

Vergaderjaar 2019–2020

25 657

Persoonsgebonden Budgetten

Nr. 324

VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG

Vastgesteld 23 oktober 2019

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft een aantal vragen en opmerkingen voorgelegd aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de brief van 27 juni 2019 over toelichting tarieven pgb (Kamerstuk 25 657, nr. 320).

De vragen en opmerkingen zijn op 24 september 2019 aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport voorgelegd. Bij brief van 22 oktober 2019 zijn de vragen, voorzien van een inleiding beantwoord.

De voorzitter van de commissie,
Lodders

De griffier van de commissie,
Post

I.	Vragen en opmerkingen vanuit de fracties	2
II.	Reactie van de Minister	14

I. Vragen en opmerkingen vanuit de fracties

Vragen en opmerkingen van de leden van de VVD-fractie

De leden van de VVD-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van de toelichting tarieven pgb. Het is goed dat deze uiteenzetting op papier is gezet, zodat we allemaal dezelfde kennis van feiten hebben omtrent de pgb-tarieven. De toelichting roept bij deze leden wel nog enkele vragen op.

Het verstrekken van eten en drinken mag voor pgb-houders in de Wet langdurige zorg (Wlz) niet vanuit het pgb bekostigd worden. De leden van de VVD-fractie vragen hoe dit dan wel wordt bekostigd, los vanuit het modulair pakket thuis (mpt) of vanuit de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo)? En indien dit vanuit de Wmo bekostigd wordt, moet er dan een eigen bijdrage worden betaald? Bent u het met de leden van de VVD-fractie eens dat indien dit het geval zou zijn, het een nadelig gevolg is van het kiezen voor een pgb aangezien indien de zorg in natura wordt geleverd, deze eigen bijdrage niet wordt betaald?

In de toelichting staat dat er momenteel wordt bezien hoe de sturing op een doelmatige inzet van de aparte kwaliteitstoeslag van € 4.000 per jaar verbeterd kan worden per 2020. De leden van de VVD-fractie vragen wat de aanleiding is geweest van deze verkenning. Worden deze middelen momenteel niet doelmatig ingezet? Verder vragen deze leden wat de status is van die verkenning? Wanneer zijn de uitkomsten hiervan beschikbaar?

De naturatarieven voor de gehandicaptenzorg en geestelijke gezondheidszorg zijn per 2019 herijkt met als gevolg zowel hogere als lagere tarieven. Op instellingsniveau zijn deze veranderingen te compenseren, op pgb-houder niveau niet, zo schrijft de Minister ook in zijn toelichting. De oplossingen die hiervoor geboden worden, zijn de regeling Extra Kosten Thuis (EKT) en de meerzorgregeling. De leden van de VVD-fractie vragen of er bij de Minister gevallen bekend zijn waarbij deze oplossingen niet voldoende dekking geven om de daling van de tarieven op te vangen, bijvoorbeeld omdat er voor 2019 al gebruik werd gemaakt van de meerzorgregeling of EKT of als meerzorg simpelweg geen optie is in verband met het zorgprofiel.

De Minister schrijft dat een pgb-houder die niet uitkomt met zijn of haar budget een gesprek kan aangaan met het zorgkantoor voor een bijdrage op grond van de regeling Extra Kosten Thuis of de meerzorgregeling. De leden van de VVD-fractie vragen om hoeveel mensen het gaat waarbij dit het geval is.

De verzekerde moet de aan het pgb verbonden taken en verplichtingen op verantwoorde wijze kunnen uitvoeren. De leden van de VVD-fractie zijn benieuwd naar de wijze van toetsing op deze verantwoorde wijze. Verschilt dit bijvoorbeeld per gemeente of verzekering?

In de toelichting staat geschreven dat indien de zorg in natura niet passend is, of niet passend gemaakt kan worden, gemeenten een pgb kunnen toekennen. De leden van de VVD-fractie vragen of het klopt dat er

in die situatie geen vrijwillige keuze gemaakt kan worden voor het pgb als er passende zorg in natura beschikbaar is. Zo ja, waarom is daarvoor gekozen.

De leden van de VVD-fractie vragen waarom er een verschil zit tussen het informele tarief in de Wlz en het informele tarief in de Zorgverzekeringswet (Zvw). In beide gevallen gaat het toch om verpleging en verzorging? Deze leden vragen hoe de zorglevering van elkaar verschilt die het verschil in tarief kan verklaren.

Aangezien gemeenten de bevoegdheid hebben om het informeel tarief bij te stellen vragen de leden van de VVD-fractie wat de feiten hieromtrent zijn. Kan de Minister inzichtelijk maken hoeveel gemeenten de tarieven bijstellen. Kan de Minister eveneens toelichten hoe hij «mits het passend is» beoordeeld?

Vragen en opmerkingen van de leden van de CDA-fractie

De leden van de CDA-fractie hebben kennisgenomen van de brief «toelichting tarieven pgb».

De leden van de CDA-fractie hebben naar aanleiding van de brief van de Minister nog wel enkele vragen. Zo lezen de leden van de CDA-fractie dat een verklaring voor het verschil in zzp en vpt-tarieven voor de VV-profielen (4 t/m 10) in 2017 en 2018 zijn opgehoogd vanwege de invoering van het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg. Voor pgb-gefinancierde wooninitiatieven in VV-sector is vanaf 2019 structureel € 11 miljoen beschikbaar. Deze middelen zijn toegevoegd aan het pgb-kader. Dit is niet verwerkt in de hoogte van het pgb per zorgprofiel, maar in een aparte kwaliteitstoeslag waarvoor budgethouders in een VV-wooninitiatief in aanmerking kunnen komen. Kan de Minister aangeven hoe de sturing op een doelmatige inzet van deze extra middelen vanaf 2020 kan worden verbeterd?

De leden van de CDA-fractie zien dat pgb-zorg vaak door familieleden wordt verzorgd. Hier wordt het informele tarief voor gerekend. Met name als er gespecialiseerde zorg nodig is (arbeidsovereenkomst) is het informele tarief niet toereikend. Herkent de Minister deze signalen en hoe wil hij dit knelpunt oplossen?

De Minister stelt in zijn brief dat men meerzorg of EKT kan aanvragen op het moment dat een pgb-houder niet uitkomt met zijn of haar budget. Kan de Minister uitleggen hoe hij dit als oplossing ziet want meerzorg en EKT zijn beide niet bedoeld om tarieven op te hogen?

De leden van de CDA-fractie vragen waarop de indexatie van 1,82% is gebaseerd (Wlz en Zvw)? Is dit een reëel percentage ten opzichte van overige lonen gezien het feit dat er de afgelopen 5 jaar geen indexatie heeft plaatsgevonden? Is de Minister voornemens nu jaarlijks een marktconforme indexatie te laten plaatsvinden vanaf 2020?

De leden van de CDA-fractie hebben enkele vragen over de Zvw-rgb. In het Zvw-rgb hebben zorgverzekeraars de beleidsvrijheid om de hoogte van hun maximum tarief zelf te bepalen. Deze liggen – volgens PerSaldo – vrijwel altijd ruim onder de maximum tarieven die de NZa vaststelt. De leden van de CDA-fractie vragen of de maximum tarieven in het Zvw-rgb gelijkgesteld kunnen worden aan de maximum tarieven die door de NZa worden vastgesteld?

PerSaldo constateert dat er verschillende verzekeraars zijn die hun tarieven zelfs hebben verlaagd in plaats van verhoogd, waardoor

budgethouders in de knel komen met hun lopende contracten, immers deze verzekeraars betalen een lager tarief uit dan voorheen. Wat is de reactie van de Minister op deze constatering van PerSaldo?

Hoe kijkt de Minister aan tegen het gegeven dat zorgverzekeraars het pgb-budget vaststellen aan de hand van rekentarieven die veel lager zijn dan de maximum tarieven die zij hanteren en de gehanteerde rekenmethode (Pgb-budget vastgesteld door het aantal uur van de indicatie te vermenigvuldigen met de rekentarieven/vaststellingstarieven en/of het aantal geïndiceerde uren vermenigvuldigen met de maximum tarieven)?

Levert dit volgens de Minister een reëel (marktconform) tarief op om kwalitatief goede zorg in te kopen? Belemmert dit volgens de Minister budgethouders niet om kwalitatief goede zorg in te kopen?

Hoe kijkt de Minister aan tegen de verschillen tussen de tarieven Zvw-rgb en zorg in natura waardoor zorgverleners er bijvoorbeeld voor kiezen om niet meer via rgb maar via zorg in natura te werken?

De Minister stelt in zijn brief dat elk jaar de mogelijkheid bestaat voor budgethouders om naar een zorgverzekeraar over te stappen die voor hen gunstige tarieven hanteert. De leden van fractie constateren dat veel budgethouders gebruik maken van hulpmiddelen, die bij een overstap moeten worden ingeleverd en opnieuw moeten worden aangevraagd bij de nieuwe zorgverzekeraar. Dit levert voor de budgethouder enorm veel administratieve lasten en regeldruk op en maakt de zorg onnodig duur. Ook het overstappen van basisverzekering kan gevolgen hebben voor je aanvullende verzekering bij je huidige verzekeraar. Voor de aanvullende verzekering geldt namelijk geen acceptatieplicht. Dit kan voor budgethouders een reden te zijn niet over te stappen naar een andere verzekeraar. Hoe kijkt de Minister hier tegenaan? Ziet de Minister ook dat het overstappen naar een andere zorgverzekeraar kan leiden tot onnodige administratieve last en onrust bij budgethouders? Zo, ja kan de Minister aangeven welke mogelijkheden er zijn om deze onrust en administratieve last te verminderen?

Bij een aanvraag voor een Zvw-rgb toetsen zorgverzekeraars of de verzekerde aan de gestelde voorwaarden voldoet. Als dat het geval is, stelt de zorgverzekeraar een toereikend budget vast op basis van het aantal uren zorg. Indien een verzekerde het niet eens is met de hoogte van het budget kan hij of zij bezwaar aantekenen bij de desbetreffende zorgverzekeraar, dit wordt dan afgehandeld door de interne klachtenafhandeling van de zorgverzekeraar. Als dat niet tot een bevredigende oplossing leidt, kan de cliënt zijn geschil voorleggen aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ). De leden van de CDA-fractie vragen hoeveel geschillen er over een ontoereikend rgb budget in het afgelopen jaar zijn voorgelegd aan de SKGZ.

De leden van de CDA-fractie zien dat een aantal gemeenten net als de zorgverzekeraars hun tarieven verlagen. Ook hier komen budgethouders in de knel met hun lopende contracten, ze mogen immers nog maar een lager tarief uitbetalen dan voorheen. Budgethouders worden hierdoor soms gedwongen om afscheid te nemen van hun vertrouwde hulpverleners omdat zij de tarieven niet meer kunnen betalen. De Minister geeft in zijn brief aan dat hij begrip heeft voor de vervelende situatie die kan ontstaan voor de individuele budgethouder. Echter de CDA-fractie vraagt of dit niet in strijd is met de vigerende wet- en regelgeving. Ziet de Minister mogelijkheden om deze budgethouders die hierdoor in de knel geraken te ondersteunen?

Een mogelijke oplossing zou kunnen zijn dat budgethouders ook zorg bij zorgorganisaties zelf zorg kunnen inkopen. Wat vindt de Minister van dit voorstel?

De leden van de CDA-fractie zien dat het steeds moeilijker wordt voor budgethouders om geschikte hulpverleners te vinden die voor de huidige tarieven de zorg/ondersteuning willen maar ook kunnen bieden. En dat hiermee eigen regie, keuzevrijheid en maatwerk in het gedrang komen. Deelt de Minister deze constatering? Ziet de Minister mogelijkheden om eigen regie, keuzevrijheid en maatwerk voor budgethouders te garanderen?

De leden van de CDA-fractie zien dat in de Jeugdwet en de Wmo verschillende tarieven voor dezelfde functie gebruikt worden binnen één gemeente. Hierdoor komen hulpvragers in de problemen zodra zij overgaan van de Jeugdwet naar de Wmo. Zij worden geconfronteerd met lagere tarieven waardoor zij gedwongen worden te kiezen voor een andere hulpverlener of het verschil zelf bij te betalen. Financieel behoort dit vaak niet tot de mogelijkheden van budgethouders. Ziet de Minister deze verschillen ook en hoe kan de Minister de budgethouders hierin tegemoetkomen en/ of ondersteunen?

Tot slot hebben de leden van de CDA-fractie nog enkele vragen met betrekking tot de aanschaf van hulpmiddelen. De Minister geeft aan dat bij hulpmiddelen het budget niet passend hoeft te zijn. Kan de Minister aangeven waarop hij dit baseert?

Deelt de Minister het uitgangspunt dat bij pgb dat er sprake zou moeten zijn van passende zorg/ondersteuning met een toereikend tarief (artikelnummer: 2.1.3 2b) en dat dit ook geldt voor hulpmiddelen?

Vragen en opmerkingen van de leden van de D66-fractie

De leden van de D66-fractie hebben kennisgenomen van de brief die de Minister van Volksgezondheid Welzijn en Sport op 27 juni 2019 naar de Tweede Kamer heeft verstuurd. Enkele vragen zijn opgekomen aan de hand van deze brief.

Pgb-tarieven voor Wet langdurige zorg (Wlz)

De leden van de D66-fractie lezen in de brief dat sinds 2018 de kapitaallasten in de zorgzwaarteprofielen (zzp) voor intramurale zorg niet meer apart worden vergoed, maar verwerkt zijn in de zzp-tarieven door middel van de normatieve huisvestingscomponent. Begrijpen de leden het goed dat pgb-houders sinds de invoering van de normatieve huisvestingscomponent gecompenseerd door middel van een verlaging van de eigen bijdrage? Hoewel er bij extramurale zorg die vanuit het pgb wordt betaald, geen sprake is van kapitaallasten voor gebouwen of terreinen, is er nog altijd behoefte aan apparatuur en inventaris. De leden willen graag meer inzicht in de berekening die gemaakt is voor het verlagen van de eigen bijdrage. Daarom vragen de leden de Minister om de berekening aan te leveren van de eigen bijdrage van voor de invoering van de normatieve huisvestingscomponent, zowel als de berekening van de eigen bijdrage na de invoering van de normatieve huisvestingscomponent. Tevens vragen de leden de Minister om beide berekeningen toe te lichten. Daarbij ontvangen de leden eveneens graag een inzichtelijke tabel waarin verwerkt is wat voor effect deze berekeningen destijds hadden, en tegenwoordig hebben op het eigen bijdrage van verschillende inkomensgroepen van het lage tot het hoge segment. Tot slot zouden de leden graag een specificatie ontvangen van de kosten voor kapitaallasten in de Wlz, waarin de kosten voor de afzonderlijke componenten van kapitaallasten worden gespecificeerd (gebouwen, terreinen, apparatuur en inventaris, zoals gespecificeerd op de website van de Monitor Langdurige Zorg). De leden vragen de Minister dit uiteen te zetten voor zowel het volledig pakket thuis (vpt) als voor de intramurale zorg en vragen de

Minister om daarbij de vergoedingen voor kapitaallasten weer te geven die zijn verstrekt voor de invoering van de normatieve huisvestingscomponent als na invoering daarvan.

De leden van de D66-fractie lezen in de brief dat in de VV-profielen wordt gesproken van een wooninitiatieven-toeslag waarvoor «ruim» 4.000 euro beschikbaar is. Kan de Minister toelichten wat er wordt bedoeld met «ruim»? Later wordt er gesproken van 4.000 euro waarvoor budgethouders in een VV-wooninitiatief in aanmerking «kunnen» komen. Kan de Minister nader toelichten onder welke omstandigheden mensen in aanmerking komen voor deze toeslag? Verder zouden de leden graag vernemen: wat de maandelijkse kwaliteitstoeslag bedraagt per pgb-houder; of er verschillen zijn in de vergoeding per wooninitiatief; of er inkomensafhankelijke verschillen zijn voor deze kwaliteitstoeslag; hoeveel mensen er op dit moment in Nederland in een wooninitiatief wonen; of er een stijgende dan wel dalende trend is in het aantal mensen in een dergelijk zorginitiatief en hoe dit bedrag zich verhoudt tot het bedrag van 11 miljoen euro dat jaarlijks beschikbaar wordt gesteld voor wooninitiatieven in de VV-sector. Verder wordt genoemd dat momenteel wordt bezien hoe de sturing van de bovengenoemde middelen met ingang van 2020 kan worden verbeterd. De leden vragen de Minister om hen op de hoogte te houden van veranderingen die voor 2020 worden doorgevoerd in de verdeling van deze middelen en wil graag weten hoe de Minister van plan is deze middelen in te zetten, mochten er voor 2020 géén veranderingen zijn aangebracht in de verdeling van deze middelen. Graag vernemen de leden of het bedrag van 11 miljoen dan nog steeds zowel beschikbaar als toereikend zal zijn.

In de brief van de Minister wordt vermeld dat, in tegenstelling tot de tarieven voor zorg in natura (die door de NZa worden bepaald), de pgb-tarieven binnen de Wlz worden bepaald door het Ministerie van VWS. Kan de Minister toelichten hoe deze taakverdeling tot stand is gekomen, en inzichtelijk maken waarom de NZa niet de tarieven voor de pgb's bepaald? Daarbij heeft het Ministerie van VWS verondersteld dat de verhoudingen tussen de kosten voor loon en voor materiële zaken verschillend is voor zorg in natura en pgb (verhouding 90:10 respectievelijk 75:25). De leden van de D66-fractie nemen aan dat de zorg in natura (ZiN) waarover hier gesproken wordt het vpt betreft, aangezien dit het ZiN-pakket is waarop het pgb gebaseerd is, en verneemt graag van de Minister of deze aanname juist is. Ook zouden de leden graag vernemen op basis van welke cijfers het Ministerie van VWS tot de conclusie is gekomen dat dit pgb houders een andere zorgvraag hebben dan mensen die ZiN afnemen en zou graag inzage krijgen in de cijfers waarop dit is gebaseerd. Vindt de Minister het niet een logische aanname dat mensen met een vpt en mensen met een pgb dezelfde behoeftes hebben en daardoor gemiddeld genomen ook de zelfde zorg behoeven? Kan de Minister toelichten hoe dit verschil tot stand is gekomen.

De leden van de D66-fractie willen graag ingaan op de berekeningen die worden gemaakt op pagina drie met betrekking tot het vergelijken van vpt-tarieven uit 2015 en 2018. Hierin wordt enkele malen gesproken van «circa» bedragen. Deze leden zouden graag van de exacte bedragen ontvangen van de Minister. Verder zouden deze leden graag een tabel ontvangen voor de periode vanaf 2015 tot heden, waarin de vpt-tarieven worden vergeleken met de zzp-tarieven. De Minister beschrijft in de brief twee oorzaken voor het uit elkaar lopen van deze twee tarieven, namelijk het pgb-indexeringspercentage en de kwaliteitstoeslag voor VV-wooninitiatieven. Derhalve zouden de leden graag in de, hierbij aangevraagde tabel, dat kosten die te wijten zijn aan de samenstelling van het pgb-indexeringspercentage en de kosten die te wijten zijn aan de

kwaliteitstoelage voor VV-wooninitiatieven beide apart komen te staan in een kolom, zodat het verschil tussen de vpt-tarieven en de pgb-tarieven beter inzichtelijk wordt, en vragen de Minister dit te doen voor alle zzp's. Tot slot staat in de brief dat deze vpt-tarieven niet zijn gecorrigeerd voor de genoemde verblijfscomponenten. De leden gaan er vanuit dat hier met verblijfscomponenten de kwaliteitstoelage voor VV-wooninitiatieven wordt bedoeld, maar hoort graag van de Minister of dit een juiste aanname is. Mocht dit het geval zijn vragen de leden de Minister uiteraard om hiervoor, ook in de bovengenoemde tabel, niet te corrigeren, maar deze kwaliteitstoelage apart weer te geven.

