

Vergaderjaar 2015–2016

34 233

Wijziging van de Zorgverzekeringswet met het oog op het opnemen van regels betreffende een Zvw-pgb

25 657

Persoonsgebonden Budgetten

Nr. 70

VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG

Vastgesteld 5 september 2016

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft een aantal vragen en opmerkingen voorgelegd aan de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over ontwerpbesluit houdende wijziging van het Besluit zorgverzekering in verband met het Zvw-pgb (Kamerstuk 34 233, nr. 68) en over de brief van 21 juni 2016 inzake de monitor over het persoonsgebonden budget in de Zorgverzekeringswet (Zvw-pgb) 2015 (Kamerstuk 25 657, nr. 248).

De vragen en opmerkingen zijn op 30 juni 2016 aan de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport voorgelegd. Bij brief van 2 september 2016 zijn de vragen beantwoord.

De voorzitter van de commissie,
Lodders

Adjunct-griffier van de commissie,
Clemens

Inhoudsopgave

I.	Vragen en opmerkingen vanuit de fracties	2
II.	Reactie van de Staatssecretaris	16

I. VRAGEN EN OPMERKINGEN VANUIT DE FRACTIES

Vragen en opmerkingen van de VVD-fractie

De leden van de VVD-fractie hebben met veel interesse kennisgenomen van het ontwerpbesluit houdende wijziging van het Besluit zorgverzekering in verband met het Zvw-pgb alsmede de monitor Zvw-pgb over 2015. Deze leden zijn een groot voorstander van het persoonsgebonden budget, omdat het mensen de mogelijkheid geeft zelf keuzes te maken over zorg die past bij hun wensen en behoeften. Zij hebben nog enkele vragen en opmerkingen bij de voorliggende stukken.

De leden van de VVD-fractie hebben kennisgenomen van de eerste monitor over het Zvw-pgb in 2015. Deze leden stellen vast dat het Zvw-pgb een uitkomst kan bieden voor een afgebakende doelgroep die een beroep doet op wijkverpleging of intensieve kindzorg. In de Zvw is sprake van een privaatrechtelijke overeenkomst tussen de verzekerde en zijn zorgverzekeraar. Dat betekent wat deze leden betreft dat er ruimte moet zijn voor een maatwerkvoorziening waarbij zorg aansluit bij de zorgvraag van de verzekerde, maar niet dat de randvoorwaarden één op één gelijk moeten zijn met de randvoorwaarden zoals deze zijn neergelegd voor het Wlz-pgb, waar immers sprake is van een publiek stelsel. De verzekeraars hebben immers een rol in het doelmatig inkopen van zorg. Zorg in natura moet daarom wat deze leden betreft een volwaardig alternatief zijn voor het pgb.

Uit de monitor blijkt dat er grote verschillen zijn tussen zorgverzekeraars als het gaat om het aantal verzekerden met een Zvw-pgb. Deze verschillen zijn niet direct te verklaren. De leden van de VVD-fractie vragen de Staatssecretaris of hij bereid is om in de volgende monitor nader te onderzoeken hoe deze verschillen zijn te verklaren. Zijn deze verschillen verklaarbaar door het beleid van de specifieke zorgverzekeraar of worden de verschillen bijvoorbeeld verklaard door verschillen tussen verzekerden onderling?

De leden van de VVD-fractie stellen dat in het kader van fraudebestendigheid een waarschuwingsregister zal worden ontwikkeld. Dit waarschuwingsregister maakt het mogelijk voor zorgverzekeraars, Wlz-uitvoerders en gemeenten om onderling informatie over vastgestelde fraudegevallen uit te wisselen. Uit artikel 2.15c, tweede lid, onderdeel a, blijkt dat een Zvw-pgb geweigerd kan worden als uit eerdere verstrekking van een Zvw-pgb blijkt dat de verzekerde niet in staat is gebleken zich te houden aan de aan het Zvw-pgb verbonden taken en verplichtingen. Deze leden vragen de Staatssecretaris of het ook mogelijk is een Zvw-pgb te weigeren indien uit eerdere verstrekkingen van andere pgb's blijkt dat de verzekerde zich niet heeft gehouden aan de taken en verplichtingen dan wel heeft gefraudeerd met een pgb. Kan de Staatssecretaris zijn antwoord toelichten? Welke rol kan het waarschuwingsregister hierin expliciet spelen?

Voor het Zvw-pgb zal worden bezien op welke wijze de figuur van gewaarborgde hulp kan worden opgenomen, waarbij de ontwikkelingen in de Wet langdurige zorg (Wlz) het uitgangpunt zijn. De leden van de VVD-fractie vragen de Staatssecretaris op welke termijn meer duide-

lijkheid komt over het al dan niet overnemen van de voorwaarden aan gewaarborgde hulp zoals deze nu zijn neergelegd in de Regeling langdurige zorg. Kan de Staatssecretaris inzicht bieden in welke elementen wel en welke elementen niet kunnen worden overgenomen? Wanneer kan een Regeling zorgverzekering worden verwacht? Welke stappen zullen nog worden gezet als het gaat om de doorontwikkeling van gewaarborgde hulp in het kader van de Wlz en Zvw? Wordt daarin ook het direct aanspreken van de vertegenwoordiger op een zelfstandige verantwoordelijkheid voor het budget meegenomen? Kan de Staatssecretaris zijn antwoord toelichten?

Vragen en opmerkingen van de PvdA-fractie

De leden van de PvdA-fractie hebben met belangstelling het ontwerpbesluit houdende wijziging van het Besluit zorgverzekering in verband met het Zvw-pgb gelezen. Deze leden zijn een groot voorstander van de verankering van het pgb in de Zorgverzekeringswet. Met een pgb kunnen mensen de zorg die zij nodig hebben zo passend mogelijk inrichten. Passend, zodat zij een zo prettig mogelijk leven kunnen leiden waarover zij zelf de zeggenschap hebben. Genoemde leden zijn blij dat het pgb nu in de zorg in drie verschillende wetten geborgd is. Deze leden stellen wel dat er stappen gezet moeten worden om een pgb onder de juiste voorwaarden te borgen. Zij vinden dat het pgb in de Zvw een toereikend budget moet kennen zodat mensen ook daadwerkelijk voldoende zorg en zorg van goede kwaliteit kunnen inkopen. Concurrentie van zorgverzekeraars op de toegang tot het pgb vinden deze leden onwenselijk. Verzekerden moeten goed en helder weten wanneer zij toegang tot het pgb hebben. Kan de Staatssecretaris een nadere reactie geven op bovenstaande stellingen?

Algemeen

De leden van de fractie van de PvdA zijn tevreden met het voorliggende ontwerpbesluit houdende wijziging van het Besluit zorgverzekering waarin de regels worden vastgesteld waarvan tijdens de behandeling van het betreffende wetsvoorstel bepaald is dat deze regels gesteld moeten worden. Deze regels hebben betrekking op de voorwaarden ten aanzien van de persoon of de verzekerde of zijn vertegenwoordiger. Over de regels ten aanzien van de inhoud van zorg worden mogelijk nog nadere regels gesteld als daar op basis van het monitoronderzoek naar het Zvw-pgb over het jaar 2015 uitgevoerd door Zorgverzekeraars Nederland (ZN), Per Saldo en het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport aanleiding toe is. Dit rapport is inmiddels naar de Kamer gestuurd. Genoemde leden hebben kunnen lezen dat er een groot verschil is in de uitvoering van het pgb tussen zorgverzekeraars. Deze uitkomst uit de monitor verrast de leden van de PvdA-fractie niet en stelt deze leden tegelijk teleur. Het nu voorliggende besluit moet een deel van de onduidelijkheid qua toegankelijkheid van het Zvw-pgb regelen, maar er is tegelijk veel verwarring over het begrip planbare zorg en de manier waarop zorgverzekeraars hiermee omgaan. De leden van de PvdA-fractie ontvangen graag een reactie van de Staatssecretaris op de monitor. Welke stappen gaan er gezet worden naar aanleiding van de monitor? Hoe kijkt de Staatssecretaris aan tegen het begrip planbare zorg als blijkt dat er zoveel verwarring ontstaat bij verzekeraars hierover? Tevens stellen deze leden dat de ervaring van budgethouders niet is meegenomen. Zij vinden dit erg jammer. De budgethouders zijn de doelgroep over wie het gaat en hun ervaringen met zorgverzekeraars zijn een zeer nuttige bron van informatie. Op welke wijze gaan de ervaringen van budgethouders betrokken worden?

Regeldrukgevolgen

De leden van de PvdA-fractie lezen dat er in de modelovereenkomst van zorgverzekeraars nu al voorwaarden om in aanmerking te komen voor een Zvw-pgb zijn vastgelegd en daarop toetsen en dat er nu met deze AMvB geen sprake van wijziging is in de administratieve lasten en regeldruk voor zorgverzekeraars. Kan de Staatssecretaris nader duiden op welke wijze de regeldruk voor budgethouders (van een Zvw-pgb) en zorgverleners zo laag mogelijk gehouden wordt en hoe er ingezet wordt op minder regeldruk? Kan er een overzicht gegeven worden van de hoeveelheid papierwerk die budgethouders en zorgverleners, op basis van de modelovereenkomst die zorgverzekeraars hebben opgesteld, dienen te overhandigen indien zij een Zvw-pgb hebben?

Fraude

De leden van de PvdA-fractie lezen dat er door betrokken partijen (te weten de NZa, Inspectie SZW en ZN) aandacht gevraagd is voor toezicht en handhaving op het gebied van fraude met het pgb. Op het deel van de zorgverleners dat niet onder het bereik van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) valt is het houden van toezicht op deze groepen zorgverleners niet of slechts beperkt mogelijk. Kan de Staatssecretaris aangeven welke mogelijke gevolgen dit heeft voor de kwaliteit van zorg door deze zorgverleners? Op welke wijze kan de Staatssecretaris de mogelijkheden van het borgen van kwaliteit van deze zorg vergroten? Welke mogelijke risico's ziet de Staatssecretaris hier? Graag ontvangen deze leden een nadere reactie. Deze leden zijn tevreden met het feit dat er een waarschuwingsregister wordt ontwikkeld waardoor zorgverzekeraars, Wlz-uitvoerders en gemeenten onderling informatie over fraudegevallen kunnen uitwisselen. Kan de Staatssecretaris aangeven hoe de stand van zaken is met de ontwikkeling hiervan?

Artikelsgewijs

Artikel 2.15a

De leden van de PvdA-fractie vernemen dat er is afgezien van het vergoeden van vervoer van en naar de plek van het verblijf voor intensieve kindzorg met het Zvw-pgb, omdat zorgverzekeraars de kosten daarvoor in de praktijk restitueren en daarmee de keuzevrijheid van de verzekerde ten aanzien van vervoer is geborgd. Zijn er bij de Staatssecretaris situaties bekend waar er discussie was tussen de verzekerde en verzekeraar over de vergoeding van het vervoer? Als deze in de toekomst ontstaat, waar kunnen verzekerden zich dan melden?

Artikel 2.15b

De leden van de fractie van de PvdA lezen dat het budget dat verzekeraars aanbieden toereikend moet zijn om de verzekerde de zorg te kunnen laten inkopen en betalen die hij redelijkerwijs nodig heeft. De hoogte van de kosten die voor vergoeding in aanmerking komen worden door zorgverzekeraars in de modelovereenkomst opgenomen. Er worden kaders gesteld waarbij zorgverzekeraars rekening dienen te houden. Bestaan er tussen zorgverzekeraars grote verschillen in toereikendheid van het budget, zo vragen deze leden.

De tarieven worden mede bepaald door het onderscheid in soorten zorgverleners op basis van de Wmg. Er wordt nader onderscheid gemaakt tussen zorgverleners die niet onder de tarievenbepaling via de Wmg vallen of helemaal niet onder de Wmg vallen, maar wel een relevante BIG-registratie hebben of inschrijving in het handelsregister. Zij komen in

aanmerking voor een hoge vergoeding in lijn van formele zorg. Kan de Staatssecretaris nader duiden hoe de hoogte van dit tarief wordt vastgesteld? Hoe wordt omgegaan met ouders die veel zorg leveren aan hun kind met intensieve kindzorg, maar geen BIG-registratie hebben? Worden zij enkel als informele zorgverleners gezien? Is er al meer bekend over de uitkomsten van de evaluatie van het informele tarief? Graag ontvangen deze leden een nadere reactie van de Staatssecretaris.

Artikel 2.15c

De leden van de PvdA-fractie zouden graag een nadere duiding ontvangen over de overige voorwaarden die ook in de modelovereenkomst van de verzekeraars zijn opgenomen. Kan de Staatssecretaris een overzicht geven van de hoeveelheid en inhoud van de nadere voorwaarden? Verschillen deze voorwaarden bij verschillende zorgverzekeraars?

Deze leden zijn tevreden met het feit dat de voorwaarden en weigeringsgronden in artikel 2.15c, eerste en tweede lid, van het Besluit zorgverzekering (Bzv), vergelijkbaar zijn met de voorwaarden die gelden voor persoonsgebonden budgetten in andere domeinen, in bijzonder dat van de Wlz. Zij zijn voorstander van zoveel mogelijk afstemming over domeinen heen om budgethouders met zo min mogelijk verschillende regels te confronteren en om gelijkwaardigheid in wetten te creëren. Kan de Staatssecretaris nader duiden hoe afstemming met andere wetten op het gebied van inhoud van zorg vorm gaat krijgen? Hoe wordt er zoveel mogelijk vanuit de mens gekeken en niet vanuit het systeem?

Genoemde leden lezen dat net als onder de Wlz ter voorkoming van oneigenlijk gebruik en fraude ter bescherming van de verzekerde geen Zvw-pgb wordt verstrekt als op voorhand het oordeel is dat de verzekerde de bekwaamheden en capaciteiten mist om voldoende regie over de zorg en het budget uit te kunnen voeren, maar dat de verzekerde dit kan compenseren met hulp van derden. Zij kunnen zich dit in het geval van (intensieve) kindzorg goed voorstellen. Kan de Staatssecretaris echter nader duiden in welke gevallen dit nog meer nuttig en nodig is? Is het pgb niet juist bedoeld voor die mensen die zelf alle verantwoordelijkheden aankunnen en zelf regie hebben? Hoe wordt dit voldoende geborgd? Deze leden lezen tevens dat er zal worden aangehaakt bij het traject van de doorontwikkeling van de gewaarborgde hulp in het kader van de Wlz en dat er wordt bezien of die ontwikkelingen overgenomen kunnen worden voor de Zvw-pgb. Kan de Staatssecretaris aangeven wanneer er hierover meer helderheid wordt verschaft?

Vragen en opmerkingen van de SP-fractie

De leden van de SP-fractie constateren dat er al veel is gesproken over de nu voorliggende wijziging. Al wordt een aantal zaken in de voorhang verhelderd, deze leden hebben toch nog een aantal vragen en opmerkingen. Allereerst willen genoemde leden benadrukken dat zij het van groot belang vinden dat helder is in welke situaties mensen de mogelijkheid hebben om gebruik te maken van een Zvw-pgb.

Deze leden vinden het echter ook van groot belang dat de geformuleerde regels helder zijn, door alle partijen (zorgverzekeraars) gelijk worden gehanteerd en geïnterpreteerd en er geen sprake is van een ontmoedigingsbeleid. Oftewel dat het pgb echt goed wordt verankerd in de Zorgverzekeringswet, en daarvoor is het essentieel om een aantal uniforme toegangsvoorwaarden vast te leggen in de wet.

De leden van de SP-fractie begrijpen uit het voorliggende voorstel dat er zowel regels komen die voor alle zorgverzekeraars gelden (deze worden nu vastgelegd in de wet) maar er op bepaalde onderdelen door zorgverze-

keraars zelf/apart ook regels kunnen worden geformuleerd, bijvoorbeeld als het gaat om administratieve procedures, of de wijze waarop verantwoording en betaling geschiedt. Waarom, zo vragen deze leden, is er niet voor gekozen om regels op deze onderwerpen ook voor alle zorgverzekeraars gelijk te trekken? Het mag duidelijk zijn dat de leden van de SP-fractie van mening zijn dat er geen verschillende eisen door verschillende zorgverzekeraars gesteld zouden moeten worden. Is het op deze wijze niet alsnog mogelijk dat een zorgverzekeraar zo veel of zo ingewikkelde voorwaarden en regels opstelt, dat de verzekerde wordt ontmoedigd gebruik te maken van een Zvw-pgb of dat er grote verschillen ontstaan voor verzekerden bij zorgverzekeraar a of zorgverzekeraar b? Graag ontvangen genoemde leden een toelichting. De leden van de SP-fractie constateren dat de zorgverzekeraars nog steeds een grote mate van vrijheid hebben om zelf criteria te formuleren (bijvoorbeeld regels met betrekking tot: financiële administratie, werkgeverschap, of iemand in staat is de juiste hulp in te zetten enz.). Hoe gaat voorkomen worden dat zorgverzekeraars toch weer heel veel en heel veel verschillende eisen gaan formuleren?

Dat dit een reële vrees is wordt eigenlijk wel bewezen door de monitor over het persoonsgebonden budget in de Zorgverzekeringswet (Zvw-pgb) 2015 waaruit naar voren komt dat er nog steeds zorgverzekeraars zijn die de toiletgang planbare zorg vinden (bijvoorbeeld bij het gebruik van incontinentiemateriaal). Welke zorgverzekeraar betreft dit en zal deze zorgverzekeraar hierop streng aangesproken worden, zo vragen deze leden. Kan concreet bevestigd worden dat dit onacceptabel beleid is? Kan vervolgens specifiek worden toegelicht wat voor verschillen er kunnen (gaan) bestaan als het gaat om de wijze waarop het Zvw-pgb moet worden verantwoord of hoe de uitbetaling daarvan plaats zal vinden?

Hierover hebben de leden van de SP-fractie ook nog de volgende vragen:

- Waarom worden er geen eisen vastgelegd met betrekking tot het houden van een (face-to-face) bewustkeuzegesprek?
- Blijft ook na deze wijziging de mogelijkheid bestaan voor zorgverzekeraars om eisen te stellen met betrekking tot «planbare» zorg?
- Hoe gaan zorgverzekeraars, op basis van de voor iedereen geldende voorwaarden en de eisen die iedere zorgverzekeraar apart kan gaan stellen, om met het kunnen leveren en ontvangen van flexibele zorg binnen het Zvw-pgb? Kan gegarandeerd worden dat deze mogelijkheid blijft bestaan?
- Is er voldoende aandacht voor een onafhankelijke en eenduidige indicatiestelling door professionals?

Als het gaat om de regels ten aanzien van de zorg zal indien het monitoronderzoek daar aanleiding toe geeft eventueel een aparte algemene maatregel van bestuur worden opgesteld.

De leden van de SP-fractie vragen wanneer dit monitoronderzoek naar het Zvw-pgb over het jaar 2015 gereed zal zijn en of deze algemene maatregel van bestuur eventueel nog een rol gaat spelen bij de zorgovereenkomsten af te sluiten voor 2017? Genoemde leden benadrukken dat het belangrijk is dat hierover snel duidelijkheid komt en zij nemen daarbij aan dat de resultaten van dit monitoronderzoek zo spoedig mogelijk nadat deze er zijn aan de Kamer worden aangeboden. Kan hierbij gegarandeerd worden dat er sprake zal zijn van uitsluiting van verdere zorgsoorten?

Consultatie

Graag ontvangen de leden van de SP-fractie de reacties van ZN en Per Saldo op de aan hen voorgelegde vorige versie van de algemene maatregel van bestuur. Naast de opmerkingen van beide partijen

ontvangen genoemde leden graag een overzicht per opmerking hoe deze in de nieuwe versie is verwerkt. Wat waren vervolgens specifiek de oordelen van ZN en Per Saldo als het gaat om de geformuleerde weigeringsgronden? Wat is de reactie op de opmerking van Per Saldo in haar brief (BR94944) dat ze de tekst in de toelichting die aangeeft dat Per Saldo instemt met de tekst van de regeling te sterk aangezet vindt, zo vragen de leden van de SP-fractie.

Fraude

Aangegeven wordt dat aan de NZa, de Inspectie SZW en ZN is gevraagd een reactie te geven op de fraudebestendigheid van de algemene maatregel van bestuur, maar dat de reacties van de partijen niet hebben geleid tot een aanpassing van de artikelen. Graag ontvangen de leden van de SP-fractie de reacties van de NZa, de Inspectie SZW en ZN met betrekking tot de fraudebestendigheid. Hadden de verschillende partijen geen opmerkingen of zijn de opmerkingen niet meegenomen? Als er opmerkingen zijn gegeven die niet zijn meegenomen in de algemene maatregel van bestuur, kan dan per opmerking worden toegelicht waarom de opmerkingen niet zijn meegenomen?

