

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

De Voorzitter van de Tweede Kamer
der Staten-Generaal
Postbus 20018
2500 EA DEN HAAG

Bezoekadres:
Parnassusplein 5
2511 VX DEN HAAG
T 070 340 79 11
F 070 340 78 34
www.rijksoverheid.nl

Ons kenmerk
DLZ-U-3040382

Bijlagen
3

Uw brief
2010Z18035PGB

*Correspondentie uitsluitend
richten aan het retouradres
met vermelding van de datum
en het kenmerk van deze
brief.*

Datum: 14 december 2010
Betreft: kamervragen persoonsgebonden budget (pgb)

Geachte voorzitter,

Hierbij zend ik u de antwoorden op de vragen van de Vaste Kamercommissie
Volksgezondheid, Welzijn en Sport over het persoonsgebonden budget
(2010Z18035).

Hoogachtend,
de Staatssecretaris van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,

mw. drs. M.L.L.E. Veldhuijzen van Zanten-Hyllner

Antwoorden op kamervragen van op de vragen van de Vaste Kamercommissie Volksgezondheid, Welzijn en Sport over het persoonsgebonden budget (2010Z18035).

1. Hoeveel personen hebben jaarlijks gebruik gemaakt van de AWBZ – van 2000 tot heden? Wat zijn jaarlijks de kosten van de AWBZ geweest? Kunt u dit specificeren voor de zzp's?

1 en 2.

Binnen de AWBZ kan onderscheid worden gemaakt in zorg in natura en zorg die door middel van een persoonsgebonden budget wordt verkregen. Bij de zorg in natura kan daarbij het onderscheid worden gemaakt in extramurale en intramurale zorg. De intramurale zorg wordt vanaf 2009 ingekocht in de vorm van zorgzwaartepakketten. Voor dat jaar werden bedden in instellingen zoals verpleeg- en verzorgingshuizen en gehandicaptenzorg geregistreerd. Informatie over zorgzwaartepakketten is daarom voor 2009 niet beschikbaar. Vanaf 2009 kunnen de zorgzwaartepakketten ook worden weergegeven voor de verschillende sectoren (V&V, GHZ en GGZ). Uit onderzoek van Research voor Beleid weten we dat er ongeveer 13.000 mensen zijn met een verblijfsindicatie en een pgb. Van deze cliëntengroep is van ruim 9.000 cliënten het ZP bekend. De meeste cliënten hebben een ZP VG (37%), V&V 34% of GGZ (17%). Meest voorkomende ZP's zijn ZP VG3 (970), V&V5 (775) en GGZ 3C (625).

In de periode 2000-2009 is de informatievoorziening van de AWBZ doorlopend verbeterd waardoor ook steeds meer informatie beschikbaar komt over individuele cliënten. In onderstaand overzicht is inzicht gegeven in de ontwikkeling van het zorggebruik in 2000 en de periode 2007-2010.

Tabel 1: Zorggebruik AWBZ 2000-2010 (aantal cliënten begin januari)

jaar	Cliënten intramuraal	Clienten Extramuraal*	Aantal pgb-houders
2000	242.000	200.000	13.200
2007	259.000	238.000	95.000
2008	259.000	252.000	90.000
2009	260.000	250.000	109.000
2010	259.000	230.000	118.000

*Exclusief huishoudelijke verzorging die in 2007 is overgegaan naar de gemeenten.

Voor dezelfde periode wordt een overzicht gegeven van de uitgaven van de AWBZ.

Tabel 2: Uitgaven AWBZ 2000-2010 (x 1 mld)

jaar	Uitgaven intramuraal	Uitgaven Extramuraal*	Uitgaven pgb-houders **	Uitgaven overig	Totaal AWBZ
2000	6,8	2,7	0,130	1,4	11,0
2007	12,6	5,7	1,330	2,9	22,5
2008	12,4	4,4	1,660	2,7	21,1
2009	13,3	4,7	1,950	2,9	22,9
2010	14,0	4,4	2,200	3,0	23,6

*Exclusief huishoudelijke verzorging die in 2007 is overgegaan naar gemeenten.

** Deze bedragen wijken af van het pgb-subsidieplafond (o.a. het antwoord op vraag 32). Het pgb-subsidieplafond is hoger, omdat er rekening wordt gehouden met gemiddeld 10% onderbesteding.

In 2000 waren de kosten van de AWBZ (exclusief de reeds overgehevelde AWBZ-onderdelen huishoudelijke verzorging en kortdurende geestelijke gezondheidszorg) circa € 11 miljard. Hiervan was in 2000 € 130 miljoen bestemd voor persoonsgebonden budgetten. In 2010 gaat het om circa € 23,6 miljard. De kosten van zorg-in-natura (inclusief de loonontwikkeling) zijn in de afgelopen 10 jaar ruim twee keer zo hoog geworden. De kosten van het pgb zijn bijna 20 keer zo hoog als in 2000. Het pgb als percentage van de AWBZ is gegroeid van ruim 1% in 2000 naar circa 10% in 2010.

2. Binnen de AWBZ: hoeveel mensen gebruikten jaarlijks zorg in natura (ZIN) en hoeveel mensen het persoonsgebonden budget – voor de jaren 2000 tot heden? Wat zijn jaarlijks de kosten geweest voor ZIN en voor pgb? Kunt u dit specificeren voor de zzp's?

2.

Zie het antwoord bij vraag 1.

3. Hoe zijn de kosten van het pgb verdeeld over de verschillende zorgzwaartes over de meest recente 5 jaren?

3.

Het overgrote deel van de pgb-houders heeft een AWBZ-indicatie voor extramuraal zorg. Bij deze groep wordt niet, zoals bij de indicaties met verblijf, met een cliëntprofiel gewerkt. Om deze reden is geen goede uitspraak mogelijk over de verdeling naar zorgzwaarte.

De hoogte van het pgb verschilt sterk tussen budgethouders. Het aantal budgethouders met een indicatie voor verblijf dat kiest voor het pgb als gewenste leveringsvorm is flink toegenomen. In 2005 schatte het College voor Zorgverzekeringen dit aantal nog op circa 2.000 personen. Momenteel moeten we uitgaan van circa 13.000 personen. Voor inzicht in de meest voorkomende zorgzwaartepakketten zie het antwoord op vraag 2.

4. Waarom gaat de staatssecretaris nieuwe onderzoeken doen?

4.

In de pgb-brief van 30 november jl. heb ik ten behoeve van zorgvuldige implementatie van de voorstellen twee onderzoeken aangekondigd die samenhangen met de nieuwe pgb-tarieven voor cliënten met een verblijfsindicatie en het gekozen meerjarig overgangstraject voor cliënten met een budgetgarantie.

Het eerste onderzoek richt zich op de budgethouders die als gevolg van de afbouw van het huidige budget er substantieel op achteruitgaan. Hierbij dient zorgvuldigheid betracht te worden. Op basis van onderzoek uitgevoerd door Research van Beleid gaat het om circa 400 personen. Bij dit onderzoek wil ik weten wie deze cliënten zijn, wat de reden is dat zij een zeer hoog budget ontvangen en of zij een beroep kunnen doen op de regeling bijzondere zorgzwaarte. Op basis van deze regeling kunnen personen met een extra zorgvraag een hoger pgb krijgen. Hiervoor moet de cliënt samen met het zorgkantoor een aanvraag indienen bij het College voor Zorgverzekeringen. De maatregel om de pgb-tarieven voor personen met een verblijfsindicatie aan te passen heeft ook gevolgen voor de kleinschalige wooninitiatieven die met een pgb zijn gefinancierd. Tijdens het VWS-begrotingsdebat is mij gevraagd om een garantie af te geven voor het behoud van alle bestaande wooninitiatieven. Deze garantie kan ik niet geven, omdat ik niet weet welke budgettaire consequenties dit heeft. Daarom wil ik eerst een onderzoek doen waarbij alle kleinschalige pgb-gefinancierde wooninitiatieven worden meegenomen. Bij dit onderzoek wordt een "foto gemaakt" en ingezoomd op aspecten als hun omvang en cliënten die er hier wonen. Ook ga ik samen met het veld vaststellen wat het minimumaantal bewoners is voor een verantwoorde exploitatie. Op basis van deze uitkomst en het onderzoek bekijk ik of er zonnodig compenserende maatregelen moeten worden getroffen.

5. Hoe verhouden de tarieven van ZIN instellingen die aan pgb-houders zorg leveren zich ten opzichte van de tarieven voor ZIN mogen rekenen?

5.