De leden van de D66-fractie lezen dat de Minister spreekt over de herijking van de natura-bedragen voor de gehandicaptenzorg en de geestelijke gezondheidszorg in de Wlz per 2019, op basis van een kostenonderzoek van de NZa. De Minister stelt vervolgens terecht dat pgb-houders, in tegenstelling tot instellingen die zorg in natura leveren, neerwaarts bijgestelde bedragen niet (altijd) gecompenseerd worden. De Minister schrijft vervolgens dat hij een dergelijke neerwaartse bijstelling onwenselijk vindt en dat, indien een pgb-houder niet uitkomt met zijn of haar budget, zij of hij in gesprek kan gaan met het zorgkantoor voor een bijdrage op grond van de regeling Extra Kosten Thuis (EKT) of de meerzorgregeling. De leden constateren echter dat deze mogelijkheden voor een eventuele neerwaartse bijstelling al bestonden voor deze mensen en vragen de Minister dan ook wat hij extra heeft gedaan voor mensen die geconfronteerd worden met een neerwaartse bijstelling. Worden deze mensen bijvoorbeeld actief benaderd door hun zorgkantoor om hen op deze mogelijkheden te wijzen? Daarnaast lezen de leden dat de Minister ingaat op het bieden van meer maatwerk binnen de Wlz waarbij ingegaan werd op de verruiming van de EKT en de meerzorgregeling. De aan het woord zijnde leden wijzen de Minister in dit kader graag op de aangenomen motie van het lid Bergkamp c.s.¹ waarin de regering werd verzocht de aanpassingen van de regeling Meerzorg en de regeling EKT binnen één jaar (na invoering per 1-7-2018) te evalueren in samenspraak met de cliënten en indien deze aanpassingen onvoldoende zijn gebleken de Kamer te informeren over vervolgstappen voor 1 juli 2019. Tijdens het algemeen overleg gehandicaptenbeleid, gehouden op 13 juni 2019, is over de uitvoering van deze motie met de Minister gesproken, waarbij met name de knelpunten ter sprake kwamen die nog steeds door de cliënten ondervonden worden. De leden brengen de Minister hierbij graag in herinnering de aangenomen motie van de leden Bergkamp en Otwin van Dijk² die de regering verzocht het maatwerkprofiel binnen de Wlz uit te werken, hetgeen de NZa en het Zorginstituut ook adviseren. Welke stappen heeft de Minister sinds het algemeen overleg gezet om de knelpunten voor cliënten in het regelen van maatwerk binnen de Wlz te verhelpen?

In de brief wordt duidelijk dat het formele uurtarief 63 euro bedraagt, terwijl het dagdeeltarief slechts 58 euro bedraagt. Kan de Minister uitleggen aan de leden van de D66-fractie wat precies wordt verstaan onder een dagdeel en kan de Minister daarbij nader toelichten hoe dit verschil in vergoeding verklaard wordt? Verder zouden de leden graag vernemen of met eerste en tweedegraads familielid zowel bloedverwanten als aanverwanten worden bedoeld en zo niet, dan zouden de leden graag vernemen wat hieronder wordt verstaan. En begrijpen de leden het dan goed dat een tweedegraads familielid zoals een zwager met een opleiding in de zorg en een inschrijving bij de Kamer van Koophandel niet in aanmerking komt voor het formele tarief terwijl een derdegraads

¹ Kamerstuk 34 104, nr. 212.

² Kamerstuk 33 891, nr. 169.

familieelid zoals een tante met opleiding en KvK inschrijving wél in aanmerking komt voor het formele tarief? Hoe kijkt de Minister naar dit onderscheid en de manier waarop deze dit wordt gemaakt? Kan de Minister nader toelichten waarom gekozen is om onderscheid te maken tussen tweede- en derdegraads familieleden?

Verder blijkt uit de brief dat de informele vergoeding per uur 20 euro bedraagt. De leden van de D66-fractie wil opmerken dat ook hier het woord «circa» gebruikt wordt, waarbij een afronding van 38.400 naar 40.000 wordt gemaakt. Een verschil van 1.600 euro. De leden van de D66-fractie willen de Minister vragen om voor dergelijke bedragen de exacte getallen te vermelden. Dit bedrag van 38.400 is echter geen loon en hiermee wordt dus geen sociale zekerheid opgebouwd. Deze zorgverleners zijn geen ZZP'ers die bereid zijn om verantwoordelijkheid te nemen voor administratieve lasten en zelf geld te sparen voor sociale zekerheid, maar zijn familie van de budgethouder die dit werk op zich nemen omdat zij willen helpen. De leden van de D66-fractie vragen of de ontvangers van deze informele vergoeding voldoende geïnformeerd worden over het feit dat zij geen sociale zekerheid opbouwen en vragen de Minister hoe de communicatie hierover tot op heden is verlopen. Uit onderzoek van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) blijkt dat vrouwen minder pensioen opbouwen, mede doordat zij meer onbetaalde zorgtaken doen dan mannen. Dit in acht nemend zou het verstandig zijn om voldoende informatie te verstrekken over het feit dat er geen sociale zekerheid wordt opgebouwd. De leden vragen de Minister of hij heeft overwogen om de kosten voor sociale zekerheid mee te nemen in de berekening van het «modale» inkomen, en zo ja, op welke manier de Minister heeft besloten dit niet mee te nemen. Het meenemen van deze kosten leidt tevens tot een vergoeding die onder het modale inkomen ligt in plaats van boven het modale inkomen zoals het geval is in de berekening die wordt gemaakt in de brief. Tevens willen de leden graag weten of de Minister het modale inkomen hier neemt als leidraad voor het vaststellen van de informele vergoeding. Mocht dit het geval zijn, kan de Minister nader toelichten waarom hij het modale inkomen de meest gepaste vergoeding acht voor eerste en tweedegraads familieleden. Is de Minister zich er van bewust dat voor een deel van de informele hulpverleners de zorg geen 40 uur per week is, maar 24 uur per dag?

De leden van de D66-fractie vragen waarom het formele maximum dagdeel- en uurtarief in het Wlz-pgb afgeleid zijn van de gemiddelde natura-tarieven voor mpt in plaats van de vpt. Pgb houders krijgen per slot van rekening een vergoeding op basis van het vpt. Ook wordt hier aangegeven dat van dit tarief «mag» worden afgeweken wanneer de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) hier een hoger tarief voor heeft vastgesteld. Wanneer wordt hiervan afgeweken en onder welke voorwaarden gebeurt dit?

Tot slot geeft de Minister aan met ingang van 2020 de Wlz-pgb te indexeren met 1,82% en dit zelfde percentage toe te passen op de indexatie van de inkooptarieven. Kan de Minister toelichten hoe dit percentage tot stand is gekomen?

Pgb-tarieven voor de Zorgverzekeringswet (Zvw)

Uit de brief blijkt dat bij de Minister geen informatie bekend is dat de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ) naar aanleiding van klachten van budgethouders zou hebben geoordeeld dat het formele inkooptarief van de desbetreffende zorgverzekeraar niet voldoende zou zijn. De leden van de D66-fractie zouden graag vernemen hoeveel klachten er elk jaar sinds 2015 zijn binnen gekomen bij het SKGZ

met betrekking tot de ontoereikendheid van het formele inkooptarief, en hoe deze zijn afgehandeld. In de brief wordt vermeld dat verzekeraars moeten verifiëren of de verzekerde de aan de pgb verbonden taken en verantwoordelijkheden kan uitvoeren. Kan de Minister toelichten op welke manier dit getoetst wordt door de verzekeraar? In de brief wordt gesproken van een bedrag van «ten hoogste» 23 euro vergoeding voor informele hulp. Kan de Minister toelichten wat hier wordt bedoeld met «ten hoogste» en op welke manier verschillen in tarieven worden bepaald. Ook blijkt uit de brief van de Staatssecretaris van VWS van 12 oktober 2015 dat het gemiddelde informele tarief 20 euro bedraagt en derhalve zouden de leden graag vernemen hoe deze bedragen zich tot elkaar verhouden.³

Pgb-tarieven voor de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en Jeugdwet (Jw)

Ook met betrekking tot de Wmo en de Jeugdwet vragen de leden van de D66-fractie hoe de informatie verstrekking over het gebrek aan opbouw van sociale zekerheid zich voltrekt en of mensen hier voldoende van op de hoogte worden gesteld. Uit de genoemde cijfers blijkt dat (sommige) gemeenten voor het informele tarief niet uitgaan van een modaal inkomen, maar van het minimumloon. Hoe kijkt de Minister naar dit verschil tussen de Wlz, Zvw en de Jeugdwet/Wmo?

Uit de brief blijkt dat in zake hulp en ondersteuning vanuit de Jeugdwet en Wmo de gemeenten een juiste verhouding moeten waarborgen van de prijs voor de levering van zorg/hulp en de kwaliteitseisen daarvan. Wie ziet er op toe dat dit zorgvuldig gebeurt? Waar kunnen cliënten aankloppen wanneer zij ervan overtuigd zijn dat de gemeente deze verhouding niet waarborgt?

Het pgb-budget dat de gemeente toekent mag lager zijn dan de tarieven voor jeugdhulp in natura, omdat er geen sprake zou zijn van overheadkosten. Toch geven, in geval van jeugdhulp, de ouders van de budgethouders aan dat er wel degelijk sprake is van bijvoorbeeld administratie. Kan de Minister duidelijkheid geven over hoe laag het pgb-tarief voor jeugdhulp mag zijn?

De Minister geeft aan dat de kosten voor inkoop van hulpmiddelen nooit hoger mogen zijn dan de kosten voor maatwerkvoorzieningen, maar zegt toe te onderzoeken of gemeenten in strijd handelen met wet- en regelgeving. Echter, gemeenten zijn vrij om tarieven vast te stellen die lager zijn dan het wettelijke maximum en stellen de tarieven vaak gelijk aan de inkoopprijs die zij zelf betalen voor zorg in natura. Gemeenten kunnen echter producten in bulk inkopen en kunnen daardoor kortingen bedingen die voor een individuele budgethouder niet beschikbaar zijn. Door de pgb-tarieven gelijk te stellen aan de inkoopprijs van zorg in natura kan dit er in sommige situaties toe leiden dat de budgethouder zijn keuzevrijheid ontnomen wordt, waardoor de budgethouder in de praktijk alleen de zorg in natura kan afnemen. Weet de Minister welke tarieven door de gemeenten worden gesteld? Is de Minister bereid om actie te ondernemen als blijkt dat gemeenten de keuzevrijheid ernstig beperken? Zo ja, welke acties is de Minister dan bereid om te ondernemen?

Uit de brief blijkt dat wanneer er sprake is van een arbeidsrelatie of opdrachtverlening er minimumloon aan de orde is. De zorg die Per Saldo eerder uitte betrof de vraag of mantelzorgers uitgesloten worden van minimumloon. Om hier duidelijkheid over te krijgen zouden de leden van

³ Kamerstuk 25 657, nr. 216.

de D66-fractie graag vernemen hoe wordt beslist of er sprake is van een arbeidsrelatie of opdrachtverlening.

Vragen en opmerkingen van de leden van de fractie van GroenLinks

De leden van de fractie van GroenLinks hebben met interesse kennisgenomen van de toelichting tarieven PGB 2.0 (Kamerstuk 25 657, nr. 320). Deze leden zijn blij met de uitvoerige toelichting op de verschillende kostenposten. Toch roept sommige toelichting nog verschillende vragen op, die zij hieronder graag aan de orde stellen.

In genoemde toelichting is te lezen: *Het maximum informele uurloon van € 20 ligt ruim boven het wettelijk minimumloon en levert bij een 40-urige werkweek een bovenmodaal inkomen op van circa € 40.000. Ter vergelijking, een modaal inkomen is circa € 36.000.*

De Minister lijkt hier te stellen dat informele hulpverleners een bovenmodaal inkomen (kunnen) verdienen. De leden van de GroenLinks-fractie willen hier graag tegenover stellen dat een informele hulpverlener in veel gevallen «onzichtbaar» werk verricht, bijvoorbeeld in de vorm van wel degelijk 24/7 paraat te moeten staan. De daadwerkelijk vergoede uren in hulp of ondersteuning zijn hier slechts een fractie van. Heeft de Minister dit ook meegenomen in zijn berekening van de 40-urige werkweek? Ook zijn er voor informele hulpverleners nog veel bijkomende lasten die niet meegenomen worden in deze berekening; denk aan werknemersverzekeringen, pensioen en vakantie-uren. Is de Minister bereid een nieuwe doorrekening te maken waarin deze uren- en verborgen lasten wél worden meegenomen?

Tevens is niet meegenomen dat budgethouders met name in gemeenten en bij de Zvw een zeer krappe indicatie krijgen. Daardoor is het daadwerkelijk aantal geleverde uren informele hulp vaak minimaal en (vrijwel) nooit in te zetten voor 40 uur. Dit nog naast het feit dat door de vaak noodzakelijke flexibiliteit die informele hulp vereist, het vrijwel niet mogelijk maakt nog een tweede inkomen te verwerven. Kan de Minister een beschouwing geven op de krappe indicaties vanuit gemeenten en Zvw alsmede op de onmogelijkheid van het verwerven van een tweede inkomen naast de te geven informele hulp?

Een andere uit het veld veelgehoorde klacht is de vaststelling van de maximum tarieven door zorgverzekeraars. Ook voor houders van een pgb is het vrijwel onmogelijk om gekwalificeerde zorgorganisaties te contracteren omdat die een te hoog tarief hanteren. Met zorg in natura is dit wél mogelijk. De tarieven van zorg in natura en pgb liggen dan ook ver uit elkaar. Is de Minister het met de leden van de GroenLinks-fractie eens dat ook pgb-houders in staat gesteld moeten worden professionele zorgorganisaties in te schakelen en zo ja, welke manieren ziet hij om dit in praktijk te brengen?

Meer in het algemeen is het ook steeds moeilijker geworden voor budgethouders om geschikte hulpverleners te vinden die voor de huidige tarieven zorg willen, maar ook *kunnen* bieden. Omdat het ook voor hulpverleners onmogelijk wordt om met de krappe tarieven en indicaties het hoofd boven water te houden. Ziet de Minister deze trend ook steeds sterker worden? En is hij het met de leden van de GroenLinks-fractie eens dat hiermee juist de ook door de Minister genoemde voordelen van een eigen budget zoals eigen regie, keuzevrijheid en maatwerk in steeds mindere mate mogelijk zijn? Welke stappen neemt hij om dit tij te keren?

Tenslotte maken de leden van de GroenLinks-fractie zich, met Per Saldo, zorgen over de volgende zaken:

Het is bekend, onder andere via de brief door Per Saldo en verschillende keren door de leden van de GroenLinks-fractie aangestipt, dat het soms zo is dat binnen één gemeente verschillende tarieven gehanteerd worden voor dezelfde functie binnen de Jeugdwet en de Wmo. Hulpvragen worden dan geconfronteerd met lagere tarieven, waardoor in sommige gevallen er door hulpvrager zelf bijbetaald moet worden, terwijl dat voor hulpvrager vaak niet mogelijk is. dan moet noodzakelijkerwijs uitgeweken worden naar een andere hulpverlener, met alle (ook mentale) last voor zowel budgethouder als hulpverlener van dien. Nog steeds is de vraag in hoeverre de Minister de regie kan houden over deze verschillende tariefvaststellingen binnen de gemeente voor Jeugdwet en Wmo? Welke stappen kan hij nemen om soms uit noodzaak vastgestelde lage tarieven binnen beide wetten te reguleren?

Evenwel stelde de Minister wel dat er ook voorbeelden zijn van gemeenten die de tarieven (zowel formeel als informeel) juist verhoogd hebben na de invoering van de wml. Deze voorbeelden hebben zij echter nooit concreet doorgegeven gekregen. Zou de Minister ons alsnog deze voorbeelden doen toekomen? Hoe kan voorkomen worden dat de Wet minimumloon onverhoopt ingezet wordt als plafondbedrag?

Vragen en opmerkingen van de leden van de SP-fractie

De leden van de SP-fractie hebben kennisgenomen van de toelichting tarieven pgb. Deze leden hebben naar aanleiding van de toelichting alvast onderstaande opmerkingen en vragen.

De leden van de SP-fractie delen de uitgangspunten dat een pgb-tarief passend moet zijn voor de benodigde zorg of ondersteuning, dat maatwerk het uitgangspunt moet zijn en dat er sprake is van doelmatigheid. De leden vragen in dit kader hoe in deze doelmatigheid precies wordt bepaald? Tevens vragen de leden van de SP-fractie om een toelichting op de huidige mogelijkheden omtrent eigen regie, keuzevrijheid en maatwerk binnen het pgb. Volgens deze leden wordt het voor veel budgethouders steeds ingewikkelder om eigen regie, keuzevrijheid en maatwerk te realiseren, onder andere omdat het steeds moeilijker is om hulpverleners te vinden die zorg en ondersteuning willen verlenen voor de huidige tarieven, de leden ontvangen hierop graag een toelichting.

Pgb-tarieven voor Wet langdurige zorg

De leden van de SP-fractie lezen dat door het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg ook de tarieven voor pgb-gefinancierde wooninitiatieven in de VV-sector zijn verhoogd. De leden zijn benieuwd of de Minister naar aanleiding van deze verhoging ook heeft overwogen de tarieven voor andere pgb-vormen te verhogen? Vervolgens vragen de leden hoeveel budgethouders in een VV-wooninitiatief in aanmerking kwamen voor de kwaliteitstoeslag van 4.000 euro en hoeveel budgethouders van deze mogelijkheid gebruik hebben gemaakt? Aangegeven wordt dat momenteel wordt gezien hoe de sturing op een doelmatige inzet van deze extra middelen met ingang van 2020 kan worden verbeterd. De leden van de SP-fractie vragen op welke manier dit wordt gezien en wanneer hierover meer duidelijkheid zal bestaan.

In de tabel op pagina 3 van de brief wordt een vergelijking gemaakt tussen het pgb bij VV5 en het VPT in respectievelijk 2015 en 2018. Opgemerkt wordt dat de vergelijking/verhouding tussen beiden nauwelijks is veranderd maar dat de vpt-tarieven niet zijn gecorrigeerd. De leden van de SP-fractie vragen of een correctie invloed zou hebben gehad op de

vergelijking tussen beide zorgvormen en of zij alsnog een vergelijking kunnen ontvangen waarbij wel deze correctie is meegenomen?

Daarnaast vragen de leden van de SP-fractie of duidelijk is hoeveel budgethouders aangeven niet uit te komen met hun pgb-budget door een gesprek aan te gaan met het zorgkantoor voor een bijdrage op grond van de regeling Extra Kosten Thuis of de meerzorgregeling én hoeveel budgethouders een dergelijke regeling Extra Kosten Thuis of voor meerzorg ook daadwerkelijk toegekend hebben gekregen? Op welke wijze zijn de meerzorgregeling en de regeling Extra Kosten Thuis een oplossing voor het niet uitkomen met het budget door de budgethouder, aangezien deze regelingen geen oplossing bieden voor het kunnen uitbetalen van hogere tarieven?

