

Vergaderjaar 2013–2014

33 362

Wijziging van de Wet marktordening gezondheidszorg en enkele andere wetten, teneinde te voorkomen dat zorgverzekeraars zelf zorg verlenen of zorg laten aanbieden door zorgaanbieders waarin zij zelf zeggenschap hebben

Nr. 23

NOTA NAAR AANLEIDING VAN HET TWEDE NADER VERSLAG
Ontvangen 11 juni 2014

Algemeen

Met belangstelling heb ik kennis genomen van het tweede nader verslag op het voorstel van wet houdende Wijziging van de Wet marktordening gezondheidszorg en enkele andere wetten, teneinde te voorkomen dat zorgverzekeraars zelf zorg verlenen of zorg laten aanbieden door zorgaanbieders waarin zij zelf zeggenschap hebben.

Ik ga per fractie in op de gestelde vragen

Inbreng VVD-fractie

Slotbepalingen

De leden van de VVD-fractie vragen of kan worden toegelicht welke objectieve aspecten worden gebruikt bij de monitoring van het Zvw-pgb.

In de bestuurlijke afspraken met Per Saldo en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) is afgesproken dat periodiek zal worden gezien of het of het Zvw-pgb de beoogde toekomstbestendige oplossing is als antwoord op specifieke zorgvragen waarbij de verzekerde zelf maximale eigen regie kan en wil uitoefenen. Daarbij is ook afgesproken welke punten daarbij in ieder geval aan de orde komen. Zoals in de afspraken opgenomen gaat het daarbij om financiële houdbaarheid, de afbakening van de doelgroep, noodzaak tot aanscherping en/of toevoeging van de criteria op basis waarvan verzekerden in aanmerking komen voor een Zvw-pgb, kwaliteit van de ingezette zorg en de verwerking van declaraties.

Wij zijn nog in overleg met beide partijen over de wijze waarop deze monitoring in de praktijk wordt ingevuld. Daarbij zal ook bekeken worden welke informatie beschikbaar kan en moet zijn om de monitoring goed vorm te kunnen geven.

Fraudetoets

De leden van de VVD-fractie vragen wat het tijdpad is van het overleg tussen Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en Per Saldo over de afbakening van verpleging en verzorging in relatie tot normale verouderingsprocessen en wanneer de regering verwacht hier meer duidelijkheid over te kunnen geven.

ZN, Per Saldo en VWS hebben nader gesproken over de passage over de afbakening van de doelgroep ten aanzien van normale verouderingsprocessen. In antwoord op het schriftelijk overleg en in antwoord op vragen van andere fracties hieronder, wordt toegelicht op welke wijze partijen de betreffende passage in het bestuurlijk akkoord uitleggen.

De leden van de VVD-fractie verwijzen ernaar dat de uitvoering van strafrechtelijke vervolging in geval van geconstateerde fraude ingewikkelder zal zijn, omdat zorgverzekeraars zelf de mogelijkheid hebben om de voorwaarden in te vullen. Zij vragen om een toelichting en of strafrechtelijke vervolging nog wel mogelijk is bij geconstateerde fraude.

Om de fraudebestendigheid van het wetsvoorstel voor invoering van het pgb in de Zvw zoveel mogelijk te borgen is een fraudetoets uitgevoerd. Het Openbaar Ministerie (OM) heeft in het kader van deze fraudetoets aangegeven dat, ook als zorgverzekeraars de voorwaarden in hun polissen zelf kunnen invullen, strafrechtelijke vervolging mogelijk is. Wel zal de uitvoering van strafrechtelijke vervolging voor het OM ingewikkelder zijn. Dit heeft ermee te maken dat per geval bekeken moet worden welke voorwaarden in de betreffende polis van toepassing waren en het OM tegen die achtergrond moet beoordelen of er aanleiding is voor strafrechtelijke vervolging. Strafrechtelijke vervolging is daarmee nog steeds goed mogelijk, maar arbeidsintensiever voor het OM.

Inbreng PvdA-fractie

De leden van de fractie van de PvdA vragen met betrekking tot de aanvullende voorwaarden die zorgverzekeraars in hun polissen op kunnen nemen hoe er gegarandeerd kan worden dat deze voorwaarden niet zo stringent worden geformuleerd dat verzekerden niet of nauwelijks meer een pgb aan kunnen vragen. Zij stellen dat de mogelijkheid om bij AMvB nadere voorwaarden te stellen wanneer zorgverzekeraars hier te stringent in zijn alleen nieuwe gevallen beschermt, en niet degenen die hier aanvankelijk door zijn geraakt. Deze leden willen dan ook weten hoe er actief gewaakt wordt voor te stringente voorwaarden in aanvulling op de mogelijkheid achteraf voorwaarden bij AMvB te stellen wanneer het kwaad al is geschied.

Laat ik voorop stellen dat de Staatssecretaris van VWS en ik er vanuit gaan dat zorgverzekeraars zich aan de gemaakte afspraken zullen houden en dat het ingrijpen met een AMvB niet nodig zal zijn. Er is overigens niet afgesproken dat zorgverzekeraars aanvullende voorwaarden kunnen stellen voor de toegang tot het Zvw-pgb. Wel dat zij extra kwaliteitseisen mogen stellen en dat zij in een reglement onder meer opnemen op welke wijze de verzekerde zijn zorg dient te verantwoorden.

Zoals ook aangegeven in onze antwoorden op het schriftelijk overleg over het Zvw-pgb hangt de afspraak dat een zorgverzekeraar aanvullende kwaliteitseisen kan stellen samen met de weigeringsgrond dat het onvoldoende aannemelijk is dat zal worden voorzien in zorg van voldoende kwaliteit. Zorgverzekeraars Nederland (ZN) heeft ons geïnformeerd dat verzekeraars van deze mogelijkheid gebruik willen kunnen

maken, als blijkt dat de weigeringsgrond van toepassing is, maar de zorgverzekeraar er door aanvullende kwaliteitseisen van verzekerd kan worden dat wel adequate zorg kan worden geleverd.

Zorgverzekeraars dienen hun polissen uiterlijk in november bekend te maken. Op dat moment kan worden bekeken of en welke aanvullende voorwaarden zorgverzekeraars stellen en of dat aanleiding geeft daaraan met een AMvB grenzen te stellen. Eventueel ingrijpen kan dan ook voorafgaand aan het moment waarop verzekerden gebruik zullen gaan maken van de polis.

De leden van de fractie van de PvdA vragen hoe zorgverzekeraars actief worden gestimuleerd om nauwkeurig toe te zien op eventueel misbruik van het pgb. Zij merken op dat zij bij herhaling hebben aangegeven dat zorgverzekeraars gestimuleerd dienen te worden fraude actief op te sporen in plaats van deze af te wentelen op de premiebetaler. Zij vragen welke verdere maatregelen de regering voor zich ziet om zorgverzekeraars te stimuleren om fraude rondom de aanvraag en gebruik van het pgb verder op te pakken. Met nadruk vragen zij een overzicht van maatregelen gericht op de aanpak van malafide tussenpersonen en bemiddelingsbureaus.

Het kabinet zet in op intensivering van de bestrijding van onrechtmatigheid en fraude bij het declareren van zorgkosten onder de Zvw en de AWBZ. Alleen zorg die aan de voorwaarden voldoet is verzekerd. En alleen de kosten van deze verzekerde zorg kunnen collectief gefinancierd worden uit het Zorgverzekeringsfonds en het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten. Alle partijen in de (zorg- en toezicht-)keten, maar vooral ook de zorgverzekeraars, moeten hun verantwoordelijkheid nemen en intensiever inzetten op bestrijding van onrechtmatigheid en fraude. Het kabinet ziet het als zijn taak om partijen daarop aan te spreken en de omstandigheden te creëren waarin de werking van de ketens ook daadwerkelijk verbetert. Zo heeft het kabinet extra geld uitgetrokken om het toezicht van de NZa te intensiveren. De vereisten voor zorgverzekeraars worden verhoogd en de NZa gaat strenger toezien op naleving van deze eisen. Indien de zorgverzekeraars hierin nalatig zijn, zal de NZa sneller handhavinginstrumenten inzetten en hierover publiceren, zodat de prestaties van zorgverzekeraars op dit vlak bekend worden. Met de voorgestelde wijziging van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg), de zogenaamde VTO Wmg (Verbetering Toezicht en Opsporing Wmg), worden de mogelijkheden hiertoe vergroot. Daarnaast worden zorgverzekeraars door afschaffing van de ex post compensatie in de risicoverevening ook financieel gestimuleerd om via de inkoopafspraken met zorgaanbieders meer werk te maken van het tegengaan van onrechtmatigheid en fraude in de zorg.

Specifiek over de fraudeaanpak bij pgb's wil ik verwijzen naar het plan dat de Kamer op 2 december 2012 heeft ontvangen voor de intensivering van de aanpak van pgb fraude.¹ Bij de uitvoering van dit plan spelen op dit moment de zorgkantoren een voorname rol. Zij voeren de zogenaamde bewustkeuzegesprekken met cliënten met een indicatie die voor het eerst een pgb aanvragen onder andere om te bespreken of pgb de beste oplossing voor de cliënt is. Daarnaast gaan zij bij 30.000 van de ca. 120.000 cliënten, waarbij het risico op fraude het grootst is, op huisbezoek. Bij de zorgkantoren is daardoor grote kennis opgebouwd omtrent de wijze waarop met het pgb kan worden gefraudeerd. Aangezien de zorgkantoren onderdeel uitmaken van de organisatie van de zorgverzekeraars, kunnen de zorgverzekeraars deze kennis benutten bij het inrichten

¹ Kamerstukken II 2012/2013, 25 657, nr. 96

van het pgb in de zvw. Voorts wordt de aanpak van de pgb fraude door de zorgkantoren gecoördineerd door ZN, die deze kennis kan bundelen en verspreiden onder de zorgverzekeraars. Als er na een huisbezoek een vermoeden van fraude is, wordt dit veelal doorgegeven aan de organisatie-eenheid van de zorgverzekeraar waartoe het zorgkantoor behoort om het vermoeden van fraude verder te onderzoeken. Hierdoor zijn de zorgverzekeraars reeds betrokken bij de aanpak van pgb fraude. Binnen de Zvw bestaan reeds afspraken tussen de zorgverzekeraars waarbij kennis rond fraudeurs wordt gedeeld zodat men partijen zoals malafide tussenpersonen en bemiddelingsbureaus samen over de volle breedte kan aanpakken. Deze werkwijze kan ook voor het pgb in de Zvw worden toegepast.

Inbreng SP-fractie

Toelichting

De leden van de SP-fractie vragen of de zorgverzekeraars nu de mogelijkheid opnemen in hun zorgpolis dat mensen kunnen kiezen voor een Zvw-rgb of dat ook betekent dat zorgverzekeraars ook ervoor kunnen kiezen om niet de mogelijkheid van een rgb op te nemen in hun zorgpolissen.

Nee, dat kunnen zorgverzekeraars niet. Het voorgestelde artikel 13a verplicht zorgverzekeraars om een Zvw-rgb voor verpleging en verzorging in de polis op te nemen.

De leden van de SP-fractie vragen of de regering aan kan geven waarom gekozen wordt om de mogelijkheid op te nemen om via een AMvB nadere regels te stellen over de hoogte van de vergoeding van het rgb, maar ook over de voorwaarden om in aanmerking te komen voor een rgb. Zij vragen met welke reden dit niet vooraf wordt geregeld. Zij vragen waarom de regering zoveel vrijheid aan zorgverzekeraars geeft, terwijl zij voornamelijk sturen op prijs en productie in plaats van op de kwaliteit van zorg. Zij vragen op welke termijn de regering ingrijpt wanneer blijkt dat zorgverzekeraars zich niet aan de gemaakte afspraken houden. Zij vragen of er eerst ongelukken moeten plaatsvinden, voordat er ingegrepen wordt. Zij vragen welke handhavingsmaatregelen de regering neemt, indien zorgverzekeraars zich niet aan de afspraken houden.

Met de bestuurlijke afspraken is vooraf afgesproken op welke wijze het Zvw-rgb zal worden uitgevoerd. Daarbij zijn onder meer afspraken gemaakt over de voorwaarden waaraan een verzekerde moet voldoen om voor een Zvw-rgb in aanmerking te komen. Onder deze afspraken staan de handtekeningen van ZN, Per Saldo en de Staatssecretaris van VWS en mijzelf. Daarmee hebben we met elkaar het vertrouwen uitgesproken dat de gemaakte afspraken worden uitgevoerd.

Zorgverzekeraars dienen hun polissen uiterlijk in november bekend te maken. Op dat moment kan worden bekeken of en welke aanvullende voorwaarden zorgverzekeraars stellen en of dat aanleiding geeft daaraan met een AMvB grenzen te stellen. Eventueel ingrijpen kan dan ook voorafgaand aan het tijdstip waarop verzekeren gebruik zullen gaan maken van de polis.