Uit een van de opmerkingen/reacties kwam naar voren dat partijen het risico onderschrijven dat het limitatief vastleggen van voorwaarden en weigeringsgronden een risico meebrengt dat in andere situaties waarin evident sprake is van fraude of andere ongewenste omstandigheden een Zvw-pgb niet kan worden afgewezen. De leden van de SP-fractie ontvangen graag een extra toelichting hierop. Wil dit zeggen dat de partijen een risico zien in het limitatief opstellen van voorwaarden/gronden specifiek als het gaat om fraude? Zo ja, welke risico's zien zij precies en hoe kunnen zij die risico's minimaliseren?

Op dit moment hanteren zorgverzekeraars al verschillende weigeringsgronden. Kan worden aangegeven welke weigeringsgronden met deze algemene maatregel van bestuur komen te vervallen?

Aangegeven wordt dat er een waarschuwingsregister wordt gebouwd waarmee partijen informatie over vastgestelde fraudegevallen kunnen uitwisselen. Kan nader worden beschreven welke informatie in dit register wordt uitgewisseld en welke eisen/voorwaarden/privacy-regels hierbij een rol spelen, zo vragen de leden van de SP-fractie.

Artikelsgewijs

Artikel 2.15a

Waarom is er voor gekozen om vervoer van en naar de plek van het verblijf voor intensieve kindzorg niet vanuit het Zvw-pgb te vergoeden, zo vragen de leden van de SP-fractie. Was het niet eenvoudiger geweest dit vervoer ook vanuit het Zvw-pgb te laten regelen?

Artikel 2.15b

De minimale en maximale bedragen die kunnen worden vergoed met een Zvw-pgb worden per ministeriële regeling vastgelegd. Dit begrijpen de leden van de SP-fractie omdat deze bedragen met regelmaat moeten worden bijgesteld. Wel vragen genoemde leden of er al enig inzicht gegeven kan worden in zowel de minimale bedragen als de maximale bedragen die vergoed kunnen worden. Zo ja, hebben bijvoorbeeld Per Saldo en ZN op deze bedragen gereageerd toen zij konden reageren op de voorliggende algemene maatregel van bestuur?

Als het gaat om de derde categorie zorgverleners wordt aangegeven dat deze vooral bestaat uit mantelzorgers. Kan worden aangegeven welke groepen hulpverleners/verzorgers nog meer onder deze derde categorie vallen?

Artikel 2.15c

Al meerdere malen hebben de leden van de SP-fractie aangegeven dat bepaalde begrippen die worden gehanteerd binnen het Zvw-pgb weinig concreet zijn en op verschillende wijzen kunnen worden geïnterpreteerd. Daarom vragen deze leden een definitie van de volgende termen: doelmatig, verantwoord, passende zorg en zorg die iemand «redelijk-kerwijs» nodig heeft.

Waar moet de verzekerde (alleen of met behulp van een vertegenwoordiger) aan voldoen om te voldoen aan het criterium «het op verantwoorde wijze uit kunnen voeren van taken en verplichtingen», zo vragen de leden van de SP-fractie.

De voorwaarden/bepalingen genoemd onder lid 2 van artikel 2.15c zijn redelijk helder geformuleerd. Wel vragen de leden van de SP-fractie met betrekking tot lid 2a of een verzekerde die een andere/nieuwe vertegenwoordiger heeft dan bij de eerste verstrekking van een Zvw-pgb wel opnieuw in aanmerking komt. Met betrekking tot lid 2d vragen deze leden om een overzicht van de eisen waaraan wordt gedacht met betrekking tot de kring van vertegenwoordigers.

De leden van de SP-fractie concluderen dat het door middel van lid 4 nog altijd mogelijk blijft om meer eisen te stellen aan de verzekerde of zijn vertegenwoordiger. Graag ontvangen genoemde leden een toelichting op het besluit om deze per ministeriële regeling vorm te geven en niet via een algemene maatregel van bestuur. Deze leden vragen om een toezegging dat het niet de bedoeling is (vele) nadere regels vast te stellen om zo meer weigeringsgronden voor zorgverzekeraars mogelijk te maken.

De monitor over het persoonsgebonden budget in de Zorgverzekeringswet (Zvw-pgb) 2015

De leden van de SP-fractie delen de conclusie van de onderzoekers dat het erg jammer is dat er uiteindelijk niet is gekeken naar het Zvw-pgb vanuit het perspectief van de budgethouders. Wordt het perspectief van de budgethouders nog op een andere wijze onderzocht?

Het is immers van groot belang het Zvw-pgb niet alleen vanuit de kant van de zorgverzekeraars te beoordelen. De leden van de SP-fractie hebben naar aanleiding van de monitor nog de volgende specifieke vragen:

- Hoe is te verklaren dat het aantal budgethouders Zvw-pgb in 2015 elke maand daalt?
- Hoe is te verklaren dat het aandeel van het pgb in het totaal van uitgaven pgb plus zorg in natura in 2015 elke maand daalt?
- Kan aangegeven worden bij welke zorgverzekeraar het aantal budgethouders in 2015 met wel 57% is gedaald? Kan daarbij worden aangegeven wat de verklaring voor de daling is?
- Hoe is te verklaren dat gedurende 2015 er elke maand een stijging is te zien in het aantal weigeringen Zvw-pgb?
- Hoe is te verklaren dat gedurende 2015 er elke maand een stijging is te zien in het aantal aanvragen Zvw-pgb?
- Bij welke zorgverzekeraar ligt de gemiddelde betalingstermijn in 2015 (eigenlijk) gedurende het hele jaar boven de zeven dagen? (grafiek 4.13) Hoe zijn de grote verschillen in de gemiddelde betalingstermijnen

- tussen de zorgverzekeraars te verklaren? Wat kunnen partijen hier van elkaar leren?
- Wat verklaart de piek in het aantal ontvangen klachten in de maanden mei/juni en aan het einde van het jaar? (grafiek 5.1)
 - De regeldruk is door de wijzigingen toegenomen volgens de zorgverzekeraars. Hoe wordt met dit ontwerpbesluit ervoor gezorgd dat de regeldruk afneemt?
 - Wat is de stand van zaken met betrekking tot de capaciteit van (wijk/kind)verpleegkundigen voor de indicaties Zvw-pgb?

Vragen en opmerkingen van de CDA-fractie

De leden van de CDA-fractie hebben kennisgenomen van het ontwerpbesluit houdende wijziging van het Besluit zorgverzekering in verband met het persoonsgebonden budget in de Zorgverzekeringswet. Genoemde leden willen vooral vragen stellen naar aanleiding van de monitor over het persoonsgebonden budget in de Zorgverzekeringswet.

De Staatssecretaris stelt dat de NZa, gezien de vijf binnengekomen signalen, geen aanleiding ziet om het toezicht op dit onderwerp te intensiveren. De leden van de CDA-fractie vragen of dit verstandig is gezien het aantal bezwaren en klachten die bij zowel de zorgverzekeraars zelf, de SKGZ, de Ombudsman Zorgverzekeraars en Per Saldo zijn binnengekomen. Graag ontvangen zij een reactie op dit punt.

De leden van de CDA-fractie lezen verder dat het totaal van aantal verzekerden met een Zvw-pgb in heel 2015 is gedaald met circa 23%. Deze ontwikkeling verschilt per zorgverzekeraar. Genoemde leden vinden dit veel, bijna 25% ontvangt geen pgb meer. Kan de Staatssecretaris dan nog wel spreken van een borging van het pgb in de Zvw en kunnen mensen daar bewust voor kiezen?

In 2015 werden in totaal bijna 19.500 pgb's voor wijkverpleegkundige zorg aangevraagd en bijna 6.800 afgewezen. Kan de Staatssecretaris uitgebreid toelichten waarom deze aanvragen zijn afgewezen. Het is bijna een derde van de aanvragen.

De SKGZ ontving vorig jaar 273 zaken met een Zvw-pgb-component. De meeste zaken betroffen een klacht of geschil over de afwijzingen van een pgb-aanvraag vanwege de planbaarheid van zorg en het niet kunnen beheren van het pgb. Ook de hoogte van het budget en het tarief waren onderwerp van geschil.

Dit zijn eigenlijk allemaal aspecten uit de modelovereenkomst. Ook de leden van de CDA-fractie ontvangen regelmatig klachten over voornamelijk de zeer smalle definitie van planbaarheid van zorg. Is de Staatssecretaris het met deze leden eens dat ook hier sprake moet zijn van maatwerk en hoe gaat hij dit bevorderen?

De leden van de CDA-fractie lezen het volgende...»De indicaties die worden afgegeven door (kinder)verpleegkundigen, worden door verzekeraars als bindend beschouwd. Er vindt wel overleg plaats tussen de zorgverzekeraar en de verpleegkundige als er bij één of beide partijen twijfel bestaat over de indicatie of bij een sterke toename van het aantal geïndiceerde uren.»

Dit vinden deze leden een vreemde zinsnede, of de wijkverpleegkundige kan een onafhankelijke indicatie stellen los van de zorgverzekeraar of de zorgverzekeraar bepaalt uiteindelijk, hij betaalt het immers ook. Graag ontvangen genoemde leden een reactie van de Staatssecretaris op dit punt. Wat is nu leidend de indicatie door de wijkverpleegkundige of de zorgverzekeraar?

De leden van de CDA-fractie ontvangen veel signalen dat indicaties door zorgverzekeraars naar beneden toe worden bijgesteld. Deze leden kunnen dan ook niet anders dan de conclusie trekken dat de zorgverzekeraar in grote mate stuurt en dat de wijkverpleegkundige niet echt aan zet is. Graag ontvangen zij ook een uitgebreide toelichting op dit punt.

Bij de stukken van het algemeen overleg d.d. 29 juni 2016 over de toekomst van het pgb en het trekkingsrecht zat een brief met de volgende zin: «Kern van de meeste signalen is dat de gekozen zorgaanbieders tarieven hanteren die niet passen binnen het pgb. Bij twee van de vijf signalen kwam het signaal van een zorgaanbieder. De signalen zijn in een aantal gevallen opgelost doordat de zorgverzekeraar de mogelijkheid biedt dezelfde zorg af te nemen in natura. Ook heeft in één geval de zorgaanbieder zijn tarief alsnog naar beneden bijgesteld.» Dit vinden de leden van de CDA-fractie een vreemde gang van zaken. Men betaalt een te laag tarief en hoe lost men dat op: geen pgb meer. Dat lijkt deze leden niet de bedoeling. Is de Staatssecretaris het met deze analyse eens en wat gaat hij eraan doen.

Vragen en opmerkingen van de PVV-fractie

De leden van de PVV-fractie hebben met zorgen kennisgenomen van het ontwerpbesluit en hebben hierover een aantal vragen.

Algemeen

In het vijfde en zesde lid van artikel 13a Zorgverzekeringswet wordt onderscheid gemaakt tussen regels die gesteld moeten worden en regels die gesteld kunnen worden. Regels die kunnen worden gesteld betreffen de inhoud van de zorg waarvoor een Zvw-rgb wordt verstrekt, het uitzonderen van of uitbreiden met vormen van zorg of overige diensten die met een Zvw-rgb kunnen worden vergoed en de mate van vergoeding die de zorgverzekeraar ten minste moet of ten hoogste mag bieden. De leden van de PVV-fractie vragen waarom er niet voor gekozen is om ook deze zaken gewoon direct te regelen om verdere uitholling van het pgb door de zorgverzekeraars te voorkomen.

Naast deze regels kunnen ook andere voorwaarden van belang zijn om in aanmerking te komen voor het Zvw-rgb en voor de uitvoering van het Zvw-rgb. Het gaat daarbij bijvoorbeeld om de administratieve procedure bij een aanvraag van een Zvw-rgb, zoals het overleggen van een budgetplan en andere relevante documenten, of om de wijze waarop verantwoording en uitbetaling van het Zvw-rgb geschiedt. Hierover worden geen specifieke regels gesteld. De inrichting hiervan is aan zorgverzekeraars. Op grond van artikel 13a, derde lid, van de Zvw neemt de zorgverzekeraar deze voorwaarden op in zijn modelovereenkomst. De leden van de PVV-fractie maken zich in dit kader grote zorgen over de verschillen die hierdoor kunnen ontstaan tussen zorgverzekeraars. Administratieve procedures kunnen ook belemmerend werken bij de keuze voor een pgb. Hoe wordt voorkomen dat dit wordt ingezet als ontmoedigingsinstrument?

Ten aanzien van de regels met betrekking tot de inhoud van de zorg kan, zoals besproken in het debat, een AMvB aan de orde zijn, als daar op basis van het monitoronderzoek naar het Zvw-rgb over het jaar 2015, dat wordt uitgevoerd op basis van de bestuurlijke afspraken tussen Zorgverzekeraars Nederland, Per Saldo en het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, en op basis van signalen van de Nederlandse Zorgautoriteit aanleiding toe is. Zo nodig zal daartoe een aparte AMvB worden opgesteld.

Het monitoronderzoek is er inmiddels en daaruit komt naar voren dat er in de eerste maanden van 2015 een grote daling heeft plaatsgevonden in het aantal budgethouders. De leden van de PVV-fractie maken zich hier zorgen over omdat niet duidelijk is wat hiervan de oorzaak is. Wel is duidelijk dat er zorgverzekeraars zijn die de toegangscriteria voor een Zvw-pgb gebruiken als afwijzingscriteria. Waarom wordt dit niet nu gelijk aangepakt en komt er geen aparte AMvB, zo vragen deze leden.

Monitor over het persoonsgebonden budget in de Zorgverzekeringswet (Zvw-pgb) 2015

Er is sprake van een daling van 7.900 budgethouders van januari 2015 – december 2015 en daarvoor is volgens de onderzoekers geen verklaring. De leden van de PVV-fractie willen echter wel graag weten wat hiervan de oorzaak is en dan met name of dit het gevolg is van de overheveling naar de Zorgverzekeringswet.

Aan de verzekeraars is gevraagd om aan te geven hoeveel klachten van cliënten er per maand (voor het kalenderjaar 2015) zijn binnengekomen met betrekking tot het Zvw-pgb. Hierbij is aan de verzekeraars zelf overgelaten wat zij onder een klacht verstaan. Er zijn in het kader van de monitor door de betrokken partijen geen afspraken gemaakt over de afbakening wat een klacht is en op welke wijze een klacht gerubriceerd moet worden. Genoemde leden vinden dit een hele rare gang van zaken. Waarom is niet afgebakend wat een klacht is? Wat zijn de genoemde aantallen in dit kader waard?

De SKGZ ontving in 2015 (januari t/m december 2015) in totaal circa 3.150 zaken. Daarvan hadden 273 dossiers een Zvw-pgb-component. Het aantal dossiers is veel lager dan het aantal klachten dat bij verzekeraars is binnengekomen (zie de vorige paragraaf).

Dat betekent dat de meeste klachten van budgethouders door de verzekeraars zelf worden opgepakt en opgelost. De leden van de PVV-fractie vinden dit nogal kort door de bocht. Waarop is deze conclusie gebaseerd? In hoeverre worden budgethouders gewezen op de SKGZ? Hoeveel budgethouders zien af van de verdere klachtenprocedure omdat ze daar gewoonweg te ziek voor zijn?

Al dan niet na behandeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen kan de verzekerde zijn zaak voorleggen aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen. De behandeling door de commissie kost meer tijd dan de bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen. Eerst dient de verzekerde een entreegeld van € 37 te voldoen. De leden van de PVV-fractie vragen of de lange doorlooptijd en het entreegeld geen belemmering vormen voor deze procedure. Is hier niet gewoon sprake van ontmoediging?

In de op het modelreglement gebaseerde reglementen wordt onderscheid gemaakt tussen het informele en het formele tarief, waarbij het laatste aanzienlijk hoger is. Het komt wel voor dat een pgb-houder de zorg inkoopt bij een gezinslid dat in de zorg werkzaam is en beschikt over de juiste opleiding en een BIG-registratie. Door de verzekeraar wordt dan het informele tarief vergoed. De commissie heeft over deze casuïstiek nog geen uitspraak gedaan. De leden van de PVV-fractie vragen waarom de Staatssecretaris hierover niet gewoon een beslissing neemt en in dit geval dus een verplichting tot het formele tarief oplegt.

Planbare zorg is de vaakst genoemde reden van afwijzing van het Zvw-pgb. Welke definitie wordt er voor planbare zorg gehanteerd, zo willen deze leden graag weten. En is deze definitie voor elke zorgverzekeraar hetzelfde?

Toegepaste korting op het pgb. De percentages die worden gemeld lopen uiteen van 11 tot 15 procent. Waarop zijn deze kortingen gebaseerd en is dit een van de oorzaken om maar van een pgb af te zien?

Mensen vinden het moeilijk om een (kinder)wijkverpleegkundige te vinden die de indicatie kan stellen. Er wordt melding gemaakt van te weinig beschikbare capaciteit bij (wijk)verpleegkundigen. De leden van de PVV-fractie merken op dat dit niet zo vreemd is als er 600 miljoen op de wijkverpleging wordt bezuinigd, maar zij vragen wel wat hierin de rol van de zorgverzekeraars is. Zij zijn verantwoordelijk voor de inkoop van de wijkverpleging en zij moeten hun cliënten dus makkelijk kunnen doorverwijzen naar een wijkverpleegkundige voor de indicatie.

Bij alle tien onderzochte dossiers was de reden tot afwijzing dat de zorg planbaar is. In een enkel geval staat in de afwijzingsbrief van de zorgverzekeraar erbij verwoord dat het gebruik van incontinentiemateriaal toiletgang planbaar maakt. De leden van de PVV-fractie vinden het een grove schande dat zorgverzekeraars zelfs bereid zijn mensen incontinent te maken om maar geen pgb toe te hoeven kennen. Dit is echt onacceptabel.

Bij de beschrijving van de ervaringen van zorgverzekeraars is ervoor gekozen dat deze niet met naam en toenaam worden genoemd. Het gaat hier namelijk niet om een beoordeling van individuele zorgverzekeraars, maar om inzicht te verkrijgen in de wijze waarop het Zvw-pgb wordt uitgevoerd en waar zorgverzekeraars tegenaan lopen. Ook is ervoor gekozen dat er niet exact zal worden gekwantificeerd in de zin van x-aantal verzekeraars doen dit, en x-aantal verzekeraars doen dat. De leden van de PVV-fractie vragen wat de zorgverzekeraars te verbergen hebben en vinden dit in het kader van de zo gewenste transparantie eigenlijk niet kunnen. Is het niet zeer relevant voor budgethouders om te kunnen kiezen voor een zorgverzekeraar die niet alles uit de kast haalt om het pgb te ontmoedigen, dan wel te weigeren?

Op de vraag of zorgverzekeraars voldoende tools hebben om het pgb beheersbaar te houden, antwoordt het merendeel negatief. Wat wordt er verstaan onder beheersbaar houden?

Verzekeraars spreken over het grotere risico op fraude bij sociaal gesloten groepen en dat inkomen uit het pgb voor sommige groepen een belangrijke reden is om voor een pgb te kiezen. Welke zijn de sociaal gesloten groepen in dezen?

Verzekeraars geven aan niet of nauwelijks invloed te hebben op de toegang tot het pgb en de hoogte van de indicatiestellingen. De leden van de PVV-fractie vragen de Staatssecretaris of dit ook niet precies de bedoeling is.

Verder vragen zorgverzekeraars of er nog wel sprake is van passende zorg als deze volledig door partner, kinderen en/of kleinkinderen wordt geboden. Waarom zou dit geen passende zorg zijn? Is dat nu juist niet de geest van het pgb, dat men zelf kan kiezen met welke zorg men het beste af is, zo vragen deze leden.

Verzekeraars zouden graag een betere omschrijving willen hebben van wat planbaar en onplanbaar is. Het lijkt genoemde leden een goed idee als hier, voor eens en voor altijd, duidelijkheid over komt.

Een verzekeraar geeft aan dat een verpleegkundige niveau 4 met extra scholing ook heel goed zou kunnen indiceren en mogelijk een optie kan zijn voor de toekomst. De leden van de PVV-fractie vinden dit een goed idee.

Vragen en opmerkingen van de D66-fractie

Algemeen

De leden van de D66-fractie hebben kennisgenomen van de voorgestelde algemene maatregel van bestuur. Voor deze leden blijft het persoonsgebonden budget een bijzondere manier om eigen regie te voeren over de zorgvraag en maatwerk mogelijk te faciliteren. Het voorstel zoals dit nu voorligt heeft een aantal mooie aspecten in zich: zo lijkt er geen grotere regeldruk verwacht te worden, is er ervaring uit andere wetten geput en blijft het mogelijk om het Zvw-pgb in te zetten voor diegene die daar op verantwoorde wijze zelf mee om kan gaan (of met behulp van een derde).