De zorgaanbieders mogen in het geval van zorg-in-natura uitsluitend tarieven hanteren die zij in de zorginkoop met het zorgkantoor hebben afgesproken. In het geval van zorginkoop door een cliënt met een persoonsgebonden budget betreft het individuele afspraken tussen de budgethouder en de zorgaanbieder. De budgethouder krijgt een totaalbudget en kan daarmee verzekerde AWBZ-zorg inkopen in vrijheid, zowel inzake het volume als de prijs. Het is mij niet bekend welke tarieven zorgaanbieders in rekening brengen aan pgb-houders. Tevens is mij niet bekend hoeveel zorg (in uren) budgethouders afnemen bij zorgaanbieders of andere zorgverleners dan wel ondersteuners.

6. Kan een doorberekening worden verschaft van een casus 'zwaar gehandicapte jongere' met WAJONG uitkering in een zelfstandig wooninitiatief gerund door ouders? Wat betekent het concreet voor een jongere als deze trapsgewijze afbouw van de pgb over drie jaren doorgang vindt?

6.

Voor het beantwoorden van deze vraag is uitgegaan van het hoogste zorgzwaartepakket uit de verstandelijke gehandicaptensector. Een cliënt die geïndiceerd is voor de functie verblijft in de zwaarste zzp uit de gehandicaptenzorg ontvangt in 2011 een "bruto" pgb (zonder aftrek van de eigen bijdrage) voor de zorgkosten van circa € 60.900. Als gevolg van het afbouwtraject zal deze vergoeding in 2012 nog maximaal 90% bedragen. Dit betekent dat hij/zij nog een pgb van € 54.800 ontvangt. In 2013 bedraagt de vergoeding nog €50.200. Dit is ook het nieuwe tarief voor dit specifieke zorgzwaartepakket bij zorg-in-natura. De maatregelen in de pgb-brief van 30 november jl. hebben geen effect op de te ontvangen Wajong-uitkering.

7. Trapsgewijze afbouw pgb-budget over drie jaren. Wat betekent dit 'onder de streep' (het bedrag wat overblijft om rond te kunnen komen) inclusief zorgtoeslag, huurtoeslag en mogelijke andere regelingen voor de financiële situatie: concreet over 1) een jaar, 2) over twee jaar en 3) over drie jaren?

7.

Een pgb wordt uitgekeerd als vergoeding voor alleen de AWBZ-geïndiceerde functies persoonlijke verzorging, verpleging en begeleiding. Met de maatregel nieuwe zzp-pgb tarieven worden de kosten tussen iemand die een vergoeding krijgt voor dezelfde kosten op basis van de zorg in natura tarieven gelijk getrokken. De werkgroep pgb-zzp heeft geconcludeerd dat de omrekening van de pgb-tarieven naar extramurale zorgfuncties betekende dat zij een ruimer zorgbudget tot hun beschikking hadden. Met andere woorden: de pgb-budgetten waren in vergelijking met de zorg-in-natura tarieven hoger. Met deze maatregel zorg ik er voor dat de pgb-houder even veel te besteden heeft als iemand die een zorg-in-natura vergoeding ontvangt. Ook vanuit het oogpunt van mensen die aangewezen zijn op een zorg-in-natura vergoeding vind ik het niet te rechtvaardigen dat alleen vanwege het feit dat hoe de zorg wordt gefinancierd er bij een gelijke zorgvraag verschillende vergoedingen worden uitgekeerd. Zoals uit vraag 7 blijkt wordt het zorgbudget voor iemand die nu een pgb-budget ontvangt in 3 jaar afgebouwd naar het niveau van iemand die een zorg-in-natura vergoeding ontvangt. Dit betekent per saldo dat er in drie jaar € 10.000 minder aan zorg is te besteden.

Naast het geld voor de zorg hebben AWBZ-cliënten natuurlijk een inkomen, eventueel aangevuld met zorg- en huurtoeslag en andere specifieke uitkeringen. Uit dit inkomen worden onder andere de woonlasten, de verzekeringen, de eigen bijdrage en het eten betaald. Door de pgb-maatregel worden de kosten voor deze uitgaven niet verhoogd. Iemand met een pgb-vergoeding of een zorg-in-natura vergoeding mag altijd meer zorg inkopen dan de wettelijke vergoedingen vanuit de AWBZ. Met andere woorden als iemand zijn bestedingsruimte wil gebruiken om extra zorg in te kopen staat hij daarin natuurlijk vrij.

8. Welke andere regelingen zijn er naast het pgb nog meer die deze jongere ondersteunen in het zelfstandig kunnen blijven wonen en participeren in de maatschappij?

8.

De AWBZ vergoedt de kosten die worden gemaakt voor de functies persoonlijke verzorging, verpleging en begeleiding. Door het verlenen van deze zorg wordt het mogelijk gemaakt om (langer) zelfstandig te blijven wonen. Ook in de nieuwe situatie zal er vanuit de AWBZ een vergoeding worden uitgekeerd die het mogelijk maakt om langer zelfstandig te blijven functioneren en deze groepen te blijven ondersteunen. Naast de AWBZ zijn daarnaast ook specifieke financiële regelingen ter ondersteuning van mensen die aangewezen zijn op langdurige zorg, zoals bijvoorbeeld de compensatie van het eigen risico en de Wet tegemoetkoming Chronisch Zieken.

9. Is het na de afbouw van het PGB nog mogelijk voor ouders om een wooninitiatief te starten?

9.

Ja, dit blijft mogelijk. Met de maatregel zorg ik er voor dat de pgb-houder even veel te besteden heeft als iemand die een zorg in natura vergoeding ontvangt. Hierbij is het nog steeds mogelijk om gezamenlijk een pgb-gefinancierd initiatief te starten. Ik beseft mij dat de huidige initiatieven opgebouwd zijn op basis van de tarieven in het verleden. Juist om ten aanzien van deze initiatieven zorgvuldigheid te betrachten, ga ik nader onderzoek doen naar de bestaande initiatieven.

10. Is het in de toekomst nog mogelijk om zzp bij Langdurig verblijf via pgb te financieren?

10.

Ja, dit blijft mogelijk. Ook in de toekomst kan een cliënt met een AWBZ-indicatie voor verblijf en een bijpassend zorgzwaartepakket deze zorg omzetten in een persoonsgebonden budget. Met deze maatregel zorg ik er wel voor dat de pgb-houder even veel te besteden heeft als iemand die een zorg in natura vergoeding ontvangt. Ik heb in mijn brief wel een aantal vormen van zorg benoemd die binnen een (aangewezen) zorg-in-natura instelling dienen te worden geleverd. Het betreft zorgzwaartepakketten, waarin het element behandeling aanwezig is en een prikkeloze, beschermde en besloten setting noodzakelijk is (de zogenaamde B-zzp's in de GGZ, de zzp's inzake de sglvg en lvg 4 en 5).

11. Hoe kan het dat ouderinitiatieven buiten proportioneel getroffen worden door het afschaffen van tijdelijk verblijf?

11.

Er dient onderscheid te worden gemaakt tussen de 'toeslag op het pgb van € 10.600 voor verblijfskosten' en de aanspraak op kortdurend verblijf. Kortdurend verblijf was tot 1 januari 2011 geen aparte zorgvorm in het Besluit zorgaanspraken. Vanaf 1 januari 2011 is kortdurend verblijf voor het eerst apart als aanspraak in het Besluit zorgaanspraken opgenomen. Met deze verankering geef ik duidelijk aan dat ik veel waarde hecht aan deze vorm van zorg. Een aanspraak op kortdurend verblijf kan zowel in natura als in de vorm van een pgb

worden afgenomen. Kortdurend verblijf blijft dus bestaan voor pgb-houders. Zie ook het antwoord op vraag 70.

In de pgb-brief van 30 november jl. trek ik de vergoedingen voor zorg-in-natura en het pgb weer gelijk. Een belangrijk onderdeel daarbij is de toeslag op het pgb van € 10.600 voor zogenaamde verblijfskosten. Deze toeslag bestaat niet voor cliënten met een verblijfsindicatie die die zorg via zorg-in-natura (extramuraal of intramuraal) ontvangen. Ik heb van de pgb-gefinancierde initiatieven signalen ontvangen dat met deze maatregelen hun continuïteit onder druk zou staan. Ten behoeve van de zorgvuldigheid heb ik besloten hier nader onderzoek naar te gaan doen. Zie ook het antwoord op vraag 4.

12. Waarom kunt u pas vanaf 2014 voorzien in een indicatieregeling voor bijzondere zorgvragen?

12.