Voor zover de leden van de SP-fractie vragen naar de handhavingsmaatregelen, wil ik wijzen op de rol van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) hierbij. De NZa houdt toezicht op de uitvoering van de Zorgverzekeringswet door de zorgverzekeraars en heeft diverse instrumenten om op te treden, indien dat nodig is.

Doelgroep

De leden van de SP-fractie willen weten of de voorwaarden voor ouderen anders zijn om een pgb te kunnen krijgen. Zij vragen of de regering dat toe kan lichten.

Met deze passage over de normale verouderingsprocessen is expliciet niet bedoeld om een leeftijdsgrens in te voeren bij het Zvw-rgb. Ouderen zullen dan ook, mits zij voldoen aan de afgesproken voorwaarden, in aanmerking kunnen komen voor het Zvw-rgb.

Fraudetoets

De leden van de SP-fractie vragen de regering wanneer er meer duidelijkheid komt over het toezichts- en reguleringskader, en op welke termijn dit duidelijk zal worden.

Met het regulerings- en toezichtskader maakt de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) inzichtelijk op welke wijze zij haar toezichtstaken uitvoert. De NZa heeft aangegeven naar verwachting voor 1 januari 2015 de contouren daarvan te kunnen schetsen. Verdere uitwerking in het controleprotocol Zorgverzekeringswet (dat breder strekt dan alleen het Zvw-rgb) volgt zo spoedig mogelijk daarna.

Artikel 13

De leden van de SP-fractie vragen welke afspraken zijn gemaakt met partijen zoals de CU en SGP over het wetsvoorstel waarin artikel 13 van de Zvw wordt gewijzigd. De leden van de fractie van de SP vragen daarnaast of er een mogelijke nota van wijziging zal worden ingediend, danwel nieuwe amendementen zullen worden ingediend door CU en SGP. De leden van de SP-fractie zien graag dat de regering volledige duidelijkheid geeft over de gemaakte afspraken.

Ik kan u hierover het volgende melden. De VVD en PvdA hebben met D66, CU en SGP het eerder gesloten principe-akkoord over het wetsvoorstel waarin artikel 13 van de zorgverzekeringswet gewijzigd wordt, met nadere afspraken uitgewerkt. Er zal geen nota van wijziging worden ingediend. De betrokken partijen hebben zelf amendementen met wijzigingsvoorstellen ingediend. De partijen hebben daarover een persbericht uitgebracht.

De leden van de SP-fractie vragen of de CU en SGP de toezegging hebben gedaan aan de regering om het eerder door hen ingediende amendement, om art 13 Zvw te handhaven, in te trekken of aan te passen.

Ik vind het een vraag aan de CU en SGP hoe zij met hun amendementen om gaan. Zij communiceren daarover ook zelf en zullen ook zelf hun amendementen intrekken danwel indienen.

De leden van de SP-fractie vragen of er sprake is van een uitzondering voor de huisarts, de psychologische zorg en de apotheker met betrekking tot de aanpassing van artikel 13.

Ik verwijs voor het antwoord op deze vraag naar het persbericht van VVD, PvdA, D66, CU en SGP en de amendementen van deze partijen.

De leden van SP-fractie vragen of de regering het als een probleem ziet dat artikel 13 met name voor chronisch zieken en mensen met een handicap een sterke inperking van de vrije artskeuze betekent, omdat zij

moeite hebben met het overstappen naar een andere zorgverzekeraar omdat er voor de aanvullende verzekering geen acceptatieplicht bestaat. De leden vragen wat de regering gaat doen om dat probleem weg te nemen.

Nee, die mening deel ik niet. Voor de aanvullende verzekering geldt geen acceptatieplicht en kunnen zorgverzekeraars acceptatievoorwaarden hanteren. Met name bij de aanvullende verzekeringen in het topsegment en voor de uitgebreide tandartsverzekeringen worden acceptatievoorwaarden gehanteerd. Voor aanvullende verzekeringen met een beperktere dekking gelden vaak geen acceptatievoorwaarden. De NZa heeft in haar rapport acceptatieplicht aangegeven dat er ruim voldoende aanvullende verzekeringen zijn waar geen toelatingseisen worden gesteld en tevens constateert zij de acceptatieplicht voor de basisverzekering niet is overtreden. Dit betekent dat de toegankelijkheid van zorg in ons zorgstelsel goed geborgd is en er voldoende mogelijkheden zijn om over te stappen. De NZa heeft ook, hoewel er geen sprake is van overtredingen van de acceptatieplicht, een aantal mogelijke risico's gesignaleerd. In mijn reactie op het rapport heb ik aangegeven welke acties ik hier op onderneem.

De leden van de SP-fractie vragen de regering wie wordt gediend met dit wetsvoorstel. Zij vragen of de regering denkt dat patiënten c.q. verzekerden blij zullen zijn met de inperking van de vrije artskeuze.

De wijziging van artikel 13 Zvw is in het belang van verzekerden en patiënten. Zorgverzekeraars kunnen hun in het stelsel beoogde rol oppakken en waarmaken door de wijziging van art 13. Beter dan nu zullen verzekeraars vergoeding van zorg door kwalitatief matige of dubieuze zorgaanbieders buiten de deur kunnen houden. Dit is in het belang van de kwaliteit van zorg ten behoeve van de patiënt en de betaalbaarheid van de zorg van iedereen.

De wijziging beoogt om meer differentiatie in het polisaanbod mogelijk te maken. Naast de reeds bestaande restitutiepolis (waarbij men recht heeft op een vergoeding tot maximaal het bedrag dat in redelijkheid binnen de Nederlandse omstandigheden passend is, ongeacht of de aanbieder gecontracteerd is) en de combinatiepolis (de verzekerde heeft bij bepaalde prestaties recht op zorg in natura bij gecontracteerde zorgaanbieders en bij bepaalde prestaties recht op een vergoeding), kunnen verzekeraars diverse vormen van naturapolissen aan gaan bieden. Verzekerden krijgen daardoor niet minder, maar juist meer te kiezen.

De zorgverzekeraar kan bijvoorbeeld een naturapolis aanbieden zoals deze in huidige vorm bestaat, waarbij een breed aanbod is gecontracteerd en de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg gemiddeld ligt op 75 a 80%. Zorgverzekeraars kunnen echter ook naturapolissen aan gaan bieden, waar de zorgverzekeraar op basis van prijs- en kwaliteitsafspraken contracten afsluit met zorgverleners, en de verzekerde hier naar toe probeert te sturen, door de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg lager vast te stellen, bijvoorbeeld op 50%, 30% of zelfs 0%.

De verwachting is dat zorgverzekeraars een zorgvuldige afweging maken bij het samenstellen van de polis en het vaststellen van de hoogte van de vergoeding van de niet-gecontracteerde zorg, verzekerden kunnen immers jaarlijks overstappen naar een andere zorgverzekeringpolis dan wel zorgverzekeraar, daarnaast hebben verzekeraars een wettelijke zorgplicht. De verwachting is dat de naturapolissen goedkopen zullen zijn dan de polissen waarbij volledige keuzevrijheid is. Er komt derhalve een uitbreiding van de keuzemogelijkheden voor de verzekerde.

De leden van de SP-fractie vragen of de regering erkent dat voorstanders voor de wijziging van artikel 13 Zvw vooral te vinden zijn in de kringen van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), de zorgverzekeraars en zorgeconomen en dat bij patiënten en zorgverleners grote scepsis bestaat. Tevens vragen zij waarom de regering dit wetsvoorstel voortzet en of zij liever de belangen van zorgverzekeraars dan van zorgverleners en patiënten dient.

Ik begrijp dat patiënten en zorgverleners zich zorgen kunnen maken over de wijziging van artikel 13 Zvw. Ik heb geconstateerd dat de wijziging van artikel 13 Zvw helaas vaak verkeerd geïnterpreteerd en uitgelegd wordt. Er is veel angst opgewekt door verhalen die een laag realiteitsgehalte hebben. Uiteindelijk denk ik dat verzekerden liever willen dat op deze wijze de doelmatigheid en kwaliteit van de zorg wordt vergroot, boven maatregelen als verhoging van eigen risico of pakketverkleining.

De leden van de SP-fractie vragen de regering of zij de conclusie deelt dat dit wetsvoorstel de macht van de zorgverzekeraars vergroot.

Zorgverzekeraars krijgen met het gewijzigde artikel 13 Zvw de mogelijkheid hun polisaanbod verder te differentiëren en naturaverzekerden beter te sturen naar het door hen gecontracteerde zorgaanbod. Zorgverzekeraars kunnen hun in het stelsel beoogde rol beter oppakken en waarmaken door de wijziging van art 13. Beter dan nu zullen verzekeraars vergoeding van zorg door kwalitatief matige of dubieuze zorgaanbieders buiten de deur kunnen houden. Dit is in het belang van de kwaliteit van zorg ten behoeve van de patiënt. Door de wetswijziging wordt overigens ook druk gezet op verzekeraars om tijdig hun contracten met zorgaanbieders te sluiten. Dit verhoogt de transparantie voor verzekerden. De zorgverzekeraar zal namelijk de volledige kosten van zorg moeten vergoeden als een verzekerde zes weken voor het einde van het jaar niet had kunnen weten dat een door hem ingeroepen zorgaanbieder niet gecontracteerd was.

De leden van de SP-fractie vragen of de regering de visie deelt dat het enige dat ziekenhuizen tegenover een grotere macht bij zorgverzekeraars kunnen zetten schaalvergroting is om zo een grotere marktpositie te verwerven. En of de regering dit een gewenst effect vindt en waarom zij ondanks dat voort gaat op de ingeslagen weg.

Er kunnen verschillende motieven zijn voor een fusie dan wel schaalvergroting. Zo kan het realiseren van kwaliteitswinst voor de patiënt een reden zijn. Een andere reden kan het verstevigen van de onderhandelingspositie richting een zorgverzekeraar zijn. Er zijn echter andere mogelijkheden om op een slimme wijze met het inkoopproces om te gaan. Tijdens de rondgang over mededinging en samenwerking in de zorg ben ik geweest op allerlei voorbeelden hiervan. Ik zal deze voorbeelden opnemen in de door mij toegezegde brief over mededinging en samenwerking in de curatieve zorg. Schaalvergroting is dus niet noodzakelijk. Daarnaast zal de zorgverzekeraar er belang bij hebben om een breed aanbod te contracteren. Enerzijds om beter in te kunnen spelen op de wensen van zijn verzekerden met een divers zorgaanbod. Anderzijds omdat hij niet afhankelijk wil zijn van een paar grote zorgaanbieders.

Inbreng CDA-fractie

Algemeen

Hoewel de leden van de CDA-fractie net als de regering van mening zijn dat er aan een toekenning van een pgb voorwaarden moeten zijn verbonden, en dat het pgb niet voor iedereen een goede/praktische optie is (men moet ermee om kunnen gaan), vragen zij zich wel af of met de afbakening van de doelgroep het pgb kan worden ingezet bij alle mensen die het pgb nodig hebben om regie over hun eigen leven te kunnen voeren.

Met Per Saldo en ZN is de regering die mening toegedaan. Het gaat in hoofdlijnen om intensieve zorg aan chronisch zieke kinderen en verzekerden die langdurig zorg nodig hebben, de verplichtingen van het Zvw-rgb kunnen nakomen en waarbij sprake is van het vaak nodig hebben van zorg op wisselende en ongebruikelijke tijdstippen en/of op meerdere locaties, zorg nodig hebben die vooraf slecht is in te plannen, die 24-uur per dag direct beschikbaar moet zijn in de nabijheid of op afroep of waarbij de noodzaak is vaste zorgverleners in te kunnen huren gegeven de specifieke zorgverlening of in verband met gebruik van specifieke (eigen) hulpmiddelen.

De leden van de CDA-fractie vragen waar de zorgvrager of ouder van een kind met zware beperkingen terecht kan als hij vindt dat er geen sprake is van een objectieve (zorgvuldige) indicatiestelling.

Dat is niet anders dan bij andere Zvw-zorg. De verzekerde kan onder meer terecht bij:

- de beroepsbeoefenaar zelf om de klacht te bespreken en een oplossing te vinden;
- de zorgverzekeraar ingeval van een naturopolis (nakomen overeenkomst) of bij een restitutiepolis indien de verzekerde om bemiddeling had gevraagd;
- de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen indien de zorgvrager of ouder over de zorgtoewijzing ingevolge de indicatiestelling een geschil heeft met zijn zorgverzekeraar;
- de leiding of klachtencommissie van de instelling indien de beroepsbeoefenaar verbonden is aan een instelling;
- tuchtrechter ingeval van een klacht over het verpleegkundig handelen (in dit geval een eventuele onzorgvuldige indicatiestelling);
- stafrechter ingeval van strafbare fouten.

De leden van de CDA-fractie vragen of de regering aan kan geven hoeveel mensen er ongeveer vanaf 1 januari 2015 onder de «maatregel Zvw-rgb» gaan vallen, omdat zij verpleging en verzorging nodig hebben door middel van een pgb.