Het Zvw-pgb is een bijzondere vorm van restitutie binnen de Zorgverzekeringswet, speciaal voor verpleging en verzorging die niet gepaard gaat met verblijf in verband met geneeskundige zorg. Voor deze leden is het van waarde dat verzekerden kunnen kiezen tussen zorg in natura of een persoonsgebonden budget. Genoemde leden vernemen graag waar een verzekerde in beroep kan gaan, en op welke wijze, mocht er sprake zijn van ontmoedigingsbeleid voor een persoonsgebonden budget en sturing op zorg in natura.

Instemming Per Saldo en Zorgverzekeraars Nederland

De leden van de D66-fractie waren in eerste instantie verheugd toen zij lazen dat Zorgverzekeraars Nederland en Per Saldo instemden met de tekst van de regeling. Echter blijkt uit de brief van Per Saldo die op 29 juni jl. naar de commissie VWS is gestuurd dat hier geen sprake van is. Wel zijn zij geraadpleegd. Deze leden vernemen graag een reactie van de Staatssecretaris, waarin hij ook nader duidt wat de daadwerkelijke positie van Zorgverzekeraars Nederland is ten opzichte van dit ontwerpbesluit.

Zorginhoudelijke toegangscriteria

De leden van de D66-fractie hebben het debat over het Zvw-pgb in de Kamer met interesse gevolgd. Een van de discussiepunten op dat moment waren de zorginhoudelijke toegangscriteria voor een Zvw-pgb. Kan worden aangegeven wat de verwachtingen zijn als het gaat om het opstellen van nog een additionele algemene maatregel van bestuur waarin zorginhoudelijke toegangscriteria verwoord zullen worden? Hoe worden de kansen ingeschat dat hier in het bestuurlijk overleg samen uitgekomen wordt? Ook vernemen genoemde leden graag wanneer zij op de hoogte worden gesteld van de uitkomsten van dit bestuurlijk overleg, met specifieke aandacht voor de zorginhoudelijke criteria. Concluderend horen deze leden graag wat de planning is als het gaat om de ontwikkeling van zorginhoudelijke criteria.

Contractering

Ondanks een mooi streven van de Minister van VWS om ervoor te zorgen dat polis- en contractvoorwaarden elk jaar helder zijn op het moment dat de verzekerde voor een nieuwe zorgverzekeraar kan kiezen, lukt dit helaas nog niet altijd. De leden van de D66-fractie willen via deze wijze nogmaals benadrukken dat het, ook voor de (mogelijke) Zvw-pgb-houders, van belang is dat voorwaarden waarmee een (mogelijke budgethoudende) verzekerde te maken krijgt helder zijn als er gekozen wordt voor een zorgverzekeraar voor 2017.

Fraudebestrijding

Helaas is de afgelopen jaren gebleken dat partijen misbruik maakten van het persoonsgebonden budget. De fraudegevoeligheid blijft een kwetsbaar punt van dit mooie instrument. De leden van de D66-fractie delen de mening die de Staatssecretaris is toegegaan, te weten dat eigen regie en fraudebestrijding elkaar aanvullen en niet kruisen. Deze leden horen dan ook graag wat de nadere uitwerking behelst van het waarschuwingsregister. Wie draagt de verantwoordelijkheid hiervoor, wie beheerst de gegevens die hierin staan én hoe wordt de privacy gewaarborgd? Graag ontvangen genoemde leden antwoorden op deze vragen.

Monitor

De leden van de D66-fractie hebben ook kennisgenomen van de monitor aangaande het Zvw-pgb in 2015. Tot spijt van deze leden biedt deze monitor geen inzage in de ervaren kwaliteit van zorg door budgethouders. Evenals de ervaren dienstverlening vanuit zorgverzekeraars, die ontbreekt ook. Genoemde leden hechten er wel waarde aan dat dergelijk onderzoek in lijn met de Wet bescherming persoonsgegevens wordt uitgevoerd en zij kijken daarom uit naar de eerstvolgende monitor.

In de monitor die voorligt, uitgevoerd door ITS, wordt een aantal suggesties gedaan om volgende keer wél de ervaringen van de budgethouders mee te nemen. Graag horen de leden van de D66-fractie van de Staatssecretaris welke van de genoemde suggesties de voorkeur heeft.

De leden van de D66-fractie horen graag op welke manier de Staatssecretaris nog denkt te achterhalen wat de redenen voor afwijzing van het Zvw-pgb zijn geweest in 2015. De monitor toont immers aan dat lang niet alle zorgverzekeraars bijhouden wat de reden van afwijzing is. Daarnaast ontbreekt het aan uniformiteit als het gaat om definities van, en redenen voor, een afwijzing. Deze leden horen graag op welke wijze uniformiteit hierin nagestreefd wordt en op welke wijze Zorgverzekeraars Nederland hierbij betrokken wordt.

Ook vernemen genoemde leden graag welke verklaring er is voor de afname van Zvw-pgb uitgaven ten opzichte van natura-uitgaven voor de wijkverpleegkundige zorg. Is het mogelijk om te achterhalen of er sprake is van een ontmoedigingsbeleid vanuit zorgverzekeraars?

Tot slot maken de leden van de D66-fractie zich zorgen om de relatief grote groep ouders van kinderen met een intensieve zorgvraag, waarvan wederom uit de monitor blijkt dat zij niet goed weten waar ze terecht moeten met hun zorgvraag. Dit is een situatie die om verandering vraagt. Wat deze leden betreft dient uit de volgende monitor te blijken dat het kennisniveau van betrokken partijen op peil is zodat voor ouders snel helder is waar zij met hun zorgvraag terecht kunnen.

Vragen en opmerkingen van de ChristenUnie-fractie

De leden van de ChristenUnie-fractie vinden het goed dat bij het opstellen van de AMvB is gekeken naar de ervaringen die zijn opgedaan in de andere wetten met pgb. De uitvoering in de praktijk hangt niet alleen af van de AMvB maar ook van nog te maken bestuurlijke afspraken. De mogelijkheid staat nog open dat op een later moment zorginhoudelijke toegangscriteria worden toegevoegd aan de AMvB. Deze leden vinden het belangrijk dat de uitwerking geen uitsluiting kent van zorgsoorten en dat er duidelijkheid komt over inzet van gebruikelijke zorg en te hanteren tarieven. Een pgb moet altijd toegankelijk zijn voor zorgvragers onafhankelijk van de soort zorg die zij nodig hebben.

Goede onafhankelijke indicatiestelling is ook bij het pgb belangrijk. Wijkverpleegkundigen zijn gewend indicaties steeds opnieuw bij te stellen. Bij budgethouders ligt dit anders omdat zij ook informele zorg kunnen inzetten en daardoor de wijkverpleegkundige na de indicatiestelling niet meer zien. De leden van de ChristenUnie-fractie vragen daarom om een cyclisch proces van actualiseren van de indicaties ook op een of andere manier bij budgethouders in te voeren.

Het stellen van een indicatie is een zorg in natura (ZIN) activiteit. Toch blijkt in de praktijk dat verzekerden al voor de indicatiestelling weten dat zij een pgb willen voor de zorg die zij nodig hebben. Is de Staatssecretaris bereid te onderzoeken of het stellen van indicaties door een daarvoor speciaal ingericht indicatiebureau (zoals het CIZ) een werkbare optie is?

Ook vragen de leden van de ChristenUnie-fractie of er een landelijke richtlijn gebruikelijke zorg binnen de indicatiestelling kan komen. Nu wordt er namelijk wisselend mee omgegaan. Ten slotte vragen deze leden de Zvw-rgb reglementen 2017 tijdig openbaar te maken op een toegankelijke manier, zodat alle (potentiële) budgethouders een gefundeerde keuze kunnen maken welke zorgverzekeraar zij willen contracteren voor 2017.

Monitor Zvw-rgb

De leden van de ChristenUnie-fractie maken zich zorgen over het grote aantal afwijzingen voor pgb voor wijkverpleging onder de Zorgverzekeringswet. Een derde van de aanvragen wordt afgewezen onder andere vanwege discussie over de planbaarheid van de zorg. Maar is dat niet juist de reden dat mensen een pgb willen, namelijk omdat ze zorg dan meer flexibel kunnen regelen zoals zij het willen?

In wetgeving is verankerd dat het pgb een volwaardig alternatief is voor zorg in natura (i.c. dat zorg in natura niet voorliggend is). De cijfers laten zien dat er in anderhalf jaar tijd 30.000 minder budgethouders zijn in de Wmo en de Jeugdwet en dat er ongeveer 25% minder verzekerden met een pgb zijn. Bij een verzekeraar is er zelfs sprake van een afname van 53%! Natuurlijk hopen de leden van de ChristenUnie-fractie dat dit komt doordat de zorg in natura passender is geworden en beter aansluit op de behoefte van mensen, maar deze leden vrezen dat het eerder te maken heeft met een beperkte toegang tot een pgb. Daardoor kunnen mensen niet hun eigen zorg op maat organiseren.

Uit een analyse van Per Saldo van de afwijzingen blijkt dat zorgverzekeraars deze afwijzing verschillend beargumenteren. Wat gaat de Staatssecretaris hieraan doen? Budgethouders ervaren het beleid van zorgverzekeraars als een ontmoedigingsbeleid voor het pgb. Wat gaat de Staatssecretaris hieraan doen?

Er zijn ook signalen dat het tarief van zorgaanbieders niet altijd matcht met het pgb. Een oplossing werd een aantal keren gevonden doordat de zorgaanbieder dezelfde zorg ook via zorg in natura kon verstrekken. Dat kan toch niet de bedoeling zijn? Dan krijgt de cliënt wel de zorg die hij wil maar is hij de regie van het pgb kwijt.

II. REACTIE VAN DE STAATSSECRETARIS

VVD-fractie

De leden van de VVD-fractie hebben gevraagd om in de volgende monitor te onderzoeken hoe de verschillen in de ontwikkeling van het aantal budgethouders tussen de zorgverzekeraars zijn te verklaren.

Ik ben bereid om in de volgende monitor, over 2016, te onderzoeken hoe de verschillen tussen de zorgverzekeraars te verklaren zijn.

De leden van de VVD-fractie stellen dat in het kader van fraudebestendigheid een waarschuwingsregister zal worden ontwikkeld. Dit waarschuwingsregister maakt het mogelijk voor zorgverzekeraars, Wlz-uitvoerders en gemeenten om onderling informatie over vastgestelde fraudegevallen uit te wisselen. Uit artikel 2.15c, tweede lid, onderdeel a blijkt dat een Zvw-rgb geweigerd kan worden als uit eerdere verstrekking van een Zvw-rgb blijkt dat de verzekerde niet in staat is gebleken zich te houden aan de aan het Zvw-rgb verbonden taken en verplichtingen. Deze leden vragen de Staatssecretaris of het ook mogelijk is een Zvw-rgb te weigeren indien uit eerdere verstrekkingen van andere rgb's blijkt dat de verzekerde zich niet heeft gehouden aan de taken en verplichtingen dan wel heeft gefraudeerd met een rgb. Kunt u uw antwoord toelichten? Welke rol kan het waarschuwingsregister hier expliciet inspelen?

Naast de in artikel 2.15c, tweede lid, onderdeel a, van de voorgestelde wijziging van het Besluit zorgverzekering opgenomen gronden, kan een rgb ook worden geweigerd, als een verzekerde naar het oordeel van de zorgverzekeraar niet in staat is te achten op eigen kracht of met hulp van een vertegenwoordiger de aan het Zvw-rgb verbonden taken en verplichtingen op verantwoorde wijze uit te voeren (artikel 2.15c, eerste lid, onderdeel b van het voorstel). Als een zorgverzekeraar op de hoogte is van fraude met het persoonsgebonden budget in een van de andere domeinen, dan kan hij op basis daarvan constateren dat de verzekerde niet in staat is de aan het Zvw-rgb verbonden taken en verplichtingen op verantwoorde wijze uit te voeren. Het waarschuwingenregister is bedoeld om onderling informatie uit te wisselen over vastgestelde fraudegevallen en kan dan ook door de zorgverzekeraar worden benut om te toetsen of de verzekerde aan de gestelde voorwaarde voldoet.

De leden van de VVD-fractie vragen de Staatssecretaris op welke termijn meer duidelijkheid komt over het al dan niet overnemen van de voorwaarden aan gewaarborgde hulp zoals deze nu zijn neergelegd in de Regeling langdurige zorg. Kan de Staatssecretaris inzicht bieden in welke elementen wel en welke elementen niet kunnen worden overgenomen? Wanneer kan een Regeling zorgverzekering worden verwacht? Welke stappen zullen nog worden gezet als het gaat om de doorontwikkeling van gewaarborgde hulp in het kader van de Wlz en Zvw? Wordt daarin ook het direct aanspreken van de vertegenwoordiger op een zelfstandige verantwoordelijkheid voor het budget meegenomen? Kunt u uw antwoord toelichten?

In de Regeling langdurige zorg (Rlz) zijn eisen geïntroduceerd waaraan iemand moet voldoen wil sprake zijn van gewaarborgde hulp. De

gewaarborgde hulp moet ervoor instaan dat de verplichtingen (die vooralsnog formeel gelden voor de budgethouder) worden nagekomen. In de Rlz en door zorgkantoren kunnen indien noodzakelijk nadere eisen worden gesteld aan de persoon van de gewaarborgde hulp. Wenselijk is dat de gewaarborgde hulp een natuurlijk persoon is en niet een rechtsvorm (organisatie). Ongewenst is bovendien dat de zorgverlener ook de gewaarborgde hulp is, met uitzondering van directe naasten. Met name deze mogelijkheden onderzoek ik nu.

Daarnaast vindt voor de Wet langdurige zorg (Wlz) overleg plaats tussen zorgkantoren, cliëntenorganisaties en het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) over de vraag hoe beoordeeld kan worden of iemand in staat is eigen regie te voeren op het pgb.

Ook bezin ik me nu op het verplaatsen van de verantwoordelijkheid en aansprakelijkheid van budgethouder naar de gewaarborgde hulp. De gewaarborgde hulp is dan ook nog volop in ontwikkeling in de Wlz. In het najaar kom ik zowel op het kader regie als op het verschuiven van de verantwoordelijkheid schriftelijk terug.

Ten aanzien van de Zorgverzekeringswet (Zvw) bezie ik welke voorwaarden die de Rlz stelt aan de gewaarborgde hulp, nu al gesteld kunnen worden aan de vertegenwoordiger van een verzekerde met een Zvw-pgb. Daarbij gaat het bijvoorbeeld om de regel dat het pgb kan worden geweigerd, als de vertegenwoordiger onder de schuldsanering natuurlijke personen valt of rechtens zijn vrijheid is ontnomen. Als er nieuwe stappen worden gezet bij de gewaarborgde hulp in de langdurige zorg, dan zal steeds gezien worden of en op welke wijze deze ook van toepassing kunnen zijn binnen de Zvw.

PvdA-fractie

De leden van de PvdA-fractie vinden dat het pgb in de Zvw een toereikend budget moet kennen zodat mensen ook daadwerkelijk voldoende zorg en zorg van goede kwaliteit kunnen inkopen en vragen om een reactie van de Staatssecretaris hierop.

Ten aanzien van de vraag of het tarief en het budget toereikend is, is relevant of de zorgverzekeraar zich aan zijn zorgplicht houdt. De NZa houdt hier toezicht op. Wanneer een verzekerde van mening is dat de zorgverzekeraar een te lage vergoeding vaststelt, dan staat de gebruikelijke klachtenprocedure bij de eigen zorgverzekeraar open. En zo nodig kan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ) worden ingeschakeld door de verzekerde.

In artikel 13a, eerste lid, van de Zvw is bovendien wettelijk verankerd dat sprake moet zijn van een passende vergoeding waarmee de verzekerde in staat wordt gesteld in de praktijk zorg of een andere dienst te betrekken, die is afgestemd op zijn behoeften, persoonskenmerken en mogelijkheden.

De leden van de PvdA-fractie stellen dat zij concurrentie van zorgverzekeraars op de toegang tot het pgb onwenselijk vinden en verzekerden goed en helder moeten weten wanneer zij toegang tot het pgb hebben. Zij vragen of de regering een nadere reactie kan geven op bovenstaande stellingen.

Met de wettelijke verankering van het Zvw-pgb in de Zorgverzekeringswet is geborgd dat het Zvw-pgb in alle polissen van alle zorgverzekeraars als keuze is opgenomen. De voorwaarden voor toegang tot het Zvw-pgb zullen deels in onderliggende regelgeving worden neergelegd en worden deels door zorgverzekeraars uitgewerkt in de polissen op basis van bestuurlijke afspraken.

Daarbij is wel van belang dat zorgverzekeraars de bevoegdheid en verantwoordelijkheid hebben om, binnen de grenzen van de wet- en regelgeving, invulling te geven aan de zorgverzekering. Zolang zorgverzekeraars zich daarbij houden aan de vastgestelde voorwaarden in de wet- en regelgeving en aan de gemaakte afspraken is dat geen probleem. Met de regelgeving en de gemaakte afspraken ligt wel vast wie ten minste in aanmerking komen voor een Zvw-pgb.

Ik ben het daarbij eens met de leden van de PvdA-fractie dat verzekerden goed moeten weten waar zij voor kiezen. De polissen moeten daarom helder zijn en tijdig beschikbaar. De reglementen voor het Zvw-pgb maken deel uit van de polis en worden tegelijk met de polis op uiterlijk 19 november bekend. Daarnaast kan een verzekerde gebruik maken van andere informatie, zoals van vergelijkingssites of van de vergelijking die bijvoorbeeld Per Saldo de afgelopen jaren voor haar leden heeft gemaakt.

Algemeen

De leden van de PvdA-fractie vragen welke stappen er gezet gaan worden naar aanleiding van de monitor. Zij vragen daarnaast hoe de regering aankijkt tegen het begrip planbare zorg als blijkt dat er zoveel verwarring ontstaat bij verzekeraars hierover.

Zoals aangegeven in mijn brief van 21 juni jl.¹ bij de aanbieding van de monitor aan de Tweede Kamer, is de monitor voor mij aanleiding om te komen tot nadere bestuurlijke afspraken over het Zvw-pgb. In overleg met Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en Per Saldo heb ik de onderwerpen geïnventariseerd die daarin terug moeten komen. Een van de onderwerpen die wij daarbij willen bekijken is voor wie het pgb precies bedoeld is en hoe die personen daar vervolgens voor in aanmerking komen. De toepassing van de inhoudelijke criteria, waaronder onplanbare zorg, zullen daarbij ook aan de orde komen.

De leden van de PvdA-fractie hebben gevraagd op welke wijze de ervaringen van de budgethouders betrokken worden.

Tijdens het algemeen overleg Voortgang trekkingsrechten pgb van 29 juni jl. heb ik toegezegd de Kamer op korte termijn te informeren over de mogelijkheid om zo snel mogelijk inzicht te krijgen in de ervaringen van budgethouders. Deze toezegging doe ik hierbij gestand. De beste manier om verzekerden met een Zvw-pgb te benaderen voor onderzoek is hen te selecteren uit de verzekerdenbestanden van de zorgverzekeraars. De Wet bescherming persoonsgegevens staat niet toe dat zorgverzekeraars dit doen met het doel hen te enquêteren en deze gegevens te (laten) verwerken. Andere, op korte termijn wel uit te voeren methoden, blijken onderzoekstechnisch niet betrouwbaar. Om op een alternatieve wijze een representatieve groep budgethouders te kunnen benaderen voor een betrouwbare enquête is meer tijd nodig. De onderzoekers doen daarvoor een aantal voorstellen. Mijn voorkeur gaat uit naar de suggestie om samen met de zorgverzekeraars te bezien welke mogelijkheden er zijn om budgethouders te benaderen, bijvoorbeeld bij de aanvraag, de herindicatie of de pgb-toekenning. Ik betrek ook Per Saldo daarbij. Gegeven de tijd die daarvoor nodig is, zal het onderzoek naar de ervaringen van budgethouders worden meegenomen in de volgende monitor.

¹ Kamerstukken II 2015/16, 25 657, nr. 248

Regeldrukgevolgen

De leden van de PvdA-fractie vragen of de regering nader kan duiden op welke wijze de regeldruk voor budgethouders (van een Zvw-pgb) en zorgverleners zo laag mogelijk gehouden wordt en hoe er ingezet wordt om minder regeldruk?