Ik hecht eraan ook de bijzondere zorgvraag in samenhang met het wettelijk verankeren van het pgb te regelen. In 2011 zal ik samen met het CIZ, de NZa en het CVZ aan een passende oplossing van de bijzondere zorgzwaarte binnen de aanspraken voor zowel zorg-in-natura als het pgb gaan werken. Het gaat hier om complexe materie waaruit niet eenvoudig een eenduidige formulering van de uitzonderingen is te destilleren. Relevant is verder dat de huidige oplossing voor de extreme zorgzwaarte op dit moment wordt geëvalueerd en ik de uitkomsten van die evaluatie hierbij wil betrekken. Daarnaast heeft het regelen van de toegang tot bijzondere zorgzwaarte via de aanspraken en indicatiestelling gevolgen voor de werkzaamheden van het CIZ en waarschijnlijk ook voor het Centrum voor Consultatie en Expertise. Tot slot, moet bezien worden op welke wijze de huidige oplossing van de uitzonderlijke situaties, via uitsluitend de bekostiging, gekoppeld kan worden aan de aanspraken en de indicatiestelling. Ik heb in mijn pgb-brief van 30 november jl. aangegeven de benodigde wetswijziging voor het verankeren van het pgb als wettelijk recht in 2012 naar de Tweede Kamer te verzenden. Hierbij zal ik tevens ingaan op de wijze van het regelen van de bijzondere zorgzwaarte.

13.

Is er bij het invoeren van maximaal in te dienen bemiddelingskosten rekening gehouden met patiënten die intensieve en uitgebreide zorg nodig hebben?

13.

Gelet op de wens, ook van cliëntenorganisaties, om de kosten van bemiddeling aan maxima te verbinden is dit in de pgb-regeling 2011 geregeld. In de pgb-regeling 2011 zijn de kosten van de bemiddelingskosten gemaximeerd op € 250 per jaar bij een persoonsgebonden budget van maximaal € 25.000 en € 500 per jaar bij een hoger persoonsgebonden budget. Deze bedragen zijn gebaseerd op de bestaande uitvoeringspraktijk van enkele concessiehouders. Zij hebben hierbij geen problemen ondervonden bij cliënten met een intensieve zorgvraag.

14.

Wat zouden de totale- en meerkosten zijn als alle pgb-houders (inclusief de personen op de wachtlijst) over zouden gaan naar ZIN? Wat zijn de opwaartse en neerwaartse risico's bij deze schatting en kan dit bijvoorbeeld via een bandbreedte geconcretiseerd worden? Hoe verhoudt zich dit in de zzp's en ten opzichte van het VPT?

14.

Het is zeer lastig vast te stellen wat de totale kosten van alle pgb-houders (inclusief de personen op de wachtlijst en nieuwe instroom) in 2011 zou zijn als zij over zouden gaan naar zorg-in-natura. De gegevens ontbreken om adequaat antwoord te geven op deze vraag en een diepgravend onderzoek zou nodig zijn. Bij de vergelijking tussen de zorgkosten via een persoonsgebonden budget en de zorgkosten bij zorg-in-natura dient namelijk een aantal zaken tegen elkaar afgezet te worden.

Ten eerste dienen de tarieven met elkaar vergeleken te worden. De tarieven bij een AWBZ-indicatie voor extramurale zorg om het pgb-budget vast te stellen zijn in het verleden gemiddeld 20 tot 25% lager vastgesteld dan die bij zorg in natura. Een deel van de verklaring hiervoor is dat bij een pgb geen overheadkosten van de instelling vergoed hoeven te worden. Overigens zijn de tarieven gebaseerd op professionele zorgverleners en wordt door pgb-houders in veel gevallen (goedkopere) mantelzorg ingezet. De tarieven bij een AWBZ-indicatie voor intramurale zorg om het pgb-budget vast te stellen zijn op dit moment gemiddeld 30% hoger dan de tarieven die voor de zorgzwaartepakketten vertaald in een VPT gelden. Na de maatregelen zullen de verschillen tussen het pgb in het kader van verblijf en VPT ongeveer 5% zijn. Ten aanzien van de tariefsvergelijking dient nog opgemerkt te worden dat bij zorg-in-natura gewerkt wordt met maximumtarieven. Onderzoek wijst uit dat in de extramurale zorg de kortingen gemiddeld 6% zijn en in de intramurale zorg is dit percentage ruim 1%. In het antwoord op vraag 5 is aangegeven dat ik niet over informatie beschik welke tarieven de budgethouders daadwerkelijk overeenkomen voor de geleverde zorg.

Ten tweede moet voor de vergelijking de geleverde volume zorg (in uren) tegen elkaar afgezet worden. Een budgethouder mag in vrijheid afspraken maken over tarieven en volume. Bij een lager tarief (bijvoorbeeld bij inzet door mantelzorger) blijven er middelen over om bijvoorbeeld bij verpleging meer uren in te kopen. Overigens blijkt dat een budgethouder gemiddeld 10% van zijn budget niet besteedt. Bij zorg-in-natura heeft de zorgaanbieder minder keuzevrijheid. De zorgaanbieder levert zorg met een tarief, zoals afgesproken met het zorgkantoor bij de zorginkoop. Dit zijn professionele hulpverleners. Het volume (de uren) ligt vast in de bandbreedte van de klassen van het indicatiebesluit.

Tot slot, moet ter vergelijking van de kosten voor pgb's en zorg-in-natura onderzocht worden in welke mate er sprake is van substitutie tussen deze twee vormen. Er is geen volledige substitutie tussen de pgb-regeling en zorg-in-natura. Ondanks een sterke stijging van het beroep op de pgb-regeling nam de stijging van de kosten voor de zorg-in-natura niet af. Tevens blijkt uit diverse lopende onderzoeken dat een deel van de budgethouders geen beroep op zorg-in-natura zou doen bij het wegvallen van de pgb-vergoeding. Zo blijkt uit het lopende onderzoek van het ITS onder budgethouders dat één op de tien budgethouders het pgb gebruikt om hun mantelzorgers te betalen. Uit het lopende onderzoek van

Research voor Beleid onder personen op de pgb-wachlijst blijkt dat aandeel hoger, namelijk één op de drie.

15. Welke maatregelen gaat de staatssecretaris op korte termijn nemen om het tekortschietende aanbod van zorg-in-natura op peil te brengen?

15 en 19.

De vraag suggereert dat de zorg-in-natura ontoereikend is. Ik deel deze veronderstelling niet. Mijn conclusie baseer ik mede op de voorlopige resultaten van twee lopende onderzoeken. Ten eerste komt uit onderzoek van Per Saldo onder budgethouders en niet-budgethouders naar voren dat bijna iedereen, dus ook de niet-budgethouders, (zeer) tevreden is met de huidige zorg- en dienstverlening. Ten tweede concluderen onderzoekers van Research voor Beleid onder personen die op de pgb-wachlijst staan dat personen die aangeven dat de zorg in natura niet passend is hoge eisen stellen en specifieke wensen hebben waaraan de zorg-in-natura niet kan voldoen. Feit is dat met een persoonsgebonden budget meer maatwerk nodig is. Dit betekent echter niet per definitie dat zorg-in-natura tekort schiet. Ook wordt aangegeven de AWBZ-indicatie voor de functie begeleiding te willen inzetten voor het onderhouden van sociale contacten. Vanaf 1 januari 2009 is dit in de AWBZ niet meer mogelijk. Wat ik wel laat onderzoeken is of het zorgaanbod in natura voor jeugdigen met een psychiatrische problematiek (ADHD) voldoende is. Mocht blijken dat dit niet het geval is dan zal ik zorgaanbieders en zorgkantoren hierop aanspreken.

16. Wanneer werd de 'wildgroei aan bemiddelingsbureau' gesignaleerd? Welke maatregelen neemt de staatssecretaris tegen de door haar gesignaleerde wildgroei aan bemiddelingsbureaus? Kan zij de financiële effecten noemen?

16 en 18.

De afgelopen jaren is het aantal budgethouders sterk gegroeid. Ook het aantal budgethouders dat gebruik maakt van de diensten van bemiddelingsbureaus is daarmee toegenomen. In 2008 heeft VWS naar aanleiding van signalen over misstanden bij bemiddelingsbureaus aan het College voor Zorgverzekeringen gevraagd onderzoek te (laten) doen naar de aard en kwaliteit van de dienstverlening van bemiddelingsbureaus. Uit dit onderzoek blijkt dat eind 2008 circa 9.000 budgethouders gebruik maakten van de diensten van een bemiddelingsbureau.