Op dit moment maakt een groep van ca. 38.000 personen gebruik van het pgb voor de verpleging en verzorging die van de AWBZ naar de Zvw wordt overgeheveld. Of al deze mensen ook onder de Zvw gebruik zullen maken van het Zvw-rgb is op dit moment nog niet te zeggen. Dat hangt onder meer af van het aanbod van zorg in natura dat de zorgverzekeraars zullen gaan aanbieden.

Uiteraard geldt per 1 januari 2015 wel een overgangsregeling. Daarop is elders in deze antwoorden ingegaan.

De leden van de CDA-fractie willen weten hoe groot het budget is dat vanuit de AWBZ met deze wetswijziging overgaat naar de zorgverzekeraars, en hoe dit bedrag verdeeld wordt over de verschillende zorgverze-

keraars. Zij vragen of deze financiële middelen apart worden ondergebracht, of in het Zvw-fonds worden gestopt. Zij vragen hoe later anders is na te gaan of het Zvw-pgb financieel beheersbaar blijft, daar de regering immers stelt dit in verschillende mate een zeer belangrijk onderdeel te vinden.

Met de overheveling van de verpleging en verzorging naar de Zvw is een bedrag gemoeid van circa € 3,1 mld. Dat is het totale bedrag voor zorg in natura en pgb's. Deze middelen worden conform het bestaande vereveningsmodel over de zorgverzekeraars verdeeld.

Voor wat betreft de financiële beheersbaarheid geldt dat voor het kader wijkverpleging straks een macrobeheersinstrument (MBI) zal gelden. Dit MBI geldt ook voor het pgb voor zover deze wordt gebruikt voor de inkoop van zorg geleverd door een zorgaanbieder die beroeps- of bedrijfsmatig zorg verleent. Wanneer het pgb wordt gebruikt om zorg in te kopen bij een zorgaanbieder die dit niet beroeps- of bedrijfsmatig doet, geldt dat deze op grond van de Wmg geen zorgaanbieder is. Zij vallen daarmee automatisch niet onder de reikwijdte van het MBI.

Zorgverzekeraars zullen wel gaan bijhouden welk deel van de zorgkosten voor de verpleging en verzorging via een Zvw-pgb worden uitgegeven. Op basis daarvan kan bezien worden hoe de zorgkosten van het Zvw-pgb zich ontwikkelen.

Toelichting

De leden van de CDA-fractie lezen dat met de verankering van het Zvw-pgb in de wet zorgverzekeraars de opdracht krijgen een al bestaande mogelijkheid van restitutie in iedere zorgpolis aan te bieden. Zij stellen vervolgens dat keuzevrijheid voor de verzekerde voor verpleging en verzorging wettelijk is vastgelegd. Dit vinden deze leden een vreemde redenering. Slechts een zeer exclusieve (kleine) groep kan de keuze maken voor een pgb. Dit is niet voor iedereen weggelegd die langdurig afhankelijk is van zorg en verpleging. Klopt dit, zo vragen deze leden. Is de regering het met deze leden eens dat keuzevrijheid een groot goed is in de huidige zorgverzekeringswet?

Het klopt dat met het opnemen van een Zvw-pgb een reeds bestaande restitutiemogelijkheid voor verpleging en verzorging wettelijk wordt voorgeschreven. Echter, met Per Saldo en ZN is overeen gekomen om voor de verpleging en verzorging die vanuit de AWBZ naar de Zvw zorgverzekeraars toch expliciet wettelijk de opdracht te geven een Zvw-pgb conform de bestuurlijke afspraken in de polis op te nemen. Het gaat daarbij niet om slechts een zeer exclusieve groep, maar om iedereen die aan de voorwaarden en criteria voor het Zvw-pgb voldoet.

De leden van de CDA-fractie vragen in hoeverre mensen die een hoog zorggebruik hebben (in dit geval langdurig gebruik maken van zorg en verpleging in de thuissituatie «makkelijk» kunnen veranderen van zorgverzekeraar, mocht die andere (betere?) voorwaarden stellen om in aanmerking te kunnen komen voor een pgb. Dat vragen zij zich zeker af, aangezien zij vervolgens lezen dat zorgverzekeraars aanvullende voorwaarden in hun polis kunnen opnemen.

Zorgverzekeraars hebben een acceptatieplicht voor de basisverzekering. Zorgverzekeraars mogen een verzekerde dan ook niet weigeren op grond van bijvoorbeeld een hoog zorggebruik in het verleden. Voor zover zorgverzekeraars aanvullende voorwaarden willen stellen, zullen die bij het publiceren van de polissen in november bekend moeten worden

gemaakt. Verzekerden kunnen daar dan rekening mee houden bij de keuze van hun zorgverzekeraar.

Aan welke aanvullende voorwaarden denkt de regering dan, zo vragen deze leden.

Er is niet afgesproken dat zorgverzekeraars aanvullende voorwaarden kunnen stellen voor de toegang tot het Zvw-pgb. Wel dat zij extra kwaliteitseisen mogen stellen bij restitutie en dat zij in een reglement onder meer opnemen op welke wijze de verzekerde zijn zorg dient te verantwoorden. Ook is in de bestuurlijke afspraken opgenomen dat de modaliteit van het Zvw-pgb per zorgverzekeraar kan verschillen.

De leden van de CDA- fractie vragen hoe zij moeten lezen dat via een amvb nadere regels kunnen worden gesteld over de hoogte van de vergoeding van de met een Zvw-pgb vergoede zorg, specifiek in het geval van zorg door niet-professionals. Zij vragen of het hier alleen gaat over de hoogte van de vergoeding voor bijvoorbeeld mantelzorgers, of ook over welke personen dat zouden kunnen zijn. Zij vragen de regering aan te geven wat hier precies mee wordt bedoeld.

Het gaat hierbij expliciet alleen om de hoogte van de vergoeding. Het gaat daarbij om de groep niet-professionals die niet onder het bereik van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) en daarmee niet onder de bevoegdheid van de NZa ten aanzien van de tarieven valt. Voor de overige zorgverleners die met een Zvw-pgb worden betaald geldt de bevoegdheid van de NZa wel.

In het kader van de mogelijkheid de voorwaarden met nadere regelgeving in te vullen, vragen de leden van de CDA-fractie wie de kwaliteit precies gaat bepalen. Zij vragen of elke zorgverzekeraar hier zijn eigen kwaliteitseisenpakketje op gaat loslaten.

Het Zvw-pgb zal vanaf de start gemonitord worden. Dat gebeurt in overleg tussen ZN, Per Saldo en het Ministerie van VWS. Bij die monitoring kan onder meer naar voren komen dat er zorgen zijn over de borging van de kwaliteit van de zorg die met een Zvw-pgb wordt geleverd. Daar zijn alle drie de partijen bij betrokken. Het opstellen van nadere regelgeving is echter een bevoegdheid van de regering, niet van de zorgverzekeraars. Het zal dan ook aan de regering zijn om te bepalen of inzet van nadere regelgeving noodzakelijk zal zijn of niet.

Wat de beheersbaarheid van het instrument betreft vragen deze leden of de regering hun stelling deelt dat pgb-zorg ongeveer tussen 70% – 80% van de kosten van dezelfde verpleging en verzorging in natura bedraagt. Zij vragen welke beheersbaarheid van het instrument de regering hier nu precies bedoelt.

In de AWBZ is het pgb de afgelopen jaren moeilijk beheersbaar gebleken. Jaar na jaar was een sterke groei van de vraag naar het pgb te zien. Daarbij ging het deels om vraag naar zorg die eerder niet werd gedaan op zorg in natura en daardoor een extra beslag op het budget legde. Daarom zijn in de AWBZ in de afgelopen jaren diverse maatregelen getroffen om de beheersbaarheid te vergroten. De maatregelen zijn waar nodig en mogelijk overgenomen in de bestuurlijke afspraken met ZN en Per Saldo over de uitvoering van het Zvw-pgb. Desalniettemin vindt de regering het van belang om goed te blijven volgen of de gemaakte afspraken, zoals verwacht, bijdragen aan de beheersbaarheid van het instrument.

De leden van de CDA-fractie vragen of de kosten van de zorg binnen de kaders zullen blijven, aangezien er niet voor een eigen bijdrage voor verpleging en verzorging gekozen is en de onafhankelijke indicatiestelling verdwijnt, maar gekozen is voor het verhogen van het eigen risico voor iedereen, slechts een zeer kleine groep in aanmerking komt voor een Zvw-pgb, en er meer gestuurd moet gaan worden op kwaliteit.

In de Zvw is wettelijk bepaald dat het verplicht eigen risico elk jaar automatisch mee stijgt met de stijging van de uitgaven in de Zvw, de zogenoemde indexatie. In de brief van 6 november 2013 over de nadere uitwerking van de Hervorming Langdurige Zorg² is aangegeven dat het verplicht eigen risico in de Zvw als gevolg van de overhevelingen in 2015 naar verwachting met € 30 op jaarbasis wordt geïndexeerd. Daar bovenop komt nog de jaarlijkse indexatie door de stijging van de overige uitgaven in de Zvw.

De individuele eigen bijdragen voor gebruikers van verpleging en verzorging vervallen inderdaad. In plaats daarvan gaat het eigen risico voor iedereen omhoog. De budgettaire derving door het vervallen van de eigen bijdragen wordt hierdoor naar verwachting volledig gecompenseerd.

Wat betreft de indicatiestelling wordt op dit moment door Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN), in samenspraak met Actiz, BTN, Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG), Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) een intake/indicatie-instrument ontwikkeld zodat de objectiviteit en eenduidigheid van het indicatieproces is geborgd.

De tussen Per Saldo, ZN en de Minister en Staatssecretaris van VWS overeengekomen bestuurlijke afspraken dragen bij aan een goed en beheersbaar Zvw-pgb. De regering is verder van mening dat als er kwalitatief goede zorg geboden wordt, de zorg effectiever is en er zo alleen de zorg gegeven wordt die nodig is. Door aanpassing van artikel 13 kan er veel beter worden gestuurd op doelmatigheid. Dit is een belangrijk aspect om de kosten beter te beheersen.

De leden van de CDA-fractie willen graag weten hoe de monitor eruit ziet, en welke informatie in de monitor bijgehouden gaat worden.

In de bestuurlijke afspraken met Per Saldo en ZN is afgesproken dat periodiek zal worden bezien of het Zvw-pgb de beoogde toekomstbestendige oplossing is als antwoord op specifieke zorgvragen waarbij de verzekerde zelf maximale eigen regie kan en wil uitoefenen. Daarbij is ook afgesproken welke punten daarbij in ieder geval aan de orde komen. Zoals in de afspraken opgenomen gaat het daarbij om financiële houdbaarheid, de afbakening van de doelgroep, noodzaak tot aanscherping en/of toevoeging van de criteria op basis waarvan verzekerden in aanmerking komen voor een Zvw-pgb, kwaliteit van de ingezette zorg en de verwerking van declaraties.

De Staatssecretaris van VWS en ik zijn nog in overleg met beide partijen over de wijze waarop deze monitoring in de praktijk wordt ingevuld. Daarbij zal ook bekeken worden welke informatie beschikbaar kan en moet zijn om de monitoring goed vorm te kunnen geven.

² Kamerstukken II 2013/14, 30 597, nr. 380

Doelgroep

Mensen die in aanmerking komen voor Zvw-pgb moeten langdurig op verpleging en verzorging zijn aangewezen. Graag ontvangen de leden van de CDA-fractie een nadere duiding van het woord langdurig. Zij vragen hoe lang langdurig is.

In de bestuurlijke afspraken is dit niet in detail afgesproken. Achterliggende gedachte bij de gemaakte afspraak is dat hiermee wordt aangesloten bij de afbakening die sinds 1 januari 2013 ook in de AWBZ geldt. Daar geldt dat alleen cliënten met een langdurige zorgbehoefte in aanmerking komen voor een pgb. In de Regeling subsidies AWBZ is dat geëxpliciteerd door daarbij indicatiebesluiten langer dan een jaar als uitgangspunt te nemen, tenzij bij een indicatiebesluit met een kortere geldigheidsduur blijkt dat sprake is van een langdurige zorgbehoefte die ten minste een jaar zal voortbestaan. Het ligt voor de hand om bij deze termijn aan te sluiten.

De leden van de CDA-fractie hebben de regering al eerder gevraagd aan te geven wat precies wordt bedoeld met functiebeperkingen die worden veroorzaakt door normale verouderingsprocessen. Zij vragen welke ouderen hier nu wel en welke ouderen niet onder vallen. Vervolgens vinden deze leden het opvallend dat zowel hier als in de Wet langdurige zorg (Wlz) de regering constant een onderscheid maakt tussen ouderen en de overige doelgroepen. Zij vragen waarom de regering steeds kiest voor dit onderscheid.