Kan er een overzicht gegeven worden van de hoeveelheid papierwerk die budgethouders en zorgverleners op basis van de modelovereenkomst die zorgverzekeraars hebben opgesteld dienen te overhandigen indien zij een Zvw-pgb hebben?

Bij de aanvraag van een Zvw-pgb moet de verzekerde een aanvraagformulier indienen, waarin een budgetplan is opgenomen. Ook moet een door de wijkverpleegkundige ingevuld formulier worden ingevuld over de aard van de zorgvraag en de indicatiestelling. ZN heeft geen signalen dat deze procedure tot een hoge administratielast voor verzekerden leidt.

In algemene zin is ten aanzien van de aanpak van regeldruk relevant dat zorgverzekeraars samen met wijkverpleegkundigen, de NZa en VWS een werkgroep zijn gestart om de administratieve lasten aan te pakken. In deze werkgroep wordt nagegaan waar de grootste knelpunten zitten en worden mogelijkheden verkend om deze aan te pakken. Ik heb u over de stand van zaken geïnformeerd in mijn Voortgangsbrief Merkbaar minder regeldruk van 7 juli jl.

Fraude

De leden van de PvdA-fractie constateren dat op het deel van de zorgverleners dat niet onder het bereik van de WMG valt het houden van toezicht niet of slechts beperkt mogelijk is. Kan de regering aangeven welke mogelijke gevolgen dit heeft voor de kwaliteit van zorg door deze zorgverleners? Op welke wijze kan de regering de mogelijkheden van het borgen van kwaliteit van deze zorg vergroten? Welke mogelijke risico's ziet de regering hier?

Toezicht door de Inspectie voor de Gezondheidszorg is, omdat bij deze zorgverleners geen sprake is van beroeps- of bedrijfsmatig zorg verlenen, niet van toepassing.

Zorgverzekeraars hebben op grond van de zorgplicht wel de wettelijke taak om zorg te dragen voor kwalitatief goede zorg. Bij het pgb is van oudsher de gedachte dat de budgethouder zelf verantwoordelijk is voor de kwaliteit van de zorg en dat de verstrekker slechts op voorhand een marginale toets mag doen of de budgethouder in staat is zorg te dragen voor kwalitatief goede zorg. Daarin zit een spanning. Zorgverzekeraars geven in de monitor dan ook aan dat zij zich in sommige gevallen zorgen maken over de kwaliteit van de geboden zorg met een Zvw-pgb. Ik vind dat een belangrijk thema. Verzekerden moeten met een pgb de mogelijkheid krijgen om eigen keuzes te maken ten aanzien van de in te zetten zorg, maar tegelijkertijd is het van belang dat er wel voldoende zekerheid is over de kwaliteit van die zorg. Ik wil het zicht op de kwaliteit van de zorg dan ook meenemen in de gesprekken met ZN en Per Saldo over de nieuwe bestuurlijke afspraken.

De leden van de PvdA-fractie zijn tevreden met het feit dat er een waarschuwingsregister wordt ontwikkeld waardoor zorgverzekeraars, Wlz-uitvoerder en gemeenten onderling informatie over fraudegevallen kan uitwisselen. Kan de regering aangeven hoe de stand van zaken met de ontwikkeling hiervan is?

Ik heb uw Kamer eerder geïnformeerd dat ik samen met ZN en de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) bezig ben met de verdere uitwerking van dit waarschuwingsregister.

Wij werken momenteel aan de protocollering, waarin onder andere de criteria voor registratie en bepalingen over de omgang met en bescherming van de gegevens worden beschreven. De partijen zullen het protocol ter toetsing voorleggen aan de Autoriteit Persoonsgegevens (AP), zodat de AP kan onderzoeken of de voorgenomen verwerking van persoonsgegevens via het waarschuwingsregister is toegestaan. Daarnaast kijken we goed naar de uitvoeringsvraagstukken voor gemeenten, aangezien zij nog geen ervaring hebben met het werken met een waarschuwingsregister. In dat kader voert de VNG momenteel een impactanalyse uit. In de vijfde voortgangsrapportage Rechtmatige Zorg zal ik uw Kamer meer inhoudelijk over het waarschuwingsregister informeren. Deze voortgangsrapportage is voorzien voor het najaar.

Artikelsgewijs

Artikel 2.15a

De leden van de fractie van de Partij van de Arbeid vernemen dat er is afgezien van het vergoeden van vervoer van en naar de plek van het verblijf voor intensieve kindzorg met het Zvw-pgb, omdat zorgverzekeraars de kosten daarvoor in de praktijk restitueren en daarmee de keuzevrijheid van de verzekerde ten aanzien van vervoer is geborgd. Zijn er bij de regering situaties bekend waar er discussie was tussen de verzekerde en verzekeraar over de vergoeding van het vervoer? Als deze in de toekomst konden ontstaan, waar kunnen verzekerden zich dan melden?

Zittend ziekenvervoer bij intensieve kindzorg is sinds 1 januari 2016 als expliciete aanspraak opgenomen in het Besluit zorgverzekering. Als een verzekerde aanspraak heeft op deze vorm van vervoer, dan heeft de zorgverzekeraar zorgplicht. Als een verzekerde vindt dat zijn zorgverzekeraar zijn zorgplicht niet nakomt, dan kan hij de zorgverzekeraar daarop aanspreken.

In het kader van de denktank intensieve kindzorg heb ik recent vernomen dat er soms onduidelijkheid bestaat over welk vervoer wel en niet wordt vergoed. Ik heb met de ouders die de signalen hebben gegeven afgesproken dat ik zal bekijken waar de problemen precies in zitten. Mijn eerste indruk is dat het gaat over de vraag of een verzoek om vervoer onderdeel is van de Zorgverzekeringwet of dat het onderdeel zou moeten uitmaken van het leerlingenvervoer van en naar school. Dat laatste wordt niet vergoed vanuit de Zorgverzekeringwet.

Artikel 2.15b

De leden van de PvdA-fractie vragen of er tussen zorgverzekeraars grote verschillen bestaan in toereikendheid van het budget.

Zorgverzekeraars bepalen ieder voor zich op welke wijze het budget wordt vastgesteld. Sommige zorgverzekeraars houden daarbij rekening met de inzet van informele zorg, anderen stellen het maximale budget vast op basis van alleen formele zorg. Ook de wijze waarop zorgverzekeraars de invulling van het budget toestaan verschilt. Zo toetsen sommige zorgverzekeraars alleen op uitputting van het totale budget, terwijl andere ook controleren op het aantal gedeclareerde uren ten opzichte van de indicatie. Ik heb geen signalen dat er één of meer zorgverzekeraars zijn bij wie toereikendheid van het budget in den brede ter discussie staat. Wel

kan de meest gunstige wijze van vaststelling van het budget en de invulling daarvan voor de verzekerde afhangen van zijn zorgvraag. De verzekerde kan daarmee rekening houden bij de keuze van zijn zorgverzekeraar. In art 13a, eerste lid Zvw is de toereikendheid wettelijk verankerd. In dit artikel is sprake van een passende vergoeding waarmee de verzekerde in staat wordt gesteld in de praktijk zorg of een andere dienst te betrekken, die is afgestemd op zijn behoeften, persoonskenmerken en mogelijkheden.

De leden van de PvdA-fractie vragen of de regering nader kan duiden hoe de hoogte van het tarief wordt bepaald voor zorgverleners die niet onder de tarievenbepaling via de Wmg vallen of helemaal niet onder de Wmg vallen, maar wel een relevante BIG registratie hebben of inschrijving in het handelsregister.

Voor zorgverleners die een BIG registratie of een inschrijving in het handelsregister hebben, en geen bloed- of aanverwante zijn in de eerste of tweede graad, kan een verzekerde maximaal het bedrag declareren ter hoogte van het formele tarief.

Hoe wordt omgegaan met ouders die veel zorg leveren aan hun kind met intensieve kindzorg, maar wanneer deze ouder geen BIG registratie heeft? Worden zij enkel als informele zorgverleners gezien?

Bloed- en aanverwanten in de eerste en tweede graad krijgen altijd het informele tarief, ongeacht of zij een BIG-registratie of KVK inschrijving hebben. Dat betekent dus dat ouders altijd het informele tarief krijgen, ook de ouders die zorg leveren aan hun kind met intensieve kindzorg.

De leden van de PvdA-fractie vragen of er al meer bekend is over de uitkomsten van de evaluatie van het informele tarief.

De Tweede Kamer is in het najaar van 2015 geïnformeerd over de uitkomsten van de evaluatie van het informele tarief.² De afgelopen maanden ben ik in overleg geweest met partijen over de wijze waarop de aanbevelingen kunnen worden opgevolgd. Vooruitlopend op de uitkomsten van deze overleggen hebben zorgverzekeraars vorig jaar besloten om het informele tarief met enkele euro's te verhogen. Ook is de afbakening van het informele tarief al dit jaar aangepast, zodat deze overeenkomt met de afbakening zoals deze geldt in de Wlz.

Artikel 2.15c

De leden van de PvdA-fractie zouden graag een nadere duiding ontvangen over de overige voorwaarden die ook in de modelovereenkomst van de verzekeraars zijn opgenomen. Kan de regering een overzicht geven van de hoeveelheid en inhoud van de nadere voorwaarden? Verschillen deze voorwaarden bij verschillende zorgverzekeraars?

Zorgverzekeraars hebben gezamenlijk een modelreglement Zvw-pgb opgesteld, waarbij, binnen de mededingingsregelgeving, op hoofdlijnen afspraken zijn gemaakt over de uitvoering van het Zvw-pgb. Dat modelreglement is door individuele zorgverzekeraars doorvertaald in de eigen modelovereenkomst.

Overige voorwaarden in het modelreglement zijn bijvoorbeeld een uitwerking van welke professionals een indicatie mogen stellen, het proces van de aanvraag en welke formulieren daarbij gehanteerd dienen te worden, de mogelijkheid van het uitvoeren van een bewustkeuzegesprek, de restrictie dat als het pgb volledig wordt ingezet bij een

² Kamerstukken II 2015/16, 25 657, nr. 216.

gecontracteerde aanbieder de zorg in natura zal worden geleverd en het pgb niet wordt verstrekt als daarmee sprake zou zijn van een dubbele verstrekking (iemand ontvangt dezelfde zorg al in natura of via een ander pgb).

Zorgverzekeraars kunnen daarnaast voorwaarden in de eigen modelovereenkomst hebben opgenomen die ertoe strekken om het pgb in te passen in de eigen zorgverzekering. Daarbij zal het vooral gaan om procedurele voorwaarden. Zo hebben sommige zorgverzekeraars het pgb ingevuld als een (ook voor overige zorg bestaande) machtigingsprocedure.

De leden van de PvdA-fractie vragen of de regering nader kan duiden hoe afstemming met andere wetten op het gebied van inhoud van zorg vorm gaat krijgen. Zij vragen hoe er zoveel mogelijk vanuit de mens wordt gekeken en niet vanuit het systeem.

Ten aanzien van de inhoud van de zorg is relevant dat er vooral samenloop van zorg kan zijn tussen de Zorgverzekeringwet enerzijds en de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo 2015) of de Jeugdwet anderzijds. Gemeenten en zorgverzekeraars zijn wettelijk verplicht om hun werkzaamheden op elkaar af te stemmen met het oog op integrale zorg. In de praktijk is van belang dat, als sprake is van een zorgbehoefte vanuit verschillende domeinen, waar nodig afstemming wordt gezocht tussen de wijkverpleegkundige en medewerkers van de gemeente.

Ten aanzien van de levering van de zorg, kan de verzekerde met zowel een gemeentelijk, als een Zvw-rgb ervoor kiezen om met zijn rgb dezelfde zorgverlener in te zetten voor zowel de zorg uit de Zorgverzekeringwet, als de zorg uit het gemeentelijk domein. Als dat gezien de aard van de zorg niet mogelijk is, kan de verzekerde er zelf voor zorgen dat de zorg van verschillende zorgverleners op elkaar wordt afgestemd.

De leden van de fractie van de Partij van de Arbeid lezen dat net als onder de Wlz ter voorkoming van oneigenlijk gebruik en fraude ter bescherming van de verzekerde geen Zvw-rgb wordt verstrekt als op voorhand het oordeel is dat de verzekerde de bekwaamheden en capaciteiten mist om voldoende regie over de zorg en het budget uit te kunnen voeren, maar dat de verzekerde die kan compenseren met hulp van derden. Zij kunnen zich dit het geval van (intensieve) kindzorg goed voorstellen. Kan de regering echter nader duiden in welke gevallen dit nog meer nuttig en nodig is? Is het rgb niet juist bedoeld voor die mensen die zelf alle verantwoordelijkheden aankunnen en zelf regie hebben? Hoe wordt dit voldoende geborgd?

Ik onderschrijf de stelling van de leden van de PvdA-fractie dat het rgb bedoeld is voor mensen die zelf alle verantwoordelijkheid aankunnen en zelf regie hebben. De voorwaarde dat een rgb slechts wordt vertrekt als een verzekerde in staat is zelf of met hulp van een vertegenwoordiger de aan het Zvw-rgb verbonden taken en verplichtingen op verantwoorde wijze uit te voeren is precies bedoeld om te toetsen of iemand daartoe in staat is. Dat is niet alleen bij intensieve kindzorg van belang, maar ook in alle andere situaties waarin een rgb wordt aangevraagd. Een situatie die onder de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) bijvoorbeeld is voorgekomen is dat verzekerden niet op de hoogte waren van het feit dat er een rgb op hun naam stond, omdat een bemiddelingsbureau hen blanco formulieren had laten ondertekenen. Daarom vind ik het van belang dat aan de voorkant goed wordt getoetst of een verzekerde in staat is het rgb te beheren.

Deze leden lezen tevens dat er zal worden aangehaakt bij het traject van de doorontwikkeling van de gewaarborgde hulp in het kader van de Wlz en dat er wordt gezien of die ontwikkelingen overgenomen kunnen

worden voor het Zvw-pgb. Kan de regering aangeven wanneer er hier meer helderheid over verschaft wordt?

In de Rlz zijn eisen geïntroduceerd waaraan iemand moet voldoen wil sprake zijn van gewaarborgde hulp. De gewaarborgde hulp moet ervoor instaan dat de verplichtingen (die vooralsnog formeel gelden voor de budgethouder) worden nagekomen. In de Rlz en door zorgkantoren kunnen indien noodzakelijk nadere eisen worden gesteld aan de persoon van de gewaarborgde hulp. Wenselijk is dat de gewaarborgde hulp een natuurlijk persoon is en niet een rechtsvorm (organisatie). Ongewenst is bovendien dat de zorgverlener ook de gewaarborgde hulp is, met uitzondering van directe naasten. Met name deze mogelijkheden onderzoek ik nu.

Daarnaast vindt voor de Wlz overleg plaats tussen zorgkantoren, cliëntenorganisaties en VWS over de vraag over hoe beoordeeld kan worden of iemand in staat is eigen regie te voeren op het pgb.

Ook bezin ik me nu op het verplaatsen van de verantwoordelijkheid en aansprakelijkheid van budgethouder naar de gewaarborgde hulp. De gewaarborgde hulp is dan ook nog volop in ontwikkeling in de Wlz. In het najaar kom ik zowel op het kader regie als op het verschuiven van de verantwoordelijkheid schriftelijk terug.

Ten aanzien van de Zvw zie ik welke voorwaarden die de Rlz stelt aan de gewaarborgde hulp, nu al gesteld kunnen worden aan de vertegenwoordiger van de verzekerde met een Zvw-pgb. Daarbij gaat het bijvoorbeeld om de regel dat het pgb kan worden geweigerd, als de vertegenwoordiger onder de schuldsanering natuurlijke personen valt of rehtens zijn vrijheid is ontnomen. Als er nieuwe stappen worden gezet bij de gewaarborgde hulp in de langdurige zorg, dan zal steeds bezien worden of en op welke wijze deze ook van toepassing kunnen zijn binnen de Zvw.

SP-fractie

De leden van de SP-fractie constateren dat zorgverzekeraars zelf/apart ook regels kunnen formuleren, bijvoorbeeld als het gaat om administratieve procedures, of de wijze waarop verantwoording en betaling geschiedt. De leden van de SP-fractie vragen waarom er niet voor is gekozen om regels op deze onderwerpen ook voor alle zorgverzekeraars gelijk te trekken. Is het op deze wijze niet alsnog mogelijk dat een zorgverzekeraar zo veel of zo ingewikkelde voorwaarden en regels opstelt dat het de verzekerde wordt ontmoedigd gebruik te maken van een Zvw-pgb of dat er grote verschillen ontstaan voor verzekerden bij zorgverzekeraar a of zorgverzekeraar b? Daarnaast constateren de leden van de SP-fractie dat de zorgverzekeraars nog steeds een grote mate van vrijheid hebben om zelf criteria te formuleren (bijvoorbeeld regels met betrekking tot: financiële administratie, werkgeverschap, of iemand in staat is de juiste hulp in te zetten enz.), hoe gaat voorkomen worden dat zorgverzekeraars toch weer heel veel en heel veel verschillende eisen gaan formuleren?

Ik wil onderscheid maken tussen de voorwaarden die niet bij of krachtens algemene maatregel van bestuur of bestuurlijke afspraken (kunnen) worden vastgelegd en de toepassing van de voorwaarden die wel worden vastgelegd.

Ten aanzien van het eerste geldt dat er geen regels gesteld zullen worden over bijvoorbeeld de administratieve procedure bij een aanvraag of de wijze waarop verantwoording en uitbetaling van het Zvw-pgb geschiedt. De Zvw biedt geen grondslag om dit soort voorwaarden in lagere regelgeving op te nemen. De inrichting hiervan is aan zorgverzekeraars. Daarmee kunnen zij ervoor zorg dragen dat deze voorwaarden aansluiten bij de voorwaarden die zij voor de rest van de zorg in hun polissen

hebben opgenomen, zodat bijvoorbeeld het indienen van declaraties voor verschillende zorgvormen op dezelfde wijze gebeurt. Dat is van belang, zodat een verzekerde bij één zorgverzekeraar niet met verschillende procedures te maken krijgt voor verschillende zorgvormen.

Ten aanzien van de toepassing van de voorwaarden en weigeringsgronden die wel worden vastgelegd, ofwel in regelgeving, ofwel in bestuurlijke afspraken, wil ik de leden van de SP-fractie meegeven dat het vastleggen van de voorwaarden en weigeringsgronden in zichzelf nog niet zorg kunnen dragen voor een uniforme uitvoering. Het gaat hier om voorwaarden en weigeringsgronden die niet zwart-wit zijn, maar een weging vragen van een individuele situatie. Het zal daarbij altijd gaan om een afweging door een zorgverzekeraar van de omstandigheden van de individuele verzekerde. Regelgeving, bestuurlijke afspraken, protocollen en andere afwegingskaders zullen een dergelijke individuele afweging nooit precies uniform kunnen maken. Het voordeel daarvan is dat het ook ruimte biedt voor maatwerk. Zorgverzekeraars moeten daarbij uiteraard handelen binnen de grenzen van de wet- en regelgeving en zijn gehouden aan bestuurlijke afspraken waar zij zelf bij betrokken zijn.

De leden van de SP-fractie constateren dat er nog steeds zorgverzekeraars zijn die de toiletgang planbare zorg vinden (bijvoorbeeld bij het gebruik van incontinentiemateriaal). Welke zorgverzekeraar betreft dit en zal deze zorgverzekeraar hierop streng aangesproken worden, zo vragen de leden? Kan concreet bevestigd worden dat dit onacceptabel beleid is?

Ik heb geen zicht op de toepassing van weigeringsgronden door individuele zorgverzekeraars.

Laat ik voorop stellen dat toiletgang in mijn ogen niet planbaar is. In de praktijk gaat het echter niet om de enkelvoudige vraag of dat al dan niet het geval is. Bij de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ) is inmiddels een aantal zaken behandeld door de geschillencommissie waarbij onder meer hulp bij toiletgang aan de orde was. In de twee voorbeelden die ik hierna toelicht was het pgb afgewezen in verband met de planbaarheid van de zorg. In één situatie gaf de verzekerde tijdens de behandeling van de zaak aan dat zij zelf naar het toilet kon gaan, als haar zoon, die haar daarbij uit hoofde van een Zvw-pgb hielp, niet in huis was. Daaruit bleek dat de hulp bij toiletgang geen noodzakelijke zorg was. In een andere zaak kwam aan de orde dat de verzekerde vooral hulp nodig had bij het losmaken van een knoop. Met de betrokken hulpverlener kon de verzekerde bekijken welk alternatief daarvoor beschikbaar was, bijvoorbeeld kleding met elastiek, waardoor hulp bij toiletgang niet meer nodig was. De verzekerde werd daardoor zelfredzaam. In beide situaties werd de zorgverzekeraar door de SKGZ in het gelijk gesteld.