Om ervoor te zorgen dat er een eind komt aan misstanden als fraude en gebrekkige dienstverlening door bemiddelingsbureaus zullen maatregelen worden genomen. Allereerst is het bedrag dat vanuit het pgb voor bemiddelingskosten mag worden verantwoord vanaf 2011 gebonden aan een maximum. Bij een bruto jaarbudget dat lager is dan € 25.000 mag maximaal € 250 worden verantwoord voor bemiddelingskosten. Voor bruto budgetten die hoger zijn dan € 25.000 is dit maximum € 500.

In 2011 zal het keurmerk voor bemiddelingsbureaus, dat met subsidie van VWS door Per Saldo en het Keurmerkinstituut is ontwikkeld, in gebruik genomen worden. Vooralsnog heeft dit keurmerk een vrijwillig karakter. In de werkgroep fraude, die mij begin volgend jaar zal adviseren, wordt bekeken of het wenselijk is dit keurmerk een verplichtend karakter te geven. Het alternatief van een

vergunningenstelsel zal ik hierbij betrekken. Ook zal deze werkgroep bezien welke andere maatregelen genomen kunnen worden om de praktijken van malafide bemiddelingsbureaus met betrekking tot het pgb te stoppen.

De verwachte financiële effecten van deze maatregelen zijn niet bekend. In algemene zin kan gesteld worden dat in het geval van het terugdringen van oneigenlijk gebruik van pgb-gelden deze gelden beschikbaar komen voor de benodigde zorg en niet wegvloeien naar malafide bemiddelingsbureaus.

17. Welk percentage van de pgb-gelden wordt thans besteed aan bemiddelingskosten? Hoe zal dit percentage zich ontwikkelen als gevolg van de door de staatssecretaris te nemen maatregelen?

17.
Het is niet bekend welk percentage van de pgb-gelden momenteel besteed wordt aan bemiddeling. Het is niet goed in te schatten of en welke effecten de maatregelen hebben op het percentage. Zoals in het antwoord op vraag 16 is aangegeven, is vanaf 2011 het bedrag dat mag worden verantwoord voor bemiddelingskosten gebonden aan een maximum.

18. Is de staatssecretaris voornemens om een vergunningensysteem dan wel verplicht keurmerk in te voeren voor bemiddelingsbureaus?

18.
Zie antwoord op vraag 16.

19. Hoe komt het dat het zorg-in-natuara aanbod onvoldoende aansluit op de wensen of zorgbehoefte van cliënten?

19.
Zie het antwoord op vraag 15.

20. Hoeveel procent van de pgb-houders voert volledig eigen regie over het pgb uit? Hoeveel procent van de pgb-houders wordt door hun familie geholpen bij het regelen van zijn/haar pgb?

20.
Ik heb geen informatie over welk aandeel van de cliënten daadwerkelijk in de praktijk volledig eigen regie over hun pgb voert dan wel hulp van familie ontvangt. Uit het lopende ITS-onderzoek waarbij 138 budgethouders naar de reden is gevraagd om te kiezen voor een pgb geeft circa de helft van de budgethouders aan dat eigen regie voor hen de belangrijkste reden is. Uit een eerder evaluatie-onderzoek onder budgethouders (uit 2005) blijkt dat één derde van de budgethouders gebruik maakt van alleen mantelzorgers, één derde van zowel mantelzorg als professionele zorg en één derde alleen van professionele zorg. Het aandeel mantelzorg is niet uitgesplitst naar wie de zorg levert.

21. Onder welke voorwaarden wordt de pgb-regeling wel solide gezien?

21.

In de pgb-brief van 30 november jl. wordt een aantal voorwaarden genoemd om de pgb-regeling solide te maken. Het persoonsgebonden budget is er voor cliënten die zelf of met behulp van zijn directe omgeving het regie over het pgb te kunnen voeren. Hiermee bedoel ik bewust en adequaat kwalitatieve zorg kunnen inkopen en verantwoorden. Belangrijk daarbij is dat cliënten vooraf een geïnformeerde keuze maken. Nu blijkt uit onderzoek dat dit bij bijna de helft van de budgethouders niet het geval is. Daarbij dient de pgb-regeling fraudebestendig te zijn. Tot slot, dient de groei van de uitgaven aan de pgb-regeling in lijn te zijn met de groei in de AWBZ. Ik zal daarbij tevens kijken naar een begrenzing van de inzet van de mantelzorg.

22. Per Saldo stelt dat 40% van de budgethouders een pgb heeft omdat zij geen keuze hebben. Daarbij baseren zij zich op een in de zomer gereed gekomen onderzoek van het onderbureau ITS van de Universiteit Nijmegen. Wil de staatssecretaris het onderzoek van ITS Nijmegen vrijgeven voor het debat van 15 december 2010?

22.

De voorlopige onderzoeksresultaten geven een meer genuanceerd beeld van de stelling dat 40% uit noodzaak een pgb kiest. Zo geven deze personen aan dat er met een pgb meer maatwerk mogelijk is en hulp kan worden ingeschakeld van vertrouwde mensen uit de eigen kring. Dit onderzoek is nog niet klaar. Het zal in december worden afgerond. Dit onderzoek moet bijdragen aan de discussie over hoe te komen tot een solide pgb, waarover de Kamer in het voorjaar van 2011 een brief zal ontvangen. Dit onderzoek zal dan als bijlage worden bijgevoegd.

23. In de brief staat: Volgens de laatste cijfers van het College voor Zorgverzekeringen staan er op 1 november bijna 10.000 cliënten op de pgb-wachlijst. Er wordt gesproken over een instroom van 3.000 per maand. In het kader van de budgettaire beheersing van de uitgaven pgb is het belangrijk om duidelijke cijfers te hebben over in- en uitstroom pgb en de uitgaven pgb. Tevens zijn er signalen dat de zorgkantoren over 2010 meer toezeggingen hebben gedaan dan het budgettaire kader pgb 2010 toe liet. Deze overschrijding zullen de zorgkantoren compenseren met de verruiming van middelen voor 2011. Kunt u de cijfers aanleveren hoe de stand van zaken nu is? Om hoeveel wachtenden gaat het op 1 december? Welke deel hiervan is afkomstig via Bureau Jeugdzorg? Kunt u aangeven hoe hoog die overschrijding is bij zorgkantoren van het budgettaire kader pgb 2010?

23, 27 en 31.

In mijn pgb-brief van 30 november jl. zijn de op dat moment meest recente wachtlijstgegevens opgenomen. Inmiddels heeft het College voor Zorgverzekeringen mij geïnformeerd over de wachtlijst op 1 december jl.. Deze bestaat uit bijna 11.000 personen. Vermoedelijk zal het aantal toenemen naar circa 13.000 personen op 1 januari 2011.

Van deze personen is alleen de leeftijd bekend. Hieruit blijkt dat 45% van de wachtenden jonger is dan 18 jaar. Het is niet bekend hoeveel van deze jeugdigen

een indicatie hebben van de Bureaus Jeugdzorg. Vermoedelijk gaat het om groot deel.

Volgens gegevens van het College voor Zorgverzekeringen is eind oktober het pgb-subsidieplafond van € 2.360 miljoen met € 45 miljoen overschreden.

24. Gelden alle nieuw aangekondigde maatregelen ook voor cliënten die nu op de pgb-wachlijst staan?

24.

De meest belangrijke maatregelen, zoals de aangekondigde 3% pgb-tariefskorting en het nieuwe pgb-tarief voor cliënten met een verblijfsindicatie, gelden ook voor de personen op de pgb-wachlijst.

25. 60 tot 70% van de aanvragers van een pgb wenst geen gebruik te maken van het zorg-in-natura alternatief. Zij staan nu op de wachtlijst. 80% van de aanvragers van een pgb laat zich op de wachtlijst zetten. Hoe is dit verschil te verklaren?

25.

Vanaf 1 juli 2010 hebben de zorgkantoren alle cliënten die te maken hebben met de pgb-toekenningstop een formulier toegezonden. Cliënten kunnen daarop aangeven of ze zorg-in-natura willen ontvangen en/of ze op de pgb-wachlijst willen plaatsnemen. Er zijn personen die op de pgb-wachlijst staan en tijdelijk zorg-in-natura ontvangen. Dit verklaart het verschil tussen beide percentages.

26. Wanneer wordt het onderzoek naar de achtergrond van keuzes van wachtenden op een pgb verwacht? Zal de Kamer hierover worden geïnformeerd?

26.

Dit onderzoek zal in december worden afgerond. De Kamer zal over de uitkomsten worden geïnformeerd. In mijn antwoord op vraag 37 ga ik in op de voorlopige onderzoeksresultaten.