Met deze passage is expliciet niet bedoeld om een leeftijdsgrens in te voeren bij het Zvw-pgb. Ouderen zullen dan ook, mits zij voldoen aan de afgesproken voorwaarden, in aanmerking kunnen komen voor het Zvw-pgb.

In de bestuurlijke afspraken over het Zvw-pgb is vastgelegd aan welke voorwaarden voldaan moet zijn om in aanmerking te komen voor een Zvw-pgb. Het gaat daarbij om een combinatie van voorwaarden aan de zorgvraag van de verzekerde en de persoon van de verzekerde zelf. De gedachte daarachter is dat de verzekerde op basis van zijn zorgvraag behoefte heeft aan eigen regie bij de inzet van zorgverleners. Bijvoorbeeld als sprake is van de noodzaak voor vaste zorgverleners gegeven de specifieke zorgverlening of in verband met gebruik van specifieke (eigen) hulpmiddelen, zoals één van de criteria uit de bestuurlijke afspraken luidt. Daarnaast is een doelgroep afgebakend die voor het Zvw-pgb in aanmerking komt. Daarbij is onder meer afgesproken dat een verzekerde in staat moet zijn op eigen kracht of met hulp van een vertegenwoordiger de taken en verantwoordelijkheden die horen bij het Zvw-pgb uit te voeren én weloverwogen keuzes te maken bij de inzet van zorgverleners, opdat sprake is van verantwoorde zorg. Daarmee worden voorwaarden gesteld aan de persoon van de verzekerde.

Bij de totstandkoming van de afspraken is tussen partijen besproken dat actieve participatie in de maatschappij in combinatie met een specifieke zorgbehoefte kunnen leiden tot de wens van inzet van een Zvw-pgb. Vanuit die gedachte is de formulering die hier aan de orde is in de afspraken gekomen. Beoogd is daarmee weer te geven dat de verwachting is dat er bij normale verouderingsprocessen, zoals bijvoorbeeld dementie, veelal geen sprake zal zijn van de afgesproken voorwaarden. De verwachting is dat in die gevallen de zorgvraag goed met zorg in natura kan worden ingevuld. Uiteraard zal de zorgverzekeraar, als de verzekerde aangeeft in aanmerking te willen komen voor een Zvw-pgb, steeds op basis van de individuele omstandigheden en de

geldende polisvoorwaarden (die moeten voldoen aan de gemaakte bestuurlijke afspraken) moeten bezien of een verzekerde daar al dan niet voor in aanmerking komt. «Normale verouderingsprocessen» zijn daarmee strikt genomen geen criterium voor het Zvw-pgb, maar geven weer dat indien de zorgvraag daardoor wordt veroorzaakt, naar verwachting geen sprake zal zijn van het voldoen aan de criteria van het Zvw-pgb.

De leden van de CDA-fractie willen graag weten of de zorgverzekeraar door het stellen van de aanvullende voorwaarden de omvang van de doelgroep kan beperken.

In de bestuurlijke afspraken zijn afspraken vastgelegd over onder meer de afbakening van de doelgroep. Verzekeraars dienen zich aan die afspraken te houden. Aanvullende voorwaarden aan de doelgroep mogen op basis van de bestuurlijke afspraken niet gesteld worden. Wel kunnen zorgverzekeraars aanvullende kwaliteitseisen stellen.

De leden van de CDA-fractie stellen dat ZN en Per Saldo nog nader overleggen over deze afbakening. Genoemde leden verzoeken de regering deze afspraken voor de behandeling van het wetsvoorstel in de Tweede Kamer toe te sturen.

Ik begrijp deze vraag zo dat de leden van de CDA-fractie doelen op de passage over de normale verouderingsprocessen. Daarover is tussen partijen gesproken. Op de wijze waarop daaraan in de praktijk invulling wordt gegeven, ben ik hierboven ingegaan. Daarmee heeft de Kamer de door de CDA-fractie gevraagde informatie.

Bepaling van de omvang

De leden van de CDA-fractie vragen wat de afspraken over de modaliteit van de toekenning precies betekent voor de zorgvrager of ouder van een kind die intensieve kindzorg behoeft. Deze leden vragen of de regering hiermee aangeeft dat elke zorgverzekeraar zelf mag bepalen hoe de zorg en verpleging geïndiceerd zal gaan worden. Zij stellen dat de zorgverzekeraar vervolgens aanvullende voorwaarden mag stellen mocht hij dat nodig vinden en dat de zorgverzekeraar een maximum budget per periode mag vaststellen en het aantal uren. Kortom de leden van de CDA-fractie vinden dat vrijheid voor de zorgverzekeraars erg groot is in verhouding tot de rechtszekerheid voor de burger. Graag ontvangen zij een reactie van de regering op dit punt.

De zorgverzekeraar heeft weliswaar vrijheid in de modaliteit van de toekenning van het Zvw-pgb, maar op andere onderdelen is met de bestuurlijke afspraken vastgelegd op welke wijze de zorgverzekeraars het Zvw-pgb gaan uitvoeren. De veronderstelling dat een individuele zorgverzekeraar mag bepalen op welke wijze de indicatie voor verpleging en verzorging plaats gaat vinden is niet juist. Bij de ontwikkeling van het intake/indicatie-instrument zijn diverse partijen betrokken. Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland werkt hier samen aan met Actiz, BTN, Vereniging Nederlandse Gemeenten, Zorgverzekeraars Nederland en het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Voorop staat hierbij bovendien dat de zorgverzekeraar in zijn polisvoorwaarden duidelijk moet maken op welke wijze hij het Zvw-pgb uit gaat voeren. De verzekerde kan daar rekening mee houden bij de keuze van zijn zorgverzekeraar. De rechtszekerheid van de verzekerde is daarmee geborgd.

De leden van de CDA-fractie vragen welke zekerheid de regering geeft aan zorgvragers en ouders van kinderen die een pgb hebben waarbij dit in praktijk goed werkt.

Verzekerden die op 31 december 2014 een pgb uit de AWBZ hadden, mogen daar in 2015 ook gebruik maken, zolang de indicatie duurt doch uiterlijk tot en met 31 december 2015, tenzij zij hun Zvw-rgb volledig bij een gecontracteerde aanbieder te gelden brengen. Zorgverzekeraars zullen in 2015 de desbetreffende verzekerden benaderen om te bezien of zij in 2016 nog steeds in aanmerking komen voor een Zvw-rgb, volgens de in de bestuurlijke afspraken afgesproken voorwaarden. Zorgvragers en ouders hebben dus de zekerheid dat een goede overgang naar de Zvw geborgd is.

De leden van de CDA-fractie geven aan dat uit het derde lid, sub b, van het artikel valt af te leiden dat de zorgverzekeraar op dit moment nog de hoogte van de vergoeding zelf mag bepalen. Zij vragen of dit betekent dat de zorgverzekeraar de tarieven van de pgb bijvoorbeeld op 50 procent van de prijs van Zorg in Natura mag stellen.

Zorgverzekeraars hebben de bevoegdheid om in hun polis op te nemen hoe hoog de vergoeding is die zij bieden, als een verzekerde ervoor kiest om geen gebruik te maken van het gecontracteerde aanbod. In de bestuurlijke afspraken is opgenomen dat bij de modaliteit die de verzekeraar kiest bijvoorbeeld sprake moet zijn van een maximum toereikend budget of een toereikend tarief. Er kunnen dus verschillen zijn in de wijze waarop zorgverzekeraars dit invullen. Een verzekerde kan daarmee rekening houden in zijn keuze voor een basispolis. Dit is in lijn met het stelsel van de Zvw. Het is daarmee in eerste instantie aan de zorgverzekeraar om te bepalen wanneer de vergoeding toereikend is. Als een verzekerde vindt dat dat niet het geval is, dan kan hij zijn zorgverzekeraar daarop aanspreken. Met het voorgestelde artikel kan bovendien bij AMvB een minimumvergoeding worden vastgesteld, als in de praktijk blijkt dat zorgverzekeraars hier niet zorgvuldig mee omgaan.

De leden van de CDA-fractie vinden dat de regering een groot risico neemt door het allemaal bij de verantwoordelijkheid van de zorgverzekering te leggen, en vragen of hier geen sprake is van een ongelijke positie van de burger richting de zorgverzekeraar, waarbij de zorgverzekeraar een financieel belang kan hebben om de schade beperkt te houden.

De zorgverzekeraar is er verantwoordelijk voor dat hij goede zorg tegen een gunstige prijs voor zijn verzekerden afspreekt, waardoor ook de premie zo laag mogelijk gehouden wordt. De verzekerde heeft de keuze welke zorgverzekering hij bij welke zorgverzekeraar sluit. Daardoor hebben de verzekerden in belangrijke mate invloed op de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar moet immers dingen naar de gunsten van de verzekerde. Het belang van het zo beperkt mogelijk houden van de schade is verder niet alleen in het belang van de zorgverzekeraar. De verzekerde wil immers een zo laag mogelijke premie. Zijn belang is daarbij misschien nog wel groter dan dat van de zorgverzekeraar. Tot slot wordt er strikt gemonitord om te kunnen zien of het systeem werkt zoals beoogd, of dat aanpassingen nodig zijn.

Verwerking van declaraties

De leden van de CDA-fractie stellen vast dat is bepaald dat het Zvw-rgb achteraf vergoed wordt. Zij vragen of er hierbij rekening mee wordt gehouden dat dit enorme bedragen kunnen zijn. Zij denken daarbij bijvoorbeeld aan intensieve kindzorg met nachtverpleging. Zij vragen hoe

hiermee wordt omgegaan als mensen deze bedragen niet kunnen voorschieten. Zij vragen of het straks gaat uitmaken of je een financiële buffer hebt (in de vorm van een spaarrekening) of je in aanmerking kan komen voor een Zvw-pgb.

De Zvw kent al een restitutiesysteem waarin nota's worden betaald nadat deze door de verzekerde zijn ingediend. Het restitutiesysteem is vergelijkbaar met het trekkingsrecht waarbij de verzekerde ook niet meer vooraf geld op zijn rekening krijgt. Dit voorkomt misbruik.

Zorgverzekeraars zijn niet voornemens te bevoorschotten. Bij de afspraken die de verzekerde maakt met de zorgaanbieder kan hij afspraken maken over de betaaltermijn van de rekening. De verzekerde kan daarbij rekening houden met de betaaltermijn die de zorgverzekeraar in acht neemt voor het betalen van declaraties die op basis van restitutie worden ingediend. Zorgverzekeraars betalen in de regel de declaraties snel uit (binnen 14 dagen). Indien de verzekerde tijdig zijn declaraties indient is er daarom geen aanleiding om een voorschot te verstrekken. Bovendien heeft de zorgverzekeraar, zoals in de bestuurlijke afspraken is opgenomen, de mogelijkheid om de nota, na indiening door de verzekerde, rechtstreeks te betalen aan de zorgverlener.

Overgangsrecht

De leden van de CDA-fractie constateren dat het overgangsrecht er toe leidt dat een bepaalde groep mensen per 1 januari 2016 niet meer in aanmerking zal komen voor een Zvw-pgb. Zij vragen of de regering een schatting kan geven hoeveel mensen dit zal betreffen. Zij vragen of de regering zich ook kan voorstellen dat zal blijken dat de doelgroep ruimer moet zijn, omdat het pgb hier een goed middel is om eigen regie te voeren. Zij vragen welke rol de regering in 2015 voor zichzelf ziet weggelegd, en welke instrumenten heeft zij in handen.

Iedereen die niet voldoet aan de criteria, komt niet in aanmerking voor het Zvw-pgb. Om de continuïteit van zorg voor huidige pgb-houders te borgen zullen pgb-houders die op 31 december 2014 een geldig indicatiebesluit en een pgb hebben voor verpleging en/of verzorging, door zorgverzekeraars op 1 januari 2015 worden beschouwd als zijnde in het bezit van een geldige verwijzing voor Zvw-pgb. Deze pgb-houders behouden hun recht op zorg in de vorm van een Zvw-pgb zolang de indicatie duurt, doch uiterlijk tot en met 31 december 2015. Dit geldt niet voor pgb-houders die hun Zvw-pgb volledig bij een gecontracteerde zorgaanbieder te gelde brengen. Voor hen wordt zodra deze situatie is geconstateerd de zorg in natura ingekocht. Voor deze groep is de continuïteit van zorg dus ook geborgd.

Op dit moment is geen precies zicht op de samenstelling van de groep pgb-houders onder de AWBZ. Daarom is geen schatting te geven van het aantal mensen dat op grond van de criteria niet meer in aanmerking zal komen voor het Zvw-pgb. Met ZN en Per Saldo is afgesproken dat de ontwikkelingen goed zullen worden gemonitord. Daarbij zal de afbakening van de doelgroep expliciet aan de orde komen. Deze monitoring zal gezamenlijk worden vorm gegeven door ZN, Per Saldo en het Ministerie van VWS. Als daarbij blijkt dat aanpassing van de afspraken nodig is, dan zullen partijen dat in overleg doen. Ik heb, met het voorgestelde artikel 13a, de mogelijkheid om bij lagere regelgeving voorwaarden vast te stellen, als dat noodzakelijk blijkt.