Wat ik op basis van deze voorbeelden wel constateer is dat de afwijzingsgrond planbaarheid van zorg niet altijd zuiver wordt gebruikt. In deze beide gevallen is sprake van zorg die wel geïndiceerd was, maar niet noodzakelijk is. Er is dan ook strikt genomen geen aanspraak op de betreffende zorg. De zorgverzekeraar zag zich kennelijk genooddaakt om op planbaarheid van zorg af te wijzen, omdat dat in zijn ogen het meest passende criterium was. Dat vind ik onwenselijk. Als een Zvw-pgb wordt afgewezen, dan moet dat op de juiste gronden gebeuren en met een duidelijke toelichting voor de verzekerde. In de gesprekken die ik met ZN en Per Saldo voer over de bestuurlijke afspraken, zullen we de inhoudelijke criteria tegen het licht houden, maar ook bespreken dat een afwijzing op de juiste gronden gebeurt en goed wordt onderbouwd. Daarnaast blijkt hieruit dat indicatiestellingen voor het Zvw-pgb nog niet altijd goed

verlopen. Ik ben in overleg met V&VN, ZN en Per Saldo over hoe dat proces kan worden verbeterd.

De leden van de SP-fractie vragen of specifiek kan worden toegelicht wat voor verschillen er kunnen (gaan) bestaan als het gaat om de wijze waarop het Zvw-pgb moet worden verantwoord of hoe de uitbetaling daarvan plaats zal vinden?

In het modelreglement Zvw-pgb, dat door alle zorgverzekeraars is doorvertaald naar de eigen modelovereenkomst, is opgenomen op welke wijze declaraties kunnen worden ingediend. Zorgverzekeraars passen het declaratieproces voor het Zvw-pgb in hun reguliere declaratieproces in. Het modelreglement schrijft voor dat de verzekerde zelf verantwoordelijk is voor controle op de juistheid van de declaratie en met de indiening daarvan verklaart dat deze juist is. Alleen geleverde zorg die in lijn is met de indicatiestelling mag worden gedeclareerd. Zorgverzekeraars kunnen indien nodig formele en materiële controles uitvoeren over de ingediende declaraties.

De wijze van uitbetalen hangt af van de vraag of de verzekerde heeft gekozen door ondersteuning door de SVB of niet. Indien de verzekerde heeft gekozen voor ondersteuning door de SVB, dan betaalt de SVB, na goedkeuring door de zorgverzekeraar, uit aan de zorgverlener. Als de verzekerde rechtstreeks bij de zorgverzekeraar declareert, dan betaalt de zorgverzekeraar uit aan de verzekerde, die vervolgens zijn zorgverleners uitbetaalt.

De leden van de SP-fractie vragen waarom er geen eisen worden vastgelegd met betrekking tot het houden van een (face-to-face) bewustkeuzegesprek.

In de wet is, op basis van een door de SP ingediend amendement, opgenomen dat de zorgverzekeraar na de pgb-aanvraag in contact treedt met de verzekerde. Naar aanleiding van het gevoerde debat over dit amendement, heb ik aangegeven dat ik het van belang vindt dat de zorgverzekeraar zich goed laat informeren over de situatie van de verzekerde, maar dat ik niet de vorm waarin dat gebeurt wil vastleggen. Zo kan een bewustkeuzegesprek door de zorgverzekeraar zelf een goede methode zijn, maar wordt bijvoorbeeld ook gebruik gemaakt van de informatie van de wijkverpleegkundige die bij de verzekerde thuis is geweest en daarbij face-to-face de situatie heeft kunnen beoordelen. Ik vind het daarom onwenselijk om de vorm van het contact tussen zorgverzekeraar en verzekerde vast te leggen.

De leden van de SP-fractie vragen of ook na deze wijziging de mogelijkheid blijft bestaan voor zorgverzekeraars om eisen te stellen met betrekking tot «planbare» zorg.

Ja, de AMvB die is voorgehangen gaat niet over de inhoudelijke criteria. Er kan, zoals eerder met de Tweede Kamer besproken, als daartoe aanleiding is een aparte AMvB worden opgesteld ten aanzien van de inhoud van de zorgvraag.

Tegelijk is relevant dat uit de monitor blijkt dat ook zorgverzekeraars toepassing van de afgesproken criteria, waaronder planbaarheid van zorg, ingewikkeld vinden en dat zij verschillen constateren in de uitvoering. ZN, Per Saldo en ikzelf zijn het er dan ook over eens dat die goed tegen het licht moeten worden gehouden en dat we met elkaar bekijken voor wie het Zvw-pgb precies bedoeld is en hoe die groep daar vervolgens ook voor in aanmerking komt. Daarbij zijn wij nog gezamenlijk op zoek naar

wat nu wel zou kunnen werken. Wij hebben met elkaar afgesproken om daar nieuwe bestuurlijke afspraken over te maken met het doel om die bestuurlijke afspraken per 1 januari 2017 te kunnen uitvoeren.

De leden van de SP-fractie vragen hoe zorgverzekeraars, op basis van de voor iedereen geldende voorwaarden en de eisen die iedere zorgverzekeraar apart kan gaan stellen, omgaan met het kunnen leveren en ontvangen van flexibele zorg binnen het pgb-zvw. Kan gegarandeerd worden dat deze mogelijkheid blijft bestaan?

De vraag laat het belang zien van uniformiteit aan de ene kant en flexibiliteit aan de andere kant. Daar kan een spanningsveld tussen zitten. Ik vind van belang dat de zorg die wordt geleverd maatwerk is. Dat geldt overigens net zo goed voor zorg in natura, als voor zorg met een pgb. Die flexibiliteit is nu mogelijk op basis van de voorwaarden die worden vastgelegd in regelgeving en die in bestuurlijke afspraken komen. Ik wil er wel voor waken om uniformiteit het hoogste doel te maken. Zoals ook in antwoord op een eerdere vraag van de leden van SP-fractie hierboven aangegeven, blijft bijvoorbeeld een beslissing of iemand aan de gestelde voorwaarden voldoet een afweging op basis van de individuele situatie. Dat maakt dat maatwerk mogelijk is.

Flexibiliteit in de inzet van zorg vind ik ook van belang. Het komt immers regelmatig voor dat iemand de ene week wat meer zorg nodig heeft en de andere week wat minder. Ook kan het nodig zijn om een tijdje zorg in natura in te zetten, als bijvoorbeeld de vaste zorgverlener niet beschikbaar is. Binnen de Zvw is dit mogelijk en zorgverzekeraars hebben mij aangegeven die mogelijkheid – binnen bepaalde grenzen – ook te bieden. Ik heb geen aanleiding om te denken dat dat in de toekomst niet meer het geval zal zijn.

De leden van de SP-fractie vragen of er voldoende aandacht is voor een onafhankelijke en eenduidige indicatiestelling door professionals.

Het is allereerst aan de beroepsgroep van wijkverpleegkundigen om te bepalen hoe een indicatiestelling vormgegeven dient te worden. Hier wordt in de opleidingen aandacht aan besteed. Daarbij vind ik het wel belangrijk om aan te geven dat het hier gaat om maatwerk. De wijkverpleegkundige heeft de professionele vrijheid om te bepalen welke zorg hij nodig acht. Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN) bekijkt op dit moment wat voor praktische hulpmiddelen wijkverpleegkundigen kunnen gebruiken bij het stellen van de indicatie om ervoor te zorgen dat dit eenduidig en gefundeerd gebeurt.

De leden van de SP-fractie verwijzen naar de monitor over het Zvw-rgb. Zij vragen wanneer dit monitoronderzoek naar het Zvw-rgb over het jaar 2015 gereed zal zijn en of deze algemene maatregel van bestuur eventueel nog een rol gaat spelen bij de zorgovereenkomsten af te sluiten voor 2017. De leden benadrukken dat het belangrijk is dat hierover snel duidelijkheid komt en nemen daarbij aan dat de resultaten van dit monitoronderzoek zo spoedig mogelijk nadat deze er zijn aan de Kamer worden aangeboden. Kan hierbij gegarandeerd worden dat er sprake zal zijn van uitsluiting van verdere zorgsoorten?

De monitor is op 21 juni jl. aan uw Kamer aangeboden.³ Zoals aangegeven in de begeleidende brief daarbij, ben ik al met ZN en Per Saldo in overleg over de punten die uit de monitor naar voren komen. Ik ben voornemens om met hen te komen tot nieuwe bestuurlijke afspraken. Zoals ik heb aangegeven tijdens de behandeling van het wetsvoorstel

³ Kamerstukken II 2015/16, 25 657, nr. 248

Zvw-pgb is mijn inzet erop gericht om daar met de betrokken partijen gezamenlijk uit te komen. Mocht dat niet het geval zijn of mocht bij het maken van de bestuurlijke afspraken blijken dat nadere regelgeving gewenst is, dan heb ik de mogelijkheid om op grond van de wet bepaalde voorwaarden in lagere regelgeving op te nemen. Met het oog op de eventuele gevolgen van nieuwe bestuurlijke afspraken voor de zorgverzekeringsspolissen en de pgb-reglementen voor 2017, streef ik ernaar voor 1 oktober a.s. met partijen overeenstemming te bereiken.

De monitor over het persoonsgebonden budget in de Zorgverzekeringswet (Zvw-pgb) 2015

De leden van de SP-fractie delen de conclusie van de onderzoekers dat het erg jammer is dat er uiteindelijk niet is gekeken naar het Zvw-pgb vanuit het perspectief van de budgethouders. Wordt het perspectief van de budgethouders nog op een andere wijze onderzocht?

Tijdens het algemeen overleg van 29 juni jl. heb ik toegezegd de Kamer op korte termijn te informeren over de mogelijkheid om nog dit jaar inzicht te krijgen in de ervaringen van budgethouders. Deze toezegging doe ik hierbij gestand. De snelste manier om verzekerden met een Zvw-pgb te benaderen voor onderzoek is hen te selecteren uit de verzekerdenbestanden van de zorgverzekeraars. De Wet bescherming persoonsgegevens staat niet toe dat zorgverzekeraars dit doen met het doel hen te enquêteren en deze gegevens te (laten) verwerken. Andere, op korte termijn wel uit te voeren methoden, blijken onderzoekstechnisch niet betrouwbaar. Om op een alternatieve wijze een representatieve groep budgethouders te kunnen benaderen voor een betrouwbare enquête is meer tijd nodig. De onderzoekers doen daarvoor een aantal voorstellen. Mijn voorkeur gaat uit naar de suggestie om samen met de zorgverzekeraars te bezien welke mogelijkheden er zijn om budgethouders te benaderen, bijvoorbeeld bij de aanvraag, de herindicatie of de pgb-toekenning. Ik betrek ook Per Saldo daarbij. Gegeven de tijd die daarvoor nodig is, zal het onderzoek naar de ervaringen van budgethouders worden meegenomen in de volgende monitor.

De leden van de SP-fractie vragen hoe te verklaren is dat het aantal budgethouders Zvw-pgb in 2015 elke maand daalt?

In de monitor wordt daarop geen toelichting gegeven. Dit lijkt mij echter te verklaren door het feit dat er maandelijks herindicaties en daarmee herbeoordelingen voor het Zvw-pgb hebben plaatsgevonden en dat er andere redenen kunnen zijn geweest, waardoor verzekerden niet langer een pgb hebben, zoals overlijden of overstap naar een ander domein.

Hoe is te verklaren dat het aandeel van het pgb in het totaal van uitgaven pgb plus zorg in natura in 2015 elke maand daalt?

Op basis van de informatie die mij bekend is, kan ik hier slechts een cijfermatige onderbouwing van geven. De uitgaven voor zorg in natura zijn gedurende 2015 min of meer stabiel gebleven, terwijl de uitgaven voor het Zvw-pgb zijn gedaald. Daarmee constateer ik dat de uitgaven voor het Zvw-pgb ten opzichte van die in natura kleiner zijn geworden.

Kan aangegeven worden bij welke zorgverzekeraar het aantal budgethouders in 2015 met wel 57% is gedaald? Kan daarbij worden aangegeven wat de verklaring voor de daling is?

De monitor is bedoeld om een totaalbeeld te krijgen van de uitvoering van het Zvw-pgb in de monitorperiode ten behoeve van de doorontwikkeling van het pgb-instrument. De monitor bevat geen gegevens die herleidbaar zijn tot individuele zorgverzekeraars. Om de daling van het aantal pgb-houders te kunnen verklaren is verdiepend onderzoek nodig. De onderzoekers hebben voorgesteld om onderzoek te doen naar de in- en uitstroom van budgethouders bij de zorgverzekeraars. In navolging hiervan bezie ik hoe deze verdieping in de volgende monitor kan worden meegenomen.

Hoe is te verklaren dat gedurende 2015 er elke maand een stijging is te zien in het aantal weigeringen Zvw-pgb?

Het aantal aanvragen (zowel herindicaties, als nieuwe aanvragen) loopt blijkens de monitor ook iedere maand op, met het hoogste aantal in november 2015. Het aantal afwijzingen loopt daarmee min of meer in lijn.

Hoe is te verklaren dat gedurende 2015 er elke maand een stijging is te zien in het aantal aanvragen Zvw-pgb?

Bij de cijfers over de aanvragen kon geen onderscheid gemaakt worden tussen herindicaties en nieuwe aanvragen. Ik kan dan ook niet beoordelen of het aantal nieuwe aanvragen in de loop van het jaar is gestegen. Wel bekend is dat de meeste herindicaties pas in de loop van het jaar zijn gedaan, waarbij de piek lag tussen oktober en december. Dat verklaart het hoge aantal aanvragen in die maanden.

De leden van de SP-fractie vragen bij welke zorgverzekeraar de gemiddelde betalingstermijn in 2015 (eigenlijk) gedurende het hele jaar boven de zeven dagen ligt. (grafiek 4.13) Hoe zijn de grote verschillen in de gemiddelde betalingstermijnen tussen de zorgverzekeraars te verklaren? Wat kunnen partijen hier van elkaar leren?

De monitor is bedoeld om een totaalbeeld te krijgen van de uitvoering van het Zvw-pgb in de monitorperiode. De monitor bevat geen gegevens die herleidbaar zijn tot individuele zorgverzekeraars. Uit de monitor blijkt dat de gemiddelde betalingstermijn bij een zorgverzekeraar in de eerste helft van 2015 tussen de 7 en 9 kalenderdagen lag. Dit komt overeen met 5 tot 7 werkdagen. In de tweede helft van 2015 nam de gemiddelde betalingsstermijn bij diezelfde zorgverzekeraar af tot circa 7 kalenderdagen of minder. Dit komt overeen met maximaal 5 werkdagen. Het verschil in de betalingstermijnen tussen zorgverzekeraars is te verklaren door verschil in de administratieve afhandeling van zorgdeclaraties. De zorgverzekeraars voeren hierin eigen beleid.

Wat verklaart de piek in het aantal ontvangen klachten in de maanden mei/juni en aan het einde van het jaar? (Grafiek 5.1)

Een verklaring voor de pieken in het aantal klachten wordt in de monitor niet gegeven. De lagere aantallen klachten van juni tot december 2015 hebben volgens de onderzoekers te maken met het afnemend aantal verzekerden met overgangsrecht die nog geherindiceerd moeten worden.

De regeldruk is door de wijzigingen toegenomen volgens de zorgverzekeraars, hoe wordt met dit ontwerpbesluit er voor gezorgd dat de regeldruk afneemt?

Zoals in de toelichting van het besluit aangegeven, brengt de AMvB geen wijziging aan in de administratieve lasten. Dat betekent dat de regeldruk niet toeneemt, maar door de AMvB zal er ook geen afname zijn.

Wat is de stand van zaken met betrekking tot de capaciteit van (wijk/kind)verpleegkundigen voor de indicaties Zvw-pgb?

Er is nog altijd een tekort aan wijkverpleegkundigen. Tijdens het Algemeen Overleg wijkverpleging heb ik aangegeven dat dit probleem in beeld is en dat er acties gaande zijn om dit op te lossen. Met het programma Zichtbare Schakel is een enorme impuls gegeven aan de wijkverpleging. Voor het oplossen van het tekort is het nu van groot belang dat landelijke en regionale partners hun rol in goed overleg met het onderwijs op een goede manier invullen. Ik stimuleer en faciliteer daarin en zal het vraagstuk en de gezamenlijk uitdaging waar we voor staan, blijven agenderen en benadrukken in mijn overleggen met de verschillende partijen. Ik heb uw Kamer toegezegd in oktober van dit jaar een uitgebreidere stand van zaken brief te sturen over de tekorten in de wijkverpleging en wat hieraan is en wordt gedaan.

Consultatie

Graag ontvangen de leden van de SP-fractie de reacties van ZN en Per Saldo op de aan hen voorgelegde vorige versie van de algemene maatregel van bestuur. Naast de opmerkingen van beide partijen ontvangen de leden graag een overzicht per opmerking hoe deze in de nieuwe versie is verwerkt. Wat waren vervolgens specifiek de oordelen van ZN en Per Saldo als het gaat om de geformuleerde weigeringsgronden? Wat is de reactie op de opmerking van Per Saldo in haar brief (BR94944) dat ze de tekst in de toelichting die aangeeft dat Per Saldo instemt met de tekst van de regeling te sterk aangezet vinden, zo vragen de leden van de SP-fractie?

Op hoofdlijnen waren de reacties van partijen en de reactie van VWS daarop als volgt.

ZN

- Met ZN en individuele zorgverzekeraars is uitgebreid stilgestaan bij de opgenomen voorwaarden en weigeringsgronden. Daarbij is geconstateerd dat de voorwaarden en weigeringsgronden ten aanzien van de budgethouder of zijn vertegenwoordiger veelal overeenkomen met de nu gehanteerde voorwaarden en weigeringsgronden en de AMvB daarmee niet tot grote wijzigingen zal leiden. Andere voorwaarden en weigeringsgronden, waaronder die aan de administratieve procedure, vallen niet onder de scope van deze AMvB. Dit is ook geëxpliciteerd in de toelichting bij de AMvB. Daarnaast is in de toelichting aangegeven dat, net als onder de Wlz geldt voor zorgkantoren, aan zorgverzekeraars is om in een individuele situatie te beoordelen of een verzekerde aan de gestelde voorwaarden voldoet.
- Diverse formuleringen in de toelichtingen zijn door zorgverzekeraars becommentarieerd op helderheid. Waar nodig en mogelijk zijn de formuleringen aangepast.
- Naar aanleiding van een opmerking van ZN is in de toelichting geëxpliciteerd dat het Zvw-pgb alleen kan worden afgegeven voor zorg waar op grond van de Zvw aanspraak bestaat.

Per Saldo

- Per Saldo was niet op de hoogte van de nadere uitleg van de motie Bruins Slot c.s. in het plenaire debat. Na toelichting van die nadere uitleg is die aangehouden.
- Naar aanleiding van een opmerking van Per Saldo zijn de formuleringen in de toelichting over de informele zorgverlener en over de vaststelling van de tarieven aangepast.

Per Saldo heeft in zijn brief aan de Tweede Kamer van 29 juni jl. opgenomen dat: «Per Saldo heeft meegepraat, echter dat er in de toelichting staat dat Per Saldo instemt met de tekst van de regeling vinden we te sterk aangezet.» Per Saldo heeft mij daarover bij navraag toegelicht dat men met name de toonzetting van de fraudetoets te negatief vond. In antwoord op de volgende vraag ga ik daar nader op in.

Fraude

De leden van de SP-fractie constateren dat aangegeven wordt dat aan de NZa, de Inspectie SZW en ZN is gevraagd een reactie te geven op de fraudebestendigheid van de algemene maatregel van bestuur, maar dat de reacties van de partijen niet hebben geleid tot een aanpassing van de artikelen. Graag ontvangen de leden van de SP-fractie de reacties van de NZa, de Inspectie SZW en ZN met betrekking tot de fraudebestendigheid. Hadden de verschillende partijen geen opmerkingen of zijn de opmerkingen niet meegenomen? Als er opmerkingen zijn gegeven die niet zijn meegenomen in de algemene maatregel van bestuur, kan dan per opmerking worden toegelicht waarom de opmerkingen niet zijn meegenomen?

Afstemming met de NZa, de Inspectie SZW en ZN ten aanzien van de fraudetoets heeft op ambtelijk niveau plaatsgevonden. Ook Per Saldo heeft de gelegenheid gekregen op de fraudebestendigheid van de AMvB te reageren. Aangezien het wetsvoorstel Zvw-pgb destijds aan een uitgebreide fraudetoets is onderworpen en de AMvB een nadere uitwerking van de wet betreft, is gekozen voor een lichtere toets. Die is uitgevoerd door de vragen van de fraudetoets in conceptvorm vanuit VWS te beantwoorden en de betrokken partijen te vragen om een reactie daarop.