27. Hoeveel mensen staan thans op de pgb-wachlijst? Kan de staatssecretaris de cijfers van 1 december jl. noemen? Hoeveel cliënten zullen er naar verwachting op 1 januari 2011 op de wachtlijst staan voor een pgb?

27.

Zie het antwoord op vraag 23.

28. 80% van de budgethouders heeft een AWBZ-indicatie voor in ieder geval begeleiding. Behouden deze mensen hun aanspraak op begeleiding, ook in het kader van het aangekondigde schrappen van aanspraak op begeleiding voor mensen met een IQ hoger dan 70. Hoe verhoudt dit zich tot de overgang van begeleiding en dagbesteding naar de Wmo?

28 en 47.

In het Regeerakkoord is de overheveling van de functie begeleiding naar de Wmo en het aanpassen van de AWBZ-aanspraken voor mensen met een IQ-hoger dan 70 aangekondigd. Dit betekent dat de aanspraak op begeleiding uit de AWBZ verdwijnt. Na de overheveling kan er dus in de AWBZ geen pgb meer worden afgegeven met de functie begeleiding. Budgethouders dienen zich tot hun gemeente te wenden voor wat betreft hun zorgbehoefte aan begeleiding. De financiële effecten van de overheveling van de functie begeleiding en de andere maatregelen op de pgb-uitgaven zijn nog niet bekend. Ik kom hier in mijn visiebrief van komend voorjaar op terug.

29. Hoeveel mensen zonder vaste verblijfplaats maken nu gebruik van een pgb? Wat zijn de budgettaire gevolgen van het ontzeggen van toegang tot het pgb aan deze mensen in 2011? En op langere termijn?

29.

Het is niet bekend hoeveel personen zonder vaste verblijfsplaats op dit moment gebruik maken van een pgb. Vermoedelijk zal het gaan om een zeer klein aantal. Daarmee zijn de budgettaire gevolgen beperkt.

30. Wanneer is er sprake van schulden? Welke definitie zal worden gehanteerd? Komt iemand die schulden heeft maar onder bewind staat nog in aanmerking voor een pgb? Hoeveel mensen zullen naar verwachting om deze reden niet meer in aanmerking komen voor een pgb? Wat zijn de budgettaire gevolgen van het ontzeggen van toegang tot het pgb aan deze mensen in 2011? En op langere termijn?

30 en 38.

De maatregel beschreven in de pgb-brief van 30 november jl. betreft mensen met problematische schulden. Hierbij gaat het om mensen die failliet zijn verklaard, waaraan surseance van betaling is verleend of waarbij de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen van toepassing is verklaard. Voor personen die onder bewind staan en dus vallen onder de Wet Schuldsanering Natuurlijke Personen (WSNP) is het niet mogelijk om een pgb te krijgen. Reden hiervoor is dat het bij een persoonsgebonden budget om een behoorlijke som geld kan gaan. Het is bij mensen met problematische schulden aanlokkelijk om een deel van de pgb-middelen aan te wenden voor niet-zorggerelateerde uitgaven. Mensen die zich wenden tot de schuldsanering hebben aangegeven zich met behulp van een bewindvoerder financieel orde op zaken te willen stellen. Tijdens de periode van schuldsanering bewijst de persoon of hij daartoe in staat is en blijft uiteraard de optie van zorg-in-natura beschikbaar. Na afloop van de schuldsanering kan de persoon weer een pgb krijgen.

Het College voor Zorgverzekeringen heeft mij geïnformeerd dat zorgkantoren op basis van de Algemene Wet Bestuursrecht reeds gedurende enige tijd een pgb weigeren als er sprake is van problematische schulden, zoals bijvoorbeeld in geval van schuldsanering in het kader van de Wet Schuldsanering natuurlijke personen (WSNP). In de pgb-regeling per 1 januari wordt de "kan"-bepaling echter vervangen door een "moet"-bepaling. Het is niet bekend hoeveel mensen niet meer in aanmerking komen voor het pgb.

31.

Hoeveel van de wachtenden op de pgb-wachlijst zijn afkomstig via Bureau Jeugdzorg?

31.

Zie het antwoord op vraag 23.

32. Kunt u per zorgkantoor aangeven hoe hoog die overschrijding is bij zorgkantoren in het budgettair kader pgb 2010?

32 en 36.

Het College voor Zorgverzekeringen registreert de uitstaande verplichtingen in relatie tot het pgb-subsidieplafond. Uit hun registratie van 1 oktober jl. valt op te maken dat het pgb-subsidieplafond met € 45 miljoen is overschreden. Dit (kas)tekort in 2010 heeft geen effect op de bestedingsruimte van de zorgkantoren voor de pgb-regeling in 2011.

Hieronder treft u per zorgkantoor inzicht in de uitstaande verplichtingen, het plafond en de over- of onderschrijding in procenten.

<i>Zorgkantoor</i>	<i>Verplichtingen</i>	<i>Plafond</i>	<i>%</i>
Drenthe	106.741.873	104.407.875	102,24
Zwolle	94.766.413	92.434.538	102,52
Flevoland	40.590.901	39.562.963	102,60
Zaanstreek/Waterland	33.065.070	31.879.185	103,72
Kennemerland	41.734.782	41.321.888	101,00
Rotterdam	79.355.109	77.850.714	101,93
Apeldoorn, Zutphen e.o.	46.912.895	45.382.473	103,37
Utrecht	148.403.806	143.593.045	103,35
t Gooi	68.142.953	66.412.678	102,61
Amsterdam	90.237.933	86.685.529	104,10
Haaglanden	98.280.537	95.383.812	103,04
West-Brabant	80.173.753	78.211.155	102,51
Zeeland	57.184.607	55.312.624	103,38
Zuid-Hollandse eilanden	49.254.005	48.284.284	102,01
Zuid Limburg	121.280.228	118.536.991	102,31
Zuidoost Brabant	110.458.704	108.803.243	101,52
Delft Westland Oostland	30.595.280	29.293.364	104,44
Nieuwe Waterweg Noord	21.288.218	20.693.511	102,87
Friesland	121.027.756	113.944.700	106,22
Twente	104.460.874	103.503.041	100,93
Arnhem	138.698.187	137.583.306	100,81
Groningen	154.121.275	155.047.860	99,40
Midden IJssel	22.588.684	21.381.855	105,64
Nijmegen	67.341.720	67.726.690	99,43
Midden Brabant	69.315.671	69.228.577	100,13
Noordoost Brabant	105.278.641	105.665.458	99,63
Noord en Midden Limburg	79.212.864	78.889.526	100,41
Midden Holland	29.606.833	29.438.247	100,57
Waardenland	49.776.396	49.306.596	100,95
Noord-Holland-Noord	71.372.410	70.636.488	101,04
Amstelland en de Meerlanden	22.726.961	22.305.464	101,89
Zuid-Holland Noord	51.752.046	51.592.320	100,31
Totaal	2.405.747.385	2.360.300.000	101,93

Bron: College voor Zorgverzekeringen

33. Kan de staatssecretaris toelichten wat de reikwijdte is van het niet meer verstrekken van pgb's aan mensen met schulden? Valt hier bijvoorbeeld ook een studieschuld bij de IB-groep onder?

33.

Het gaat om mensen met problematische schulden. Dus mensen die failliet zijn verklaard, waaraan surseance van betaling is verleend of waarbij de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen van toepassing is verklaard. Het

hebben van een studieschuld is geen reden om een persoon van een pgb uit te sluiten. Zie ook het antwoord op vraag 30.

34. Welke gronden hanteerden zorgkantoren voor het alsnog toekennen van pgb's aan aanvragers die failliet waren verklaard, surséance van betaling is verleend of waarop de schuldsanering natuurlijke personen van toepassing is verklaard? Kan de staatssecretaris cijfers noemen van de aantallen aanvragers voor wie een dergelijke uitzondering werd gemaakt?

34.

Het College voor Zorgverzekeringen meldt dat zorgkantoren op basis van de Algemene Wet Bestuursrecht reeds gedurende enige tijd een pgb weigeren als er sprake is van problematische schulden, zoals bijvoorbeeld in geval van schuldsanering in het kader van de Wet Schuldsanering natuurlijke personen (WSNP). Ik heb dus geen meldingen van uitzonderingsgevallen. Zie ook het antwoord op vraag 30.

35. Hoeveel pgb-houders zijn dit jaar in- en uitgestroomd?

35.