Onderzocht zal worden, in samenwerking met Per Saldo en Mantelzorg NL, wat de oorzaak is van het probleem dat pgb-houders ervaren bij het vinden en behouden van zorgverleners die specialistische zorg verrichten maar niet onder de criteria voor het formele tarief vallen, graag horen de leden van de SP-fractie wanneer dit onderzoek plaats zal vinden en wanneer zij de resultaten zullen ontvangen?

Pgb-tarieven voor de Zorgverzekeringswet

Graag ontvangen de leden van de SP-fractie een toelichting op de indexatie van het Pgb-tarief voor de Wlz en de Zvw met 1.82%, is deze indexatie marktconform? En is het plan vervolgens om deze indexatie vanaf heden jaarlijks plaats te laten vinden? In de brief wordt gesteld dat «elk jaar de mogelijkheid bestaat voor budgethouders om naar een zorgverzekeraar over te stappen die voor hen gunstige tarieven hanteert». Deze leden vragen of dit overstappen wel zo eenvoudig is, bijvoorbeeld gezien het opnieuw toestemming moeten krijgen voor hulpmiddelen en het al dan niet vergoeden van bepaalde specifieke behandelingen. Is het niet verstandiger om over te gaan op uniforme tarieven hiervoor, is het niet vreemd dat deze tarieven momenteel per zorgverzekeraar verschillen? De leden van de SP-fractie ontvangen hierop graag een uitgebreide reflectie.

Pgb-tarieven voor Wmo en Jeugdwet

Gemeenten kunnen hun eigen pgb-tarieven vaststellen, waarbij ze wel rekening moeten houden met een vastgesteld maximumtarief maar er geen minimumtarief geldt. Hierdoor kunnen tarieven per gemeente flink verschillen. De leden van de SP-fractie vragen daarom om een overzicht van de pgb-tarieven voor jeugd respectievelijk Wmo die in de verschillende gemeenten worden gehanteerd in een vergelijkbare situatie van de budgethouder. Daarnaast vragen de leden of er overwogen wordt om alsnog te komen tot een minimumtarief voor de pgb-budgetten? In hoeverre zijn deze verschillende tarieven een belemmering wanneer overgegaan wordt vanuit de Jeugdwet naar de Wmo, zo vragen de leden van de SP-fractie. Worden budgethouders bij de overgang geconfronteerd met lagere tarieven terwijl an sich de zorgvraag niet verandert? Graag ontvangen de leden van de SP-fractie hierop een uitgebreide toelichting, hoe wordt met dit knelpunt omgegaan?

De leden van de SP-fractie lezen dat het gemeenten toegestaan is het informeel tarief «mits passend» naar beneden bij te stellen. De leden vragen wat zij moeten verstaan onder de term «mits passend»? In welk geval is het voor gemeenten toegestaan om het informeel tarief naar beneden bij te stellen? In relatie hiertoe vragen de leden hoe het gesprek met de Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG) hierover is verlopen en

of hieruit naar voren is gekomen dat gemeenten in strijd handelen met de wet- en regelgeving, en zo ja welke gevolgstappen worden genomen?

Vragen en opmerkingen van de leden van de PvdA-fractie

De leden van de fractie van de PvdA hebben met belangstelling de toelichting op de tarieven pgb gelezen. Deze leden hebben enkele vragen ter verduidelijking.

1. Tarieven intramurale zorg in relatie tot de tarieven extramurale zorg en het pgb

De leden van de fractie van de PvdA vragen om nadere uitleg over waarom er geen rekening wordt gehouden met het feit dat budgethouders wel kosten hebben. Namelijk: voor de integrale zzp-tarieven voor intramurale zorg is er sinds 2018 een vergoeding voor kapitaallasten opgenomen; de normatieve huisvestingscomponent (nhc). In voorgaande jaren werden de kapitaallasten afzonderlijk bekostigd. Als een cliënt kiest voor extramurale zorg, maakt een dergelijke vergoeding voor de kapitaallasten geen onderdeel uit van het pgb en van het tarief dat door een zorg in natura-aanbieder in rekening mag worden gebracht (in het geval van vpt of mpt). Daar staat dan ook een lagere eigen bijdrage tegenover. Kan hier een verdere toelichting op worden gegeven? Worden deze signalen herkend?

2. Volledig pakket thuis in relatie tot pgb

De leden van de PvdA fractie zouden graag een nadere toelichting ontvangen met betrekking tot de tarieven voor Zorg in Natura (ZiN) die door de NZa worden bepaald, specifiek waarom er geen onderscheid wordt gemaakt in gradaties van complexiteit van de te verrichten handelingen. Bij de indexatie van het pgb wordt verondersteld dat 90 procent wordt besteed aan loonkosten en 10 procent aan materiële kosten. Kan worden bevestigd dat dit niet geldt voor het Persoonlijk Assistentie Budget, welke gebaseerd is op het aantal uren maal het uurtarief zonder bijkomende kosten in acht te nemen? Kan er een toelichting op deze differentiatie worden gegeven? Wordt het signaal dat naast familieleden en studenten ook deskundige hulpverleners onder het informeel tarief vallen herkend? Met name als er gespecialiseerde zorg nodig is (arbeidsovereenkomst) is het informele tarief niet toereikend. Hoe zullen deze knelpunten worden opgelost?

3. Herijking van zorg in natura tarieven in 2019

Naar aanleiding van de kanttekening dat men meerzorg of Extra Kosten Thuis kan worden aangevraagd, vragen de leden van de PvdA-fractie hoe dit een oplossing biedt aangezien meerzorg en ETK niet zijn bedoeld om tarieven te verhogen?

4. Maximum inkooptarieven Wlz-pgb

De leden van de fractie van de PvdA vragen of de stelling dat informele hulpverleners er een bovenmodaal inkomen op na houden niet te kort door de bocht is. Vaak levert een informele hulpverlener veel meer uren zorg en/of ondersteuning dan waarvoor het een vergoeding krijgt. In veel gevallen betreft dit maar een paar uur per week terwijl zij 24/7 paraat staan. Is er ooit een doorberekening gemaakt hoeveel men per uur overhoudt na aftrek van bijkomende lasten? Kan er nadere uitleg worden gegeven over hoe deze hulpverleners een bovenmodaal inkomen verdienen? Tevens vragen de leden van de PvdA-fractie een toelichting op

de totstandkoming van de indexatie van 1,82% gebaseerd (Wlz en Zvw), is dit een reëel percentage ten opzichte van overige lonen gezien het feit dat er de afgelopen 5 jaar geen indexatie heeft plaatsgevonden. En gaat er nu jaarlijks een marktconforme indexatie plaatsvinden vanaf 2020? Waarom bepaalt de NZa de ZiN tarieven en gaat het ministerie over de pgb tarieven? Waarom wordt het pgb tarief ook niet door de NZa vastgesteld (Wlz en Zvw)?

5. Pgb-tarieven voor de Zorgverzekeringswet

De leden van de PvdA-fractie zouden graag meer duidelijkheid krijgen met betrekking tot het overstappen van budgethouders naar andere zorgverzekeraars. Is het niet erg simpel om te stellen dat budgethouders elke jaar makkelijk kunnen overstappen naar een andere zorgverzekeraar?

6. Maximum inkooptarieven Zvw-rgb

De leden van de PvdA-fractie vragen of de Minister eveneens signalen ontvangt dat budgethouders zich niet melden bij de SKGZ.

7. Signalen van Per Saldo en MantelzorgNL over minimumloon

De leden van de PvdA-fractie vernemen dat gemeenten verschillende tarieven kunnen hanteren voor verschillende vormen van ondersteuning en voor verschillende typen hulpverleners. Deze leden willen graag verduidelijking over of voorgaande stelling wijst op een aanname, of een categorisering gebaseerd op feiten. De leden vragen zich af of er duidelijk zicht is op de ontwikkelingen die plaatsvinden in gemeenten met betrekking tot de tarieven. Tevens willen zij graag weten hoe ervoor gezorgd wordt dat pgb-houders regie eigen leven niet kwijtraken als ze door verlaging tarieven geen mensen meer voor zorg en ondersteuning kunnen vinden. Kan er ook een verdere uitleg gegeven worden voor de uitspraak dat tarieven voor hulpmiddelen niet passend hoeven te zijn? Kan de Minister ingaan op het punt dat een aantal gemeenten het tarief terugbrengen tot op het minimumloon? Is de Minister van mening dat dit een foute beweging is en dat het wettelijk minimumloon juist een middel was om informele zorg goed te belonen? Is de Minister het met ons eens dat een tariefsverlaging van de ene op de andere dag onaanvaardbaar is? Heeft de Minister signalen ontvangen over dat budgethouders zomaar opeens contracten moeten openbreken met hulpverleners en daarbij de tarieven moeten verlagen? Is de Minister zich ervan bewust dat dit als gevolg kan hebben dat budgethouders hun vertrouwde hulp-/ zorgverleners niet kunnen behouden en opzoek moeten naar nieuwe hulp-/ zorgverleners (in een toch al krappe arbeidsmarkt)?

II. Reactie van de Minister

Inleiding

Bijgaand ontvangt u de beantwoording van de vragen die zijn gesteld in het VSO Toelichting tarieven pgb, die uw Kamer mij op 24 september jl. heeft toegezonden. Bij de beantwoording is de volgorde van de vragen aangehouden zoals gesteld vanuit de verschillende fracties. Vanwege de overlap is een enkele keer verwezen naar de eerdere beantwoording van een vergelijkbare vraag.

Vooraf wil ik stellen dat het pgb een belangrijk instrument is voor mensen die eigen regie kunnen en willen voeren over de zorg die zij nodig hebben in complexe situaties; het pgb is een instrument dat hen maatwerk biedt en behouden dient te blijven. Een budgethouder, of diens vertegenwoor-

diger, kiest bewust voor een pgb en daarmee ook bij wie hij of zij zorg inkoopt. Binnen het gegeven minimumtarief (minimumloon) en de maximum inkooptarieven kan men over de zorg en de prijs afspraken maken met hulpverleners. Ik begrijp de zorgen die mensen hebben om goede hulpverleners te vinden, mensen uit het sociale netwerk van de budgethouder maar ook professionals die meer specialistische zorg verlenen: een probleem dat breed speelt op de arbeidsmarkt en in de zorg in het bijzonder. Als er problemen zijn om de juiste zorg in te kopen, vind ik dat dit met zorgkantoor, verzekeraar of gemeente moet worden besproken om te bezien of er een oplossing voor handen is. Ook zie ik veel vragen van budgethouders over de hoogte van de pgb-tarieven. Ik ben van mening dat budgetverstrekkers een gedegen onderbouwing moeten kunnen geven over de gestelde (maximum)tarieven, die in algemene zin toereikend zouden moeten zijn.

In de onderstaande antwoorden op de gestelde vragen ga ik hier dieper op in voor de verschillende domeinen: de Wet langdurige zorg (Wlz) en de Zorgverzekeringwet (Zvw) en het gemeentelijk domein met de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo 2015) en de Jeugdwet (Jw). Elk domein kent eigen grondslagen voor het tot stand komen van de pgb-tarieven. In de antwoorden wordt ingegaan op de zorgen die er zijn omtrent het vinden van hulpverleners en de gehanteerde tarieven.

Vragen en opmerkingen van de leden van de VVD-fractie

Vraag 1

Het verstrekken van eten en drinken mag voor pgb-houders in de Wet langdurige zorg (Wlz) niet vanuit het pgb bekostigd worden. De leden van de VVD-fractie vragen hoe dit dan wel wordt bekostigd, los vanuit het modulair pakket thuis (mpt) of vanuit de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo 2015)? Deze leden vragen, indien dit vanuit de Wmo 2015 bekostigd wordt, of er dan een eigen bijdrage moet worden betaald. Indien dit het geval zou zijn vragen de leden van de VVD-fractie of de Minister het met hen eens is, dat het een nadelig gevolg is van het kiezen voor een pgb, aangezien deze eigen bijdrage niet wordt betaald als de zorg in natura wordt geleverd.

Antwoord 1

Vanuit de Wlz is hulp bij het eten en drinken mogelijk voor zorg in een instelling, zoals een verpleeghuis of instelling voor gehandicaptenzorg, en ook voor Wlz-zorg thuis (bij alle leveringsvormen, inclusief het pgb). Het kan gaan om het klaarmaken van de maaltijd, toezicht bij het eten en hulp bij de toediening.

Het verstrekken van eten en drinken (het eten en drinken zelf) maakt onderdeel uit van het Volledig pakket thuis (vpt). Verstrekken van eten en drinken valt niet onder het pgb of mpt. Vanuit de Wmo 2015 kunnen cliënten thuis ondersteuning krijgen bij de maaltijd om zo voldoende zelfredzaam te blijven. De gemeente kan bijvoorbeeld ondersteunen bij het doen van boodschappen, het leveren van maaltijden, het opwarmen en klaarzetten van het eten.

Dit bieden gemeenten veelal aan via een algemene voorziening. Algemene voorzieningen zijn toegankelijk voor tot de doelgroep behorende ingezetenen van een gemeente, ook als iemand al gebruik maakt van zorg uit de Wet langdurige zorg. Algemene voorzieningen kunnen niet worden ingekocht met een persoonsgebonden budget. Gemeenten kunnen voor het gebruik van een algemene voorziening een vergoeding (bijdrage) van de ingezetene vragen. Deze vergoeding hoeft niet te betekenen dat er een financieel nadeel ontstaat voor mensen met een pgb of mpt in de Wlz. De eigen bijdrage die zij voor de Wlz-zorg betalen is namelijk lager dan de eigen bijdrage die wordt betaald voor een

vpt. De daadwerkelijke financiële effecten voor de budgethouder zijn afhankelijk van zijn persoonlijke omstandigheden en het gemeentelijk beleid.

Vraag 2

In de brief over de pgb-tarieven is vermeld dat er momenteel wordt gezien hoe de sturing op een doelmatige inzet van de aparte kwaliteitstoeslag van € 4.000 per jaar verbeterd kan worden per 2020. De leden van de VVD-fractie vragen wat de aanleiding is geweest van deze verkenning, wat de status is van de verkenning en wanneer de uitkomsten beschikbaar zijn. Ook vragen zij of de kwaliteitstoeslag momenteel niet doelmatig wordt ingezet.

Antwoord 2

De beschikbare middelen vanuit het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg worden door het zorgkantoor beschikbaar gesteld voor budgethouders met een VV-zorgprofiel 4 of hoger die in een wooninitiatief wonen en een wooninitiatieven-toeslag ontvangen. Dit in tegenstelling tot de natura-variant, waarbij de middelen rechtstreeks aan de zorgaanbieder worden toegekend. Als gevolg van dit verschil in toekenning is er eveneens een verschil in de sturingssystemen bij pgb en zorg in natura. Dit is aanleiding geweest de genoemde verkenning uit te voeren. Het onderzoek is inmiddels afgerond. De resultaten inclusief beleidsreactie worden op korte termijn aan uw Kamer gestuurd. Het feit dat is onderzocht hoe de sturing op doelmatige inzet van de aparte kwaliteitstoeslag verbeterd kan worden, betekent niet dat de kwaliteitstoeslag momenteel ondoelmatig wordt ingezet. Volgens het kwaliteitskader is het wooninitiatief verantwoordelijk voor nakoming van de opgenomen eisen. Hierop houdt de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd toezicht. Het zorgkantoor houdt toezicht op de rechtmatige besteding van het budget door de budgethouder.

Vraag 3

In de tarievenbrief is aangegeven dat de naturatarieven voor de gehandicaptenzorg en geestelijke gezondheidszorg per 2019 zijn herijkt, met als gevolg zowel hogere als lagere tarieven. Daarbij is aangegeven dat deze veranderingen op instellingsniveau gecompenseerd kunnen worden, maar op pgb-houder niveau niet. De leden van de VVD-fractie vragen of er gevallen bekend zijn waarbij de regeling Extra Kosten Thuis (EKT) of meerzorgregeling niet voldoende dekking geven om de daling van de tarieven op te vangen, bijvoorbeeld omdat er voor 2019 al gebruik werd gemaakt van de meerzorgregeling of EKT of als meerzorg simpelweg geen optie is in verband met het zorgprofiel.

Antwoord 3

Juist omdat een individuele budgethouder niet in staat is neerwaarts bijgestelde budgetten te compenseren, is besloten om, zoals aangegeven in de brief inzake pgb-tarieven, de herijking van de natura-tarieven per zorgprofiel niet door te voeren in de pgb's.

In de Wlz is derhalve dan ook geen sprake van neerwaarts bijgestelde budgetten, waarvoor een beroep moet worden gedaan op de regeling EKT of meerzorgregeling.

Vraag 4

De Minister schrijft dat een budgethouder die niet uitkomt met zijn of haar budget een gesprek kan aangaan met het zorgkantoor voor een bijdrage op grond van de regeling Extra Kosten Thuis of de meerzorgregeling. De leden van de VVD-fractie vragen om hoeveel mensen het gaat waarbij dit het geval is.

Antwoord 4

Uit een recent evaluatieonderzoek naar de maatwerkregelingen in de Wlz blijkt dat in de periode van januari 2018 tot en met februari 2019 6.336 cliënten gebruik maakten van een maatwerkregeling. 85% van deze cliënten maakt gebruik van de regeling Extra Kosten Thuis en 7% van de meerzorgregeling. Dit zijn in totaal circa 5.800 cliënten. Hiervan ontvangen circa 2.000 cliënten hun zorg via een pgb al dan niet in combinatie met een mpt. Dit is circa 5% van het totaal aantal budgethouders in 2018. Dit onderzoek is op 6 juni 2019 naar de Kamer gestuurd als bijlage bij de brief over maatwerk in de Wlz-zorg thuis⁴. In deze brief over maatwerk in de Wlz-zorg thuis heb ik de Kamer geïnformeerd over de overwegend positieve uitkomsten van de evaluatie naar de maatwerkregelingen in de Wlz en mijn verbeteracties. Hiervoor verwijs ik ook naar het antwoord op vraag 24.

Vraag 5

De VVD-fractie merkt op dat de verzekerde de aan het pgb verbonden taken en verplichtingen op verantwoorde wijze moet kunnen uitvoeren. De leden van de VVD-fractie zijn benieuwd naar de wijze van toetsing op deze verantwoorde wijze. Zij vragen of dit verschilt per gemeente of verzekering.

Antwoord 5

Om de toegang tot het pgb te verbeteren, heb ik in samenwerking met verstrekkers en Per Saldo een kader voor pgb-vaardigheid opgesteld. In dit kader is opgenomen wat een budgethouder of zijn vertegenwoordiger moet kennen en kunnen om goed met een pgb om te gaan. Voor verstrekkers is ter ondersteuning van het gesprek met de aanvrager een «leidraad toetsing» ontwikkeld. Hierin staan de vragen die in het gesprek aan de orde kunnen komen en waarmee verstrekkers de pgb-vaardigheid van de aanvrager kunnen toetsen. Verstrekkers kunnen hier zelf verdere invulling aan geven.

Voor de Zorgverzekeringswet is, in de regelgeving rond het Zvw-rgb, de bestuurlijke afspraken en de rgb-reglementen van de zorgverzekeraars, uniform vastgelegd welke voorwaarden worden gesteld aan de persoon van de budgethouder of diens vertegenwoordiger. Door het ondertekenen van het Zvw-rgb-aanvraagformulier verklaart de (aanstaande) budgethouder dat hij op de hoogte is van zijn verplichtingen en dat hij de aan het rgb verbonden taken op verantwoorde wijze zal uitvoeren. Het is aan zorgverzekeraars om de toets aan deze voorwaarden in de praktijk vorm te geven.