De reacties van partijen gaven, zoals aangegeven in de toelichting bij de AMvB, slechts op één punt aanleiding tot een mogelijke aanpassing van de artikelen van de AMvB, namelijk waar het het limiteren van de voorwaarden aan de persoon van de verzekerde of de vertegenwoordiger betrof. Er is niet voor gekozen dat aan te passen, omdat het limiteren van deze voorwaarden een uitdrukkelijke wens van de Kamer was. Voor het overige ging de reactie van partijen niet over de artikelen van de AMvB.

Op hoofdlijnen waren de reacties van de betrokken partijen en de reactie van VWS daarop als volgt.

NZa

- De NZa heeft gevraagd of er voldoende mogelijkheid was om het pgb af te wijzen bij een frauderende zorgaanbieder. Aan de NZa is toegelicht dat voorgenomen inzet van een frauderende zorgaanbieder in zichzelf geen reden is om een pgb af te wijzen. Als echter blijkt dat de verzekerde gebruik wil maken van een bekende frauderende zorgverlener en hij weigert die wens aan te passen, dan kan het pgb

worden geweigerd omdat een verzekerde niet in staat is een pgb te beheren.

- De NZa heeft gewezen op de toezicht en handhaving bij zorgverleners die niet onder de Wmg vallen. Naar aanleiding daarvan is daarover een opmerking gemaakt in de toelichting bij de AMvB.
- De NZa heeft gevraagd of de derde categorie zorgverleners zoals benoemd in de toelichting van de AMvB, de mantelzorgers, onder de informatieplicht van de artikelen 87 en 88 van de Zvw vallen. In antwoord daarop is aangegeven dat dat het geval is.

Inspectie SZW

- De Inspectie SZW heeft gevraagd naar de uitwerking van een aantal gehanteerde begrippen. Verwezen is naar de relevante passages in de toelichting of naar algemeen geldende begrippen.
- De Inspectie SZW heeft erop gewezen dat de voorwaarden die aan de vertegenwoordiger worden gesteld uiterst relevant zijn, omdat de inspectie in de praktijk meemaakt dat kwaadwillenden via een vertegenwoordigersconstructie een pgb beheren. Aangegeven is dat dit, in lijn met de Wlz, in de regeling nader zal worden uitgewerkt en dat bovendien, zoals ook toegezegd aan de Tweede Kamer, de ontwikkeling van de gewaarborgde hulp onder de Wlz gevolgd en waar mogelijk overgenomen zal worden.
- De Inspectie SZW heeft gevraagd of het limiteren van de voorwaarden en weigeringsgronden ten aanzien van de persoon van de verzekerde of zijn vertegenwoordiger betekent dat andere voorwaarden en weigeringsgronden niet meer kunnen worden toegepast. Toegelicht is dat andere voorwaarden die geen betrekking hebben op de persoon van de budgethouder of zijn vertegenwoordiger, maar bijvoorbeeld van procedurele aard zijn, nog wel kunnen worden toegepast.
- De Inspectie SZW heeft erop gewezen dat het feit, dat het de verzekerde en zijn zorgverlener vrij staat om vergoedingen overeen te komen die hoger zijn dan in de ministeriële regelingen te noemen bedragen, waarbij de verzekerde de hogere kosten zelf moet dragen, een risico van witwassen met zich mee brengt. Aangegeven is dat dit binnen de systematiek van de Zvw al mogelijk was, omdat een zorgverlener ook bij andere niet-gecontracteerde zorg een declaratie kan indienen die hoger is dan een zorgverzekeraar vergoedt. Deze constatering kan dan ook niet met de voorliggende AMvB worden opgelost.
- De Inspectie SZW vraagt waarom ervoor is gekozen om de voorwaarden en weigeringsgronden van de Wlz te volgen en of die voorwaarden en weigeringsgronden wel fraudebestendig zijn. Toegelicht is dat dit op uitdrukkelijk verzoek van de Kamer is gebeurd en dat de Wlz aan een fraudetoets is onderworpen.
- De Inspectie SZW vraagt hoe er zicht is op frauderende «shoppende» verzekerden die eerdere fraude elders opnieuw bij een andere zorgverzekeraar willen toepassen. Daarvoor is het waarschuwingregister relevant dat elders in de beantwoording van deze vragen aan de orde komt.

ZN

- ZN heeft gevraagd naar de mogelijkheid voor de zorgverzekeraar om een herindicatie aan te vragen, als er een vermoeden van fraude is. Aangegeven is dat de zorgen van zorgverzekeraars over de juistheid van sommige indicaties bekend zijn en dat daarover in andere trajecten, die buiten de scope van deze AMvB vallen, wordt gesproken.
- ZN heeft aangegeven dat materiële controle mogelijk zou moeten zijn om te kunnen toetsen of de gedeclareerde zorg daadwerkelijk is

geleverd door een kundige zorgverlener. Aangegeven is dat bij het pgb sprake is van eigen regie van de verzekerde en controle aan de voorkant. Met de gestelde voorwaarden dient de verzekeraar aan de voorkant te toetsen of een verzekerde in staat is zijn pgb te beheren en kwalitatief goede zorg in te kopen. Daarnaast is verwezen naar het traject dat met ZN, Per Saldo en V&VN is ingezet om te bezien of het cyclische proces van indiceren en evalueren dat in zorg in natura gebruikelijk is ook bij het pgb kan worden ingevoerd.

Per Saldo

- Per Saldo heeft aangegeven dat het vastleggen van voorwaarden en weigeringsgronden aan de persoon van de budgethouder of zijn vertegenwoordiger de fraudegevoeligheid juist vermindert. Aangegeven is dat dit in zichzelf klopt, maar dat doordat gekozen is voor het expliciet limiteren van deze voorwaarden, daarmee mazen in de toetsing kunnen ontstaan.
- Per Saldo heeft aangegeven zich niet te kunnen vinden in de inschatting dat de hierboven genoemde fraudemogelijkheid aanzienlijk is. Aangegeven is dat in het verleden is gebleken dat kwaadwillenden juist de mazen van de regelgeving opzoeken en dat daarmee de inschatting is dat de fraudemogelijkheid aanzienlijk is.

Zoals in de vraag hiervoor aangegeven, heeft Per Saldo mij aangegeven de toonzetting van de fraudetoets te negatief te vinden. In reactie daarop het volgende. In de toelichting bij de AMvB is ervoor gekozen een balans te zoeken tussen het benoemen van de fraudegevoeligheid die het pgb kent en het benoemen dat het pgb in de ogen van de regering desondanks een waardevol instrument is om in de zorgvraag en zorgbehoefte van mensen te voorzien. Dit mede met het oog op de kanttekeningen van Per Saldo over de toon van de fraudetoets. Ook is benoemd dat fraude met het pgb (door anderen dan de budgethouder) de mensen benadeelt die daarmee niet de zorg krijgen waaraan zij behoefte hebben, maar ook het overgrote merendeel van de budgethouders die zeer verantwoord met het pgb omgaan. Helaas is dat voor Per Saldo onvoldoende geweest om de in hun ogen negatieve toon van de fraudetoets te compenseren. Ik blijf er echter, overigens met Per Saldo, achter staan dat het voorkomen en aanpakken van fraude bij het pgb hoog op de agenda moet staan van alle daarbij betrokken partijen, omdat het instrument fraudegevoelige elementen kent.

De leden van de SP-fractie constateren dat uit een van de opmerkingen/ reacties naar voren kwam dat partijen het risico onderschrijven dat het limitatief vastleggen van voorwaarden en weigeringsgronden een risico meebrengt dat in andere situaties waarin evident sprake is van fraude of andere ongewenste omstandigheden een Zvw-pgb niet kan worden afgewezen. De leden van de SP-fractie ontvangen graag een extra toelichting hierop, wil dit zeggen dat de partijen een risico zien in het limitatief opstellen van voorwaarden/gronden specifiek als het gaat om fraude? Zo ja, welke risico's zien zij precies en hoe kunnen wij die risico's minimaliseren?

Het risico zit inderdaad in het limitatief opstellen van voorwaarden en weigeringsgronden. Kwaadwillende partijen zullen altijd op zoek gaan naar de mazen van de regelgeving. Door te expliciteren dat bepaalde voorwaarden en weigeringsgronden limitatief zijn, wordt ook bepaald dat in situaties die evident niet kloppen, maar net buiten de reikwijdte van de bepalingen in de regelgeving vallen, niet mag worden afgewezen. Dit risico zou kunnen worden weggenomen door de passage te schrappen dat de voorwaarden en weigeringsgronden limitatief zijn. Dat laat ruimte

om daar in de praktijk invulling aan te geven door zorgverzekeraars. Ik heb daar niet voor gekozen, omdat het limiteren van de voorwaarden en weigeringsgronden aan de persoon van de verzekerde of zijn vertegenwoordiger een expliciete wens was van de Kamer.

De leden van de SP-fractie constateren dat zorgverzekeraars op dit moment al verschillende weigeringsgronden hanteren. Zij vragen of kan worden aangegeven welke weigeringsgronden met deze algemene maatregel van bestuur komen te vervallen.

De weigeringsgronden die op dit moment gehanteerd worden zijn in lijn met de voorgenomen AMvB. Er zullen dan ook geen weigeringsgronden verdwijnen in verband met de AMvB.

De leden van de SP-fractie verwijzen naar het waarschuwingsregister waarmee partijen informatie over vastgestelde fraudegevallen kunnen uitwisselen. Zij vragen of nader kan worden beschreven welke informatie in dit register wordt uitgewisseld en welke eisen/voorwaarden/privacy-regels hierbij een rol spelen.

Ik heb uw Kamer eerder geïnformeerd dat ik samen met ZN en de VNG bezig ben met de verdere uitwerking van dit waarschuwingsregister. Wij werken momenteel aan de protocollering, waarin onder andere de criteria voor registratie en bepalingen over de omgang met en bescherming van de gegevens worden beschreven. De partijen zullen het protocol ter toetsing voorleggen aan de Autoriteit Persoonsgegevens (AP), zodat de AP kan onderzoeken of de voorgenomen verwerking van persoonsgegevens via het waarschuwingsregister is toegestaan. Daarnaast kijken we goed naar de uitvoeringsvraagstukken voor gemeenten, aangezien zij nog geen ervaring hebben met het werken met een waarschuwingsregister. In dat kader voert de VNG momenteel een impactanalyse uit. In de vijfde voortgangsrapportage Rechtmatige Zorg zal ik uw Kamer meer inhoudelijk over het waarschuwingsregister informeren. Deze voortgangsrapportage is voorzien voor het najaar.

Artikel 2.15a

De leden van de SP-fractie vragen waarom er voor is gekozen om vervoer van en naar de plek van het verblijf voor intensieve kindzorg niet vanuit het Zvw-pgb te vergoeden. Was het niet eenvoudiger geweest dit vervoer ook vanuit het Zvw-pgb te laten regelen?

Zorgverzekeraars voeren de vergoeding van het zittend ziekenvervoer, waaronder het vervoer in het kader van intensieve kindzorg, uit als restitutie. Dat betekent dat de verzekerde daarbij keuzevrijheid heeft en niet afhankelijk is van eventuele inkoopafspraken van de zorgverzekeraar. Verzekerden kunnen daarvoor volgens de reguliere route declaraties indienen bij hun zorgverzekeraar. Daarmee is de uitvoering van deze aanspraak eenvoudig georganiseerd en zou het met een Zvw-pgb complexer worden. Bij het pgb komen immers diverse verantwoordelijkheden bij de verzekerde te liggen en heeft de verzekerde bovendien meer eigen administratie.

Artikel 2.15b

De leden van de SP-fractie vragen of er al enig inzicht gegeven kan worden in zowel de minimale bedragen als de maximale bedragen die kunnen worden vastgesteld bij ministeriële regeling? En of Per Saldo en ZN hierop hebben gereageerd.

In de AMvB staat dat ik bij ministeriele regeling maximale vergoedingen kan vaststellen. Ik ben voornemens om in een ministeriele regeling een maximale vergoeding vast te stellen voor zorg die door informele zorgverleners wordt verleend. Vooruitlopend op inwerkingtreding van de regelgeving is deze maximale vergoeding voor 2016 in de polissen van zorgverzekeraars opgenomen. Ik ben in overleg met Per Saldo en ZN over het informele tarief per 1 januari 2017.

De leden van de SP-fractie vragen naar de derde categorie die in de toelichting bij de AMvB worden beschreven. Zij vragen welke groepen hulpverleners, naast mantelzorgers, nog meer onder deze categorie vallen.

De zorgverleners die in deze categorie vallen, zijn degenen die zorg verlenen rechtstreeks voortvloeiend uit een bestaande sociale relatie. Dit zijn in ieder geval bloed- en aanverwanten in de eerste en tweede graad. Daarnaast kan hierbij bijvoorbeeld ook gedacht worden aan de buurvrouw die vanuit de sociale relatie zorg verleent.

Artikel 2.15C

De leden van de SP-fractie zijn van mening dat bepaalde begrippen die worden gehanteerd binnen de Zvw-pgb weinig concreet zijn en op verschillende wijzen kunnen worden geïnterpreteerd. Zij vragen daarom een definitie van de volgende termen: doelmatig, verantwoord, passende zorg en zorg die iemand «redelijkerwijs» nodig heeft.

De termen die de leden van de SP-fractie noemen zijn termen die in de zorg in algemene zin gehanteerd worden. Zij zijn niet nieuw geïntroduceerd voor het Zvw-pgb.

De term doelmatigheid komt terug in de memorie van toelichting bij de Zorgverzekeringswet. Die wet voorziet in het aanbrengen van gelijke condities voor verzekeraars en verzekerden, en in het versterken van rollen van zowel burgers, zorgaanbieders als zorgverzekeraars, opdat zij worden aangemoedigd zo doelmatig mogelijk om te gaan met de gezondheidszorg. Burgers krijgen zowel meer financiële verantwoordelijkheden als meer invloed en reële keuzevrijheden bij het bepalen van hun zorgverzekering. Daarmee komen zorgverzekeraars in een positie waarin zij zich in onderlinge concurrentie actiever dienen in te spannen om voor hun verzekerden een gunstige prijs/prestatieverhouding bij zorgaanbieders te bedingen. Zorgaanbieders dienen meer prestatiegericht te gaan werken, en krijgen tevens meer mogelijkheden om zorg te bieden die aansluit bij de behoeften en wensen van burgers.

Ook in het Toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars Zvw van de NZa komt de term terug. Daar wordt doelmatigheid uitgelegd in relatie tot gepaste zorg. Een verzekerde heeft alleen recht heeft op zorg voor zover hij daar redelijkerwijs op is aangewezen. Het is aan de zorgverzekeraar om ervoor te zorgen dat de zorg die wordt verleend gepast is gelet op de zorgbehoefte van de verzekerde. Gepaste zorg is die zorg die voor de gebruiker, op het moment van gebruik, noodzakelijk, effectief en doelmatig is. In plaats van gepaste zorg wordt ook wel het begrip passende zorg gebruikt. Doelmatig wordt in het toezichtskader als volgt omschreven. Doelmatigheid is de relatie tussen het beoogde effect en de daarvoor nodige inzet van menskracht, middelen en geld. Bij de organisatie en levering van zorg wordt vermeden dat middelen, voorraden, ideeën en energie wordt verspild. Doelmatigheid wordt ook wel aangeduid als efficiëntie.

De term verantwoorde zorg werd gehanteerd in de Kwaliteitswet zorginstellingen die tot 1 januari 2016 gold. In de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg wordt in plaats daarvan de term goede zorg gehanteerd. Dat wordt gedefinieerd als: zorg van goede kwaliteit en van goed niveau:

- die in ieder geval veilig, doeltreffend, doelmatig en cliëntgericht is, tijdig wordt verleend, en is afgestemd op de reële behoefte van de cliënt,
- waarbij zorgverleners handelen in overeenstemming met de op hen rustende verantwoordelijkheid, voortvloeiende uit de professionele standaard, waaronder de kwaliteitsstandaard, en
- waarbij de rechten van de cliënt zorgvuldig in acht worden genomen en de cliënt ook overigens met respect wordt behandeld.

Waar moet de verzekerde (alleen of met behulp van een vertegenwoordiger) aan voldoen om te voldoen aan het criterium «het op verantwoorde wijze uit kunnen voeren van taken en verplichtingen», zo vragen de leden van de SP-fractie?

Deze voorwaarde is in alle pgb-domeinen (Zvw, Wlz, Wmo 2015, Jeugdwet) opgenomen. In alle domeinen is ruimte gelaten aan de uitvoerders om hier in de praktijk invulling aan te geven.

In de Regeling langdurige zorg, en mijn voornemen is om dat ook in de Regeling zorgverzekering op te nemen, staat wel een aantal voorwaarden en weigeringsgronden dat ten dele invulling geeft aan deze voorwaarde. Het gaat om zaken als failliet verklaard zijn, in een schuldhulpverlenings-traject zitten of, in het geval van de vertegenwoordiger, niet beschikken over een vast woonadres of rechtens de vrijheid ontnomen zijn. Ook eerder betrokken zijn bij fraude rond een pgb is reden om een aanvraag op deze grond af te wijzen.

Een ander voorbeeld is dat de uitvoerder in de aanvraagprocedure toets of de verzekerde of zijn vertegenwoordiger een goed beeld heeft van wat het pgb inhoudt en welke verantwoordelijkheden daarmee samenhangen. Zo komt het voor dat tijdens contacten met de verzekerde of zijn vertegenwoordiger blijkt dat zij eigenlijk niet weten wat het pgb inhoudt en wat het betekent om zelf zorg te organiseren. In zulke gevallen kan een pgb ook op deze grond worden afgewezen.

De leden van de SP-fractie geven aan dat de voorwaarden/bepalingen benoemd onder lid 2 van artikel 2.15c zijn redelijk helder geformuleerd. Wel vragen de leden van de SP-fractie zich met betrekking tot lid 2a af of een verzekerde die een andere/nieuwe vertegenwoordiger heeft dan bij de eerste verstrekking van een Zvw-rgb wel opnieuw in aanmerking komt.

Als het gaat om een nieuwe aanvraag of een aanvraag na herindicatie, dan zal opnieuw beoordeeld worden of de verzekerde of zijn vertegenwoordiger aan de gestelde eisen voldoen. Voldoet hij daar niet aan, dan kan de pgb-aanvraag om die reden worden afgewezen. Overigens kan een zorgverzekeraar bij een niet geschikte vertegenwoordiger ook aangeven dat een nieuwe vertegenwoordiger gezocht kan worden, waardoor de pgb-aanvraag alsnog kan worden toegewezen.

Met betrekking tot lid 2d, vragen de leden om een overzicht van de eisen waaraan wordt gedacht met betrekking tot de kring van vertegenwoordigers.

Hierboven is in antwoord op een andere vraag van de leden van de SP-fractie al een aantal punten benoemd. Verder is van belang dat ik, zoals toegezegd, zal bekijken of en op welke manier de ontwikkeling van de gewaarborgde hulp onder de Wlz ook in de Zvw kan worden meegenomen.

De leden van de SP-fractie ontvangen graag een toelichting op de mogelijkheid per ministeriële regeling meer eisen te stellen aan de verzekerde of zijn vertegenwoordiger.

Artikel 2.15c, vierde lid, van het Besluit zorgverzekering (Bzv) geeft de bevoegdheid bij ministeriële regeling nadere regels te stellen met betrekking tot de voorwaarden en weigeringsgronden ten aanzien van de persoon van de verzekerde of zijn vertegenwoordiger. Anders dan de leden van de SP-fractie veronderstellen, gaat het niet om meer eisen. De eisen met betrekking tot de verzekerde of zijn vertegenwoordiger staan uitputtend opgesomd in artikel 2.15c Bzv. Bij ministeriële regeling kunnen daar geen nieuwe eisen aan worden toegevoegd. Deze beperking van de regelgevende bevoegdheid vloeit voort uit de kwalificatie «nadere regels». Desgevraagd kan ik dan ook toezeggen dat het niet de bedoeling is om meer weigeringsgronden voor zorgverzekeraars mogelijk te maken. Wel kunnen de eisen bij ministeriële regeling worden uitgewerkt en geconcretiseerd. Daarmee kan richting worden gegeven aan de invulling die zorgverzekeraars geven aan de voorwaarden en weigeringsgronden. Dit is een gebruikelijke manier van regelgeving. Het persoonsgebonden budget op grond van de Wlz is op dezelfde wijze vorm gegeven.