Kan de regering garanderen dat per 1 september 2015 alle budgethouders duidelijkheid hebben over de toekenning van hun pgb voor het jaar 2016?

ZN zal met zorgverzekeraars bespreken dat alle budgethouders die onder het overgangsrecht vallen uiterlijk 1 september 2015 duidelijkheid krijgen of zij, gezien de voorwaarden en criteria voor het Zvw-pgb, ook in 2016 in aanmerking komen voor het Zvw-pgb.

Slotbepalingen

De leden van de CDA-fractie vragen of zij het goed hebben begrepen dat mensen niet zomaar voorbehouden handelingen mogen verrichten. Zij vragen of kwaliteit voor mensen die langdurig gebruik maken van zorg niet iets anders is dan mensen die kortdurend zorg ontvangen.

Net als onder de AWBZ en bij alle andere zorg onder de Zvw is de Wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (Wet BIG) hier van toepassing. De Wet BIG stelt grenzen aan het verrichten van voorbehouden handelingen. Niet-professionals mogen deze alleen onder bepaalde voorwaarden verrichten. De situatie verandert niet ten opzichte van de huidige situatie. Er is daarmee ook geen onderscheid tussen langdurige en kortdurende zorg.

Fraudetoets

De leden van de CDA-fractie willen graag weten waarom de uitvoering van de strafrechtelijke vervolging in geval van geconstateerde fraude ingewikkelder zal zijn, omdat zorgverzekeraars zelf de mogelijkheid hebben om de voorwaarden in te vullen. Zij vragen of de regering dit kan toelichten. Zij vragen waarom de regering er niet voor kiest om alle zorgverzekeraars dezelfde voorwaarden te laten gebruiken, als dit de fraudebestrijding lastiger maakt. Zij stellen dat dit ook de rechtszekerheid van de pgb-houders vergroot.

Er is een fraudetoets uitgevoerd om de fraudebestendigheid van het wetsvoorstel voor invoering van het pgb in de Zvw zoveel mogelijk te borgen. Het Openbaar Ministerie (OM) heeft in het kader van deze fraudetoets aangegeven dat, ook als zorgverzekeraars de voorwaarden in hun polissen zelf kunnen invullen, strafrechtelijke vervolging mogelijk is. Wel zal de uitvoering van strafrechtelijke vervolging voor het OM ingewikkelder zijn. Dit heeft ermee te maken dat per geval bekeken moet worden welke voorwaarden in de betreffende polis van toepassing waren en het OM tegen die achtergrond moet beoordelen of er aanleiding is voor strafrechtelijke vervolging. Strafrechtelijke vervolging is daarmee nog steeds goed mogelijk, maar arbeidsintensiever voor het OM. De fraudebestendigheid is daarmee, ook met verschillende polissen van verschillende zorgverzekeraars, voldoende geborgd.

Overige

De leden van de CDA-fractie vragen wat artikel 13a Zvw zal gaan betekenen voor de administratieve lastendruk voor de burger. Hier geeft de regering geen informatie over. Is dit bekend, en wat vindt de regering redelijk om van de burger te vragen?

Artikel 13a leidt niet tot extra administratieve lasten voor de burger. Immers, ook het AWBZ-pgb legt de verzekerde administratieve verplichtingen op. In plaats van het moeten voldoen aan de verplichtingen die het AWBZ-pgb met zich brengt, moet de verzekerde straks voldoen aan de verplichtingen die het Zvw-pgb met zich brengt.

De leden van de CDA-fractie vragen of de regering het redelijk vindt dat iedere zorgverzekeraar andere eisen aan de verantwoording Zvw-pgb kan stellen.

De zorgverzekeraar mag in zijn polisvoorwaarden voorwaarden opnemen voor de wijze waarop een verzekerde zijn zorg declareert en verantwoordt. Dat geldt ook bij het Zvw-pgb. De wijze van verantwoording is één van de onderdelen van het reglement dat zorgverzekeraars momenteel opstellen voor de nadere invulling van het Zvw-pgb. De zorgverzekeraars zullen een gezamenlijk standaardreglement opstellen dat de basis vormt voor het reglement van elke zorgverzekeraar. Vervolgens kan elke zorgverzekeraar voor hun eigen reglement hierop aanpassen/aanvullen. Ik verwacht in verband daarmee niet dat er grote verschillen tussen zorgverzekeraars zullen zijn voor wat betreft de verantwoording door de verzekerde.

De leden van de CDA-fractie vragen tot slot hoe het zal gaan met de indicatiestelling voor de verpleging en verzorging en wie gaat de hoeveelheid noodzakelijke zorg vaststellen? Wanneer moet je naar de wijkverpleegkundige, wanneer naar de huisarts, wanneer loopt dit via de medische specialist en waar kan de zorgvrager nu precies op rekenen, zo vragen zij?

De indicatie wordt gesteld door de verpleegkundige. Zij stelt de behoefte aan verpleging en verzorging in de eigen omgeving van de verzekerde naar aard, inhoud en omvang vast. Zij stelt dus de verpleegkundige diagnose vast, bepaalt welke verpleegkundige/verzorgende handelingen verricht moeten worden en hoeveel de cliënt nog zelf kan. De medische diagnose is voorbehouden aan de huisarts, physician assistent, verpleegkundig specialist of de medisch-specialist (verder te noemen: behandelaar), maar deze hoeft niet vooraf te gaan aan de verpleegkundige diagnose. Contact met de behandelaar is van belang om de verpleegkundige en de medische diagnose te combineren, met andere woorden om tot een compleet behandel-/zorgtraject te komen. Het is aan de professionele deskundigheid van de verpleegkundige en in voorkomende gevallen de verzorgende, om te bepalen op welk moment de behandelaar op de hoogte wordt gesteld.

Afhankelijk van de zorgvraag gaat iemand eerst naar de wijkverpleegkundige of eerst naar de huisarts. Zo nodig wordt naar de huisarts of wijkverpleging doorgestuurd. Naar de medisch-specialist gaan kan alleen op verwijzing van de huisarts of een van de andere in de polis geregeld verwijzers. De medisch-specialist kan een cliënt ook naar de wijkverpleging of huisarts sturen.

Zoals hiervoor is aangegeven wordt op dit moment door V&VN in samenspraak met Actiz, BTN, VNG, ZN en het Ministerie van VWS en Sport een intake/indicatie-instrument ontwikkeld om een goede, eenduidige en objectieve indicatiestelling te borgen, Verder wordt door V&VN, samen met patiëntenorganisaties, zorgaanbieders en verzekeraars, richtlijnen voor verpleegkundig en verzorgend handelen ontwikkeld. Richtlijnen helpen zorgprofessionals in hun besluitvorming over passende zorg en beogen de kwaliteit van zorg te verbeteren.

Anders dan de leden van de CDA-fractie menen is het niet zo dat de wetgever de indicatiestelling en de vraag of iemand in aanmerking komt voor een Zvw-pgb in één hand heeft gelegd. De indicatiestelling geschiedt door de verpleegkundige. De zorgverzekeraar beoordeelt of iemand in aanmerking komt voor het Zvw-pgb. Wel zouden zorgverzekeraars kunnen afspreken om als onderdeel van de verpleegkundige indicatie te laten toetsen of er sprake is van de toekenningscriteria zoals die zijn opgenomen in de bestuurlijke afspraken voor het Zvw-pgb.

Inbreng PVV-fractie

De leden van de PVV-fractie vragen waarom ervoor is gekozen het Zvw-pgb onder artikel 13 te hangen en of dit niet een foutje is.

Er is voor gekozen om het Zvw-pgb na artikel 13 van de Zvw te regelen, omdat het Zvw-pgb, net als de regeling in artikel 13, een uitzondering is in de naturapolis.

De leden van de PVV-fractie vragen of Per Saldo op de hoogte gesteld van het voornemen om artikel 13 te schrappen?.

Het is niet zo dat artikel 13 van de Zvw wordt geschrapt. Per Saldo was en is op de hoogte dat het voorgesteld artikel 13a met een nota van wijziging op het onderhavige voorstel van wet in de Zvw wordt opgenomen.

De leden van de PVV-fractie merken op dat de keuzevrijheid voor de verzekerde met een aanspraak op verpleging en verzorging zowel voor verzekerden met een naturapolis, als die met een restitutiepolis wettelijk wordt vastgelegd. Zij vragen hoelang deze keuzevrijheid houdbaar is.

Als het onderhavige wetsvoorstel door het parlement is aanvaard en tot wet verheven, is de keuzevrijheid met betrekking tot het Zvw-pgb wettelijk vastgelegd. Zolang artikel 13a Zvw blijft bestaan, blijft die keuzevrijheid in ieder geval bestaan. Als de leden van de PVV-fractie er op doelen dat de keuzevrijheid er niet echt is als zorgverzekeraars in hun polis een te lage vergoeding bieden, dan zij opgemerkt dat daarmee dan de bestuurlijke afspraken niet goed worden ingevuld. Op basis van het bij nota van wijziging voorgestelde artikel 13a is het mogelijk in te grijpen door in lagere regelgeving een minimumtarief op te nemen.

De leden van de PVV-fractie vragen of er over de aanvullende voorwaarden die zorgverzekeraars mogen stellen ook afspraken zijn gemaakt. Zij vragen over welke aanvullende voorwaarden het hier gaat. Zij vragen of zorgverzekeraars de eisen voor toegang tot het pgb ook nog kunnen aanscherpen en of zorgverzekeraars verplichte deelname in het EPD/LSP kunnen eisen van cliënten die aanspraak kunnen maken op het pgb. Zij vragen in hoeverre cliënten al hun medische gegevens moeten overleggen. Zij vragen of dat ook een aanvullende voorwaarde kan zijn.

Noch in de bestaande wet- en regelgeving noch in het onderhavige wetsvoorstel, wordt dwingend verwezen naar het LSP. Zorgverzekeraars verwijzen bij het vaststellen van contracten naar de kwaliteitseisen van de beroepsgroep. Alleen als de beroepsgroep heeft aangegeven dat elektronische gegevensuitwisseling via het LSP als kwaliteitseis wordt gezien, kunnen de zorgverzekeraars dit als zodanig in hun contracten opnemen. Bij het Zvw-pgb is daar overigens geen sprake van, omdat het daarbij niet gaat om gecontracteerde zorg. Maar in algemene zin is het dus de beroepsgroep zelf die beslist of aansluiting op het LSP als kwaliteitseis voor de beroepsgroep geldt.

Ik hecht belang aan goede elektronische uitwisseling in de zorg. Met het oog op verantwoorde zorg is het voorstelbaar dat verzekeraars dat stimuleren. Maar het staat zorgaanbieders uiteraard vrij zich aan te sluiten op een ander systeem voor elektronische gegevensuitwisseling. Ook de keuze om dit niet te doen staat vrij. En vooral: het is aan de patiënt te bepalen of hij wel of niet wil dat zijn gegevens uitgewisseld worden, al dan niet via een elektronisch uitwisselingssysteem. In het wetsvoorstel dat ter behandeling in uw Kamer ligt wordt dan ook een opt-in geregeld.

Met de afspraken die door ZN, Per Saldo en de regering zijn gemaakt is verdere invulling gegeven aan de wijze waarop zorgverzekeraars vorm gaan geven aan het Zvw-pgb, en wat daarbij van verzekerden wordt verwacht. De leden van de PVV-fractie vragen wat deze afspraken waard zijn als zorgverzekeraars nog aanvullende voorwaarden kunnen stellen.

De bestuurlijke afspraken tussen ZN, Per Saldo en VWS vormen de basis van de wijze waarop het Zvw-pgb wordt uitgevoerd. Zorgverzekeraars dienen rekening te houden met de gemaakte afspraken en deze te verwerken in hun polisvoorwaarden. Op een aantal punten is, conform de systematiek van de Zvw, ruimte voor zorgverzekeraars om zelf invulling te geven aan de uitvoering van het Zvw-pgb. Dat is onder meer het geval bij het kunnen stellen van aanvullende kwaliteitseisen. Zoals ook elders in de beantwoording van deze vragen is aangegeven hangt dit onderdeel van de bestuurlijke afspraken samen met de weigeringsgrond dat het onvoldoende aannemelijk is dat zal worden voorzien in zorg van voldoende kwaliteit. Zorgverzekeraars Nederland (ZN) heeft ons geïnformeerd dat verzekeraars van deze mogelijkheid gebruik willen kunnen maken, als blijkt dat de weigeringsgrond van toepassing is, maar de zorgverzekeraar er door aanvullende kwaliteitseisen van verzekerd kan worden dat wel adequate zorg kan worden geleverd.