Vraag 6

De leden van de VVD-fractie lezen in de toelichting dat indien de zorg in natura niet passend is, of niet passend gemaakt kan worden, gemeenten een rgb kunnen toekennen. De leden van de VVD-fractie vragen of het klopt dat er in die situatie geen vrijwillige keuze gemaakt kan worden voor het rgb als er passende zorg in natura beschikbaar is. Zo ja, waarom is daarvoor gekozen.

Antwoord 6

Als de zorg in natura niet passend is of niet passend gemaakt kan worden, behoort het tot de mogelijkheden van de gemeente om de zorg middels een rgb toe te kennen. Uiteraard gaat dit in overleg tussen gemeente en aanvrager. Als een cliënt zorg in natura wenst te ontvangen, zal de gemeente alles in het werk moeten stellen om daarvoor een passend

⁴ Kamerstuk 34 104, nr. 251.

aanbod in natura te leveren. De keuze voor een pgb dient te allen tijde een vrijwillige keuze te zijn.

Vraag 7

De leden van de VVD-fractie vragen waarom er een verschil zit tussen het informele tarief in de Wlz en het informele tarief in de Zvw. In beide gevallen gaat het toch om verpleging en verzorging. Deze leden vragen hoe de zorglevering van elkaar verschilt die het verschil in tarief kan verklaren.

Antwoord 7

In het verleden zijn op verzoek van uw Kamer de ervaringen met het informele tarief van € 20 euro per uur in de Wlz en de Zvw in opdracht van het ministerie door Q-consult geëvalueerd. Uw Kamer heeft dit rapport en de eerste reactie van de toenmalige Staatssecretaris van VWS op 12 oktober 2015 ontvangen⁵. Uit dit rapport bleek dat € 20 per uur over het algemeen een toereikend bedrag is om de door budgethouders gewenste zorg via een informele zorgverlener te kunnen inkopen. Tegelijkertijd werd geconstateerd dat voor een aantal af te bakenen doelgroepen het tarief van € 20 mogelijk onvoldoende is. Voor zowel Zvw als Wlz ging het om de specifieke situatie waarin werkgeverslasten moeten worden afgedragen en situaties waarin informele hulpverleners hoog complexe en intensieve zorg leveren (veelal intensieve kindzorg) in de thuissituatie. Verder is het onder de Zvw, anders dan bij de Wlz, voor de zorgverlener niet mogelijk separaat reiskosten te declareren. Met name vanwege het niet apart kunnen declareren van reiskosten is daarop besloten het maximum inkooptarief voor de informele zorgverlener in de Zvw met ingang van 1 januari 2017 te verhogen naar € 23 per uur. Voor de Wlz was verhoging van het maximum inkooptarief om deze reden niet nodig omdat de reiskostenvergoeding afzonderlijk uit het Wlz-budget bekostigd kan worden. Het verschil tussen beide bedragen voor de informele zorgverlener is dus terug te voeren op de systematiek van de betreffende wetten en niet op het verschil in zorglevering.

Vraag 8

Aangezien gemeenten de bevoegdheid hebben om het informeel tarief bij te stellen vragen de leden van de VVD-fractie wat de feiten hieromtrent zijn. Kan de Minister inzichtelijk maken hoeveel gemeenten de tarieven bijstellen. Kan de Minister eveneens toelichting hoe hij «mits het passend is» beoordeeld?

Antwoord 8

De Wet op het minimumloon en minimumvakantiebijslag (Wml) regelt sinds 2018 dat alle zorgverleners die vanuit een pgb worden betaald waarbij er sprake is van een arbeidsrelatie of opdrachtverlening, maar dit niet in de uitoefening van een beroep of bedrijf wordt gedaan, het minimumloon en vakantiebijslag moeten ontvangen. Hiermee is een minimumtarief voor de inzet uit het sociaal netwerk vastgesteld. Gemeenten stellen hun tarieven dusdanig vast dat er aansluiting is bij de lokale omstandigheden zoals de mate van sociale samenhang in een gemeente of de waardering van mantelzorg. Recent hebben mij signalen bereikt over mogelijke zorgdiscontinuïteit in het kader van tariefswijzigingen door gemeenten. Ik beschik niet over een landelijk overzicht van hoeveel gemeenten hun tarieven bijstellen.

⁵ Kamerstuk 25 657, nr. 216.

In de Wmo 2015 en de Jeugdwet is opgenomen dat een tarief voor het pgb toereikend dient te zijn. Dit criterium geldt zowel voor bij het vaststellen van de formele tarieven als de informele tarieven. Hier ligt een rol weggelegd voor de gemeenteraad om erop toe te zien dat de tarieven toereikend zijn. Gemeenten hebben de bevoegdheid om tarieven aan te passen en daarmee ook de bevoegdheid het informele tarief naar beneden bij te stellen. In de Jeugdwet en de Wmo 2015 is opgenomen dat een budgethouder over voldoende budget moet beschikken om de benodigde jeugdhulp of maatschappelijke ondersteuning (al dan niet geleverd door het sociaal netwerk) in te kopen. Als een cliënt echter van mening is dat het tarief ontoereikend is dan kan deze in overleg treden met de gemeente. Mocht dit niet tot een oplossing leiden dan bestaat de mogelijkheid van bezwaar en beroep.

Zoals ik onlangs heb aangegeven in de beantwoording van de Kamervragen van de heer Kerstens⁶ hecht ik eraan dat gemeenten hun tarieven zorgvuldig onderbouwen. Ik ben hierover het gesprek met de VNG aangegaan. De aankomende tijd gaan we afspraken maken hoe we de gemeenten beter kunnen ondersteunen in het onderbouwen van tarieven, door bijvoorbeeld de informatievoorziening vanuit de VNG te verbeteren of door een handreiking op te stellen.

Vragen en opmerkingen van de leden van de CDA-fractie

Vraag 9

De leden van de CDA-fractie vragen hoe de sturing op een doelmatige inzet van de kwaliteitstoeslag in het pgb vanaf 2020 kan worden verbeterd.

Antwoord 9

Zoals ik heb vermeld bij antwoord 2 is de in de tarievenbrief genoemde verkenning naar een doelmatige inzet van de aparte kwaliteitstoeslag inmiddels afgerond. De resultaten inclusief beleidsreactie worden op korte termijn aan uw Kamer gestuurd.

Vraag 10

De leden van de CDA-fractie merken op dat, met name als er gespecialiseerde zorg nodig is, het informele tarief niet toereikend is en vragen of de Minister deze signalen herkent. Ook vragen zij hoe de Minister dit knelpunt wil oplossen.

Antwoord 10

Zoals in de brief inzake pgb-tarieven aangegeven, is met Per Saldo en MantelzorgNL gesproken over problemen bij het vinden en behouden van specialistische zorgverleners die niet vallen onder het formele tarief. Ook met budgethouders heb ik gesprekken gevoerd over informele gespecialiseerde zorgverlening. Er is nog geen duidelijk zicht op de oorzaken van de problemen die worden ervaren. Er kunnen meerdere redenen zijn die maken dat het vinden van specialistische informele zorgverleners lastig is. Zo kunnen problemen ontstaan door de beschikbaarheid van informele gespecialiseerde zorgverleners, concurrentie tussen Zvw en Wlz, de inhoud van de zorgvraag of de hoogte van de informele maximumtarieven. In dat laatste geval is onduidelijk wat een toereikend informeel tarief voor specialistische zorg zou moeten zijn. En dat wordt nog complexer als er ook nog differentiatie naar de mate van specialisatie nodig is. Dit vraagstuk ga ik nader laten onderzoeken door een onderzoeksbureau voor het pgb-Wlz en het pgb-Zvw, zodat er goed zicht komt op de knelpunten en daarvoor passende oplossingen getroffen kunnen

⁶ Aanhangsel Handelingen II 2019/20, nr. 182.

worden. De resultaten van dit onderzoek zullen in het najaar van 2020 beschikbaar zijn.

Vraag 11

De Minister stelt in zijn brief dat men meerzorg of EKT kan aanvragen op het moment dat een pgb-houder niet uitkomt met zijn of haar budget. Kan de Minister uitleggen hoe hij dit als oplossing ziet want meerzorg en EKT zijn beide niet bedoeld om tarieven op te hogen?

Antwoord 11

Op het moment dat een budgethouder niet voldoende zorg kan inkopen met het huidige budget, kan de budgethouder een beroep doen op Extra Kosten Thuis (EKT). Bij aanvraag van EKT kan een budgethouder het budget tot 25% verhoogd krijgen. Het zorgkantoor beoordeelt de aanvraag. Bij een beroep op de EKT-regeling wordt daarbij onder andere gekeken naar de doelmatigheid van de ingezette zorg. Met name in geclusterde woonvormen of gezinssituaties waarbij meerdere personen aanspraak maken op zorg kan zorg vaak efficiënter worden georganiseerd. Hiermee wordt rekening gehouden bij de beoordeling.

Als een budgethouder op dat moment nog niet uitkomt met het budget, kan de budgethouder als zijn profiel daarvoor openstaat, een aanvraag doen voor meerzorg. Hiermee kan de budgethouder in staat gesteld worden meer uren zorg in te kopen. De budgethouder heeft de keuze dat via formele of informele zorgverleners te doen. Ook binnen deze regelingen gelden inderdaad de bestaande maximumtarieven van € 20 voor informele zorg en € 63 voor formele zorg.

Vraag 12

De leden van de CDA-fractie vragen waarop de indexatie van 1,82% is gebaseerd (Wlz en Zvw). Zij vragen of dit een reëel percentage is en opzichte van overige lonen gezien het feit dat er de afgelopen 5 jaar geen indexatie heeft plaatsgevonden. Ook vragen zij of de Minister voornemens is nu jaarlijks een marktconforme indexatie te laten plaatsvinden vanaf 2020.

Antwoord 12

De pgb budgetten in de Wlz zijn wel degelijk elk jaar geïndexeerd. En zoals ik heb aangegeven zullen de maximum inkooptarieven vanaf 2020, evenals het pgb Wlz, jaarlijks worden geïndexeerd. Ik ben in overleg met de ketenpartijen ZN en SVB om te bezien hoe hieraan uitvoering te kunnen geven.

Zowel het pgb-Wlz als de maximum inkooptarieven worden met ingang van 2020 met 1,82% geïndexeerd. Het indexeringspercentage voor het pgb van het volgende kalenderjaar wordt berekend op basis van informatie uit het Centraal Economisch Plan. Zoals ook in de tarievenbrief aangegeven, bestaat dit cijfer uit twee componenten; personele en materiële kosten. Bestedingen vanuit het pgb hebben met name betrekking op arbeidskosten. Hierom telt de loonkostenontwikkeling voor 90 procent mee in de indexering van het pgb en de ontwikkeling van materiële kosten voor 10 procent. Omdat het indexeringspercentage voorafgaand aan het betreffende jaar wordt vastgesteld, wordt gerekend met voorlopige indexcijfers. Eventuele verschillen met de definitieve cijfers worden bij de indexering voor het jaar daarop verrekend.

Bij het vaststellen van het indexeringspercentage voor de maximum inkooptarieven, is geen rekening gehouden met het feit dat deze de afgelopen jaren niet zijn geïndexeerd. Dat de maximum inkooptarieven enkele jaren niet zijn geïndexeerd betekent niet automatisch dat ook de lonen van zorgverleners in die jaren gelijk zijn gebleven. Dit geldt alleen voor zorgverleners waarvoor het loon de afgelopen jaren of een deel daarvan gelijk was aan het maximum inkooptarief.

Uit het oogpunt van uniformiteit wordt de maximale vergoeding voor de informele hulpverlener in het Zvw-pgb vanaf nu jaarlijks geïndexeerd conform de systematiek die in de Wlz voor het pgb geldt.

Vraag 13

De leden van de CDA-fractie vragen of de maximumtarieven in het Zvw-pgb gelijkgesteld kunnen worden aan de maximumtarieven die door de NZa worden vastgesteld? Deze leden vragen hoe de Minister aankijkt tegen het gegeven dat zorgverzekeraars het pgb-budget vaststellen aan de hand van rektarieven die veel lager zijn dan de maximumtarieven die zij hanteren en de gehanteerde rekenmethode (pgb-budget vastgesteld door het aantal uur van de indicatie te vermenigvuldigen met de rektarieven/vaststellingstarieven en /of het aantal geïndiceerde uren vermenigvuldigen met de maximumtarieven). Zij vragen of dit volgens de Minister een reëel (marktconform) tarief oplevert om kwalitatief goede zorg in te kopen en of dit volgens de Minister niet belemmert om kwalitatief goede zorg in te kopen. Verder vragen zij hoe de Minister aankijkt tegen de verschillen tussen de tarieven Zvw-pgb en zorg in natura waardoor zorgverleners er bijvoorbeeld voor kiezen om niet meer via pgb maar via zorg in natura te werken.

Antwoord 13

Het Zvw-pgb kent geen vaste vergoedingen. Zorgverzekeraars bepalen de vergoedingen voor formele verpleging en verzorging zelf op basis van de door de NZa vastgestelde maximumtarieven. Hoe zij dit vaststellen is aan de zorgverzekeraars zelf: de uitvoering van de Zvw vindt immers plaats door private zorgverzekeraars en zorgaanbieders.

De Minister van VWS stelt de maximale vergoeding aan de verzekerde voor het inhuren van een informele zorgverlener vast. De Nza heeft daartoe geen bevoegdheid omdat de informele hulpverlener geen zorgaanbieder is in de zin van artikel 1 van de Wmg. Als gevolg hiervan is de tarief en prestatieregulering niet op hen van toepassing. Zorgverzekeraars mogen zelf de vergoeding bepalen voor het inhuren van een informele zorgverlener op basis van de door de Minister vastgestelde maximumvergoeding. In de praktijk hanteren echter alle zorgverzekeraars eenzelfde maximale uurvergoeding van € 23 euro per uur voor de informele zorgverlener.

Voor het pgb legt de zorgverzekeraar de tarieven van formele en informele zorg vast in het pgb-reglement. Sommige zorgverzekeraars hanteren in hun Reglement Zvw-pgb naast een maximum te declareren vergoeding een apart tarief om het totale pgb-budget te bepalen ($p \cdot q$). Per Saldo noemt dit het «rektarief». De budgethouder heeft op zich niets met dit rektarief te maken, maar slechts met het totaalbudget dat is toegekend en met de maximumvergoedingen die de budgethouder mag declareren voor een bepaald type zorg. Anders gezegd: als de budgethouder een hogere vergoeding afsprekt dan het «rektarief», dan zal de verzekeraar de declaratie vergoeden mits de gedeclareerde vergoeding niet hoger is dan het maximumtarief, maar zal het pgb-budget eerder op zijn. De budgethouder wordt dus niet door de zorgverzekeraar belemmerd om kwalitatief goede zorg in te kopen.

Zorgverzekeraars Nederland heeft Per Saldo op 18 april jongstleden voor overleg uitgenodigd om onder meer stil te staan bij de rektarieven. Daarbij is door Per Saldo vastgesteld dat de door hen gestelde vragen naar behoren zijn beantwoord en is de afspraak met Zorgverzekeraars Nederland gemaakt om dit overleg een structureel karakter te geven.

Vraag 14

Voor de aanvullende verzekering geldt geen acceptatieplicht. Dit kan voor budgethouders een reden zijn niet over te stappen naar een andere verzekeraar. De leden van de CDA-fractie vragen hoe de Minister hiertegen aankijkt. Zij vragen of de Minister ook ziet dat het overstappen naar een andere zorgverzekeraar kan leiden tot onnodige administratieve last en onrust bij budgethouders. Zo, ja kan de Minister aangeven welke mogelijkheden er zijn om deze onrust en administratieve last te verminderen, aldus deze leden.

Antwoord 14

Elk najaar passen de zorgverzekeraars hun verzekeringspolissen aan. Het is dan aan de verzekerde om te besluiten of hij/zij de nieuwe verzekeringspolis aanvaardt of op zoek gaat naar een zorgverzekeringspolis die beter bij zijn/haar behoeften en voorkeuren aansluit. Overigens is het wel goed te realiseren dat de zorg uit de aanvullende verzekering, hoe waardevol ook voor groepen patiënten, aanvullend is op de zorg uit de basisverzekering.

Iedereen die wil overstappen naar een andere zorgverzekeraar moet zich ook daadwerkelijk vrij voelen om dat te doen. In zijn algemeenheid zijn er signalen dat zorggebruikers ondervertegenwoordigd zijn als het gaat om overstappen. In zijn brief van 21 maart jl. aan de Tweede Kamer heeft mijn collega, de Minister voor medische zorg, aangekondigd een onderzoek te laten uitvoeren naar overstapbelemmeringen onder zorggebruikers (Kamerstuk 29 689, nr. 965). Bij dit onderzoek zal het onderzoeksbureau ook gevraagd worden aandacht te besteden aan budgethouders. De uitkomsten van dit onderzoek zullen in de eerste helft van 2020 met de Tweede Kamer worden gedeeld.

Vraag 15

De leden van de CDA-fractie vragen hoeveel geschillen er over een ontoereikend pgb budget in het afgelopen jaar zijn voorgelegd aan de SKGZ.

Antwoord 15

Uit navraag bij de SKGZ blijkt dat er in het afgelopen jaar geen geschil is voorgelegd dat ziet op de hoogte van de door de zorgverzekeraar vaststelde vergoeding aan de verzekerde met betrekking tot het inhuren van een formele dan wel een informele zorgverlener.

Vraag 16

De leden van de CDA-fractie zien dat een aantal gemeenten net als de zorgverzekeraars hun tarieven verlagen. Ook hier komen budgethouders in de knel met hun lopende contracten, ze mogen immers nog maar een lager tarief uitbetalen dan voorheen. Budgethouders worden hierdoor soms gedwongen om afscheid te nemen van hun vertrouwde hulpverleners omdat zij de tarieven niet meer kunnen betalen. De Minister geeft in zijn brief aan dat hij begrip heeft voor de vervelende situatie die kan ontstaan voor de individuele budgethouder. Echter de CDA-fractie vraagt of dit niet in strijd is met de vigerende wet- en regelgeving. Ook vragen zij of de Minister mogelijkheden ziet om deze budgethouders die hierdoor in de knel raken te ondersteunen.

De leden van de CDA-fractie geven aan dat een mogelijke oplossing zou kunnen zijn dat budgethouders ook zorg bij zorgorganisaties zelf zorg kunnen inkopen. Wat vindt de Minister van dit voorstel?

Antwoord 16

De pgb-tarieven kunnen door een gemeente periodiek worden aangepast. Gemeenten moeten zich er wel van vergewissen dat budgethouders een toereikend tarief behouden om de benodigde ondersteuning in te kopen.

Als de budgethouder het oneens is over een eventuele wijziging, kan deze allereerst met de betreffende gemeente in gesprek. Wanneer dit niet tot een oplossing leidt kan de cliënt in bezwaar gaan tegen het genomen besluit. Recent hebben mij signalen bereikt over mogelijke zorgdiscontinuïteit in het kader van tariefswijzigingen door gemeenten. Al eerder schreef ik in mijn brief van 27 juni met de VNG in gesprek te gaan over signalen m.b.t. toereikendheid van tarieven. Ik hecht eraan dat gemeenten hun tarieven zorgvuldig onderbouwen. Zoals vermeld in antwoord 8 ben ik hierover het gesprek met de VNG aangegaan en gaan we aankomende tijd afspraken maken hoe we de gemeenten beter kunnen ondersteunen in het onderbouwen van tarieven, door bijvoorbeeld de informatievoorziening vanuit de VNG te verbeteren of door een handreiking op te stellen. De verlaging van tarieven is hierbij ook onderdeel van gesprek.

