat een verzekeraar op grond van de Zorgverzekeringswet op twee manieren aan zijn zorgplicht kan voldoen. In de eerste plaats kan hij zorg contracteren (naturapolis). In dat geval zijn twee situaties denkbaar: òf de verzekeraar betaalt rechtstreeks aan de zorgverlener de gemaakte kosten òf de zorgverlener wordt betaald door de verzekerde en de laatstgenoemde declareert deze kosten bij zijn verzekeraar. In de tweede plaats kan hij de kosten van zorg verleend door niet-gecontracteerde zorgaanbieders vergoeden (restitutiepolis). Uitgangspunt van de Zorgverzekeringswet bij de restitutiepolis is 100% vergoeding van de gemaakte kosten (niet minder, maar ook niet meer). De in de vraag geschetste situatie doet zich in de praktijk dus niet voor.

44.

Betekent het feit dat kwaliteitsmeting van de geleverde zorg uit het pgb door budgethouders plaatsvindt, dat er met betrekking tot deze geleverde zorg op dit moment geen structurele onafhankelijke kwaliteitstoetsing plaatsvindt?

44.

Ja dat klopt. Zoals in mijn beleidsbrief "het pgb gewogen" evaluatie en vooruitblik van 30 november 2004 al vermeld staat, is het uitgangspunt van het pgb dat de budgethouder zelf redelijkerwijs in staat is te oordelen over de kwaliteit van de zorg (consumentensoevereiniteit). Evengoed als budgethouders zichzelf prima in staat achten om zelf de zorg te regelen, zijn zij bij uitstek in staat om zelf te bepalen of zij tevreden zijn met de kwaliteit van de geleverde zorg. Als ze ontevreden zijn, kunnen ze besluiten naar een andere aanbieder te gaan die wellicht beter voldoet aan de wensen. Op zorgverleners van de desbetreffende beroepsgroepen en/of erkende AWBZ-instellingen die zorg aan budgethouders verlenen, is verder de normale kwaliteitswetgeving (wet BIG en de Kwaliteitswetgeving zorginstellingen) van toepassing. Daarop is toezicht door de Inspectie voor de gezondheidszorg.

45.

Door de invoering van de WMO zal er, naar uw verwachting, minder vaak een beroep worden gedaan op de pgb-regeling. Kunt u aangeven waar deze verwachte vermindering op is gebaseerd?

45.

Bij de invoering van de WMO zal de enkelvoudige huishoudelijke verzorging tot de verantwoordelijkheid van de gemeente gaan behoren. In een later stadium volgen alle huishoudelijke verzorging en mogelijk ondersteunende begeleiding en activerende begeleiding. Voor die mensen is dan een beroep op de pgb-regeling in de AWBZ niet meer mogelijk.

Gelijkkluidende vraag VVD-fractie en SP-fractie

46.

Wat bedoelt u met de eigen bijdrage wordt niet altijd besteed aan zorg en wijst eerder op een iets te ruime indicatiestelling dan dat het als een feilen van de regeling gezien moet worden? Op basis van welke gegevens trekt u deze conclusie?

46.

In het evaluatieonderzoek van HHM is onder meer onderzocht of de eigen bijdrage wordt ingezet voor het inkopen van zorg. Budgethouders die 18 jaar of ouder zijn betalen een inkomensafhankelijke eigen bijdrage. Deze wordt ingehouden op het bruto pgb. Het netto pgb wordt aan de budgethouder uitbetaald, maar de budgethouder wordt wel geacht voor het bruto pgb zorg in te kopen. Anders zou er namelijk geen sprake zijn van een eigen bijdrage. Aan budgethouders is gevraagd of zij meer dan het netto pgb-bedrag aan zorg besteden. Ongeveer de helft van de budgethouders blijkt niet meer zorg in te kopen dan voor het bedrag van het netto pgb. Dit betekent dat deze budgethouders de eigen bijdrage niet gebruiken voor het inkopen van zorg. Van de helft van de budgethouders die wél aanvullende zorg inkoop, besteedt circa 65% het bedrag van de eigen bijdrage geheel aan zorg.

Aangezien mij geen signalen bereiken van verontrustende onderconsumptie, heb ik op basis van vorenstaande gegevens de voorzichtige conclusie getrokken dat dit wijst op een iets te ruime indicatiestelling. Dit wordt in het traject van de indicatiestelling aangepakt.