De leden van de PVV-fractie zijn van mening dat door het gemaakte onderscheid in verband met normale verouderingsprocessen ouderen zullen worden terugverwezen naar de Wmo. Zij vragen of de regering kan garanderen dat dit niet zal gebeuren. Zij vragen of de regering dus kan garanderen dat ouderen niet aangewezen worden op niet professionele lijfsgebonden zorg.

Dat ouderen of andere verzekerden, als zij op grond van de criteria niet in aanmerking komen voor het Zvw-pgb, worden terugverwezen naar de Wmo is niet aan de orde. In die gevallen is immers al wel vastgesteld dat de verzekerde aanspraak heeft op wijkverpleging uit de Zvw. De verzekerde komt dan in aanmerking voor zorg in natura. In reactie op de vraag of de regering kan garanderen dat ouderen niet aangewezen worden op niet-professionele lijfsgebonden zorg, wil ik erop wijzen dat het Zvw-pgb juist ook de mogelijkheid biedt om de verzekerde te kunnen laten kiezen voor niet-professionele zorg.

De leden van de PVV-fractie vragen waarom er in de bestuurlijke afspraken voor is gekozen dat de modaliteit van toekenning van het Zvw-pgb per zorgverzekeraar kan verschillen (bijvoorbeeld een maximum toereikend budget voor een bepaalde tijdsperiode of een aantal uren tegen een toereikend tarief).

Zorgverzekeraars hebben de bevoegdheid om in hun polis op te nemen hoe hoog de vergoeding is die zij bieden, als een verzekerde ervoor kiest om geen gebruik te maken van het gecontracteerde aanbod. In de bestuurlijke afspraken is opgenomen dat bij de modaliteit die de verzekeraar kiest bijvoorbeeld sprake moet zijn van een maximum toereikend budget of een toereikend tarief. Er kunnen dus verschillen zijn in de wijze waarop zorgverzekeraars dit invullen. Een verzekerde kan daarmee rekening houden in zijn keuze voor een basispolis. Dit is in lijn met het stelsel van de Zvw.

Inbreng D66-fractie

De leden van de D66-fractie lezen dat het Zvw-pgb toegankelijk is voor verzekerden die «langdurig op wijkverpleging zijn aangewezen». Zij vragen de regering toe te lichten wat in dit verband onder «langdurig» dient te worden verstaan.

In de bestuurlijke afspraken is dit niet in detail vastgelegd. Achterliggende gedachte bij de gemaakte afspraak is dat hiermee wordt aangesloten bij de afbakening die sinds 1 januari 2013 ook in de AWBZ geldt. Daar geldt dat alleen cliënten met een langdurige zorgbehoefte in aanmerking komen voor een pgb. In de Regeling subsidies AWBZ is dat geëxpliciteerd door daarbij indicatiebesluiten langer dan een jaar als uitgangspunt te nemen, tenzij bij een indicatiebesluit met een kortere geldigheidsduur blijkt dat sprake is van een langdurige zorgbehoefte die ten minste een jaar zal voortbestaan. Het ligt voor de hand om bij deze termijn aan te sluiten.

De leden van de D66-fractie constateren dat de groep mensen met een terminale zorgvraag niet als afzonderlijke doelgroep is genoemd voor het Zvw-pgb. Deze leden vragen of er voor deze groep wel recht bestaat op een Zvw-pgb, en vragen de regering daarbij ook in te gaan op de verhouding tussen de Zvw en de Wlz voor specifiek deze zorgvraag.

Of terminale zorg vanuit de Wlz of vanuit de Zvw wordt gefinancierd hangt af van de zorg die de verzekerde voor het terminale stadium ontving. Kreeg de verzekerde al Wlz-zorg, dan wordt die zorg vanuit de Wlz gefinancierd. Is een verzekerde bijvoorbeeld na ziekenhuisopname aangewezen op thuisverpleging, dan valt dat onder de aanspraak in de Zvw.

Zoals hierboven uiteen gezet, is het Zvw-pgb, in lijn met de afbakening in de AWBZ, bedoeld voor verzekerden met een langdurige zorgvraag. Dat kan ook het geval zijn bij verzekerden met een terminale zorgvraag. Vanuit die zorgvraag zelf, of omdat het terminale stadium volgt op een eerder traject met verpleging en verzorging. Het Zvw-pgb is niet in eerste instantie bedoeld voor een situatie waarin de terminale zorgvraag op zichzelf staat en kortdurend is.

Inbreng ChristenUnie-fractie

De leden van de fractie van de ChristenUnie willen van de regering weten op welke wijze zij het gebruik van het Zvw-pgb «nauwlettend» gaat monitoren.

In de bestuurlijke afspraken met Per Saldo en ZN is afgesproken dat periodiek zal worden bezien of het Zvw-pgb de beoogde toekomstbestendige oplossing is als antwoord op specifieke zorgvragen waarbij de verzekerde zelf maximale eigen regie kan en wil uitoefenen. Daarbij is ook afgesproken welke punten daarbij in ieder geval aan de orde komen. Zoals in de afspraken opgenomen gaat het daarbij om financiële houdbaarheid, de afbakening van de doelgroep, noodzaak tot aanscherping en/of toevoeging van de criteria op basis waarvan verzekerden in aanmerking komen voor een Zvw-pgb, kwaliteit van de ingezette zorg en de verwerking van declaraties.

Wij zijn nog in overleg met beide partijen over de wijze waarop deze monitoring in de praktijk wordt ingevuld.

De leden van de fractie van de ChristenUnie constateren dat het Zvw-pgb door zorgverzekeraars moet worden vastgelegd in de polis. Deze leden vragen of het juist is dat zorgverzekeraars daarbij extra kwaliteitseisen

mogen stellen, en aan welke voorwaarden deze kwaliteitseisen dan moeten voldoen. Zij vragen of deze kwaliteitscriteria voor verzekerden transparant gemaakt en, zo ja, op welke wijze. Zij vragen of zorgverzekeraars mogen verplichten dat altijd zorg door professionals wordt ingekocht en hoe zich dit verhoudt tot de keuzevrijheid van cliënten.

Het is juist dat zorgverzekeraars, op basis van de gemaakte bestuurlijke afspraken, extra kwaliteitseisen mogen stellen aan de wijze waarop het Zvw-pgb wordt ingezet. Dit onderdeel van de bestuurlijke afspraken hangt samen met de weigeringsgrond dat het onvoldoende aannemelijk is dat zal worden voorzien in zorg van voldoende kwaliteit. Zorgverzekeraars Nederland (ZN) heeft ons geïnformeerd dat verzekeraars van deze mogelijkheid gebruik willen kunnen maken, als blijkt dat de weigeringsgrond van toepassing is, maar de zorgverzekeraar er door aanvullende kwaliteitseisen van verzekerd kan worden dat wel adequate zorg kan worden geleverd. Het kan daarbij ook gaan om de vraag of en op welke wijze niet-professionals mogen worden ingezet. Zorgverzekeraars zouden zich echter niet aan de bestuurlijke afspraken houden, als zij inzet van niet-professionals categoriaal uitsluiten. In de afspraken is immers expliciet opgenomen dat de zorgverlener ook een niet-professional kan zijn. Zorgverzekeraars dienen deze aanvullende kwaliteitseisen in hun polisvoorwaarden op te nemen.

De leden van de ChristenUnie-fractie vragen hoe wordt voorkomen dat de voorwaarden bij het Zvw-pgb via de polis jaarlijks veranderen, waardoor voor de gebruikers en zorgverleners veel onzekerheid ontstaat en de continuïteit van zorg via het Zvw-pgb in gevaar komt.

De voorwaarden voor het Zvw-pgb zijn in grote lijnen vastgelegd in de bestuurlijke afspraken. Zorgverzekeraars dienen de daarin gemaakte afspraken op te nemen in hun polissen. Als de bestuurlijke afspraken niet worden aangepast, zal er dan ook geen aanleiding zijn voor zorgverzekeraars om hun polissen daarop aan te passen. Niettemin kunnen er natuurlijk ieder jaar wijzigingen in de polis zijn op grond van de bevoegdheid van de zorgverzekeraar daartoe. Dat kan voor de verzekerde aanleiding zijn om over te stappen naar een andere zorgverzekeraar. Ik zie echter geen aanleiding om aan te nemen dat de continuïteit van zorg voor verzekerden daarmee in gevaar dreigt te komen, gezien de wettelijke verankering van het Zvw-pgb en de gemaakte bestuurlijke afspraken.

De leden van de fractie van de ChristenUnie constateren voorts dat aan de verantwoording van het gebruik van het Zvw-pgb door de cliënt nadere voorwaarden mogen worden gesteld door de verzekeraar. Zij vragen waarom er niet voor is gekozen deze verantwoording wettelijk te verankeren of tenminste voor meerdere jaren vast te stellen. Zij vragen of het binnen de voorgestelde regeling kan voorkomen dat de eisen aan de verantwoording van het Zvw-pgb per jaar veranderen.

De zorgverzekeraar mag in zijn polisvoorwaarden voorwaarden opnemen voor de wijze waarop een verzekerde zijn zorg declareert en verantwoordt. Dat geldt ook bij het Zvw-pgb. De wijze van verantwoording is één van de onderdelen van het reglement dat zorgverzekeraars momenteel opstellen voor de nadere invulling van het Zvw-pgb. De zorgverzekeraars zullen een gezamenlijk standaardreglement opstellen dat de basis vormt voor het reglement van elke zorgverzekeraar. Vervolgens kan elke zorgverzekeraar voor hun eigen reglement hierop aanpassen/aanvullen. Ik verwacht niet dat verzekeraars aanleiding hebben om hierin ieder jaar grote aanpassingen te doen. Overigens is het ook in de huidige Regeling subsidies AWBZ mogelijk om jaarlijks aanpassingen aan te brengen aan, onder

meer, de wijze van verantwoording. Dat is in de afgelopen jaren ook diverse malen gebeurd.

De leden van de fractie van de ChristenUnie constateren dat in de langdurige zorg via de Wlz is voorzien in de mogelijkheid van praktische ondersteuning van de pgb-houder door een vertegenwoordiger. Zij vragen of er een vergelijkbare regeling voor het Zvw-rgb is.

Voor zover de leden van de ChristenUnie-fractie hier doelen op de voorwaarden dat, als de verzekerde daartoe zelf niet in staat is, ook een vertegenwoordiger verantwoordelijk kan zijn voor de aan het Zvw-rgb verbonden voorwaarden en voor het kunnen zorg dragen voor verantwoorde zorg, kan ik melden dat dat op vergelijkbare wijze is geregeld als in de andere domeinen. Vergelijkbaar met de huidige Regeling subsidies AWBZ en de Wlz, is als voorwaarde opgenomen dat een verzekerde zelf of zijn vertegenwoordiger aan de hierboven genoemde voorwaarden moet voldoen om in aanmerking te komen voor het Zvw-rgb. In de praktijk zal het er dan op neerkomen dat die vertegenwoordiger de verzekerde ook ondersteunt bij de inzet van het Zvw-rgb.

De leden van de fractie van de ChristenUnie vragen of in geval dat een geschil tussen de zorgverzekeraar en de aanvrager van het Zvw-rgb bij de SKGZ voorligt en de zorgverzekeraar in de tussentijd een zorgplicht heeft die hij op andere wijze goed moet invullen of deze invulling «op andere wijze» ook passend moet zijn. Hoe wordt daar invulling aan gegeven, zo vragen zij. Kan op basis van een praktijkvoorbeeld geschetst worden op welke wijze de belangen van verzekerden geborgd worden?

Als een verzekerde een geschil heeft met zijn zorgverzekeraar over de toekenning van een Zvw-rgb, kan hij in de tussenliggende periode desgewenst gebruik maken van de in zijn naturapolis geregelde zorg in natura dan wel van de vergoedingsmogelijkheid die zijn restitutiepolis biedt. Zo nodig kan hij in dat geval bemiddeling vragen. De zorgverzekeraar moet daarbij zorgen dat de verzekerde de voor hem geïndiceerde zorg op passende wijze, aansluitend op zijn zorgbehoefte ontvangt. Bij een geschil over het Zvw-rgb zal het dan gaan om een door de zorgverzekeraar gecontracteerde aanbieder of, ingeval van een restitutiepolis, een aanbieder uit de in de polis genoemde categorieën van aanbieders. Een praktijkvoorbeeld is nog niet te noemen omdat de wijkverpleging op dit moment nog geen onderdeel uitmaakt van het Zvw-pakket en het Zvw-rgb hiervoor nog niet is ingevoerd.

De leden van de ChristenUnie fractie constateren dat zorgverzekeraars de voorwaarde kunnen stellen dat de zorgverlening pas start en kan worden gedeclareerd als de zorgverzekeraar akkoord is gegaan met de zorgovereenkomsten. Zij vragen op welke wijze wordt voorkomen dat verzekerden in de periode daarvoor niet de zorg krijgen die nodig is. Zij vragen hoeveel tijd er maximaal mag verstrijken tussen het ontstaan van een zorgvraag en de te leveren zorg. Zij vragen hoe wordt voorkomen dat verzekerden in financiële problemen raken, doordat zij noodzakelijke zorg (voorlopig) op eigen kosten moeten inkopen in afwachting van een akkoord met de zorgverzekeraar.