Het voorstel van de CDA-fractie waarbij een budgethouder zelf zijn hulp of ondersteuning bij een zorgorganisatie inkoopt, is een goede oplossing en valt binnen de mogelijkheden om een pgb in te zetten. Daar zijn geen belemmeringen voor en dit gebeurt in de praktijk ook al.

Vraag 17

De leden van de CDA-fractie zien dat het steeds moeilijker wordt voor budgethouders om geschikte hulpverleners te vinden die voor de huidige tarieven de zorg/ondersteuning willen maar ook kunnen bieden. En dat hiermee eigen regie, keuzevrijheid en maatwerk in het gedrang komen. De leden van deze fractie vragen of de Minister deze constatering deelt. Ook vragen zij of de Minister mogelijkheden ziet om eigen regie, keuzevrijheid en maatwerk voor budgethouders te garanderen?

Antwoord 17

In de huidige arbeidsmarkt hebben werkgevers in de zorg moeite om geschikt personeel te vinden. De budgethouder kan hier ook helaas hinder van ondervinden. Zoals genoemd bij antwoord 10, laat ik nader onderzoek verrichten voor het vraagstuk inzake specialistische zorg door een informele zorgverlener.

Vraag 18

De leden van de CDA-fractie zien dat in de Jeugdwet en de Wmo 2015 verschillende tarieven voor dezelfde functie gebruikt worden binnen één gemeente. Hierdoor komen hulpvragers in de problemen zodra zij overgaan van de Jeugdwet naar de Wmo 2015. Zij worden geconfronteerd met lagere tarieven waardoor zij gedwongen worden te kiezen voor een andere hulpverlener of het verschil zelf bij te betalen. Financieel behoort dit vaak niet tot de mogelijkheden van budgethouders. Ziet de Minister deze verschillen ook en hoe kan de Minister de budgethouders hierin tegemoetkomen en/of ondersteunen?

Antwoord 18

De Jeugdwet en de Wmo 2015 stellen verschillende kwaliteitseisen aan vergelijkbare voorzieningen en hierdoor kunnen bij de overgang van de Jeugdwet naar de Wmo 2015 wijzigingen in tarieven ontstaan. De Wmo 2015 en de Jeugdwet bieden voor gemeenten voldoende mogelijkheden in tariefvaststellingen om knelpunten tegen te gaan. Gemeenten kunnen ertoe besluiten de tarieven tussen de Jeugdwet en Wmo 2015 te harmoniseren, vroegtijdig over de overgang van de Jeugdwet naar de Wmo 2015 te communiceren naar de budgethouder of een redelijke overgangstermijn met maatwerk aan te bieden. De gemeenteraad ziet erop toe dat het afgesproken beleid naar behoren wordt uitgevoerd en de budgethouders voldoende worden ondersteund.

Zoals ik heb aangegeven in antwoord 8 ben ik over de pgb-tarieven het gesprek met de VNG aangegaan. De aankomende tijd gaan we afspraken

maken hoe we de gemeenten beter kunnen ondersteunen in het onderbouwen van tarieven, door bijvoorbeeld de informatievoorziening vanuit de VNG te verbeteren of door een handreiking op te stellen. De overgang van de Jeugdwet naar de Wmo 2015 en de verschillende tarieven vormen ook onderdeel van gesprek.

Vraag 19

De leden van de CDA-fractie hebben nog enkele vragen met betrekking tot de aanschaf van hulpmiddelen. De Minister geeft aan dat bij hulpmiddelen het budget niet passend hoeft te zijn. Kan de Minister aangeven waarop hij dit baseert? De leden vragen of de Minister het uitgangspunt deelt dat bij pgb dat er sprake zou moeten zijn van passende zorg/ondersteuning met een toereikend tarief (artikelnummer: 2.1.3 2b) en dat dit ook geldt voor hulpmiddelen.

Antwoord 19

In de Wmo 2015 is opgenomen dat een gemeente een aanvraag voor een pgb mag weigeren als de kosten voor het persoonsgebonden budget hoger zijn van de kosten van de maatwerkvoorziening. Dit kan zich bijvoorbeeld voordoen doordat de gemeente, vanwege inkoopvoordelen, maatwerkvoorzieningen (zoals hulpmiddelen en vervoersvoorzieningen) goedkoper kan leveren dan wanneer een budgethouder deze zelf inkoopt met een pgb. De maatwerkvoorziening (zowel in natura als pgb) moet wel passend zijn voor de aanvrager en dient aan te sluiten bij de ondersteuningsbehoefte die in overleg tussen cliënt en gemeente is vastgesteld. Daarbij heeft de aanvrager de mogelijkheid om het verschil tussen de kosten voor de maatwerkvoorziening en de gewenste voorziening zelf bij te betalen. Ik heb geen signalen dat gemeenten handelen in strijd met de wet. Verder beschik ik niet over een overzicht met tarieven van alle gemeenten.

Vragen en opmerkingen van de leden van de D66-fractie

Vraag 20

De leden van de D66 fractie lezen in de brief inzake tarieven pgb dat sinds 2018 de kapitaallasten in de zorgzwaarteprofielen van intramurale zorg niet meer apart worden vergoed, maar in de zzp-tarieven zijn verwerkt door middel van de normatieve huisvestingscomponent. Deze leden vragen of zij het goed begrijpen dat pgb-houders sinds de invoering van de normatieve huisvestingscomponent worden gecompenseerd door middel van een verlaging van de eigen bijdrage.

De leden willen graag meer inzicht in de berekening die gemaakt is voor het verlagen van de eigen bijdrage. Daarom vragen de leden de Minister om de berekening aan te leveren van de eigen bijdrage van voor de invoering van de normatieve huisvestingscomponent, zowel als de berekening van de eigen bijdrage na de invoering van de normatieve huisvestingscomponent. Tevens vragen de leden de Minister om beide berekeningen toe te lichten.

Daarbij ontvangen de leden eveneens graag een inzichtelijke tabel waarin verwerkt is wat voor effect deze berekeningen destijds hadden, en tegenwoordig hebben op het eigen bijdrage van verschillende inkomensgroepen van het lage tot het hoge segment.

Tot slot zouden de leden graag een specificatie ontvangen van de kosten voor kapitaallasten in de Wlz, waarin de kosten voor de afzonderlijke componenten van kapitaallasten worden gespecificeerd (gebouwen, terreinen, apparatuur en inventaris, zoals gespecificeerd op de website van de Monitor Langdurige Zorg).

De leden vragen de Minister dit uiteen te zetten voor zowel het volledig pakket thuis (vpt) als voor de intramurale zorg en vragen de Minister om daarbij de vergoedingen voor kapitaallasten weer te geven die zijn

verstrekt voor de invoering van de normatieve huisvestingscomponent als na invoering daarvan.

Antwoord 20

De normatieve huisvestingscomponent wordt niet gecompenseerd in de eigen bijdrage van de verzekerde voor een pgb. Voor het pgb geldt al een lage eigen bijdrage die is gebaseerd op het feit dat iemand zelf diens huisvesting bekostigt. Voor verblijf in een instelling (in natura) geldt in de regel een hoge bijdrage.

De normatieve huisvestingscomponent werd voor 2018 vergoed aan zorgaanbieders door middel van de Subsidieregeling overgang kapitaallasten 2015–2017. Met het vervallen van deze regeling werden deze kosten verdisconteerd in de hoogte van de zzp-tarieven voor het betrekken van verblijfszorg (intramuraal) van Wlz-zorgaanbieders. Als een cliënt kiest voor extramurale zorg, maakt een dergelijke vergoeding voor de kapitaallasten en vaste activa geen onderdeel uit van het pgb of van het tarief dat door een zorg in natura-aanbieder in rekening mag worden gebracht (in het geval van vpt of mpt). Bij zorg thuis worden er immers geen kapitaallasten veroorzaakt voor aanbieders, die zij dan zouden hebben vanwege het betrekken en exploiteren van een accommodatie van een zorginstelling. Concreet bij een pgb hoeft een budgethouder geen accommodatie te betrekken. Men gaat ervan uit dat de verzekerde zijn eigen huishouden blijft aanhouden en niet verhuist naar een instelling. De hoogte van de bijdrage reflecteert dit ook: de lage eigen bijdrage. Voor verblijf waarbij geen eigen huishouden wordt aangehouden, maar de kosten voor wonen en eten door de instelling worden gedekt, geldt een hoge eigen bijdrage. Voor extramurale leveringsvormen, waaronder het pgb, waarbij men zelf deze kosten van het huishouden moet afdekken, geldt een lage eigen bijdrage. Dit was al voor 2018 het geval en blijft ook zo. Enkel de vergoeding van kapitaallasten voor instellingszorg is «verplaatst» naar de contractprijs. De verlaging van de eigen bijdrage door bijvoorbeeld de vermogensinkomensbijtelling te verlagen tot 4% heeft betrekking op het verminderen van het stapelen van zorgkosten en het verbeteren van de inkomenspositie van verzekerden. Dit heeft geen verband met de normatieve huisvestingscomponent. Het inzicht in die berekening is daarom ook niet aan te leveren.

Sinds 2018 is er sprake van een integraal tarief. De zorginstelling krijgt een normbedrag voor de gehele zorglevering, van salariskosten tot maaltijdvoorziening, waaronder ook inventaris en huisvesting. Het is aan zorginstellingen om de voor haar beste mix te kiezen in de uitgaven tussen de verschillende kostensoorten. Deze kostensoorten kunnen in het geval van kapitaallasten huur zijn als bijv. een woningcorporatie huisvesting heeft gerealiseerd en verhuurd aan de zorginstelling, of in het geval van eigendom de kosten voor rente, afschrijvingen, onderhoud, aankoop grond, etc.

Een gedetailleerd overzicht van de feitelijke kosten die zorginstellingen maken, heb ik niet tot mijn beschikking.

Aan de normbedragen liggen ten grondslag de bouwnormen van 2008 (m²) en de volgende uitgangspunten:

1. Een investeringspatroon van 30 jaar zonder renovatie;
2. 0,8% per jaar voor de instandhouding;
3. Vergoeding van een component gebaseerd op meerjarige renteontwikkelingen en meerjarige inflatie;
4. Een bouwtijd van 18 maanden.
5. Een component voor grond, interimhuisvesting en terreinvoorzieningen.
6. Een bezettingspercentage van 97%.

In het geval van een volledig pakket thuis, regelt de bewoner de huisvesting zelf en betaalt huur, of heeft een pand in eigendom. In dat geval is er geen sprake van kapitaallasten of inventariskosten.

Tabel: Historische kapitaallasten

x €1.000	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Nhc	0	0	277.030	548.990	819.248	1.201.509	1.691.226	2.072.169	0	0
nacalculatie	2.694.595	2.788.103	2.611.585	2.383.062	2.104.378	1.289.331	753.007	389.956	0	0
vpt	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt	nvt
Totaal	2.694.595	2.788.103	2.888.615	2.932.052	2.923.626	2.490.840	2.444.233	2.462.125	0	0

Bron: Monitor langdurige zorg

- Van 2012 tot 2018 is het nacalculatiesysteem gefaseerd vervangen door de nhc (normatieve huisvestingscomponent)
- In 2015 heeft de Wlz de Awbz vervangen.
- Vanaf 2018 is er een integraal tarief voor de totale zorglevering.

Vraag 21

De leden van de D66-fractie lezen in de brief inzake tarieven pgb dat in de VV-profielen wordt gesproken van een wooninitiatieven-toeslag waarvoor ruim 4.000 euro beschikbaar is. De leden vragen de Minister wat er wordt bedoeld met «ruim».

Deze leden vragen of de Minister nader kan toelichten onder welke omstandigheden mensen in een VV-wooninitiatief in aanmerking komen voor deze toeslag?

Verder zouden de leden graag vernemen wat de maandelijkse kwaliteits-toeslag bedraagt per pgb-houder, of er verschillen zijn in de vergoeding per wooninitiatief, of er inkomensafhankelijke verschillen zijn voor deze kwaliteitstoeslag, hoeveel mensen er op dit moment in Nederland in een wooninitiatief wonen, of er een stijgende dan wel dalende trend is in het aantal mensen in een dergelijk zorginitiatief en hoe dit bedrag zich verhoudt tot het bedrag van 11 miljoen euro dat jaarlijks beschikbaar wordt gesteld voor wooninitiatieven in de VV-sector.

Verder wordt genoemd dat momenteel wordt gezien hoe de sturing van de bovengenoemde middelen met ingang van 2020 kan worden verbeterd. De leden vragen de Minister om hen op de hoogte te houden van veranderingen die voor 2020 worden doorgevoerd in de verdeling van deze middelen en wil graag weten hoe de Minister van plan is deze middelen in te zetten, mochten er voor 2020 géén veranderingen zijn aangebracht in de verdeling van deze middelen.

Graag vernemen de leden of het bedrag van 11 miljoen dan nog steeds zowel beschikbaar als toereikend zal zijn.

Antwoord 21

In de brief inzake pgb-tarieven is aangegeven dat voor budgethouders die wonen in kleinschalige wooninitiatieven, een wooninitiatieventoeslag van ruim € 4.000 per jaar beschikbaar is, waarmee het pgb wordt opgehoogd. Het exacte bedrag van de wooninitiatieventoeslag in 2019 is € 4.400.

Naast deze wooninitiatieventoeslag bestaat er een (extra) kwaliteits-toeslag voor budgethouders in de VV-sector die wonen in kleinschalige wooninitiatieven. De kwaliteitstoeslag bedraagt € 4.000. In de Regeling Langdurige zorg artikel 5.13 lid 6 zijn de voorwaarden opgenomen waaraan moet worden voldaan om een kwaliteitstoeslag te kunnen ontvangen. Hiervoor is het nodig dat de budgethouder krachtens zijn indicatiebesluit is aangewezen op zorgprofiel:

- VV Besluit wonen met intensieve begeleiding en uitgebreide verzorging;
- VV Beschermd wonen met intensieve dementiezorg;
- VV Beschermd wonen met intensieve verzorging en verpleging;
- VV Beschermd wonen met zeer intensieve zorg, vanwege specifieke aandoeningen, met de nadruk op begeleiding; of
- VV Beschermd wonen met zeer intensieve zorg, vanwege specifieke aandoeningen, met de nadruk op verzorging/verpleging; of

- op 31 december 2014 recht had op zorgzwaartepakket 4 VV, 5 VV, 6 VV, 7 VV en 8 VV.

Zoals aangegeven bedraagt de kwaliteitstoelage in 2019 € 4.000 op jaarbasis. Dit komt overeen met een maandbedrag van $4.000/12 = € 333,33$ per maand. De hoogte van de kwaliteitstoelage is niet afhankelijk van het wooninitiatief of inkomen van de budgethouder. Medio 2019 waren er circa 7.900 budgethouders met een wooninitiatieven-toelage. Hiervan hebben circa 5.100 budgethouders een indicatie voor een VG-profiel en circa 2.800 budgethouders een indicatie voor een V&V-profiel. Deze laatste groep ontvangt per 2019 de kwaliteitstoelage à € 4.000. Hiervoor is een bedrag van € 11 miljoen toegevoegd aan het pgb-kader. Er is een lichte stijging zichtbaar van het aantal mensen dat een wooninitiatieven-toelage krijgt, van circa 7.300 budgethouders medio 2017 tot circa 7.900 budgethouders medio 2019.

Zoals hiervoor bij antwoord 2 vermeld, is onlangs een onderzoek uitgevoerd naar de kwaliteitstoelage in relatie tot het pgb voor de jaren na 2019. Dit onderzoek is inmiddels afgerond. De resultaten inclusief beleidsreactie worden op korte termijn aan uw Kamer gestuurd.

Vraag 22

De leden van de D66-fractie vragen waarom de NZa de naturatarieven bepaalt en het Ministerie van VWS de pgb-tarieven vaststelt.

De leden van de D66-fractie constateren dat de verhoudingen tussen de kosten voor loon en voor materiële zaken verschillend is voor zorg in natura en pgb (verhouding 90:10 respectievelijk 75:25). De leden van de D66-fractie nemen aan dat de zorg in natura (ZiN) waarover hier gesproken wordt het vpt betreft, aangezien dit het ZiN-pakket is waarop het pgb gebaseerd is, en verneemt graag van de Minister of deze aanname juist is. Ook zouden de leden graag vernemen op basis van welke cijfers het Ministerie van VWS tot de conclusie is gekomen dat budgethouders een andere zorgvraag hebben dan mensen die ZiN afnemen en zou graag inzage krijgen in de cijfers waarop dit is gebaseerd. Deze leden vragen of de Minister het niet een logische aanname vindt dat mensen met een vpt en mensen met een pgb dezelfde behoeftes hebben en daardoor gemiddeld genomen ook dezelfde zorg behoeven. Zij vragen de Minister toe te lichten hoe dit verschil tot stand is gekomen.

Antwoord 22

In de Awbz was het pgb een subsidieregeling. Zowel toentertijd als nu onder de Wlz, heeft de NZa geen bevoegdheid tot het vaststellen van de hoogte van deze subsidies. Die rol ligt bij VWS waardoor VWS de hoogte van de pgb-bedragen vaststelt.

Inderdaad is het zo dat in het indexeringspercentage van het vpt de weging van de personele en materiële component afwijkt van het indexcijfer pgb. Zoals vermeld, wordt bij het pgb een verhouding 90/10 voor personeel en materieel gebruikt. In het vpt is deze verhouding 75/25. Dit verschil wordt niet veroorzaakt doordat pgb-houders een andere zorgvraag zouden hebben, maar heeft er mee te maken dat in het vpt een vergoeding is opgenomen voor eten en drinken waarop de materiële component van toepassing is. Deze vergoeding kent het pgb niet.

Vraag 23

Deze leden van de D66-fractie zouden graag van de exacte bedragen ontvangen van de Minister.

Verder zouden deze leden graag een tabel ontvangen voor de periode vanaf 2015 tot heden, waarin de vpt-tarieven worden vergeleken met de zzp-tarieven.

Derhalve zouden de leden graag in de, hierbij aangevraagde tabel, dat kosten die te wijten zijn aan de samenstelling van het pgb-indexeringspercentage en de kosten die te wijten zijn aan de kwaliteitstoelage voor VV-wooninitiatieven beide apart komen te staan in een kolom, zodat het verschil tussen de vpt-tarieven en de pgb-tarieven beter inzichtelijk wordt, en vragen de Minister dit te doen voor alle zzp's. Tot slot lezen deze leden in de brief inzake pgb-tarieven dat deze vpt-tarieven niet zijn gecorrigeerd voor de genoemde verblijfscomponenten. De leden gaan ervan uit dat hier met verblijfscomponenten de kwaliteitstoelage voor VV-wooninitiatieven wordt bedoeld, maar hoort graag van de Minister of dit een juiste aanname is. Mocht dit het geval zijn vragen de leden de Minister uiteraard om hiervoor, ook in de bovengenoemde tabel, niet te corrigeren, maar deze kwaliteitstoelage apart weer te geven.