In totaal is de verwachting dat in 2010 circa 19.000 personen in de pgb-regeling instromen en circa 15.000 personen uitstromen. Op basis van gegevens van het College voor Zorgverzekeringen is in de eerste zes maanden, voor de pgb-toekenningstop, het aantal budgethouders maandelijks met circa 1.900 personen toegenomen. In dit half jaar stromen maandelijks circa 3.000 personen in en circa 1.100 personen uit. Na de pgb-toekenningstop van 1 juli hebben tot 1 december er ruim 400 cliënten een pgb hebben gekregen op basis van de geformuleerde uitzonderingsgroepen. De maandelijks uitstroom is hetzelfde gebleven.

36. Hoe groot is de overschrijding van het budgettair kader pgb door de zorgkantoren in 2010 en wat blijft er over van de extra € 350 miljoen aan investeringen pgb in 2011 als de zorgkantoren de overschrijdingen van 2010 in 2011 compenseren?

36.

Zie het antwoord op vraag 32.

37. Waarom wilde het merendeel van de cliënten (60% tot 70%) geen gebruik maken van het alternatief van zorg-in-natura?

37.

Uit voorlopige onderzoeksresultaten van Research voor Beleid naar mensen op de pgb-wachlijst komt het volgende beeld naar voren:

- 37% van de wachtenden wil met het pgb hun mantelzorg betalen; het gaat vooral om mensen met somatische of lichamelijke beperkingen die persoonlijke verzorging nodig hebben en personen met psychiatrische problematiek met een AWBZ-indicatie voor begeleiding.

- 23% van de wachtenden geeft aan dat ze het nog wel even redden: het zijn vooral ouders die dit zeggen; zij blijven de zorg voor hun kinderen met een ontwikkelingsstoornis (ADHD) of met een verstandelijke beperking op zich nemen. Bij het opheffen van de pgb-toekenningenstop kiezen zij voor professionele zorg die alleen met een pgb is te betalen.
- 26% geeft aan dat er geen passende zorg-in-natura beschikbaar is. Dit wordt vooral gemeld door ouders van kinderen met een ontwikkelingsstoornis met een BJZ-indicatie voor begeleiding en personen met een somatische beperking met een indicatie voor persoonlijke verzorging en begeleiding.

Bij de laatste groep is doorgevraagd waarom de zorg-in-natura niet passen zou zijn. Hieruit komt naar voren dat het gaat om mensen met hoge eisen en specifieke wensen waar de zorg-in-natura niet aan kan voldoen. Ze willen graag een vaste, bekende zorgverlener op momenten die hun het best uitkomt. Dit maatwerk is in hun ogen alleen met een pgb mogelijk. Degenen met (ook) een indicatie voor begeleiding willen hun pgb inzetten voor activiteiten die sinds de pakketmaatregelen begeleiding (deels) niet meer vallen onder de AWBZ-aanspraken. Zij willen hun pgb vooral inzetten voor sociale aspecten (hulp bij activiteiten buitenshuis, hulp bij contacten aangaan met anderen). Ik zal in overleg treden met het College voor Zorgverzekeringen, Per Saldo en de zorgkantoren over deze uitkomsten van het onderzoek.

38. Waarom worden er geen pgb's meer toegekend aan mensen met schulden? Hoe moet ik dit zien in relatie tot de WSNP?

38.

Zie het antwoord op vraag 30.

39. Zijn er pgb-gefinancierde wooninitiatieven waarin cliënten met een zzp lvg 4 en 5, zzp sglvg en een zzp GGZ-B verblijven?

39.

Dit is mij niet bekend.

40.

Hoeveel mensen met een intensieve zorgvraag (zzp lvg 4 en 5, zzp sglvg en zzp GGZ-B) zullen naar verwachting om deze reden niet meer in aanmerking komen voor een pgb? Is er voldoende zorg in natura voor handen om deze mensen op te vangen? Wat zijn de budgettaire gevolgen van het ontzeggen van toegang tot het pgb voor deze mensen?

40.

Op basis van de huidige budgethouders met deze zzp-indicaties (circa 230 personen) zal het naar verwachting gaan om 75 tot 100 personen per jaar. Het zorgkantoor is en blijft verantwoordelijk om ook aan deze mensen binnen de Treeknormen de geïndiceerde zorg te leveren. Er is rekening gehouden met een besparing op de pgb-uitgaven van circa € 2 miljoen.

41. Is ook Per Saldo betrokken bij de besprekingen om te komen tot een betere ondersteuning en intensievere controle van budgethouders in het eerste jaar?

41.

Per Saldo zal worden betrokken bij het bespreken van het voorstel van de zorgkantoren.

42. Hoe zorgt de staatssecretaris dat de groep van circa 230 personen met een zzp lvg 4 en 5, zzp sglvg of zzp GGZ-B per 1 januari 2011 de zorg krijgen die zij nodig hebben? Welk alternatief wordt hen geboden voor het pgb?

42.

De huidige circa 230 personen met een zzp lvg 4 en 5, zzp sglvg of zzp ggz-B behouden deze. Deze maatregel heeft alleen betrekking op de nieuwe cliënten met deze indicaties.

43. Wat betekent de passage waarin wordt gesteld dat cliënten een geïnformeerde en bewuste keuze moeten maken voor het pgb voor mensen met een verstandelijke beperking? Kan de staatssecretaris hier een toelichting op geven?

43.

Het persoonsgebonden budget is bedoeld voor die cliënten die onder eigen regie zelf of met behulp van hun directe omgeving hun zorg willen organiseren. Als het gaat om mensen met een verstandelijke beperking dan dient de wettelijke vertegenwoordiger (de ouders of de mentor) deze bewuste keuze te maken.

44. U geeft in uw brief dd 30 november 2010 aan signalen te ontvangen over fraude met het PGB. Kunt u, nadat u in 2009 afspraken heeft gemaakt met de zorgkantoren over het gebruik van het controleprotocol in 2010, aangeven ter hoogte van welk bedrag er naar uw vermoeden gefraudeerd is/wordt en kunt u specifiek verduidelijken hoe en door wie er ter hoogte van welk bedrag gefraudeerd wordt?

44.

De omvang van de daadwerkelijke fraude met pgb's is onbekend. De NZa rapporteert jaarlijks over de uitvoering van de AWBZ door zorgkantoren, waaronder de door zorgkantoren gedetecteerde fraude. Dit betreft een ondergrens. Niet alle concessiehouders hebben in hun verantwoordingsinformatie aantallen en bedragen opgenomen over de gedetecteerde zorgfraude. Uit dit AWBZ-rapport van de NZa blijkt dat op basis van de verantwoordingsdocumenten en de opgevraagde managementinformatie concessiehouders in 2009 275 zaken (2008: 146 zaken) waarbij een vermoeden van misbruik bestond, hebben onderzocht. In 18 zaken (2008: 16 zaken) is op basis van onderzoek vastgesteld dat er daadwerkelijk sprake is geweest van fraude, ten bedrage van ten minste € 1,9 miljoen. Onderzoek naar mogelijk misbruik of oneigenlijk gebruik is een langdurend proces. De concessiehouders hebben hierdoor nog een aantal zaken uit 2009 in onderzoek. Net als over het verantwoordingsjaar 2008 blijkt dat het in veel gevallen gaat om fraude met het pgb. De concessiehouders melden een stijging van het aantal fraudezaken door pgb bemiddelingsbureaus.

45. U zegt in uw brief d.d. 30 november 2010: "Mocht dat nodig zijn, dan zal ik niet schromen om in de huidige uitvoeringsstructuur in te grijpen". Hiermee doelt u op het voorkomen van fraude en het voor fraudeurs onaantrekkelijk maken van de pgb-regeling. Kunt u aangeven wat de extra kosten zullen zijn van deze fraudebestrijding en waaruit u dat bedrag wilt financieren? Welke concrete maatregelen wilt u gaan treffen om fraude met het pgb tegen te gaan?

45.

In de pgb-brief van 30 november jl. heb ik aangegeven dat de werkgroep fraude begin volgend jaar met voorstellen zal komen om de pgb-fraude aan te pakken. Op dat moment zullen concrete maatregelen bekend worden. Op dit moment is geen inschatting te maken van de kosten die hieraan verbonden zijn.

46. Wat zijn de verschillen in aanspraken tussen personen met ZIN en personen met een pgb; bijvoorbeeld welke toeslagen zijn wel beschikbaar binnen de ZIN en niet binnen het pgb? Klopt het dat er maar 1 zzp is waarop een pgb gebaseerd kan worden?

46.