De zorgverzekeraar heeft een zorgplicht. Dat betekent dat hij er zorg voor moet dragen dat zorg tijdig beschikbaar is voor zijn verzekerden. Als een verzekerde daarbij gebruik maakt van een Zvw-rgb, dan betekent dat in de praktijk ook dat een zorgverzekeraar ervoor zorg moet dragen dat de verzekerde tijdig uitsluitel heeft over eventuele goedkeuring.

Er worden, overigens vergelijkbaar met de huidige situatie in de AWBZ, verschillende stappen gezet om zorgvuldig te beoordelen welke zorg de verzekerde nodig heeft en van welk zorgaanbod hij daarbij gebruik kan maken. De wijkverpleegkundige zal om te beginnen vaststellen of er aanspraak is op verpleging en verzorging en zal, indien dat het geval is, samen met de verzekerde een zorgplan opstellen. De verzekerde kan zich daarna oriënteren op zorg, waarbij hij zich een oordeel kan vellen over de beschikbare zorg in natura en zich kan oriënteren op zorg die hij eventueel zelf zou kunnen inkopen met een Zvw-pgb. Als hij vervolgens wil kiezen voor een Zvw-pgb, dan kan hij zich met een budgetplan bij zijn zorgverzekeraar melden die op basis van het budgetplan bekijkt of de verzekerde in aanmerking komt voor een Zvw-pgb. Na akkoord van de zorgverzekeraar legt de verzekerde op verzoek de gesloten zorgovereenkomsten over, waarop de zorgverzekeraar, indien hij dat als voorwaarde gesteld heeft, akkoord moet verlenen. Deze laatste stap is in lijn met de wijze waarop dat bij het trekkingsrecht is geregeld, waarbij het zorgkantoor akkoord dient te verlenen op de zorgovereenkomsten.

Deze stappen zijn nodig om ervoor te zorgen dat de verzekerde de zorg krijgt die hij nodig heeft en hem te beschermen tegen het maken van kosten, als hij niet voor de zorg in aanmerking komt. Mocht een verzekerde van mening zijn dat zijn zorgverzekeraar niet tijdig beslist, dan kan hij hem aanspreken op zijn zorgplicht en, zo nodig, in de tussentijdse periode verzoeken om zorg in natura te regelen.

Op dit moment is nog niet te zeggen op welke wijze dit precies zal worden uitgevoerd en hoeveel tijd zorgverzekeraars nodig zullen hebben voor een dergelijke beslissing. ZN heeft mij geïnformeerd dit onderwerp mee te nemen in de gesprekken met zorgverzekeraars over de uitvoering van het Zvw-pgb.

De leden van de ChristenUnie vragen op welke wijze de toegang tot identiteitsgebonden zorg in deze wetswijziging is gegarandeerd en waarom is ervoor gekozen om identiteitsgebonden zorg niet in de criteria op te nemen?

Het gaat bij de toekenning van het Zvw-pgb om zorginhoudelijke criteria. Iedereen die daaraan voldoet, komt in aanmerking voor een Zvw-pgb. Daarbij wordt geen onderscheid gemaakt naar de identiteit van de verzekerde.

De leden van de ChristenUnie-fractie vragen op welke wijze continuïteit van zorg is gewaarborgd voor bestaande budgethouders. De leden van de ChristenUnie fractie vragen bovendien welke groepen op basis van de criteria niet (meer) in aanmerking van het Zvw-pgb en op welke wijze wordt voor deze groepen continuïteit van zorg wordt gewaarborgd?

Iedereen die niet voldoet aan de criteria, komt niet in aanmerking voor het Zvw-pgb. Om de continuïteit van zorg voor huidige pgb-houders te borgen zullen pgb-houders die op 31 december 2014 een geldig indicatiebesluit en een pgb hebben voor verpleging en/of verzorging, door zorgverzekeraars op 1 januari 2015 worden beschouwd als zijnde in het bezit van een geldige verwijzing voor het Zvw-pgb. Deze pgb-houders behouden hun recht op zorg in de vorm van een Zvw-pgb zolang de indicatie duurt, doch uiterlijk tot en met 31 december 2015. Dit geldt niet voor pgb-houders die hun Zvw-pgb volledig bij een gecontracteerde zorgaanbieder te gelde brengen. Voor hen wordt zodra deze situatie is geconstateerd de zorg in natura ingekocht. Voor deze groep is de continuïteit van zorg dus ook geborgd.

Inbreng GroenLinksfractie

Deze van de Groen-Linksfractie vragen waarom de regering er niet voor heeft gekozen om met afzonderlijk wetsvoorstel het invoeren van het pgb in de Zorgverzekeringswet. Zij menen dat met aanpassing van artikel 13 er sprake is van een beperking van de regie en zien dus liever een voorstel dat duidelijk gericht is op meer eigen regie.

De regering heeft gekozen om het Zvw-pgb met een nota van wijziging op het onderhavige wetsvoorstel in de Zvw in te voeren omdat het hier net als artikel 13 gaat om een uitzondering op de naturapolis. Het gaat immers om een al bestaande mogelijkheid in de restitutie. Voor het Zvw-pgb wordt niet artikel 13 aangepast, maar het Zvw-pgb wordt in een afzonderlijke bepaling (artikel 13a) geregeld. Er is geen sprake een beperking van de regie. De zorgverzekeraars krijgen met artikel 13 de opdracht om de al bestaande mogelijkheid in iedere polis aan te bieden. Dat geldt zowel voor natura- als voor restitutiepólissen.

De leden van de GroenLinks-fractie vragen welke afspraken zijn gemaakt met partijen zoals de CU en SGP over het wetsvoorstel waarin artikel 13 van de Zvw wordt gewijzigd. Zij vragen of de afspraken nog zullen leiden tot aanpassing van het wetsvoorstel.

De VVD en PvdA hebben met D66, CU en SGP het eerder gesloten principe-akkoord over het wetsvoorstel waarin artikel 13 van de zorgverzekeringswet gewijzigd wordt, met nadere afspraken uitgewerkt. Er zal geen nota van wijziging worden ingediend. De betrokken partijen hebben zelf amendementen met wijzigingsvoorstellen ingediend. De partijen hebben daarover een persbericht uitgebracht.

De leden van de GroenLinksfractie krijgen graag meer duidelijkheid over de polis die zorgverzekeraar en verzekerde afsluiten en die leidend is voor het Zvw-pgb. Zij vragen of dit betekent dat het pgb bij de ene zorgverzekeraar straks toegankelijker kan zijn dan bij een andere zorgverzekeraar. Zij vragen welke ruimte zorgverzekeraars hierin hebben.

De gemaakte bestuurlijke afspraken dienen vorm te krijgen in de door de zorgverzekeraars op te stellen polissen. In die afspraken is ondermeer vastgelegd voor welke doelgroep het Zvw-pgb bedoeld is en aan welke criteria de zorgvraag van de verzekerde moet voldoen om voor een Zvw-pgb in aanmerking te komen. Op grond van de gemaakte afspraken hebben zorgverzekeraars niet de ruimte om daar strengere criteria voor de toegang aan toe te voegen. De toegankelijkheid van het Zvw-pgb is daarmee geborgd.

De leden van de GroenLinks-fractie lezen in paragraaf 4.1 van het onderhandelingsresultaat: «Indien de door de natuurlijk persoon geboden zorg (mede) voorbehouden handelingen treft, dan dient dit conform de Wet BIG te geschieden». Deze leden hebben begrepen dat zorgverzekeraars niet altijd op de hoogte zijn dat ook geautoriseerde personen deze voorbehouden handelingen mogen uitvoeren. Zij vragen of de regering de mening deelt dat dit ook onderdeel zou moeten zijn van de polisvoorwaarden.

Dit onderwerp is bij de totstandkoming van de bestuurlijke afspraken uitgebreid besproken tussen ZN, Per Saldo en VWS. Ik ga er dan ook vanuit dat ZN ervoor zorg draagt dat zorgverzekeraars voldoende op de hoogte zijn. Zorgverzekeraars kunnen ervoor kiezen om dit expliciet in hun polisvoorwaarden op te nemen, maar aangezien het hier gaat om een

wettelijk voorschrift van de Wet BIG is dat niet noodzakelijk om de voorwaarden te laten gelden.

De leden van de GroenLinksfractie vragen of alle mensen die voor hun 18^e een pgb in de AWBZ hadden deze zorg met een pgb kunnen voortzetten als die zorg straks onder de Zvw valt. Zij vragen ook of voor iedereen die nu een pgb heeft op basis van de AWBZ, en waarvan de zorg straks overgaat naar de Zorgverzekeringswet, geborgd dat hij of zij deze zorg met een pgb onder de Zorgverzekeringswet kan voortzetten.

Zoals met ZN en Per Saldo is afgesproken en in de bestuurlijke afspraken is opgenomen, zullen pgb-houders die op 31 december 2014 een geldig indicatiebesluit en een pgb voor verpleging en/of verzorging hebben, door zorgverzekeraars op 1 januari 2015 worden beschouwd als zijnde in het bezit van een geldige verwijzing voor het Zvw-rgb. Deze pgb-houders behouden hun recht op zorg in de vorm van een Zvw-rgb zolang de indicatie duurt, doch uiterlijk tot en met 31 december 2015. Dit geldt niet voor pgb-houders die hun Zvw-rgb volledig bij een gecontracteerde zorgaanbieder te gelde brengen. Zij komen in aanmerking voor zorg in natura. Voor alle bestaande pgb-houders is dus de continuïteit van zorg geborgd. Zorgverzekeraars zullen in 2015 de desbetreffende verzekerden benaderen om te bezien of zij in 2016 nog steeds in aanmerking komen voor een Zvw-rgb, volgens de in de bestuurlijke afspraken afgesproken voorwaarden en criteria.

De leden van de GroenLinks-fractie vragen waarom ervoor is gekozen om mensen die zorg nodig hebben als gevolg van verouderingsprocessen uit te sluiten van het Zvw-rgb.

Met deze passage is expliciet niet bedoeld om een leeftijdsgrens in te voeren bij het Zvw-rgb. Ouderen zullen dan ook, mits zij voldoen aan de afgesproken voorwaarden, in aanmerking kunnen komen voor het Zvw-rgb.

In de bestuurlijke afspraken over het Zvw-rgb is vastgelegd aan welke voorwaarden voldaan moet zijn om in aanmerking te komen voor een Zvw-rgb. Het gaat daarbij om een combinatie van voorwaarden aan de zorgvraag van de verzekerde en de persoon van de verzekerde zelf. De gedachte daarachter is dat de verzekerde op basis van zijn zorgvraag behoefte heeft aan eigen regie bij de inzet van zorgverleners. Bijvoorbeeld als sprake is van de noodzaak voor vaste zorgverleners gegeven de specifieke zorgverlening of in verband met gebruik van specifieke (eigen) hulpmiddelen, zoals één van de criteria uit de bestuurlijke afspraken luidt. Daarnaast is een doelgroep afgebakend die voor het Zvw-rgb in aanmerking komt. Daarbij is onder meer afgesproken dat een verzekerde in staat moet zijn op eigen kracht of met hulp van een vertegenwoordiger de taken en verantwoordelijkheden die horen bij het Zvw-rgb uit te voeren én weloverwogen keuzes te maken bij de inzet van zorgverleners, opdat sprake is van verantwoorde zorg. Daarmee worden voorwaarden gesteld aan de persoon van de verzekerde.

Bij de totstandkoming van de afspraken is tussen partijen besproken dat actieve participatie in de maatschappij in combinatie met een specifieke zorgbehoefte kunnen leiden tot de wens van inzet van een Zvw-rgb. Vanuit die gedachte is de formulering die hier aan de orde is in de afspraken gekomen. Beoogd is daarmee weer te geven dat de verwachting is dat er bij normale verouderingsprocessen, zoals bijvoorbeeld dementie, veelal geen sprake zal zijn van de afgesproken voorwaarden. De verwachting is dat in die gevallen de zorgvraag goed met zorg in natura kan worden ingevuld. Uiteraard zal de zorgverzekeraar,

als de verzekerde aangeeft in aanmerking te willen komen voor een Zvw-pgb, steeds op basis van de individuele omstandigheden en de geldende polisvoorwaarden (die moeten voldoen aan de gemaakte bestuurlijke afspraken) moeten bezien of een verzekerde daar al dan niet voor in aanmerking komt. «Normale verouderingsprocessen» zijn daarmee strikt genomen geen criterium voor het Zvw-pgb, maar geven weer dat indien de zorgvraag daardoor wordt veroorzaakt, naar verwachting geen sprake zal zijn van het voldoen aan de criteria van het Zvw-pgb.