Antwoord 23

De leden van de D66-fractie vragen om een tabel waarin de zzp-tarieven met vpt-tarieven worden vergeleken in de periode van 2015 tot 2019 met verwijzing naar de tabel op pagina 3 van de brief inzake toelichting tarieven pgb. Echter werd in deze brief een vergelijking gemaakt tussen vpt-tarieven en pgb-tarieven. Daarom worden in dit antwoord vpt-tarieven met pgb-tarieven vergeleken.

In de bijlage bij deze beantwoording van het VSO is een tabel opgenomen met een dergelijke vergelijking van de bedragen die jaarlijks beschikbaar zijn voor het vpt, exclusief behandeling en inclusief dagbesteding, en voor het pgb, inclusief dagbesteding⁷.

De bedragen voor het vpt voor de sector verpleging en verzorging zijn geschoond voor de kwaliteitsmiddelen vanaf 2017 (correctie in 2017 bedraagt 1,2% en in 2018 en later 5,1%) om deze te kunnen vergelijken met de pgb-bedragen exclusief de kwaliteitsmiddelen. Voor ieder jaar zijn de pgb bedragen uitgedrukt als een percentage van de vpt-tarieven. Uit de tabel blijkt dat deze percentages door de jaren heen stabiel zijn. In de gehandicaptensector geldt vanaf 2019 dat de vpt-tarieven zijn herijkt. Dat heeft geleid tot zowel verhoging als verlaging van vpt tarieven. Omdat de pgb tarieven niet zijn aangepast gaan de percentages in 2019 uiteenlopen.

De leden van de D66-fractie vragen of met de verblijfscomponent die in het vpt-tarief is opgenomen de kwaliteitstoelage voor VV-wooninitiatieven wordt bedoeld. Dat is niet het geval. De verblijfscomponent van het vpt bevat een vergoeding aan de zorginstelling voor het verstrekken van eten en drinken en andere «hotelmatige» diensten. Ook het schoonhouden van de woonruimte valt onder de verblijfscomponent van het vpt.

Vraag 24

De leden van de D66-fractie vragen naar aanleiding van de herijking van de natura-bedragen voor de gehandicaptenzorg en de geestelijke gezondheidszorg in de Wlz per 2019, op basis van een kostenonderzoek van de NZa wat de Minister extra heeft gedaan voor cliënten die worden geconfronteerd met een neerwaartse bijstelling. Zij vragen of deze mensen bijvoorbeeld actief benaderd zijn door hun zorgkantoor om hen op deze mogelijkheden te wijzen.

De leden van de D66-fractie wijzen de Minister in dit kader op de aangenomen motie Bergkamp c.s. waarin de regering werd verzocht de aanpassingen van de regeling Meezorg en de regeling EKT binnen één jaar (na invoering per 1-7-2018) te evalueren in samenspraak met de cliënten en indien deze aanpassingen onvoldoende zijn gebleken de Kamer te informeren over vervolgstappen voor 1 juli 2019.

⁷ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl.

De leden brengen de Minister ook in herinnering de aangenomen motie Bergkamp en Van Dijk die de regering verzocht het maatwerkprofiel binnen de Wlz uit te werken, hetgeen de NZa en het Zorginstituut ook adviseren. Zij vragen welke stappen de Minister sinds het algemeen overleg heeft gezet om de knelpunten voor cliënten in het regelen van maatwerk binnen de Wlz te verhelpen?

Antwoord 24

De herijking van de naturatarieven in de gehandicaptenzorg en geestelijke gezondheidszorg heeft ertoe geleid dat een aantal zzp- en vpt-tarieven zijn verhoogd en andere zijn verlaagd. De hoogte van de voor de diverse zorgprofielen totaal beschikbare bedragen voor pgb, mpt of een combinatie van beiden zijn niet aangepast en (behoudens indexatie) gelijk gebleven.

Zoals ook aangegeven in antwoord 11 is er geen sprake van een neerwaartse bijstelling van de totaal beschikbare bedragen voor het pgb in de Wlz. De herijking van de tarieven van de zorg in natura heeft effect op zorg in natura tarieven van de uren verpleging, verzorging en begeleiding en tarieven per dagdeel van de dagbesteding en dagbehandeling. Ook hier geldt dat er tarieven zijn die verhoogd zijn en tarieven die zijn verlaagd. Of dit tot problemen leidt bij cliënten is op voorhand niet bekend. Cliënten kunnen zich melden bij het zorgkantoor. Daarnaast kan met ingang van 1 juli 2018 iedere cliënt – die niet uitkomt met het basisbedrag – een beroep doen op de EKT-regeling, waarmee tot 25% meer budget beschikbaar komt voor zorg in de thuissituatie.

De leden van de D66-fractie vragen welke stappen de Minister heeft gezet om knelpunten voor cliënten in het regelen van maatwerk binnen de Wlz te verhelpen. Bij brief van 6 juni 2019 over maatwerk in de Wlz-zorg thuis heb ik de Kamer geïnformeerd over de overwegend positieve uitkomsten van de evaluatie naar de maatwerkregelingen in de Wlz en mijn verbeteracties, zoals het vergemakkelijken van de meerzorgprocedure, het verbeteren van de informatie aan budgethouders en het verbeteren van de cliëntondersteuning in de Wmo en de Wlz.⁸ In het Algemeen Overleg Gehandicaptenbeleid van 13 juni jl. heb ik toegezegd de Kamer te informeren over het verduidelijken van het beroep op de regeling Extra Kosten Thuis (EKT) voor cliënten met een intensieve zorgvraag (Kamerstuk 24 170, nr. 195). Hierover vindt momenteel, mede op basis van signalen vanuit Per Saldo, nog overleg plaats met de zorgkantoren en cliëntorganisaties. Over de uitkomsten van dit overleg zal ik de Kamer naar verwachting in november informeren.

Vraag 25

De leden van de D66-fractie vragen wat wordt verstaan onder een dagdeel en waarom het formele uurtarief verschilt van het dagdeeltarief.

Verder zouden de leden graag vernemen of met eerste en tweedegraads familielid zowel bloedverwanten als aanverwanten worden bedoeld en zo niet, dan zouden de leden graag vernemen wat hieronder wordt verstaan. De leden van deze fractie vragen of de Minister nader toelichten waarom gekozen is om onderscheid te maken tussen tweede- en derdegraads familieleden.

Antwoord 25

Een dagdeel wordt vaak toegepast bij dagbesteding of begeleiding groep. Er wordt dan een aantal uren (meestal 4 uren) zorg geleverd aan een groep. Omdat een zorgverlener in een dergelijk geval zorg levert aan meerdere personen tegelijk, geldt voor de vergoeding een ander maximumtarief dan voor individuele zorg.

⁸ Kamerstuk 34 104, nr. 251.

In art. 5.22 lid 3 van de Regeling langdurige zorg worden partners en bloed- of aanverwanten in de eerste of tweede graad uitgesloten van het formele tarief. Tot de eerste graad bloed- en aanverwanten behoren ouders, schoonouders, kinderen, schoonzons en -dochters. Tot de tweede graad bloed- en aanverwanten behoren broers, zussen, kleinkinderen, opa's en oma's, schoonzussen, zwagers, stiefzussen en stiefbroers. Vanuit mijn perspectief behoren zij tot de directe cirkel van familieleden en vallen zij onder het informele tarief. Dit in tegenstelling tot de derdegraads familieleden die niet tot de directe cirkel van familieleden behoren en daardoor niet automatisch onder het informele tarief vallen.

Vraag 26

De leden van de D66-fractie vragen of de ontvangers van deze informele vergoeding voldoende geïnformeerd worden over het feit dat zij geen sociale zekerheid opbouwen en vragen de Minister hoe de communicatie hierover tot op heden is verlopen.

De leden vragen de Minister of hij heeft overwogen om de kosten voor sociale zekerheid mee te nemen in de berekening van het «modale» inkomen, en zo ja, op welke manier de Minister heeft besloten dit niet mee te nemen. Het meenemen van deze kosten leidt tevens tot een vergoeding die onder het modale inkomen ligt in plaats van boven het modale inkomen zoals het geval is in de berekening die wordt gemaakt in de brief. Tevens willen de leden graag weten of de Minister het modale inkomen hier neemt als leidraad voor het vaststellen van de informele vergoeding. Mocht dit het geval zijn, kan de Minister nader toelichten waarom hij het modale inkomen de meest gepaste vergoeding acht voor eerste en tweedegraads familieleden. Deze leden vragen of de Minister zich er van bewust is dat voor een deel van de informele hulpverleners de zorg geen 40 uur per week is, maar 24 uur per dag.

Antwoord 26

In de Agenda pgb heb ik aangegeven dat ik een voorlichtingspakket ontwikkel waarin alle benodigde informatie omtrent het pgb is opgenomen. Informatie over de opbouw van sociale zekerheid zal onderdeel zijn van dit voorlichtingspakket.

De vergelijking van het informele maximum Wlz-tarief met het wettelijk minimumloon en een modaal inkomen is in de brief opgenomen om aan te geven dat de vergoedingen voor informele zorg binnen de Wlz redelijk zijn.

De vergoeding voor het maximum informele uurtarief is € 20 voor Wlz en € 23 voor Zvw en deze tarieven acht ik toereikend. Bij de bepaling van deze tarieven destijds is uitgegaan van een range tussen minimumloon en modaal inkomen. Verder is het uitgangspunt bij de vaststelling van dit tarief geweest een reële vergoeding te bieden voor zorg en ondersteuning in het informele circuit. In het antwoord op vraag 7 is reeds de evaluatie van Q-consult genoemd naar de ervaringen met het informele tarief in de Wlz en de Zvw. Conclusie van het onderzoek was dat € 20 per uur over het algemeen een toereikend bedrag is om de door budgethouders gewenste zorg via een informele zorgverlener te kunnen inkopen. Het genoemde onderzoek had niet tot doel te berekenen hoeveel men per uur overhoudt na aftrek van bijkomende lasten. Iedere informele zorgsituatie is immers anders: hoeveel iemand per uur overhoudt hangt onder anderen af van het aantal uren dat er wordt gewerkt en of er nog neveninkomsten zijn.

Ik realiseer mij terdege dat er mensen zijn die méér hulp en ondersteuning bieden aan familielid of naaste dan met het pgb bekostigd kan worden en dat dit voor hen een zeer belastende taak kan zijn. Deels kan deze taak worden verlicht door, náást informele zorg, ook andere zorg in te kopen waarmee tijd vrijkomt voor andere activiteiten. Of informele zorgverleners

van deze mogelijkheid gebruik (kunnen) maken, is afhankelijk van de situatie en de keuzes die zij daarin maken. Om meer inzicht te hebben in de door budgethouders aangedragen signalen bij informele zorg, ben ik in het kader van de Agenda pgb een onderzoek gestart naar de financiering van informele zorg in relatie tot pgb's in de Wlz, Zvw, Jeugdwet en Wmo.

Vraag 27

De leden van de D66-fractie vragen waarom het formele maximum dagdeel- en uurtarief in het Wlz-rgb afgeleid zijn van de gemiddelde natura-tarieven voor mpt in plaats van de vpt. Pgb houders krijgen per slot van rekening een vergoeding op basis van het vpt. Ook wordt hier aangegeven dat van dit tarief «mag» worden afgeweken wanneer de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) hier een hoger tarief voor heeft vastgesteld. Wanneer wordt hiervan afgeweken en onder welke voorwaarden gebeurt dit?

Antwoord 27

De hoogte van het totaal beschikbare bedrag op jaarbasis voor pgb, mpt of een combinatie van beiden is afgeleid van het voor vpt op jaarbasis beschikbare bedrag. Bij de besteding van de beschikbare bedragen door een budgethouder geldt dat afzonderlijke prestaties worden ingekocht die vergelijkbaar zijn met de prestaties die bekostigd worden vanuit het mpt. Vanuit het beschikbare bedrag voor het pgb, mpt of een combinatie van beiden worden uren verpleging, verzorging, begeleiding en huishoudelijke hulp ingekocht en dagdelen dagbesteding. Hiervoor gelden voor het pgb de in de Regeling langdurige zorg opgenomen maximumtarieven. Indien voor de inkoop door een budgethouder voor gespecialiseerde zorg een hoger tarief noodzakelijk is – en de NZa kent voor vergelijkbare gespecialiseerde zorg in natura een hoger tarief – dan mag (met instemming van het zorgkantoor) dit hogere tarief worden gehanteerd.

Vraag 28

Tot slot geeft de Minister aan met ingang van 2020 de Wlz-rgb te indexeren met 1,82% en hetzelfde percentage toe te passen op de indexatie van de inkooptarieven. Kan de Minister toelichten hoe dit percentage tot stand is gekomen?

Antwoord 28

Het indexeringspercentage voor het pgb van het volgende kalenderjaar wordt berekend op basis van informatie uit het Centraal Economisch Plan. Zoals ook in de brief met toelichting tarieven pgb is aangegeven, bestaat dit cijfer uit twee componenten; personele en materiële kosten. Bestedingen vanuit het pgb hebben met name betrekking op arbeidskosten. Daarom telt de loonkostenontwikkeling voor 90 procent mee in de indexering van het pgb en de ontwikkeling van materiële kosten voor 10 procent. Omdat het indexeringspercentage voorafgaand aan het betreffende jaar wordt vastgesteld, wordt gerekend met voorlopige indexcijfers. Eventuele verschillen met de definitieve cijfers worden bij de indexering voor het jaar daarop verrekend.

Vraag 29

De leden van de D66-fractie zouden graag vernemen hoeveel klachten er elk jaar sinds 2015 zijn binnengekomen bij het SKGZ met betrekking tot de ontoereikendheid van het formele inkooptarief, en hoe deze zijn afgehandeld. In de brief wordt vermeld dat verzekeraars moeten verifiëren of de verzekerde de aan de pgb verbonden taken en verantwoordelijkheden kan uitvoeren. De leden van de D66-fractie vragen of de Minister kan toelichten op welke manier dit getoetst wordt door de verzekeraar.

In de brief wordt gesproken van een bedrag van «ten hoogste» 23 euro vergoeding voor informele hulp. De leden van de D66 fractie vragen of de Minister kan toelichten wat hier wordt bedoeld met «ten hoogste» en op welke manier verschillen in tarieven worden bepaald. Ook blijkt uit de brief van de Staatssecretaris van VWS van 12 oktober 2015 dat het gemiddelde informele tarief 20 euro bedraagt en derhalve zouden de leden van de D66-fractie graag vernemen hoe deze bedragen zich tot elkaar verhouden.

Antwoord 29

Navraag bij het SKGZ leert dat er sinds 2015 geen klachten zijn binnengekomen over de hoogte van de maximumvergoeding aan de verzekerde voor het inhuren van een formele zorgverlener met een Zvw-pgb. Voor het antwoord op de vraag over het toetsen aan taken en verantwoordelijkheden van de verzekerde verwijs ik naar het antwoord 5.

Het maximale vergoeding aan de verzekerde voor het inhuren van een informele zorgverlener is nu € 23. Vervolgens kan iedere zorgverzekeraar voor zich bepalen op basis van het door de Minister vastgestelde maximumbedrag hoeveel de vergoeding aan de verzekerde bedraagt voor het inhuren van een informele zorgverlener. Dit bedrag neemt de zorgverzekeraar dan op in het pgb-reglement. In 2015 bedroeg de maximale vergoeding voor de informele zorgverlener in de Zvw € 20 per uur. Zoals vermeld in antwoord 7 is het informele tarief verhoogd met € 3 naar € 23, naar aanleiding van het evaluatierapport van Q-consult.

Vraag 30

De leden van de D66-fractie vragen ook met betrekking tot de Wmo 2015 en de Jeugdwet hoe de informatieverstrekking over het gebrek aan opbouw van sociale zekerheid zich voltrekt en of mensen hier voldoende van op de hoogte worden gesteld.

Deze leden geven aan dat uit genoemde cijfers blijkt dat (sommige) gemeenten voor het informele tarief niet uitgaan van een modaal inkomen, maar van het minimumloon. Hoe kijkt de Minister naar dit verschil tussen de Wlz, Zvw en de Jeugdwet/Wmo 2015?

Ook geven de leden van de D66-fractie aan dat uit de brief blijkt dat in zake hulp en ondersteuning vanuit de Jeugdwet en Wmo 2015 de gemeenten een juiste verhouding moeten waarborgen van de prijs voor de levering van zorg/hulp en de kwaliteitseisen daarvan. Zij vragen wie erop toe ziet dat dit zorgvuldig gebeurt. Ook vragen zij waar cliënten kunnen aankloppen wanneer zij overtuigd zijn dat de gemeente deze verhouding niet waarborgt.

Antwoord 30

In de Agenda pgb heb ik aangegeven dat ik een voorlichtingspakket ontwikkel waarin alle benodigde informatie omtrent het pgb is opgenomen. Informatie over de opbouw van sociale zekerheid zal onderdeel zijn van dit voorlichtingspakket.

In 2015 zijn de Wmo 2015, de Jeugdwet, de Wlz en een wijziging van de Zvw in werking getreden. In alle vier de wetten is het mogelijk om zorg in natura te ontvangen of zelf met een pgb in te kopen. Het informele tarief voor de Wlz wordt vastgesteld door het Ministerie van VWS en zorgkantoren dienen dit tarief over te nemen. Zorgverzekeraars mogen op basis van het door VWS vastgestelde maximumtarief voor informele zorg zelf een vergoeding voor informele zorg aan de verzekerde vaststellen.

Gemeenten hebben de beleidsruimte om zelf hun tarieven vast te stellen, passend bij de lokale situatie. Daarin wordt de nadruk gelegd op wat mensen en hun omgeving zelf kunnen en hoe ze zelf regie houden op hun

eigen leven. Bij gemeenten is er een ondergrens bepaald, namelijk dat het tarief minimaal op de hoogte van het wettelijk minimumuurloon wordt vastgesteld. Hierbij dienen gemeenten zich te houden aan het wettelijk criterium van toereikendheid.

De gemeenteraad is het orgaan in gemeenten om het college van burgemeester en wethouders te controleren op haar taken. Onder deze controlerende taak valt ook het beoordelen van de verhouding prijs en kwaliteit van hulp en ondersteuning in het kader van de Jeugdwet en de Wmo 2015.

Cliënten kunnen terecht bij hun contactpersoon of consultant van hun gemeente.

Als dat niet leidt tot een gewenste uitkomst, kunnen cliënten na het ontvangen van een gemeentelijk besluit in bezwaar en beroep. Een cliënt kan ook een klacht indienen bij de gemeente, hiervoor hebben gemeenten een eigen klachtenprocedure ingericht, of kan zich bijvoorbeeld richten tot de (gemeentelijke) ombudsman of het Advies- en Klachtenbureau Jeugdzorg (AKJ).

Vraag 31

De leden van de D66-fractie geven aan dat het pgb-budget dat de gemeente toekent lager mag zijn dan de tarieven voor jeugdhulp in natura, omdat er geen sprake zou zijn van overheadkosten. Toch geven, in geval van jeugdhulp, de ouders van de budgethouders aan dat er wel degelijk sprake is van bijvoorbeeld administratie. Kan de Minister duidelijkheid geven over hoe laag het pgb-tarief voor jeugdhulp mag zijn?

Antwoord 31

De formele pgb-tarieven Jeugd hoeven niet te voldoen aan een minimum-tarief, maar moeten toereikend zijn om de benodigde jeugdhulp in te kopen. Voor deze jeugdhulp gelden wettelijke kwaliteitseisen, waaronder het toepassen van de norm van de verantwoorde werktoedeling. De tarieven mogen niet hoger zijn dan de kostprijs voor de Zorg in Natura. Voor de hulp die wordt ingekocht tegen het informele tarief, geldt wel het minimumtarief van het wettelijk minimumuurloon.