CDA-fractie

De leden van de CDA-fractie vragen of het verstandig is dat de NZa het toezicht op de toereikendheid van de tarieven niet intensiveert, gezien het aantal bezwaren en klachten dat bij verzekeraars, SKGZ, Ombudsman en Per Saldo is binnen gekomen.

Voor verzekerden met een Zvw-pgb die problemen ondervinden met de toereikendheid van tarieven, staat de klachtenprocedure bij de zorgverzekeraar, de Ombudsman- en Geschilbeslechtsprocedure van de SKGZ en eventueel de civielrechtelijke procedure openen. Het aantal bij de NZa bekende meldingen over de toereikendheid van de tarieven vormen geen aanleiding het toezicht door de NZa op dit punt te intensiveren.

De leden van de CDA-fractie lezen verder dat het totaal van aantal verzekerden met een Zvw-pgb in heel 2015 is gedaald met circa 23%. Deze ontwikkeling verschilt per zorgverzekeraar. Het CDA vindt dit veel, bijna 25% ontvangt geen PGB meer. Kan de regering dan nog wel spreken van een borging van het PGB in de Zvw en kunnen mensen daar bewust voor kiezen?

Het Zvw-pgb is als mogelijkheid in alle polissen van alle zorgverzekeraars opgenomen. Verzekerden komen ervoor in aanmerking, als ze voldoen aan bepaalde voorwaarden. Zorgverzekeraars toetsen of de verzekerde aan de gestelde voorwaarden in aanmerking komt. Is dat niet het geval, dan komt de verzekerde in aanmerking voor zorg in natura. Het Zvw-pgb is dan ook geborgd in de Zorgverzekeringswet.

In 2015 werden in totaal bijna 19.500 pgb's voor wijkverpleegkundige zorg aangevraagd en bijna 6.800 afgewezen. Kan de regering uitgebreid toelichten waarom deze aanvragen zijn afgewezen. Het is bijna een derde van de aanvragen.

Zoals uit de monitor blijkt, zijn er geen gegevens beschikbaar waaruit blijkt wat de redenen voor afwijzing zijn. Ik wil voor de monitor over 2016 bekijken of en op welke wijze hierover wel informatie beschikbaar kan komen, omdat ik het belangrijk vind om hier zicht op te hebben in het kader van de uitvoering van het Zvw-pgb.

Uit de interviews met zorgverzekeraars komt wel een beeld naar voren, namelijk dat de meest toegepaste reden voor afwijzing zijn: planbare zorg, niet pgb-vaardig zijn, geen noodzaak voor een vaste hulpverlener en dat geen sprake is van Zvw-zorg.

De leden van de CDA-fractie geven aan regelmatig klachten te ontvangen over voornamelijk de zeer smalle definitie van planbaarheid van zorg. Is de regering het met het CDA eens dat ook hier sprake moet zijn van maatwerk en hoe gaan zij dit bevorderen?

Uit de monitor blijkt dat ook zorgverzekeraars toepassing van de afgesproken criteria, waaronder onplanbare zorg, ingewikkeld vinden en dat zij verschillen constateren in de uitvoering. ZN, Per Saldo en ikzelf zijn het er dan ook over eens dat die goed tegen het licht moeten worden gehouden en dat we met elkaar bekijken voor wie het pgb precies bedoeld is en hoe die groep daar vervolgens ook voor in aanmerking komt. Daarbij zijn wij nog gezamenlijk op zoek naar wat nu wel zou kunnen werken. Wij hebben met elkaar afgesproken om daar nieuwe bestuurlijke afspraken over te maken met het doel om die bestuurlijke afspraken per 1 januari 2017 te kunnen uitvoeren. Ambtelijk hebben de eerste gesprekken hierover plaatsgevonden. Daaruit blijkt grote overeenstemming tussen partijen over de onderwerpen die een plek zouden moeten krijgen in de nieuwe bestuurlijke afspraken. Ik heb er dan ook vertrouwen in dat wij daar met elkaar uit kunnen komen.

De leden van de CDA-fractie vragen wat leidend is, de indicatie van de wijkverpleegkundige of de zorgverzekeraar. Zij vragen daarnaast een uitgebreide toelichting op het punt dat zij veel signalen krijgen dat indicaties door zorgverzekeraars naar beneden worden bijgesteld en dat zorgverzekeraars dus zouden sturen op de indicaties.

De indicatie van de wijkverpleegkundige is leidend. Wel nemen zorgverzekeraars soms contact op met de wijkverpleegkundigen. Dat doen zij bijvoorbeeld wanneer de indicatie sterk afwijkt van wat gebruikelijk is bij een bepaalde diagnose, mede in vergelijking met zorg in natura. Het kan dan zijn dat de wijkverpleegkundige de indicatie bijstelt. Als de wijkverpleegkundige bij haar eerste oordeel blijft, dan kan de zorgverzekeraar daar niet van afwijken.

Dat geldt overigens niet als de wijkverpleegkundige zorg indiceert die niet tot de Zvw-aanspraken behoort. Soms wordt bijvoorbeeld ook huishoudelijk hulp die onder de Wmo 2015 valt meegeïndiceerd. De zorgverzekeraar mag dat deel van de indicatie buiten beschouwing laten.

De leden van de CDA-fractie vragen of ik het eens ben met de analyse, naar aanleiding van de rapportage van de NZa over de toereikendheid van de tarieven, dat het vreemd en niet de bedoeling is dat wanneer een pgb-tarief te laag is om de zorg in te kopen, de oplossing is gezocht in het verstrekken van de zorg in natura.

Ik ben het daar niet mee eens. In deze twee gevallen ging het er om dat verzekerden zorg wilde inkopen bij een bepaalde zorgverlener die ook zorg in natura verstrekt. De maximale vergoeding die de zorgverzekeraar binnen het pgb gaf, was niet voldoende om die zorgverlener te betalen. De zorgverzekeraar heeft er vervolgens voor gezorgd dat de verzekerden wel de zorg kregen die zij wilden, van de zorgverlener die zij wilden.

Alleen werd deze zorg niet via een pgb geleverd, maar in natura. Een pgb is bedoeld om invulling te geven aan een zorgvraag. Op deze manier werd de zorgvraag naar tevredenheid van alle partijen vervuld. Ik kan dat alleen maar toejuichen.

PVV-fractie

De leden van de PVV-fractie constateren dat onderscheid wordt gemaakt [in de wet] tussen regels die gesteld moeten en kunnen worden. Zij vragen zich af waarom er niet voor gekozen is om ook deze zaken gewoon direct te regelen om verdere uitholling van het PGB door de zorgverzekeraars te voorkomen.

Tijdens de behandeling van het wetvoorstel Zvw-pgb in het begin van dit jaar is hier uitgebreid over gesproken. Het onderscheid, zoals dat nu in de wet staat, komt voort uit een door de meerderheid van de Kamer gesteund amendement, waarbij de voorwaarden aan de persoon van de budgethouder of zijn vertegenwoordiger in een AMvB moeten worden vastgelegd en andere voorwaarden kunnen worden vastgelegd.

De leden van de PVV-fractie stellen dat administratieve procedures ook belemmerend kunnen werken bij de keuze voor een PGB en vragen hoe wordt voorkomen, dat dit wordt ingezet als ontmoedigingsinstrument.

Het is van belang dat zorgverzekeraars de uitvoering van het Zvw-pgb kunnen inpassen in hun reguliere administratieve procedures die ook voor de rest van de Zvw zijn voorgeschreven. Daarmee worden zowel voor zorgverzekeraars, als hun verzekerden, onnodige administratieve lasten voorkomen, doordat binnen een zorgverzekering een eenduidige procedure geldt voor bijvoorbeeld het indienen van declaraties. De door de PVV genoemde punten maken deel uit van de bestuurlijke afspraken die ZN, Per Saldo en VWS in het voorjaar van 2014 hebben gemaakt. Daarbij zijn op hoofdlijnen afspraken gemaakt, maar is de precieze uitvoering aan zorgverzekeraars gelaten. Deze punten zijn conform die bestuurlijke afspraken in de polissen van zorgverzekeraars gekomen. Er is geen discussie over de genoemde punten en ik deel de zorgen van de PVV-fractie dan ook niet dat de zorgverzekeraars de betreffende punten als belemmering zullen opwerpen.

De leden van de PVV-fractie vragen waarom op basis van de monitor over 2015 niet gelijk een aparte AMvB komt.

Uit de monitor blijkt dat ook zorgverzekeraars toepassing van de afgesproken criteria ingewikkeld vinden en dat zij verschillen constateren in de uitvoering. ZN, Per Saldo en ikzelf zijn het er dan ook over eens dat die goed tegen het licht moeten worden gehouden en dat we met elkaar bekijken voor wie het pgb precies bedoeld is en hoe die groep daar vervolgens ook voor in aanmerking komt. Daarbij zijn wij nog gezamenlijk op zoek naar wat nu wel zou kunnen werken. Wij hebben met elkaar afgesproken om daar nieuwe bestuurlijke afspraken over te maken met het doel om die bestuurlijke afspraken per 1 januari 2017 te kunnen uitvoeren.

Monitor over het persoonsgebonden budget in de Zorgverzekeringswet (Zvw-pgb) 2015

De leden van de PVV-fractie constateren dat er een daling is van 7.900 budgethouders in 2015 en dat daarvoor volgens de onderzoekers geen verklaring is. De leden van de PVV-fractie willen echter wel graag weten,

wat hiervan de oorzaak is en dan met name of dit het gevolg is van de overheveling naar de zorgverzekeringswet.

Om te beginnen een nuancering op de stelling van de PVV: de onderzoekers hebben uit de cijfers niet kunnen opmaken wat bijvoorbeeld de toegepaste weigeringsgronden waren bij een pgb-aanvraag, maar ook niet of de gehele daling door afwijzingen is veroorzaakt of bijvoorbeeld ook door andere uitstroom, zoals overlijden of overgang naar een ander domein. Uit de interviews met zorgverzekeraars komt wel een beeld naar voren, namelijk dat de meest toegepaste reden voor afwijzing zijn: planbare zorg, niet pgb-vaardig zijn, geen noodzaak voor een vaste hulpverlener en het geen sprake zijn van Zvw-zorg.

De leden van de PVV-fractie hebben gevraagd waarom niet is afgebakend wat een klacht is en wat de genoemde aantallen in dit kader waard zijn?

Alle zorgverzekeraar zijn op grond van de Gedragscode Goed Zorgverzekeraarschap gehouden om basisregels in acht te nemen bij de manier waarop zij met klachten omgaan. Ook moeten zij zorgen voor een goede registratie van aantallen klachten en de wijze van afhandeling. Wat onder een klacht wordt verstaan legt de zorgverzekeraar vast in zijn voorwaarden.

De in de monitor gepresenteerde maandelijkse aantallen klachten zijn gebaseerd op de eigen definitie en registratie van 7 van de 9 zorgverzekeraars. De aantallen geven een indicatief beeld van de ontwikkeling van het aantal klachten in 2015.

De leden van de PVV-fractie hebben gevraagd waarop de conclusie is gebaseerd dat de meeste klachten van budgethouders door de zorgverzekeraars zelf worden opgepakt en opgelost. Ook hebben zij gevraagd naar het aantal budgethouders dat afziet van een verdere klachtenprocedure bij de SKGZ omdat zij daarvoor te ziek zijn. De leden vragen tevens of de lange doorlooptijd en het entreegeld geen belemmering vormen voor deze procedure?

De SKGZ (Ombudsman Zorgverzekeringen en Geschillencommissie Zorgverzekeringen) ontving in 2015 in totaal 273 dossiers met een Zvw-rgb component. 41 daarvan werden voorgelegd aan de geschillencommissie.

Het aantal door verzekerden aan de SKGZ voorgelegde zaken is veel lager dan het aantal klachten dat bij zorgverzekeraars is ingediend. De onderzoekers trekken hieruit de conclusie dat de meeste klachten door de zorgverzekeraars zelf worden opgepakt en zelf worden afgehandeld. Niet onderzocht is wat daarvan de uitkomst was.

De procedure bij de SKGZ acht ik voldoende toegankelijk. Bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen is voor de verzekerde gratis. De meeste mensen kiezen voor deze route. Het entreegeld voor de gang naar de Geschillencommissie Zorgverzekeringen bedraagt voor de verzekerde € 37,-. Het merendeel van de dossiers is binnen de gestelde termijnen afgehandeld. Door middel van mijn brief van 29 april jl.⁴ heb ik de Kamer geïnformeerd over acties om de doorlooptijden in pgb-zaken te verkorten. De SKGZ is inmiddels gestart met het doorvoeren van diverse maatregelen.

⁴ Kamerstukken II 2015/2016, 34 233, nr. 67

De leden van de PVV-fractie vragen waarom ik niet beslis dat voor gezinsleden die in de zorg werkzaam zijn en een BIG-registratie hebben het formele tarief geldt, in plaats van het informele tarief.

Het informele tarief geldt in ieder geval voor iedereen die bloed- of aanverwante is in de eerste of tweede graad. Of iemand BIG-geregistreerd is of niet maakt daar bij niet uit. Die vraag is alleen relevant voor degene die geen bloed- of aanverwant zijn in de eerste of tweede graad. Hier is voor gekozen omdat bij het verlenen aan zorg aan bloed- of aanverwanten in de eerste of tweede graad, die sociale relatie voor gaat op de vraag of iemand de zorg beroeps- of bedrijfsmatig verleent.

De leden van de PVV-fractie constateren dat planbare zorg de vaakst genoemde reden van afwijzing van Zvw-pgb is. Zij vragen welke definitie er voor planbare zorg wordt gehanteerd en of deze definitie voor elke zorgverzekeraar hetzelfde is.

Het criterium onplanbare zorg is destijds niet nader uitgewerkt in de bestuurlijke afspraken tussen ZN, Per Saldo en VWS. Dat betekent dat zorgverzekeraars daar in de praktijk nader invulling aan hebben moeten geven. Ik heb uw Kamer op 19 januari jl. een Quickscan gestuurd over de toepassing van het criterium.⁵ Die geeft inzicht in de wijze waarop zorgverzekeraars er in 2015 mee om zijn gegaan.

De leden van de PVV-fractie constateren dat de kortingspercentages die worden gemeld, uiteenlopen van 11 tot 15 procent. Waarop zijn deze kortingen gebaseerd en is dit een van de oorzaken om maar van een PGB af te zien?

Bij de overheveling van de functies verpleging en verzorging vanuit de AWBZ naar de Zvw in 2015 is een taakstelling opgelegd van € 440 mln op het totale kader wijkverpleging (zorg in natura, restitutie en het Zvw-pgb). Het was aan zorgverzekeraars hoe ze deze korting hebben ingevuld. Zorgverzekeraars hebben er allemaal voor gekozen deze korting zowel in de zorginkoop, als bij het pgb te laten terugkomen. Zorgverzekeraars hebben daarbij zelf het percentage bepaald dat zij gehanteerd hebben. Ik heb geen signalen noch informatie dat dit ertoe zou hebben geleid dat verzekerden van een pgb hebben afgezien.

De leden van de PVV-fractie vragen zich af wat de rol van de verzekeraars is bij de beschikbaarheid van wijkverpleegkundigen voor de indicaties.

Uit hoofde van de zorgplicht van de zorgverzekeraar en ongeacht de polis moet de verzekerde altijd binnen redelijke termijn en op redelijke afstand zorg krijgen. Dat betekent dat als iemand wijkverpleegkundige zorg nodig heeft de zorgverzekeraar die zorg moet regelen. Voor het invullen van de zorgplicht kopen zorgverzekeraars zorg in waardoor enerzijds de verzekerden keuze hebben uit een voldoende breed aanbod en anderzijds de zorg duurzaam betaalbaar wordt gehouden.

De leden van de PVV-fractie constateren dat uit de monitor niet duidelijk wordt welke individuele zorgverzekeraar wat naar voren heeft gebracht. De leden van de PVV-fractie vragen zich af wat de zorgverzekeraars te verbergen hebben en vinden dit in het kader van de zo gewenste transparantie eigenlijk niet kunnen. Is het niet zeer relevant voor budgethouders om te kunnen kiezen voor een zorgverzekeraar die niet alles uit de kast haalt om het PGB te ontmoedigen, danwel te weigeren?

⁵ Kamerstukken II 2015/16, 29 689, nr. 682

De monitor is bedoeld om een totaalbeeld te krijgen van de uitvoering van het Zvw-pgb in 2015 ten behoeve van de doorontwikkeling van het pgb-instrument. Het doel van de monitor is niet het bieden van keuze-informatie ten behoeve van verzekerden.

Voor het maken van die keuze staan verschillende instrumenten open. Reguliere vergelijkingssites maken een vergelijking tussen de verschillende polissen. Ook Per Saldo heeft de afgelopen jaren voor zijn leden een vergelijking tussen zorgverzekeraars gemaakt als het gaat om het Zvw-pgb. Verzekerden kunnen zich dan ook laten informeren over verschillen tussen zorgverzekeraars en op basis daarvan hun keuze maken.

De leden van de PVV-fractie constateren dat op de vraag of zorgverzekeraars voldoende tools hebben om het pgb beheersbaar te houden, het merendeel negatief antwoordt. Wat wordt er verstaan onder beheersbaar houden?

Zorgverzekeraars hebben een wettelijke taak om zorg te dragen voor doelmatige en kwalitatief goede zorg. Dat draagt bij aan de beheersbaarheid van de zorg. Uit de reacties van zorgverzekeraars maak ik op dat zij zich op beide punten zorgen maken bij het Zvw-pgb.

Verzekeraars spreken over het grotere risico op fraude bij sociaal gesloten groepen en dat inkomen uit het pgb voor sommige groepen een belangrijke reden is om voor een pgb te kiezen. Wat zijn de sociaal gesloten groepen in deze?

In de weergave van de gesprekken die de onderzoekers hebben gevoerd met de zorgverzekeraars spreken de onderzoekers van sociaal gesloten groepen. Daarmee, zo geven de onderzoekers aan, zijn bedoeld gemeenschappen met voornamelijk sociale relaties binnen het eigen gemeenschapsverband.

De leden van de PVV-fractie constateren dat verzekeraars aangeven niet of nauwelijks invloed te hebben op de toegang tot het pgb en de hoogte van de indicatiestellingen. De leden vragen de regering of dit ook niet precies de bedoeling is.

Zoals hierboven ook aangegeven hebben zorgverzekeraars een wettelijke taak om zorg te dragen voor doelmatige en kwalitatief goede zorg. Uit de reacties van zorgverzekeraars maak ik op dat zij zich op beide punten zorgen maken bij het Zvw-pgb. Het doel van de Zvw is dat alle verzekerden de zorg krijgen waarop zij aanspraak hebben, waarbij deze zorg zo doelmatig mogelijk wordt ingezet, zodat de premies niet onnodig hoog worden, en de kwaliteit op orde is. Door maar in beperkte mate te kunnen sturen op de toegang tot het Zvw-pgb kunnen zorgverzekeraars hun taak ten aanzien van doelmatigheid en kwaliteit minder goed uitvoeren dan op andere terreinen van de Zvw. Ik ben van mening dat het Zvw-pgb beschikbaar moet zijn en blijven voor diegenen die goed in staat zijn daar zelf of met behulp van een vertegenwoordiger mee om te gaan en voor wie het een goede invulling is van de zorg waarop zij aanspraak hebben. Tegelijkertijd dienen de doelmatigheid en de kwaliteit van de zorg niet uit het oog verloren te worden, zowel in het belang van de budgethouder zelf, als in het belang van alle verzekerden.

Ten aanzien van de hoogte van de indicatiestelling klopt het dat de indicatie van de wijkverpleegkundige leidend moet zijn. Wel nemen zorgverzekeraars soms contact op met de wijkverpleegkundigen. Dat doen zij bijvoorbeeld wanneer de indicatie sterk afwijkt van wat gebruikelijk is bij een bepaalde diagnose. Dan nog blijft de indicatie van de wijkverpleegkundige leidend. Ik heb signalen van zorgverzekeraars gekregen dat de

indicaties soms sterk afwijken van vergelijkbare diagnoses bij zorg in natura. Dat is niet wenselijk. Ik begrijp dat dit voor zorgverzekeraars soms ingewikkeld is.

Verzekeraars geven verder aan dat zij zich afvragen of er wel sprake is van passende zorg als deze volledig door informele zorgverleners wordt geboden. De leden van de PVV-fractie vragen waarom dit geen passende zorg zou zijn, zou dit juist niet de geest van het pgb zijn, dat men zelf kiest met welke zorg men het beste af is.