De opmerking van de Staatssecretaris dat het goed is als mensen kunnen gaan shoppen tussen zorgverzekeraars, delen de leden van de GroenLinksfractie niet. Zij stellen dat je als mens met een beperking allereerst vrijwel altijd een aanvullende verzekering nodig hebt om al je zorgkosten te kunnen dekken. Voor de aanvullende verzekering zijn verzekeraars niet verplicht om mensen te accepteren en dat doen ze vaak ook niet. Wat hen betreft is er van een mogelijkheid tot shoppen dus absoluut geen sprake. De leden van de GroenLinks-fractie stellen dat persoonlijke verzorging wat hen betreft in het basispakket zou moeten zitten, en voor iedereen gelijk zou moeten zijn. Zij geven aan dat het toch niet zo kan zijn dat mensen bij de ene verzekeraar, die iemand wel toelaat, te weinig pgb krijgen om de zorg te regelen, en bij de andere, waar iemand niet toegelaten wordt, wel voldoende zou krijgen. Dat zou wat deze leden betreft juist het tegenovergestelde van eigen regie betekenen.

Om misverstanden te voorkomen: de aanspraak op verpleging en verzorging waarover wij hier spreken komt in het basispakket van de Zvw. Voor de basisverzekering geldt bovendien een acceptatieplicht voor de zorgverzekeraar. De veronderstelling van de leden van de GroenLinks-fractie dat een verzekerde geweigerd mag worden bij een verzekeraar die wellicht wel een ruim Zvw-pgb biedt is dan ook niet juist. De verzekerde kan de (basis)polissen van alle verzekeraars vergelijken en daaruit zelf zijn keuze maken.

Welke zorg zorgverzekeraars daarnaast in aanvullende polissen aanbieden en onder welke voorwaarden is aan de zorgverzekeraars. Daarbij heb ik geen bevoegdheid. Overigens kan een verzekerde ervoor kiezen zijn basisverzekering en aanvullende verzekeringen bij verschillende verzekeraars af te sluiten.

De leden van de GroenLinksfractie krijgen graag meer duidelijkheid over de voorwaarden die gelden bij de overgangsregeling. Onder welke condities kunnen mensen hun recht op zorg via een Zvw-pgb houden? Zij vragen of gegarandeerd is dat bestaande budgethouders in het overgangsjaar ten minste het tarief van verpleging en verzorging AWBZ uit 2014 houden en hun eigen zorgverleners kunnen behouden. Zij vragen ook in hoeverre het kabinet zich ervoor inzet dat dit ook geldt na het overgangsjaar.

Zoals hiervoor is aangegeven, is afgesproken dat pgb-houders die op 31 december 2014 een geldig indicatiebesluit en een pgb hebben voor verpleging en/of verzorging, hun recht op zorg in de vorm van een Zvw-pgb houden zolang de indicatie duurt, doch uiterlijk tot en met 31 december 2015. Zij kunnen daarmee de zorg bij dezelfde zorgaanbieder blijven inkopen. Dit overgangsrecht geldt niet voor pgb-houders die hun Zvw-pgb volledig bij een gecontracteerde zorgaanbieder te gelde brengen. Voor hen wordt zodra deze situatie is geconstateerd de zorg in natura ingekocht.

Het overgangsrecht houdt niet in dat zij recht houden op hetzelfde tarief. De modaliteit van toekenning van het Zvw-pgb, zo staat er in de bestuurlijke afspraken, kan per zorgverzekeraar verschillen. Daarbij gaat het, zo

staat er ook, bijvoorbeeld om een maximum toereikend budget voor een bepaalde tijdsperiode of om een aantal uren tegen een toereikend tarief. Dat het «toereikend» moet zijn, betekent dat als zorgverzekeraars dusdanig lage tarieven hanteren dat daarmee de bestuurlijke afspraken niet goed worden ingevuld, op basis van het voorgestelde artikel 13a kan worden ingegrepen door in lagere regelgeving een minimumtarief op te nemen.

Declaraties worden achteraf vergoed, en lijken hiermee op het trekkingsrecht, zo lezen de leden van de GroenLinks-fractie in de toelichting van de nota van wijziging. Deze leden krijgen graag meer duidelijkheid of dit niet zal betekenen dat mensen zelf de zorg zullen moeten betalen en deze achteraf moeten declareren. Dit zou de toegang tot het Zvw-pgb voor veel mensen belemmeren, zo constateren deze leden.

De Zvw kent al een restitutie­stelsel waarin nota's worden betaald nadat deze door de verzekerde zijn ingediend. Het restitutie­stelsel is vergelijkbaar met het trekkingsrecht waarbij de verzekerde ook niet meer vooraf geld op zijn rekening krijgt. Dit voorkomt misbruik. Zorgverzekeraars zijn niet voornemens te bevoorschotten. Bij de afspraken die de verzekerde maakt met de zorgaanbieder kan hij afspraken maken over de betaaltermijn van de rekening. De verzekerde kan daarbij rekening houden met de betaaltermijn die de zorgverzekeraar in acht neemt voor het betalen van declaraties die op basis van restitutie worden ingediend. Zorgverzekeraars betalen in de regel de declaraties snel uit (binnen 14 dagen). Indien de verzekerde tijdig zijn declaraties indient is er daarom geen aanleiding om een voorschot te verstrekken. Bovendien heeft de zorgverzekeraar, zoals in de bestuurlijke afspraken is opgenomen, de mogelijkheid om de nota, na indiening door de verzekerde, rechtstreeks te betalen aan de zorgverlener.

Inbreng SGP-fractie

De leden van de SGP-fractie vragen op welke manier de monitoring van het Zvw-pgb zal plaatsvinden en hoe hierover aan de Kamer wordt gerapporteerd.

In de bestuurlijke afspraken met Per Saldo en ZN is afgesproken dat periodiek zal worden bezien of het of het Zvw-pgb de beoogde toekomstbestendige oplossing is als antwoord op specifieke zorgvragen waarbij de verzekerde zelf maximale eigen regie kan en wil uitoefenen. Daarbij is ook afgesproken welke punten daarbij in ieder geval aan de orde komen. Zoals in de afspraken opgenomen gaat het daarbij om financiële houdbaarheid, de afbakening van de doelgroep, noodzaak tot aanscherping en/of toevoeging van de criteria op basis waarvan verzekerden in aanmerking komen voor een Zvw-pgb, kwaliteit van de ingezette zorg en de verwerking van declaraties.

Wij zijn nog in overleg met beide partijen over de wijze waarop deze monitoring in de praktijk wordt ingevuld.

Uiteraard zullen wij de Kamer informeren, als daartoe aanleiding is.

De leden van de SGP-fractie constateren dat overeengekomen is dat Zvw-pgb onder andere toegankelijk is voor verzekerden die langdurig op verpleging en verzorging zijn aangewezen. Zij vragen wat onder langdurig wordt verstaan.

In de bestuurlijke afspraken is dit niet in detail afgesproken. Achterliggende gedachte bij de gemaakte afspraak is dat hiermee wordt aangesloten bij de afbakening die sinds 1 januari 2013 ook in de AWBZ geldt. Daar geldt dat alleen cliënten met een langdurige zorgbehoefte in

aanmerking komen voor een pgb. In de Regeling subsidies AWBZ is dat geëxpliciteerd door daarbij indicatiebesluiten langer dan een jaar als uitgangspunt te nemen, tenzij bij een indicatiebesluit met een kortere geldigheidsduur blijkt dat sprake is van een langdurige zorgbehoefte die ten minste een jaar zal voortbestaan. Het ligt voor de hand om bij deze termijn aan te sluiten.

De leden van de SGP-fractie constateren dat bij de omschrijving van de doelgroep is aangegeven dat er geen aanspraak gemaakt kan worden op Zvw-rgb als het gaat om functiebeperkingen die worden veroorzaakt door normale verouderingsprocessen. Zij vragen wat daaronder wordt verstaan. Zij vragen of door deze beperking een groot gedeelte van de ouderen die wijkverpleging nodig hebben uitgesloten wordt van keuzevrijheid. Zij vragen of deze vage omschrijving de zorgverzekeraar niet te veel ruimte biedt om de Zvw-rgb aanvraag van een oudere af te wijzen. Zij vragen of de regering bereid is om de doelgroep bepaling uit de nota van wijziging van de wet te halen of zodanig aan te passen dat ook ouderen keuzevrijheid houden.

Met deze passage is expliciet niet bedoeld om een leeftijdsgrens in te voeren bij het Zvw-rgb. Ouderen zullen dan ook, mits zij voldoen aan de afgesproken voorwaarden, in aanmerking kunnen komen voor het Zvw-rgb.

In de bestuurlijke afspraken over het Zvw-rgb is vastgelegd aan welke voorwaarden voldaan moet zijn om in aanmerking te komen voor een Zvw-rgb. Het gaat daarbij om een combinatie van voorwaarden aan de zorgvraag van de verzekerde en de persoon van de verzekerde zelf. De gedachte daarachter is dat de verzekerde op basis van zijn zorgvraag behoefte heeft aan eigen regie bij de inzet van zorgverleners. Bijvoorbeeld als sprake is van de noodzaak voor vaste zorgverleners gegeven de specifieke zorgverlening of in verband met gebruik van specifieke (eigen) hulpmiddelen, zoals één van de criteria uit de bestuurlijke afspraken luidt. Daarnaast is een doelgroep afgebakend die voor het Zvw-rgb in aanmerking komt. Daarbij is onder meer afgesproken dat een verzekerde in staat moet zijn op eigen kracht of met hulp van een vertegenwoordiger de taken en verantwoordelijkheden die horen bij het Zvw-rgb uit te voeren én weloverwogen keuzes te maken bij de inzet van zorgverleners, opdat sprake is van verantwoorde zorg. Daarmee worden voorwaarden gesteld aan de persoon van de verzekerde.

Bij de totstandkoming van de afspraken is tussen partijen besproken dat actieve participatie in de maatschappij in combinatie met een specifieke zorgbehoefte kunnen leiden tot de wens van inzet van een Zvw-rgb. Vanuit die gedachte is de formulering die hier aan de orde is in de afspraken gekomen. Beoogd is daarmee weer te geven dat de verwachting is dat er bij normale verouderingsprocessen, zoals bijvoorbeeld dementie, veelal geen sprake zal zijn van de afgesproken voorwaarden. De verwachting is dat in die gevallen de zorgvraag goed met zorg in natura kan worden ingevuld. Uiteraard zal de zorgverzekeraar, als de verzekerde aangeeft in aanmerking te willen komen voor een Zvw-rgb, steeds op basis van de individuele omstandigheden en de geldende polisvoorwaarden (die moeten voldoen aan de gemaakte bestuurlijke afspraken) moeten bezien of een verzekerde daar al dan niet voor in aanmerking komt. «Normale verouderingsprocessen» zijn daarmee strikt genomen geen criterium voor het Zvw-rgb, maar geven weer dat indien de zorgvraag daardoor wordt veroorzaakt, naar verwachting geen sprake zal zijn van het voldoen aan de criteria van het Zvw-rgb.

Voor de goede orde: de passage over de normale verouderingsprocessen wordt, conform de ingediende nota van wijziging, niet in de wet opgenomen. In de toelichting en in de beantwoording van deze vragen is echter wel toegelicht op welke wijze is afgesproken dat uitvoering wordt gegeven aan het Zvw-pgb. De passage over de normale verouderingsprocessen maakt daar deel van uit.

De leden van de SGP-fractie vragen wat het overgangsrecht inhoudt en of de hoogte van het Zvw-pgb gelijk aan het bedrag dat op basis van de AWBZ is toegekend.

Het overgangsrecht houdt in dat pgb-houders die op 31 december 2014 een geldig indicatiebesluit en een pgb hebben voor verpleging en/of verzorging, hun recht op zorg in de vorm van een Zvw-pgb houden zolang de indicatie duurt, doch uiterlijk tot en met 31 december 2015. Zij kunnen daarmee de zorg bij dezelfde zorgaanbieder blijven inkopen. Dit overgangsrecht geldt niet voor pgb-houders die hun Zvw-pgb volledig bij een gecontracteerde zorgaanbieder te gelde brengen. Voor hen wordt zodra deze situatie is geconstateerd de zorg in natura ingekocht. Het overgangsrecht houdt niet in dat zij recht houden op hetzelfde tarief. De modaliteit van toekenning van het Zvw-pgb, zo staat er in de bestuurlijke afspraken, kan per zorgverzekeraar verschillen. Daarbij gaat het, zo staat er ook, bijvoorbeeld om een maximum toereikend budget voor een bepaalde tijdsperiode of om een aantal uren tegen een toereikend tarief. Dat het «toereikend» moet zijn, betekent dat als zorgverzekeraars dusdanig lage tarieven hanteren dat daarmee de bestuurlijke afspraken niet goed worden ingevuld, op basis van het voorgestelde artikel 13a kan worden ingegrepen door in lagere regelgeving een minimumtarief op te nemen.