De AWBZ-aanspraak van mensen met zorg-in-natura en mensen met een persoonsgebonden budget is bij de indicatiestelling gelijk. De functie behandeling is niet via een persoonsgebonden budget te verzilveren. Bij zorg-in-natura is de vergoeding van de functie behandeling gekoppeld aan het hebben van een toelating voor verblijf én behandeling. Bij zorg-in-natura regelt de NZa beleidsregel CA-452 dat in de bekostiging voor een aantal specifiek toegelaten plaatsen (MFC-plaatsen en observatieplaatsen) een toeslag. Alleen gespecialiseerde instellingen met een speciale toelating ontvangen een dergelijke toeslag. Ook voor een beperkt aantal specifieke cliëntengroepen (gespecialiseerde huntingtonzorg, gespecialiseerde epilepsiezorg, invasieve ademhalingsondersteuning en cliënten in zorgzwaartepakket VV9 die een CVA hebben gehad) geldt dat in de bekostiging een toeslag bovenop het zorgzwaartepakket mogelijk is. Deze gespecialiseerde zorg komt weinig voor onder de pgb-houders.

Voor de dagbesteding geldt er een toeslag voor kinderen tot 18 jaar.

Met ingang van 2011 geldt voor de zorg aan gehandicapte kinderen en jeugdigen (t/m 22 jaar) een toeslag. De toeslag betreft een vergoeding voor die activiteiten die ouders normaliter uitvoeren gedurende de opvoeding van het kind en die bij opname in een instelling door de instelling grotendeels worden overgenomen.

In zorg-in-natura is in de gehandicaptenzorg een NZa-beleidsregel "extreme zorgzwaarte" die voorziet in de kosten van extreem zware cliënten. De pgb-regeling kent voor zeer zware cliënten eveneens een uitzonderingsmogelijkheid. Voor ieder zorgzwaartepakket is er een bijpassende hoogte van het pgb bepaald. Deze verschilt dus per zorgzwaartepakket. Indien een cliënt is geïndiceerd voor dagbesteding - en de dagbesteding ook met een pgb wil afnemen - wordt daarmee in de hoogte van het pgb ook rekening gehouden. Tot slot, de pgb-regeling kent tot op heden een toeslag van € 10.600 voor pgb-houders met een verblijfsindicatie.

47. Welke gevolgen heeft het overhevelen van onder andere de functie Begeleiding van AWBZ naar de Wmo voor houders van een pgb? Welke budgettaire gevolgen heeft dit voor het pgb-budget?

47.

Zie het antwoord op vraag 28.

48. Zullen alle Bureaus Jeugdzorg per 1 januari 2011 gaan werken met de CIZ software? Houdt het werken met CIZ-software in dat Bureaus Jeugdzorg dan op de dezelfde wijze indiceren als het CIZ? Welke andere stappen worden ondernomen om het indicatieproces bij Bureaus Jeugdzorg op één lijn te krijgen met het CIZ?

48.

Nee. Het moment waarop de Bureaus elektronisch gegevens gaan wisselen verschilt per Bureau Jeugdzorg. Vanaf 1 januari 2011 wordt gestart met de bureaus die hebben aangegeven dat zij snel kunnen werken met de CIZ-applicatie. De bureaus werken met het Informatiesysteem Jeugdzorg (IJ). Met behulp van de CIZ-software wordt, zodra het Bureau Jeugdzorg integraal de situatie en de beperkingen van het kind heeft onderzocht en gebleken is dat AWBZ-zorg nodig is, de CIZ software gevuld met gegevens uit IJ en de AWBZ-indicatie elektronisch verzonden naar de AWBZ-ketenpartijen. De Bureaus Jeugdzorg indiceren AWBZ-zorg op basis van de werkinstructie "Indicatiestelling voor de jeugd-GGZ". Om de gewenste uniformiteit tussen de Beleidsregels indicatiestelling AWBZ en deze werkinstructie te realiseren heeft de MOgroep Jeugdzorg vorig jaar deze instructie vergeleken met de indicatiewijzer van het CIZ en op onderdelen aangepast.

49. Is de toeslag tijdelijk verblijf hetzelfde als budgetgarantie? Zo nee, waarin zit het verschil?

49.

De toeslag voor tijdelijk verblijf is niet hetzelfde als de budgetgarantie. De toeslag voor tijdelijk verblijf is een bedrag van € 10.600 dat tot op heden aan het pgb-budget werd toegevoegd indien er sprake was van een verblijfsindicatie. Daarvoor komt per 1 januari 2011 voor de schoonmaakkosten een bedrag van € 3.250. De budgetgarantie houdt in dat cliënten met een indicatie voor verblijf (ook bij herindicatie) minimaal het pgb-bedrag behouden dat ze het jaar daarvoor hadden.

50. "In de analyse kwam naar voren dat bij personen met hetzelfde zorgprofiel er meer financiële middelen voor de zorgcomponent beschikbaar waren voor personen die kozen voor een pgb dan voor mensen die kozen voor zorg in natura". Is dat absoluut of relatief? Wat is hiervan de reden? In hoeverre waren de zzp's werkelijk kostendekkend?

50.

Voor cliënten met een pgb waren absoluut gezien meer middelen beschikbaar dan voor vergelijkbare cliënten met zorg-in-natura. Voor de doorvoering van de maatregelen was dit gemiddeld genomen voor de zorg en het schoonmaken samen ongeveer 30% meer. Voor de invoering van de zorgzwaartebekostiging was er geen inzicht in wat voor vergelijkbare cliënten met zorg-in-natura en pgb beschikbaar was. De invoering van de zorgzwaartebekostiging heeft geleid tot een toegenomen inzicht in de zorgzwaarte van cliënten, waarmee de vergelijking nu wel mogelijk is. De zzp's (en de tarieven van de zzp's) zijn gebaseerd op de omvang van de zorg zoals die in de praktijk gemiddeld genomen binnen de intramurale instellingen geleverd wordt.

Hieronder geef ik een voorbeeld voor de meest voorkomende zorgzwaartepakketten in elk van de sectoren. Het hiernavolgende betreft een vergelijking van de hoogte van het pgb in 2010 en de hoogte van het pgb in 2011 voor nieuwe cliënten. Hierbij is een vergelijking gemaakt met de oude hoogte van het pgb, en tevens een vergelijking met de vergoeding die een zorg-in-natura instelling krijgt voor de componenten zorg (exclusief behandeling) en schoonmaken. Bij de vergelijking heb ik de vergoeding voor de zorgcomponent uit het volledig pakket thuis (VPT) genomen en daaraan toegevoegd een gelijk bedrag voor schoonmaakkosten (€ 3.250) die in 2011 in de hoogte van het pgb wordt opgenomen.

Zorgzwaartepakket	Pgb 2010	Pgb 2011	VPT 2011*	PGB 2011 t.o.v. VPT 2011	PGB 2010 t.o.v. VPT 2011
ZZP VV5	€49.800	€35.100	€40.700	86%	122%
ZZP VG3 (exclusief dagbesteding)	€37.900	€26.800	€25.300	106%	150%
ZZP GGZ 3C (exclusief dagbesteding)	€34.900	€26.800	€29.700	90%	118%
Gemiddeld alle ZZP's (dus niet alleen 3 bovenstaande)				95%	128%

* Zorgcomponent en schoonmaakkosten.

De tabel maakt inzichtelijk dat op dit moment voor cliënten met een indicatie voor verblijf (uitgedrukt in een zorgzwaartepakket) de vergoeding bij omzetting naar een pgb gemiddeld 128% is (zie kolom 6 waarin een vergelijking is gemaakt met de hoogte van het pgb in 2010). Tevens blijkt uit de bovenstaande tabel dat er grote verschillen zijn tussen de hoogte van het pgb 2010 en het pgb in 2011 (zie verschillen tussen kolom 2 en 3). Vandaar ook dat ik oog heb voor een zorgvuldige meerjarig afbouwtraject en een individuele beoordeling uitvoer onder budgethouders die er substantieel op achteruit gaan. Tot slot, blijkt uit de tabel dat het pgb na alle maatregelen in 2011 de vergoeding voor de zorgcomponent en het schoonmaken gemiddeld 95% van de vergoeding voor het VPT betreft (zie kolom 5). Dit is billijk, omdat enerzijds bij zorg-in-natura gerekend wordt met overhead en anderzijds bij zorg-in-natura de vergoedingen maximumtarieven zijn en in onderhandeling tussen zorgaanbieder en zorgkantoor naar beneden worden bijgesteld. In 2011 gaat het hierbij om maximaal 6%. Zie tevens het antwoord op vraag 46. De beschikbare toeslagen bij zorg-in-natura zullen het gepresenteerde beeld niet sterk beïnvloeden.