Vraag 32

De leden van de D66-fractie vragen naar de tarieven die gemeenten vaststellen. De leden geven aan dat gemeenten door de pgb tarieven gelijk te stellen aan de inkoopprijs van zorg in natura dit er in sommige situaties toe kan leiden dat de budgethouder zijn keuzevrijheid ontnomen wordt, waardoor de budgethouder in de praktijk alleen zorg in natura kan afnemen. Zij vragen de Minister of hij weet welke tarieven door de gemeenten worden gesteld en of hij bereid is om actie te ondernemen als blijkt dat gemeenten de keuzevrijheid ernstig beperken. Indien ja dan vragen zij welke acties de Minister dan bereid om te ondernemen.

Antwoord 32

In de Wmo 2015 is opgenomen dat een gemeente een aanvraag voor een pgb mag weigeren als de kosten voor het persoonsgebonden budget hoger zijn van de kosten van de maatwerkvoorziening. Dit kan zich bijvoorbeeld voordoen doordat de gemeente, vanwege inkoopvoordelen, maatwerkvoorzieningen (zoals hulpmiddelen en vervoersvoorzieningen) goedkoper kan leveren dan wanneer een budgethouder deze zelf inkoopt met een pgb.⁹ De maatwerkvoorziening (zowel in natura als pgb) moet wel passend zijn voor de aanvrager en dient aan te sluiten bij de ondersteuningsbehoefte die in overleg tussen cliënt en gemeente is vastgesteld. Daarbij heeft de aanvrager de mogelijkheid om het verschil tussen de

⁹ Kamerstuk 33 841, nr. 3.

kosten voor de maatwerkvoorziening en de gewenste voorziening zelf bij te betalen. Ik heb geen signalen dat gemeenten handelen in strijd met de wet. Verder beschik ik niet over een landelijk overzicht met tarieven van alle gemeenten.

Vraag 33

De leden van de D66-fractie lezen in de brief van de Minister Toelichting tarieven pgb van juni jl., dat wanneer er sprake is van een arbeidsrelatie of opdrachtverlening, er minimumloon aan de orde is. Deze leden wijzen op de zorg die Per Saldo eerder hierbij uitte en die de vraag betrof of mantelzorgers uitgesloten worden van het minimumloon. Om hier duidelijkheid over te krijgen zouden de leden van de D66-fractie graag vernemen hoe wordt beslist of er sprake is van een arbeidsrelatie of opdrachtverlening.

Antwoord 33

Zoals vermeld, geldt sinds 1 januari 2018 ook voor mensen die in opdracht werken voor de budgethouder en dit niet in de uitoefening van een beroep of bedrijf doen, dat zij het minimumloon en vakantiebijslag moeten ontvangen. In deze situatie is er feitelijk een arbeidsrelatie. De per 1 mei 2019 geïntroduceerde Regeling Hulp uit sociaal netwerk¹⁰, met de lage symbolische vergoeding en evt. een forfaitaire onkostenvergoeding, is bedoeld voor die situaties waarbij er geen sprake is van een arbeidsrelatie, maar van hulp uit het sociaal netwerk (burenhulp/vriendendienst). Deze regeling wordt niet «automatisch» toegepast op alle mantelzorgers, gemeenten bepalen of zij deze regeling al dan niet implementeren. In het gemeentelijk onderzoek naar de ondersteuningsbehoefte van de ingezetene, beoordeelt de gemeente samen met de budgethouder of de omstandigheden van het individuele geval maken dat er sprake is van een arbeidsrelatie (Wml) of niet.

Vragen en opmerkingen van de leden van de fractie van GroenLinks

Vraag 34

De leden van de fractie van GroenLinks stellen een aantal vragen aan de orde over het maximum informele inkooptarief van € 20 en de vergelijking met het wettelijk minimumloon. De leden van de fractie constateren dat de Minister hier lijkt te stellen dat informele hulpverleners een bovenmodaal inkomen (kunnen) verdienen. De leden van de GroenLinks-fractie willen hier graag tegenover stellen dat een informele hulpverlener in veel gevallen «onzichtbaar» werk verricht, bijvoorbeeld in de vorm van wel degelijk 24/7 paraat te moeten staan. De daadwerkelijk vergoede uren in hulp of ondersteuning zijn hier slechts een fractie van. Zij vragen of de Minister dit ook heeft meegenomen in zijn berekening van de 40-urige werkweek.

De leden wijzen erop dat er voor informele hulpverleners nog veel bijkomende lasten zijn die niet meegenomen worden in deze berekening; denk aan werknemersverzekeringen, pensioen en vakantie-uren. Deze leden vragen of de Minister bereid is een nieuwe doorrekening te maken waarin deze uren- en verborgen lasten wél worden meegenomen. Zij vragen de Minister een beschouwing te geven op de krappe indicaties vanuit gemeenten en Zvw alsmede op de onmogelijkheid van het verwerven van een tweede inkomen naast de te geven informele hulp.

¹⁰ Regeling Hulp uit sociaal netwerk gepubliceerd in Staatscourant 2018 nr. 68315 (gewijzigd Stcrt. 2019, nr. 14678).

Antwoord 34

Voor de vraagpunten van de leden van de GroenLinks-fractie over het informele inkooptarief, het bovenmodaal inkomen en het onzichtbare werk dat de informele hulpverlener verricht, verwijs ik naar antwoord 26.

De leden van de GroenLinks-fractie vragen om een beschouwing op de volgens hen krappe indicaties in de Zvw, Wmo en de Jeugdwet. In alle drie de wetten is het uitgangspunt dat de wijkverpleegkundige/gemeente zorgvuldig onderzoekt waar de cliënt behoefte aan heeft. Dit is een zorgvuldig proces dat samen met de cliënt doorlopen wordt. Hierbij wordt gekeken wat o.a. het (sociale) netwerk rond de cliënt, het gezin en mantelzorgers kunnen oppakken. Binnen het gemeentelijke domein wordt ook nog onderzocht welke andere voorliggende voorzieningen kunnen worden ingezet. Vervolgens blijft er medisch noodzakelijke zorg (Zvw) en hulp en ondersteuning (gemeenten) van een zorgvuldig bepaalde omvang over. Deze wordt respectievelijk geïndiceerd en toegekend als individuele-/maatwerkvoorziening. Maatwerk is het uitgangspunt in het maken van een beoordeling. Deze ondersteuning kan vervolgens in de vorm van Zorg in Natura of pgb worden afgenomen. In geval van pgb, heeft de cliënt de keuze bij welke zorgverlener en voor welk tarief de zorg/ondersteuning wordt ingekocht. Het is aan de (informele) zorgverlener om de afweging te maken of hij/zij de zorg kan leveren tegen het afgesproken tarief en of daarmee voldoende bestaanszekerheid is om in het eigen levensonderhoud te voorzien.

Zoals ik in de Agenda pgb heb aangekondigd, laat ik een onderzoek uitvoeren naar pgb als financiering voor informele zorg. Bij dit onderzoek betrek ik ook de inkomensafhankelijkheid van de zorg.

Vraag 35

De leden van de fractie van GroenLinks geven aan dat de tarieven van zorg in natura en pgb ver uit elkaar liggen. Zij vragen de Minister of hij het met de leden van de GroenLinks-fractie eens is dat ook budgethouders in staat gesteld moeten worden professionele zorgorganisaties in te schakelen en zo ja, welke manieren de Minister ziet om dit in praktijk te brengen.

Meer in het algemeen wijzen de leden van deze fractie erop dat het ook steeds moeilijker is geworden voor budgethouders om geschikte hulpverleners te vinden die voor de huidige tarieven zorg willen, maar ook *kunnen* bieden. Omdat het ook voor hulpverleners onmogelijk wordt om met de krappe tarieven en indicaties het hoofd boven water te houden. De leden vragen of de Minister deze trend ook steeds sterker ziet worden. Voorts vragen zij of de Minister het met de leden van de GroenLinks-fractie eens is dat hiermee juist de ook door de Minister genoemde voordelen van een eigen budget zoals eigen regie, keuzevrijheid en maatwerk in steeds mindere mate mogelijk zijn. Zij vragen welke stappen de Minister neemt om dit tij te keren.

Antwoord 35

Voor het antwoord op de vragen van de fractie van GroenLinks verwijs ik naar de antwoorden 17 en 34

Vraag 36

De leden van de GroenLinks-fractie geven aan dat het soms zo is dat binnen één gemeente verschillende tarieven gehanteerd worden voor dezelfde functie binnen de Jeugdwet en de Wmo 2015. Hulpvragen worden dan geconfronteerd met lagere tarieven, waardoor in sommige gevallen er door hulpvrager zelf bijbetaald moet worden, terwijl dat voor hulpvrager vaak niet mogelijk is, dan moet noodzakelijkerwijs uitgeweken worden naar een andere hulpverlener, met alle (ook mentale) last voor zowel budgethouder als hulpverlener van dien. Nog steeds is de vraag in

hoeverre de Minister de regie kan houden over deze verschillende tariefvaststellingen binnen de gemeente voor Jeugdwet en Wmo 2015? Welke stappen kan hij nemen om soms uit noodzaak vastgestelde lage tarieven binnen beide wetten te reguleren?

Antwoord 36

De Jeugdwet en de Wmo 2015 stellen verschillende kwaliteitseisen aan vergelijkbare voorzieningen en hierdoor kunnen bij de overgang van de Jeugdwet naar de Wmo 2015 wijzigingen in tarieven ontstaan. De Wmo 2015 en de Jeugdwet bieden voor gemeenten voldoende mogelijkheden in tariefvaststellingen om knelpunten tegen te gaan. Gemeenten kunnen ertoe besluiten de tarieven tussen de Jeugdwet en Wmo 2015 te harmoniseren, vroegtijdig over de overgang van de Jeugdwet naar de Wmo 2015 te communiceren naar de budgethouder of een redelijke overgangstermijn met maatwerk aan te bieden. De gemeenteraad ziet erop toe dat het afgesproken beleid naar behoren wordt uitgevoerd en de budgethouders voldoende worden ondersteund. In mijn brief van 27 juni heb ik geschreven met de VNG in gesprek te gaan over signalen m.b.t. de toereikendheid van tarieven. De overgang van de Jeugdwet naar de Wmo 2015 en de verschillende tarieven vormen ook onderdeel van gesprek.

Vraag 37

De leden van de GroenLinks-fractie constateren dat de Minister evenwel stelde dat er ook voorbeelden zijn van gemeenten die de tarieven (zowel formeel als informeel) juist verhoogd hebben na de invoering van de wml. Deze voorbeelden hebben zij echter nooit concreet doorgegeven gekregen. Zou de Minister ons alsnog deze voorbeelden doen toekomen? Hoe kan voorkomen worden dat de Wet minimumloon onverhoopt ingezet wordt als plafondbedrag?

Antwoord 37

Ik beschik niet over deze informatie en ik heb ook niet met uw Kamer gecommuniceerd over deze informatie te beschikken. Het is aan gemeenten om te bepalen hoe hoog het informele tarief dient te zijn, dusdanig dat het aansluit bij de lokale omstandigheden zoals de mate van sociale samenhang in een gemeente of de waardering van mantelzorg. Als sprake is van een overeenkomst van opdracht of een arbeidsrelatie moet tenminste het wettelijk minimumloon worden betaald. Van belang is dat gemeenten een passend/toereikend tarief verstrekken voor de werkzaamheden die de informele zorgverlener verricht. Als wordt aangetoond dat het tarief niet toereikend is, bijvoorbeeld doordat de rechter hier een uitspraak over doet, dan dient de gemeente het tarief en/of het beleid hierover aan te passen. Wel ben ik van mening dat gemeenten, wanneer sprake is van tariefsverlaging, dit nauwkeurig en tijdig dient te bespreken met de budgethouder en het besluit hieromtrent te motiveren.

Vragen en opmerkingen van de leden van de SP-fractie

Vraag 38

De leden van de SP-fractie delen de uitgangspunten dat een pgb-tarief passend moet zijn voor de benodigde zorg of ondersteuning, dat maatwerk het uitgangspunt moet zijn en dat er sprake is van doelmatigheid. De leden vragen in dit kader hoe in deze doelmatigheid precies wordt bepaald.

Tevens vragen de leden van de SP-fractie om een toelichting op de huidige mogelijkheden omtrent eigen regie, keuzevrijheid en maatwerk binnen het pgb. Volgens deze leden wordt het voor veel budgethouders steeds ingewikkelder om eigen regie, keuzevrijheid en maatwerk te realiseren, onder andere omdat het steeds moeilijker is om hulpverleners

te vinden die zorg en ondersteuning willen verlenen voor de huidige tarieven, de leden ontvangen hierop graag een toelichting.

Antwoord 38

Gemeenten kunnen een maatwerkvoorziening toekennen (zowel in natura als pgb). Deze moet wel passend zijn voor de aanvrager en dient aan te sluiten bij de ondersteuningsbehoefte die in overleg tussen cliënt en gemeente is vastgesteld. In de Wmo 2015 is opgenomen dat een gemeente een aanvraag voor een pgb mag weigeren als de kosten voor het persoonsgebonden budget hoger zijn van de kosten van de maatwerkvoorziening. Dit kan zich bijvoorbeeld voordoen doordat de gemeente, vanwege inkoopvoordelen, maatwerkvoorzieningen goedkoper kan leveren dan wanneer een budgethouder deze zelf inkoopt met een pgb. Hierbij kan gedacht worden aan vervoersvoorzieningen, hulpmiddelen of opvangvoorzieningen¹¹.

Voor het antwoord op de vraag naar het vinden van hulpverleners verwijs ik naar antwoorden 10 en 17.

Vraag 39

De leden van de SP-fractie lezen dat door het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg ook de tarieven voor pgb-gefinancierde wooninitiatieven in de VV-sector zijn verhoogd. De leden zijn benieuwd of de Minister naar aanleiding van deze verhoging ook heeft overwogen de tarieven voor andere pgb-vormen te verhogen?

Vervolgens vragen de leden hoeveel budgethouders in een VV-wooninitiatief in aanmerking kwamen voor de kwaliteitstoeslag van 4.000 euro en hoeveel budgethouders van deze mogelijkheid gebruik hebben gemaakt?

Aangegeven wordt dat momenteel wordt gezien hoe de sturing op een doelmatige inzet van deze extra middelen met ingang van 2020 kan worden verbeterd. De leden van de SP-fractie vragen op welke manier dit wordt gezien en wanneer hierover meer duidelijkheid zal bestaan.

Antwoord 39

Het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg is naast zorg in natura ook van toepassing op pgb-gefinancierde wooninitiatieven in de V&V-sector. Om deze reden ontvangen budgethouders in een dergelijk wooninitiatief een kwaliteitstoeslag bij het pgb. Het kwaliteitskader geldt niet voor de overige budgethouders. Er is daarom niet overwogen het pgb van de overige budgethouders aan te passen.

De kwaliteitstoeslag hoeft niet door de budgethouder te worden aangevraagd, deze wordt door het zorgkantoor toegekend als de budgethouder aan de voorwaarden voldoet. In juni 2019 betroffen dit circa 2.800 budgethouders.

De in de tarievenbrief genoemde verkenning naar een doelmatige inzet van de aparte kwaliteitstoeslag is inmiddels afgerond. De resultaten inclusief beleidsreactie worden op korte termijn aan de Kamer gestuurd. Daarin zal ik ingaan op hoe de sturing op een doelmatig inzet vanaf 2020 kan worden verbeterd.

Vraag 40

In de tabel op pagina 3 van de brief wordt een vergelijking gemaakt tussen het pgb bij VV5 en het VPT in respectievelijk 2015 en 2018. Opgemerkt wordt dat de vergelijking/verhouding tussen beiden nauwelijks is veranderd maar dat de vpt-tarieven niet zijn gecorrigeerd. De leden van de SP-fractie vragen of een correctie invloed zou hebben gehad op de

¹¹ Kamerstuk 33 841, nr. 3.

vergelijking tussen beide zorgvormen en of zij alsnog een vergelijking kunnen ontvangen waarbij wel deze correctie is meegenomen?

Antwoord 40

Onder tabel 3 wordt inderdaad opgemerkt dat de genoemde vpt-tarieven niet gecorrigeerd zijn voor verblijfscomponenten. Dit betreft eten en drinken en andere «hotelmatige diensten». Deze componenten maken geen onderdeel uit van de hoogte van het pgb, omdat deze componenten geen betrekken hebben op zorg en daarom niet vanuit het pgb bekostigd mogen worden. Als we het genoemde vpt-tarief corrigeren voor deze verblijfscomponenten wordt het verschil tussen het vpt-tarief en het pgb-tarief zowel in 2015 als in 2018 kleiner.

Vraag 41

Daarnaast vragen de leden van de SP-fractie of duidelijk is hoeveel budgethouders aangeven niet uit te komen met hun pgb-budget door een gesprek aan te gaan met het zorgkantoor voor een bijdrage op grond van de regeling Extra Kosten Thuis of de meerzorgregeling én hoeveel budgethouders een dergelijke regeling Extra Kosten Thuis of voor meerzorg ook daadwerkelijk toegekend hebben gekregen? Op welke wijze zijn de meerzorgregeling en de regeling Extra Kosten Thuis een oplossing voor het niet uitkomen met het budget door de budgethouder, aangezien deze regelingen geen oplossing bieden voor het kunnen uitbetalen van hogere tarieven?

Antwoord 41

Uit een recent evaluatieonderzoek naar de maatwerkregelingen in de Wlz blijkt dat dat in de periode van januari 2018 tot en met februari 2019 6.336 cliënten gebruik maakten van een maatwerkregeling. 85% van deze cliënten maakt gebruik van de regeling Extra Kosten Thuis (EKT) en 7% van de meerzorgregeling. Dit zijn in totaal circa 5.800 cliënten. Hiervan ontvangen circa 2.000 cliënten hun zorg via een pgb al dan niet in combinatie met een mpt. Dit onderzoek is op 6 juni 2019 naar de Kamer gestuurd als bijlage bij de brief over maatwerk in de Wlz-zorg thuis¹². Uit dit onderzoek blijkt ook, op basis van interviews met zorgkantoren, dat zorgkantoren over het algemeen weinig aanvragen voor een van de maatwerkregelingen afwijzen. Veel van de budgethouders die het gesprek aangaan met het zorgkantoor krijgen de maatwerkregeling dus ook daadwerkelijk toegewezen. In het geval dat het zorgkantoor de aanvraag afwijst, gaat zij samen met de cliënt op zoek naar een passende oplossing. Op het moment dat een budgethouder niet voldoende zorg kan inkopen met het huidige budget, kan de budgethouder een beroep doen op Extra Kosten Thuis (EKT). Bij aanvraag van EKT kan een budgethouder het budget tot 25% verhoogd krijgen. Als een budgethouder op dat moment nog niet uitkomt met het budget, kan de budgethouder als zijn profiel daarvoor openstaat, een aanvraag doen voor meerzorg. Hiermee kan de budgethouder in staat gesteld worden meer uren zorg in te kopen. De budgethouder heeft de keuze dat via formele of informele zorgverleners te doen. Ook binnen deze regelingen gelden inderdaad de bestaande maximumtarieven van € 20 voor informele zorg en € 63 voor formele zorg.

