

In de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport bestond er bij enkele fracties behoefte een aantal vragen en opmerkingen voor te leggen aan de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de brief van 7 juni 2016 inzake aanbidding 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 voorzitter van de commissie,
Lodders

Adjunct-griffier van de commissie,
Clemens

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

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 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? 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. Verzekeren 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 zorgverzekeraars 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 zorgverzeke-

raars 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.