Het klopt dat het idee van een pgb is, dat je zelf kan kiezen welke zorg je inkoop. Maar ik vind het ook belangrijk dat de zorg doelmatig en van goede kwaliteit is. Informele zorgverleners kunnen doelmatige en kwalitatief goede zorg leveren. En in verreweg de meeste gevallen gaat dat ook goed. Maar ik ken ook de gevallen waarin er zorgen zijn over de doelmatigheid en de kwaliteit van zorg. Die situaties zijn uiteraard onwenselijk.

Zorgverzekeraars zijn er binnen de Zvw verantwoordelijk voor dat er zorg wordt ingekocht van goede kwaliteit. Bij het pgb hebben ze daar geen invloed op. Ik begrijp dat dat lastig is. In het kader van nieuwe bestuurlijke afspraken ben ik met partijen in gesprek over de vraag op welke manier hier zodanig invulling aan kan worden gegeven, dat bovengenoemde situaties worden voorkomen.

D66-fractie

Algemeen

De leden van de D66-fractie vernemen graag waar een verzekerde in beroep kan gaan, en op welke wijze, mocht er sprake zijn van ontmoedigingsbeleid voor een persoonsgebonden budget en sturing op zorg in natura.

Als een verzekerde het niet eens is met een beslissing van zijn zorgverzekeraar, dan kan hij hem daarop aanspreken en vragen de beslissing te heroverwegen. De Gedragscode goed zorgverzekeraarschap, die door alle zorgverzekeraars is onderschreven, bevat de basisregels die de zorgverzekeraars in acht moeten nemen bij de manier waarop zij met klachten en geschillen, waaronder verzoeken tot heroverweging, omgaan. De zorgverzekeraar maakt zijn definitieve standpunt binnen vier weken bekend.

Een verzekeringnemer of verzekerde die een probleem heeft rond het aangaan, uitvoeren of beëindigen van de zorgverzekering, kan zijn zaak voorleggen aan de burgerlijk rechter. In artikel 114, eerste lid, van de Zvw is daarenboven bepaald dat de zorgverzekeraar ervoor zorgt dat zijn verzekeringnemers en verzekerden geschillen over de uitvoering van de zorgverzekering kunnen voorleggen aan een onafhankelijke instantie. De Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ), met daarin ondergebracht de Ombudsman Zorgverzekeringen en de Geschillencommissie Zorgverzekeringen, is daartoe door de zorgverzekeraars en de Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie opgericht en als zodanig door de Minister van VWS en de Minister van Financiën erkend. De meeste zaken worden eerst behandeld door de Ombudsman Zorgverzekeringen van de SKGZ. Diens tussenkomst kan leiden tot een wijziging van het oorspronkelijke standpunt van de zorgverzekeraar in het voordeel van verzekerde. Wanneer de uitkomst voor verzekerde echter niet bevredigend is, kan het dossier worden voorgelegd aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen van de SKGZ. Een verzekerde kan een

dossier ook direct voorleggen bij deze Geschillencommissie. Gaat het geschil over de verzekerde prestaties of de vergoeding daarvan in het kader van de Zvw, dan is advies van het Zorginstituut Nederland wettelijk verplicht. De SKGZ geeft een bindend advies, dat door de zorgverzekeraar wordt opgevolgd. Na bindende advisering kan het advies ter (marginale) toetsing worden voorgelegd aan de burgerlijk rechter.

Instemming Per Saldo en Zorgverzekeraars Nederland

De leden van de D66-fractie vernemen graag een reactie van de zijde van de regering op de brief van Per Saldo dat zij slechts zijn geraadpleegd over de AMvB, waarin zij ook nader duiden wat de daadwerkelijke positie van Zorgverzekeraars Nederland is ten opzichte van dit ontwerpbesluit.

De AMvB is in de conceptfase uitgebreid besproken met zowel ZN, als Per Saldo. Daarnaast is een lichte fraudetoets gedaan onder ZN, de Inspectie SZW en de NZa.

Een korte weergave van de reacties vindt u in de toelichting bij de AMvB.

Ik heb contact gehad met Per Saldo over de betreffende passage in de brief aan de Kamer. Per Saldo heeft mij daarop bevestigd dat zij alle conceptstukken hebben kunnen meelezen en van commentaar hebben kunnen voorzien. Hoewel op verschillende punten aanpassingen zijn gedaan op basis van de opmerkingen van Per Saldo, zijn niet alle opmerkingen van Per Saldo, met name ten aanzien van de uitgevoerde fraudetoets, één-op-één overgenomen, daarom vond men de passage dat overeenstemming was over de tekst van de regeling te sterk geformuleerd. Per Saldo heeft mij wel geïnformeerd dat aanpassing van de AMvB zoals die nu luidt in hun ogen niet nodig is.

Net als Per Saldo heeft ZN de mogelijkheid gekregen de conceptstukken van commentaar te voorzien. ZN heeft met name gekeken naar de uitvoerbaarheid van de geformuleerde voorwaarden en de inpasbaarheid in de huidige praktijk. Daarnaast is aandacht besteed aan de fraudegevoeligheid van het pgb. Waar nodig en mogelijk zijn op basis van de gemaakte opmerkingen aanpassingen gedaan.

Zorginhoudelijke toegangscriteria

De leden van de D66-fractie vragen of kan worden aangegeven wat de verwachtingen zijn als het gaat om het opstellen van nog een additionele algemene maatregel van bestuur waarin zorginhoudelijke toegangscriteria verwoord zullen worden. Hoe worden de kansen geschat hier in het bestuurlijk overleg samen uit gekomen wordt? Ook vernemen de leden graag wanneer zij op de hoogte worden gesteld van de uitkomsten van dit bestuurlijk overleg, met specifieke aandacht voor de zorginhoudelijke criteria. Concluderend horen de leden graag wat de planning is als het gaat om de ontwikkeling van zorginhoudelijke criteria.

Uit de monitor blijkt dat ook zorgverzekeraars toepassing van de afgesproken criteria ingewikkeld vinden en dat zij verschillen constateren in de uitvoering. ZN, Per Saldo en ikzelf zijn het er dan ook over eens dat die goed tegen het licht moeten worden gehouden en dat we met elkaar bekijken voor wie het pgb precies bedoeld is en hoe die groep daar vervolgens ook voor in aanmerking komt. Daarbij zijn wij nog gezamenlijk op zoek naar wat nu wel zou kunnen werken. Wij hebben met elkaar afgesproken om daar nieuwe bestuurlijke afspraken over te maken met het doel om die bestuurlijke afspraken per 1 januari 2017 te kunnen uitvoeren. Ambtelijk hebben de eerste gesprekken hierover plaatsgevonden. Daaruit blijkt grote overeenstemming tussen partijen over de

onderwerpen die een plek zouden moeten krijgen in de nieuwe bestuurlijke afspraken. Ik heb er dan ook vertrouwen in dat wij daar met elkaar uit kunnen komen.

Fraudebestrijding

De leden van de D66-fractie horen graag wat de nadere uitwerking behelst van het waarschuwingsregister. Wie draagt de verantwoordelijkheid hiervoor, wie beheerst de gegevens die hierin staan én hoe wordt de privacy gewaarborgd? Graag ontvangen de leden antwoorden op deze vragen.

Ik heb uw Kamer eerder geïnformeerd dat ik samen met ZN en de VNG bezig ben met de verdere uitwerking van dit waarschuwingsregister. Wij werken momenteel aan de protocollering, waarin onder andere de criteria voor registratie en bepalingen over de omgang met en bescherming van de gegevens worden beschreven. De partijen zullen het protocol ter toetsing voorleggen aan de Autoriteit Persoonsgegevens (AP), zodat de AP kan onderzoeken of de voorgenomen verwerking van persoonsgegevens via het waarschuwingsregister is toegestaan. Daarnaast kijken we goed naar de uitvoeringsvraagstukken voor gemeenten, aangezien zij nog geen ervaring hebben met het werken met een waarschuwingsregister. In dat kader voert de VNG momenteel een impactanalyse uit. In de vijfde voortgangsrapportage Rechtmatige Zorg zal ik uw Kamer meer inhoudelijk over het waarschuwingsregister informeren. Deze voortgangsrapportage is voorzien voor het najaar.

Monitor

De leden van de D66-fractie hebben gevraagd welke suggestie van de onderzoekers mijn voorkeur heeft voor de wijze waarop in de volgende monitor de ervaringen van budgethouders kunnen worden meegenomen.

Tijdens het algemeen overleg van 29 juni jl. heb ik toegezegd de Kamer op korte termijn te informeren over de mogelijkheid om nog dit jaar inzicht te krijgen in de ervaringen van budgethouders. Deze toezegging doe ik hierbij gestand. De snelste manier om verzekerden met een Zvw-pgb te benaderen voor onderzoek is hen te selecteren uit de verzekerdenbestanden van de zorgverzekeraars. De Wet bescherming persoonsgegevens staat niet toe dat zorgverzekeraars dit doen met het doel hen te enquêteren en deze gegevens te (laten) verwerken. Andere, op korte termijn wel uit te voeren methoden, blijken onderzoekstechnisch niet betrouwbaar. Om op een alternatieve wijze een representatieve groep budgethouders te kunnen benaderen voor een betrouwbare enquête is meer tijd nodig. De onderzoekers doen daarvoor een aantal voorstellen. Mijn voorkeur gaat uit naar de suggestie om samen met de zorgverzekeraars te bezien welke mogelijkheden er zijn om budgethouders te benaderen, bijvoorbeeld bij de aanvraag, de herindicatie of de pgb-toekenning. Ik betrek ook Per Saldo daarbij. Gegeven de tijd die daarvoor nodig is, zal het onderzoek naar de ervaringen van budgethouders worden meegenomen in de volgende monitor.

De leden horen graag op welke manier de Staatssecretaris nog denkt te achterhalen wat de redenen voor afwijzing van het Zvw-pgb zijn geweest in 2015.

Om de daling van het aantal pgb-houders te kunnen verklaren is verdiepend onderzoek nodig. In navolging van de aanbevelingen van de onderzoekers zie ik hoe deze verdieping in de volgende monitor kan worden meegenomen.

De leden van de D66-fractie horen graag op welke wijze uniformiteit hierin nagestreefd wordt en op welke wijze Zorgverzekeraars Nederland hierbij betrokken wordt.

Met ZN en Per Saldo is afgesproken dat bij de gesprekken over nieuwe bestuurlijke afspraken uitdrukkelijk aandacht zal worden besteed aan het onderwerp uniformiteit. Daarbij wil ik wel vast aantekenen dat volledige uniformiteit nooit behaald zal kunnen worden en ook niet wenselijk is waar het gaat om criteria die niet zwart-wit zijn vast te stellen. Het zal altijd gaan om een afweging door een zorgverzekeraar van de omstandigheden van de individuele verzekerde. Regelgeving, bestuurlijke afspraken, protocollen en andere afwegingskaders zullen een dergelijke individuele afweging nooit precies uniform kunnen maken. Het voordeel daarvan is ook dat het ruimte biedt voor maatwerk.

Ook vernemen de leden van de D66-fractie graag welke verklaring er is voor de afname van Zvw-pgb uitgaven ten opzichte van natura-uitgaven voor de wijkverpleegkundige zorg. Is het mogelijk om te achterhalen of er sprake is van een ontmoedigingsbeleid vanuit zorgverzekeraars?

Op basis van de informatie die mij bekend is, kan ik hier slechts een cijfermatige onderbouwing van geven. De uitgaven voor zorg in natura zijn gedurende 2015 min of meer stabiel gebleven, terwijl de uitgaven voor het Zvw-pgb zijn gedaald. Daarmee constateer ik dat de uitgaven voor het Zvw-pgb, ten opzichte van die in natura, kleiner zijn geworden. Omdat met de monitor geen informatie kon worden gegeven over wat precies de reden is van de afname van het aantal pgb-houders, is er op dit moment geen inhoudelijke toelichting te geven. Niet bekend is bijvoorbeeld hoeveel voormalige pgb-houders zelf hebben gekozen voor zorg in natura, naar een ander domein zijn overgegaan of om andere redenen niet meer hebben gereageerd op de oproep van zorgverzekeraars om een herindicatie te laten doen.

De leden van de D66-fractie maken zich zorgen over de relatief grote groep ouders van kinderen met een intensieve zorgvraag, waarvan wederom uit de monitor blijkt dat zij niet goed weten waar ze terecht moeten met hun zorgvraag. Dit is een situatie die om verandering vraagt. Wat betreft de leden dient uit de volgende monitor te blijken dat het kennis niveau van betrokken partijen op peil is zodat voor ouders snel helder is waar zij met hun zorgvraag terecht kunnen.

De doelgroep intensieve kindzorg heeft de bijzondere aandacht van de regering. In de denktank intensieve kindzorg wordt over diverse verbeterpunten gesproken. Ik wil de leden dan ook verwijzen naar het vervolg van die denktank voor de door hen aangestipte punten. Zoals toegezegd in het Algemeen Overleg Intensieve kindzorg van donderdag 9 juni jl., zal de Kamer een voortgangsbrief over intensieve kindzorg ontvangen. Ik zal de brief medio oktober aan de Kamer toesturen.

ChristenUnie-fractie

De leden van de ChristenUnie-fractie vragen om het cyclische proces van indicatiestellen ook voor het pgb in te voeren.

Ik ben het met de leden eens dat dit onderdeel tot nu toe nog ontbreekt binnen het Zvw-pgb en ik wil dat veranderen. Daarom ben ik nu in overleg met V&VN, ZN en Per Saldo om te kijken hoe we dit proces kunnen vorm geven binnen het Zvw-pgb. Wanneer hier meer duidelijkheid over bestaat zal ik het voorstel ook met andere partijen bespreken. Ik hoop dat per 1 januari 2017 hier al een start mee gemaakt kan worden.

De leden van de ChristenUnie-fractie vragen of ik bereid ben om te onderzoeken of het stellen van indicaties door een speciaal daarvoor ingericht indicatiebureau een werkbare optie is.

Bij het organiseren van zorg moet de individuele situatie van de cliënt worden bekeken. Een indicatie dient om vast te stellen welke zorg er nodig is en niet hoe deze gefinancierd dient te worden (via een pgb of zorg in natura). Dit is ook een belangrijke vraag, maar deze moet pas in een later stadium beantwoord worden. De aard van de zorgvraag en niet de financieringswijze moet voorop staan. Met de recente veranderingen staan wijkverpleegkundigen weer aan het roer, ik vind het onwenselijk om de autonomie daar weer weg te halen. Ik vind het ook onwenselijk om een onderscheid te maken tussen indicatiestellingen voor verzekerden die willen kiezen voor een pgb en zij die dat niet willen of niet van te voren weten. Ik zie het laten stellen van indicaties door een speciaal daarvoor ingericht indicatiebureau dan ook niet als een optie die nader onderzocht moet worden.

De leden van de ChristenUnie-fractie vragen of er een landelijke richtlijn gebruikelijke zorg binnen de indicatiestelling kan komen.

Het is allereerst aan de beroepsgroep van wijkverpleegkundigen om te bepalen hoe een indicatiestelling vormgegeven dient te worden. Hier wordt in de opleidingen aandacht aan besteed. Daarbij vind ik het wel belangrijk om aan te geven dat het hier gaat om maatwerk. De wijkverpleegkundige heeft de professionele vrijheid om te bepalen welke zorg nodig is. Om de wijkverpleegkundige hierin te ondersteunen worden door V&VN praktische hulpmiddelen beschikbaar gesteld voor het stellen van de indicatie. Door het maken van richtlijnen, waaraan op dit moment hard gewerkt wordt, en goede onderbouwing van de interventies wil ik komen tot een breed kwaliteitskader binnen de wijkverpleging. Gebruikelijke zorg maakt daar onderdeel van uit. Omdat de ontwikkeling van richtlijnen tijd kost, heb ik V&VN gevraagd om voor de korte termijn te bekijken of er een tijdelijke handreiking kan komen voor het meewegen van gebruikelijke zorg bij de indicatiestelling. V&VN werkt daar op dit moment aan.

De leden van de ChristenUnie-fractie vragen om de Zvw-rgb reglementen 2017 tijdig openbaar te maken op een toegankelijke manier, zodat alle (potentiële) budgethouders een gefundeerde keuze kunnen maken welke zorgverzekeraar zij willen contracteren voor 2017.

Het Zvw-rgb-reglement maakt deel uit van de polissen van iedere zorgverzekeraar. Dit dient ook openbaar te worden gemaakt tegelijk met openbaarmaking van de polissen en alle daarbij behorende polisvoorwaarden uiterlijk op 19 november.

Monitor Zvw-PGB

De leden van de ChristenUnie-fractie geven aan zich zorgen te maken over het grote aantal afwijzingen voor PGB voor wijkverpleging onder de zorgverzekeringswet. 1/3 van de aanvragen wordt afgewezen onder andere vanwege discussie over de planbaarheid van de zorg. Maar is dat niet juist de reden dat mensen een PGB willen, namelijk omdat ze zorg dan meer flexibel kunnen regelen zoals zij het willen?

Het pgb is bedoeld voor verzekerden die bewust kiezen voor maximale eigen regie bij de inzet van hun zorg en die voldoen aan de afgesproken voorwaarden.

Verder verwijs ik naar antwoorden op diverse vragen van de fracties van de PVV, SP, CDA en PvdA.

De leden van de ChristenUnie-fractie constateren dat uit een analyse van Per Saldo van de afwijzingen blijkt dat zorgverzekeraars deze afwijzingen verschillend beargumenteren. Wat gaat de Staatssecretaris hieraan doen?

Iedere beoordeling van een pgb-aanvraag dient een afweging van de individuele situatie van de verzekerde te zijn. Verschillen in argumentatie bij afwijzingen vind ik in zichzelf dan ook niet problematisch. Wat ik wel terughoor is dat afwijzingen niet altijd helder worden toegelicht. Dat vind ik wel van groot belang. Een verzekerde moet immers kunnen nagaan wat de overwegingen zijn geweest. Ik heb dit al eens onder de aandacht van zorgverzekeraars gebracht en zal dat opnieuw doen.

De leden van de ChristenUnie-fractie constateren dat budgethouders het beleid van zorgverzekeraars ervaren als een ontmoedigingsbeleid voor PGB. Wat gaat de Staatssecretaris hier aan doen?

Uit de monitor, maar ook uit andere contacten die ik met zorgverzekeraars heb gehad, blijkt dat de uitvoering van het Zvw-rgb de afgelopen 1,5 jaar volop in ontwikkeling is geweest. Zorgverzekeraars zijn daarbij zoekend geweest naar de rol die hen was toebedeeld en hoe die het beste kon worden uitgevoerd. Ik zie daarbij onder meer dat zorgverzekeraars duidelijk groepen verzekerden zien voor wie zij het Zvw-rgb van toegevoegde waarde vinden en bij wie zij het vertrouwen hebben dat het rgb goed zal worden benut. Tegelijkertijd zijn er ook groepen waarover zorgverzekeraars zich grote zorgen maken, bijvoorbeeld ten aanzien van de juiste besteding van het geld of de kwaliteit van de ingezette zorg. Dat veroorzaakt dat zorgverzekeraars rgb-aanvragen zorgvuldig en – in ogen van sommigen – streng toetsen aan de afgesproken voorwaarden. Dat kritisch wordt gekeken naar een rgb-aanvraag vind ik ook goed. Het is immers van belang dat degene die een rgb krijgt toegewezen daarmee ook zorg inkoop waarmee hij goed is geholpen en dat hij in staat is daarbij de juiste keuzes te maken. Tegelijkertijd constateer ik, mede op grond van de monitor, dat alle betrokken partijen van mening zijn dat het proces verder verbeterd moet worden. Daarover ben ik met partijen in gesprek met het doel te komen tot nieuwe bestuurlijke afspraken voor 2017.

De leden van de ChristenUnie-fractie vragen naar de signalen die bij de NZa zijn binnengekomen over de ontoereikendheid van tarieven, en de oplossing die bij twee van deze signalen is gevonden in zorg in natura. Zij vragen mij of dat de bedoeling is.

In deze twee gevallen ging het er om dat verzekerden zorg wilde inkopen bij een bepaalde zorgverlener die ook zorg in natura verstrekt. De maximale vergoeding die de zorgverzekeraar binnen het rgb gaf, was niet voldoende om die zorgverlener te betalen. De zorgverzekeraar heeft er vervolgens voor gezorgd dat de verzekerden wel de zorg kregen die zij wilden, van de zorgverlener die zij wilden, zoals de ChristenUnie-fractie dat zelf ook al in haar vraag schreef. Alleen werd deze zorg niet via een rgb geleverd, maar in natura. Een rgb is bedoeld om invulling te geven aan een zorgvraag. Op deze manier werd de zorgvraag naar tevredenheid van alle partijen vervuld. Ik kan dat alleen maar toejuichen.