Vraag 42

De leden van de fractie van de SP lezen dat onderzocht zal worden, in samenwerking met Per Saldo en Mantelzorg NL, wat de oorzaak is van het probleem dat budgethouders ervaren bij het vinden en behouden van zorgverleners die specialistische zorg verrichten maar niet onder de criteria voor het formele tarief vallen. De leden van de SP-fractie

¹² Kamerstuk 34 104, nr. 251.

vernemen graag wanneer dit onderzoek plaats zal vinden en wanneer zij de resultaten zullen ontvangen?

Antwoord 42

Voor deze vraag over zorgverleners die specialistische zorg verrichten maar niet onder de criteria voor het formele tarief vallen, verwijs ik naar antwoord 10.

Vraag 43

De leden van de SP-fractie vragen een toelichting op de indexatie van het Pgb-tarief voor de Wlz en de Zvw met 1.82%, zij vragen of deze indexatie marktconform is en of de Minister van plan is om deze indexatie vanaf heden jaarlijks plaats te laten vinden.

Antwoord 43

Voor de vragen van de leden van de SP-fractie over het indexeren van de maximum inkooptarieven verwijs ik naar antwoord 12.

Vraag 44

De leden van de SP-fractie vragen, vanwege de verschillen tussen gemeenten wat betreft tarieven, om een overzicht van de pgb-tarieven voor Jeugd en Wmo 2015 die in de verschillende gemeenten worden gehanteerd in een vergelijkbare situatie van de budgethouder. Ook vragen de leden van de SP-fractie of wordt overwogen om tot een minimumtarief voor pgb-budgetten te komen.

Deze leden vragen voorts in hoeverre de verschillende tarieven een belemmering zijn, wanneer wordt overgegaan van de Jeugdwet naar de Wmo 2015. Worden budgethouders bij de overgang met lagere tarieven terwijl «an sich» de zorgvraag niet verandert? Graag ontvangen de leden van de SP-fractie hierop een uitgebreide toelichting.

Antwoord 44

Op landelijk niveau is geen totaaloverzicht beschikbaar van de tarieven die gemeenten hanteren bij de uitvoering van de Jeugdwet of de Wmo 2015. Ik overweeg niet om een minimumtarief in te voeren anders dan wet- en regelgeving waar gemeenten zich aan te dienen te houden, zoals de Wet minimumloon, de kwaliteitseisen uit de Jeugdwet en de AMvB reële prijs. Gemeenten zijn, op grond van de vigerende wet- en regelgeving, verplicht om een toereikend tarief te hanteren. Het tarief kan per gemeente verschillen. Op basis van de lokale situatie of de situatie van de cliënt heeft de gemeente de beleidsruimte om een tarief te bepalen.

De Jeugdwet en de Wmo 2015 stellen verschillende kwaliteitseisen aan vergelijkbare voorzieningen en hierdoor kunnen bij de overgang van de Jeugdwet naar de Wmo 2015 wijzigingen in tarieven ontstaan. De Wmo 2015 en de Jeugdwet bieden voor gemeenten voldoende mogelijkheden in tariefvaststellingen om knelpunten tegen te gaan. Gemeenten kunnen ertoe besluiten de tarieven tussen de Jeugdwet en Wmo 2015 te harmoniseren, vroegtijdig over de overgang van de Jeugdwet naar de Wmo 2015 te communiceren naar de budgethouder of een redelijke overgangstermijn met maatwerk aan te bieden. In mijn brief van 27 juni heb ik geschreven met de VNG in gesprek te gaan over signalen m.b.t. de toereikendheid van tarieven. De overgang van de Jeugdwet naar de Wmo 2015 en de verschillende tarieven vormen ook onderdeel van gesprek.

Vraag 45

De leden van de SP-fractie vragen wat zij moeten verstaand onder de term «mits passend» omdat het is toegestaan dat gemeenten tarieven naar beneden bij te stellen? Ook vragen de leden van de SP-fractie in welk

geval het voor gemeenten toegestaan is om het informele tarieven naar beneden bij te stellen?

De leden van de SP-fractie vragen hoe de gesprekken zijn verlopen met de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) en of hieruit naar voren is gekomen dat gemeenten in strijd handelen met wet- en regelgeving, en zo ja welke vervolgstappen zijn genomen.

Antwoord 45

In de Wmo 2015 en de Jeugdwet is opgenomen dat een tarief voor het pgb toereikend dient te zijn. Dit criterium geldt zowel voor bij het vaststellen van de formele tarieven als de informele tarieven. Hier ligt een rol weggelegd voor de gemeenteraad om erop toe te zien dat de tarieven toereikend zijn. Gemeenten hebben de bevoegdheid om tarieven aan te passen en daarmee ook de bevoegdheid het informele tarief naar beneden bij te stellen. In de Wmo 2015 en de Jeugdwet is opgenomen dat een budgethouder over voldoende budget moet beschikken om de benodigde jeugdhulp of maatschappelijke ondersteuning (al dan niet geleverd door het sociaal netwerk) in te kopen. Als een cliënt echter van mening is dat het tarief ontoereikend is dan kan deze in bezwaar en beroep gaan.

Overigens ben ik wel van mening dat gemeenten, wanneer sprake is van tariefsverlaging, dit nauwkeurig dienen te bespreken met de budgethouder en het besluit hierover motiveren. Ik vind dat gemeenten een zorgvuldig proces moeten doorlopen met de cliënt. Daarbij kan het voorkomen dat een cliënt een hoog informeel tarief heeft ontvangen op basis van de voormalige AWBZ-tarieven, maar dat de gemeente een herbeoordeling doet waarbij een lager informeel tarief van toepassing is. Ook dan reken ik op een zorgvuldig proces en daarbij hoort ook het in acht nemen van een redelijke overgangstermijn.

Ik heb hierover met de VNG gesproken. Zij herkennen het signaal niet dat gemeenten in strijd met wet- en regelgeving zouden handelen. Wel hebben zij aangegeven dat gemeenten het, in bepaalde situaties, ingewikkeld vinden om tot een passend tarief te komen. Zoals ik heb aangegeven in antwoord 8, hecht ik eraan dat gemeenten hun tarieven zorgvuldig onderbouwen. Momenteel ben ik met de VNG verder in gesprek om hier meer zicht op te krijgen en afspraken te maken om gemeenten indien nodig hierbij te ondersteunen.

Vragen en opmerkingen van de leden van de PvdA-fractie

Vraag 46

De leden van de fractie van de PvdA vragen met betrekking tot de vergoeding van de kapitaallasten nadere uitleg waarom er geen rekening wordt gehouden met het feit dat budgethouders wel kosten hebben.

Antwoord 46

In antwoord 20 ben ik ingegaan op de kapitaallasten bij zzp-tarieven voor intramurale zorg. Indien de zorg intramuraal (op basis van een zzp) geleverd wordt, ontvangt de cliënt ook de woonlasten vanuit de Wlz. De instelling ontvangt een kapitaallastenvergoeding voor deze woonlasten (de kosten van het gebouw inclusief onderhoud en dergelijke).

Voor cliënten die Wlz-zorg krijgen op basis van «het scheiden van wonen en zorg» via mpt, vpt of pgb, geldt dat zij zelf de woonlasten betalen. Zij zijn zelf eigenaar van de woning of betalen huur, waarbij eventueel een huurtoeslag kan worden aangevraagd. In geval van mpt of vpt ontvangt de zorginstelling vanuit de Wlz geen vergoeding voor de wooncomponent (die betaalt de cliënt immers zelf al). Omdat de cliënten zelf hogere lasten

hebben (namelijk de woonlasten), betalen zij bij vpt, mpt en pgb een lage in plaats van de hoge eigen bijdrage.

Vraag 47

De leden van de PvdA-fractie zouden graag een nadere toelichting ontvangen met betrekking tot de tarieven voor zorg in natura die door de NZa worden bepaald, specifiek waarom er geen onderscheid wordt gemaakt in gradaties van complexiteit van de te verrichten handelingen. Deze leden lezen in de tarievenbrief dat bij de indexatie van het pgb wordt verondersteld dat 90 procent wordt besteed aan loonkosten en 10 procent aan materiële kosten. De leden vragen of kan worden bevestigd dat dit niet geldt voor het Persoonlijk Assistentie Budget, welke gebaseerd is op het aantal uren maal het uurtarief zonder bijkomende kosten in acht te nemen.

Zij vragen om een toelichting op deze differentiatie.

Ook vragen deze leden of het signaal wordt herkend dat naast familieleden en studenten ook deskundige hulpverleners onder het informeel tarief vallen. Zij menen dat het informele tarief niet toereikend is wanneer er gespecialiseerde zorg nodig is (arbeidsovereenkomst) en vragen hoe deze knelpunten worden opgelost.

Antwoord 47

De leden van de PvdA fractie vragen om een nadere toelichting met betrekking tot de tarieven voor zorg in natura die door de NZa worden bepaald, specifiek waarom er geen onderscheid wordt gemaakt in gradaties van complexiteit van de te verrichten handelingen. Hier is sprake van een misverstand. De NZa kent aparte tarieven voor de modules huishoudelijke hulp, verpleging, verzorging, begeleiding, behandeling, dagbesteding en dagbehandeling. Binnen deze modules wordt ook rekening met de complexiteit van de handelingen. Voor de functie persoonlijke verzorging loopt het tarief in 2019 bijvoorbeeld uiteen van maximaal € 54,96 per uur (PV basis) tot maximaal € 71,48 per uur (PV speciaal). De tarieven voor zorg in natura zijn door de NZa gebaseerd op kostprijsonderzoek waarbij gemeten is welke kosten instellingen daadwerkelijk maken. Het bedrag dat per cliënten beschikbaar is voor Persoonlijk Assistentie Budget (PAB) wordt jaarlijks geïndexeerd met hetzelfde percentage als de reguliere pgb-tarieven. Er is geen differentiatie aan de orde.

Het is zowel bij het formele als het informele tarief van belang dat er sprake is van hulpverleners die zorg van voldoende kwaliteit leveren. Ik herken het signaal dat er informele zorgverleners zijn die geschoold zijn en zich laten bijscholen, bijvoorbeeld voor beademingsondersteuning. Met budgethouders heb ik gesprekken gevoerd over informele gespecialiseerde zorgverlening. Dat ging over hoe de inhoud van de zorgvraag zich verhoudt tot de hoogte van het informele maximumtarief. Onduidelijk is wat een toereikend informeel tarief voor specialistische zorg zou zijn. En dat wordt nog complexer als er ook nog differentiatie naar de mate van specialisatie nodig is. Zoals bij vraag 10 aangegeven ga ik dit vraagstuk nader laten onderzoeken, zodat er goed zicht komt op de knelpunten en daarvoor passende oplossingen getroffen kunnen worden. Budgethouders kunnen ervoor kiezen gespecialiseerde zorg in te kopen tegen een formeel tarief. Gespecialiseerde zorg kan onder voorwaarden boven het maximale tarief van € 63 worden ingekocht.

Vraag 48

Naar aanleiding van de kanttekening dat meerzorg of Extra Kosten Thuis kan worden aangevraagd, vragen de leden van de PvdA-fractie hoe dit een oplossing biedt aangezien meerzorg en EKT niet zijn bedoeld om tarieven te verhogen?

Antwoord 48

Voor deze vraag van de leden van de fractie van de PvdA verwijs ik naar antwoord 11.

Vraag 49

De leden van de fractie van de PvdA vragen of de stelling dat informele hulpverleners er een bovenmodaal inkomen op na houden niet te kort door de bocht is en of er ooit een doorberekening is gemaakt hoeveel men per uur overhoudt na aftrek van bijkomende lasten. Zij vragen of er nadere uitleg kan worden gegeven over hoe deze hulpverleners een bovenmodaal inkomen verdienen.

Antwoord 49

Voor de vragen van de leden van de PvdA-fractie over de stelling van een bovenmodaal inkomen, verwijs ik naar antwoord 26. van het aantal uren er wordt gewerkt en of er nog neveninkomsten zijn.

Vraag 50

Voorts vragen de leden van de PvdA-fractie een toelichting op de totstandkoming van de indexatie van 1,82% gebaseerd (Wlz en Zvw). Zij vragen of dit een reëel percentage is ten opzichte van overige lonen gezien het feit dat er de afgelopen 5 jaar geen indexatie heeft plaatsgevonden en zij vragen of nu jaarlijks een marktconforme indexatie gaat plaatsvinden vanaf 2020. Ook vragen de leden van de PvdA-fractie waarom het pgb-tarief dat door het ministerie wordt bepaald ook niet door de NZa wordt vastgesteld (Wlz en Zvw).

Antwoord 50

Voor de vragen van de leden van de PvdA-fractie over het indexeren van de maximum inkooptarieven in de Wlz-rgb verwijs ik naar antwoord 12. Voor de vragen van deze leden over het bepalen van zorg in natura tarieven en de rgb tarieven door NZa, respectievelijk het ministerie, verwijs ik naar antwoord 22.

Vraag 51

De leden van de PvdA-fractie zouden graag meer duidelijkheid krijgen met betrekking tot het overstappen van budgethouders naar andere zorgverzekeraars. Zij vragen of het niet erg simpel is om te stellen dat budgethouders elk jaar makkelijk kunnen overstappen naar een andere zorgverzekeraar.

Antwoord 51

Voor het antwoord op de vraag over het overstappen naar een andere zorgverzekeraar verwijs ik naar antwoord 14.

Vraag 52

De leden van de PvdA-fractie vragen of de Minister eveneens signalen ontvangt dat budgethouders zich niet melden bij de SKGZ.

Antwoord 52

Nee, ik heb geen signalen ontvangen dat budgethouders zich niet melden bij het SKGZ.

Vraag 53

De leden van de PvdA-fractie vragen of gemeenten verschillende tarieven kunnen hanteren voor verschillende vormen van ondersteuning en voor verschillende type hulpverleners. De leden van de fractie willen graag verduidelijking over of voorgaande stelling wijst op een aanname of een categorisering gebaseerd op feiten. Ook vragen de leden van deze fractie

zich af of er duidelijk zicht is op de ontwikkelingen die plaatsvinden in gemeenten met betrekking tot tarieven en hoe ervoor wordt gezorgd dat pgb-houders de regie over het eigen leven niet kwijtraken als ze door verlaging van tarieven geen mensen meer kunnen vinden voor zorg en ondersteuning?

Antwoord 53

Ja, gemeenten hebben op grond van de Wmo 2015 en de Jeugdwet de beleidsruimte om verschillende typen tarieven te kunnen hanteren. In beide wetten is aangegeven dat sprake dient te zijn van een toereikend tarief. Gemeenten dienen in de lokale verordening vast te leggen hoe zij komen tot toereikende tarieven.

In de afgelopen jaren is door de meeste gemeenten een werkwijze ontwikkeld om te komen tot pgb-tarieven. Sommige gemeenten stellen een pgb-tarief op basis van het tarief in natura, waarbij zij werken met een berekend percentage. Andere gemeenten hebben kostprijsberekeningen voor het pgb laten uitvoeren. Het is logisch dat gemeenten de uitvoering solide proberen te organiseren en zodat inwoners weten waar zij aan toe zijn. Tegelijkertijd moeten consulenten de ruimte hebben om te komen tot maatwerk. Ik hecht eraan dat gemeenten hun tarieven zorgvuldig onderbouwen. Ik heb dit besproken met de VNG. Wij hebben afgesproken een leidraad/handreiking te maken hoe gemeenten tot toereikende tarieven kunnen komen en afspraken gemaakt om de informatievoorziening door de VNG te verbeteren.

Op het moment dat pgb-houders geen mensen meer kunnen vinden voor zorg en ondersteuning, moet de budgethouder met de gemeente in gesprek over de ontstane situatie.

Vraag 54

De leden van de PvdA-fractie vragen of verdere uitleg kan worden gegeven over de uitspraak dat tarieven voor hulpmiddelen niet passend hoeven te zijn.

Antwoord 54

Het uitgangspunt is dat met het beschikbaar gestelde budget de cliënt de benodigde zorg en ondersteuning in kan kopen. Als een cliënt geen zorgverlener voor dit bedrag kan contracteren, betekent dat dat het budget niet toereikend is. De cliënt zal hierover met de betreffende gemeente in gesprek moeten gaan dan wel in bezwaar gaan tegen het besluit.

In de Wmo 2015 is opgenomen dat een gemeente een aanvraag voor een pgb mag weigeren als de kosten voor het persoonsgebonden budget hoger zijn van de kosten van de maatwerkvoorziening. Dit kan zich bijvoorbeeld voordoen doordat de gemeente, vanwege inkoopvoordelen, maatwerkvoorzieningen goedkoper kan leveren dan wanneer een budgethouder deze zelf inkoopt met een pgb. Hierbij kan gedacht worden aan vervoersvoorzieningen, hulpmiddelen of opvangvoorzieningen¹³.

Vraag 55

De leden van de PvdA-fractie vragen of de Minister in kan gaan op het punt dat een aantal gemeenten het tarief terugbrengen tot op het minimumloon. Is de Minister van mening dat dit een foute beweging is en dat het wettelijk minimumloon juist een middelen was om de informele zorg goed te belonen? Ook vragen de leden van de PvdA-fractie of de Minister het eens is met de leden van de fractie dat een tariefsverlaging van de een op de andere dag onaanvaardbaar is?

¹³ Kamerstuk 33 841, nr. 3.

Antwoord 55

Het is aan gemeenten om te bepalen hoe hoog het informele tarief dient te zijn. Als sprake is van een overeenkomst van opdracht of een arbeidsrelatie moet tenminste het wettelijk minimumloon worden betaald. Van belang is dat gemeenten een toereikend tarief verstrekken voor de werkzaamheden die de informele zorgverlener verricht. Als wordt aangetoond dat het tarief niet toereikend is, bijvoorbeeld doordat de rechter hier een uitspraak over doet, dan dient de gemeente het tarief en/of het beleid hieromtrent aan te passen. Ik ben van mening dat gemeenten, wanneer sprake is van tariefsverlaging, dit nauwkeurig dienen te bespreken met de budgethouder en het besluit hierover motiveren. Het is mij niet bekend dat dit niet gebeurt, maar ik vind dat gemeenten een zorgvuldig proces moeten doorlopen met de cliënt. Daarbij hoort ook het in acht nemen van een redelijke overgangstermijn. Er ligt tevens een rol weggelegd voor de gemeenteraad om hierop toe te zien.

Vraag 56

De leden van de PvdA-fractie willen weten of de Minister signalen heeft ontvangen over dat budgethouders opeens contracten moeten openbreken met hulpverleners en daarbij de tarieven moeten verlagen? Ook vragen de leden van deze fractie of de Minister zich ervan bewust is dat dit als gevolg kan hebben dat budgethouders hun vertrouwde hulp- en zorgverleners die kunnen behouden en op zoeken moeten naar nieuwe hulp- en zorgverleners.

Antwoord 56

De pgb-tarieven kunnen door een gemeente periodiek worden aangepast. Gemeenten moeten zich er wel van vergewissen dat budgethouders een toereikend tarief behouden om de benodigde ondersteuning in te kopen. Als de budgethouder het oneens is over een eventuele wijziging, kan deze allereerst met de betreffende gemeente in gesprek. Wanneer dit niet tot een oplossing leidt kan de cliënt in bezwaar gaan tegen het genomen besluit. Recent hebben mij signalen bereikt over mogelijke zorgdiscontinuïteit in het kader van tariefswijzigingen door gemeenten. Zoals ik heb aangegeven in de antwoorden 8, 16, 18 en 45 ben ik over de pgb-tarieven van gemeenten het gesprek met de VNG aangegaan om aankomende tijd afspraken te maken hoe we de gemeenten beter kunnen ondersteunen in het onderbouwen van tarieven.