In bijlage 1 is de volledige vergelijking naar zorgzwaartepakket toegevoegd.

51. Klopt het dat mensen met een zzp-indicatie die een half jaar op de wachtlijst staan tussen de 12 en 34% budget inleveren in plaats van de 3% budgetkorting? Is hier bewust voor gekozen of betreft het een onvoorzien effect van de te nemen maatregelen?

51.

Het klopt dat mensen met een zzp-indicatie die op de wachtlijst staan, net als alle nieuwe cliënten per 1 januari 2011 te maken krijgen met de nieuw berekende hoogte van het pgb. Ik zie dit niet als een budgetkorting. Deze cliënten hebben immers nog geen pgb. Ik vind het goed dat deze cliënten - net als nieuwe cliënten - direct wennen aan de nieuwe hoogte van het pgb. Naar verwachting zal het gaan om een beperkte groep, omdat zij uitgaande van een urgente zorgbehoefte zorg-in-natura ontvangen of, bij een gebrek aan een zorg-in-natura alternatief alsnog een pgb ontvangen. Zij zijn uitgezonderd van de pgb-toekenningstop.

52. Kan de staatssecretaris een toelichting geven op de situatie voor zeer ernstig meervoudig gehandicapten waarvoor per 1 januari 2011 een extra zzp wordt ingevoerd vanwege de ontoereikendheid van zzp VG 05

52.

Binnen de huidige groep meervoudig complex gehandicapten cliënten in zorgzwaartepakket VG5 wordt in 2011 een onderscheid gemaakt tussen mobiele en niet mobiele en volledig zorgafhankelijke cliënten. Voor de niet mobiele en volledig zorgafhankelijke cliëntengroep wordt in 2011 een zorgzwaartepakket aan de reeks toegevoegd; zorgzwaartepakket VG8. Voor zowel zorg-in-natura als voor het pgb is daarvoor ook een afzonderlijk tarief vastgesteld. Vanaf januari 2011 kunnen cliënten navragen of zij voor herindicatie in aanmerking komen. Voor 2011 heeft dat in verband met de budgetgarantie nog geen financiële gevolgen.

53. Wat moet precies worden verstaan onder de component eten en drinken die komt te vervallen? Kan de staatssecretaris concrete voorbeelden noemen?

53.

In het tarief dat de zorginstelling krijgt voor zorg-in-natura is ook een vergoeding opgenomen voor eten en drinken en overige woongerelateerde kosten (zoals bijvoorbeeld onderhoud van het terrein en dergelijke). De instelling zorgt er ook voor dat cliënten 3 maaltijden per dag en voldoende te drinken krijgen en dat de terreinen worden onderhouden. Voor cliënten die met een pgb de zorg zelfstandig regelen, geldt dat zij zelf voor hun eten en drinken en woongerelateerde kosten betalen. De hoogte van de eigen bijdrage die pgb-ers betalen, is daarop ook afgestemd en is lager dan voor cliënten die in een instelling verblijven

54. Op welke wijze kan de indicatiestelling worden verbeterd teneinde de daadwerkelijke hulpvraag van mensen in beeld te krijgen?

54.

Bij de indicatiestelling worden cliënten die voor verblijf in aanmerking komen op basis van hun beperkingen ingedeeld in het best passende zorgzwaartepakket. Dit geldt zowel voor cliënten die kiezen voor zorg-in-natura als voor cliënten die hun zorg met behulp van een pgb willen regelen. Bij zorg-in-natura geldt dat het zorgzwaartepakket in meer dan 95% van de gevallen passend is. Ik ga ervan uit dat dit voor cliënten met een pgb niet anders is. Voor extreem zware cliënten kent zowel de zorg-in-natura als de pgb-regeling een mogelijkheid om het zorgzwaartepakket in de bekostiging aan te vullen. Een definitieve regeling van bijzondere zorgzwaarte zal worden meegenomen in de wettelijke verankering. Zie ook het antwoord op vraag 12.

55. In uw brief d.d. 30 november 2010 geeft u herhaaldelijk aan dat u zich bij de vaststelling van de budgetten voor diverse groepen pgb-houders zult baseren op voorstellen van de ambtelijke werkgroep, bestaande uit vertegenwoordigers van ZN, CVZ, het CIZ en Per Saldo. U neemt de voorstellen van de werkgroep over. Kunt u mij vertellen welke adviezen u van de ambtelijke werkgroep pgb-zzp hebt ontvangen en welke van deze adviezen u wel of niet overneemt? Bent u bereid het complete advies van de ambtelijke werkgroep openbaar te maken, teneinde de Kamer volledig te informeren? Wordt het advies van de ambtelijke werkgroep van Per Saldo, ZN, CVZ en CIZ door alle deelnemers van de werkgroep onderschreven?

55.

De werkgroep pgb-zzp heeft 9 knelpunten geïnterpreteerd. Inmiddels is al een aantal acties ondernomen om problemen binnen de huidige regelgeving op te lossen:

- De beleidsregel "toekenning pgb AWBZ bij indicatie verblijf" is aangepast, zodat ook een pgb voor vervoer bij dagdelen begeleiding kan worden toegekend als hiervoor een indicatie is gegeven.
- Het aantal zzp's waarvoor het CVZ zorgkantoren toestemming kan geven om in verband met extreme zorgzwaarte af te wijken van de beleidsregel is uitgebreid.

Aanvullend zijn de volgende adviezen geformuleerd:

- Stel in de toekomst de hoogte van het pgb-ZZP vast met behulp van een aangepaste toekenningentabel, zodat de tarieven voor pgb's en natura pakketten beter op elkaar worden afgestemd.
- Blijf de extramurale eigen bijdrage systematiek hanteren.
- Bouw de budgetgarantie na 31 december 2011 zo snel als verantwoord mogelijk is af. Een afbouw van 10% in 2012, 20% in 2013 en de rest van het verschil in 2014 is volgens de werkgroep hanteerbaar. Voor budgethouders die er meer dan 50% of meer dan € 30.000 per jaar op achteruit gaan, moet een individuele beoordeling plaatsvinden.

Bij het formuleren van haar adviezen is de werkgroep uitgegaan van het huidige stelsel. De adviezen worden door alle werkgroepleden onderschreven. Wel heeft Per Saldo aangegeven moeite te hebben met de uitgangspunten van de zzp-systematiek en het principe dat de kosten van een pgb gelijk dienen te zijn aan die van zorg in natura. Deze bezwaren zijn in het advies verwerkt.

In mijn pgb-brief van 30 november jl. heb ik aangegeven de adviezen op te volgen. Het complete rapport van de werkgroep treft u als bijlage bij deze antwoorden aan.

56.

Bent u van plan om in uw onderzoek naar de substantiële financiële achteruitgang van budgethouders met een bijzondere zorgzwaarte de conclusies uit het eindrapport 'Een PGB op basis van een zzp. De financiële gevolgen van het afschaffen van budgetgarantie' van onderzoeksbureau Research voor Beleid dd 20 augustus 2010 te betrekken?

56.

Ja. De uitkomsten van het door VWS-geïnitieerde onderzoek van het onderzoeksbureau Research voor Beleid zijn voor mij aanleiding geweest om nader onderzoek te starten naar de budgethouders met een substantiële achteruitgang.

57. De staatssecretaris komt in haar brief met een nieuwe regeling pgb zzp. Zij baseert zich opnieuw op het advies van werkgroep pgb zzp en zegt dat ze "oog heeft voor de pgb-houders die er na drie jaar substantieel op achteruitgaan. Ik zal in 2011 onderzoek doen naar de oorzaken hiervan en daarbij ook betrekken of dit budgethouders zijn met een bijzondere zorgzwaarte." De staatssecretaris baseert zich op het doorrekenen van de gevolgen van de nieuwe regeling door Research voor Beleid. Wil de staatssecretaris het rapport van Research voor Beleid voor het debat van 15 december 2010 aan de Kamer zenden? Klopt het dat pas in 2013 gekeken wordt naar de groep die er meer dan 50% op achteruit gaat?

57.

Nee, dit klopt niet. Het onderzoeksrapport van Research voor Beleid treft u als bijlage bij deze antwoorden aan. Ik heb in mijn pgb-brief van 30 november jl. aangegeven dat ik oog heb voor de pgb-houders die er bij het vervallen van de budgetgarantie na drie jaar substantieel op achteruitgaan. Ik hecht eraan deze groep budgethouders snel duidelijkheid te bieden. Ik zal daarom al in 2011 onderzoek doen naar de oorzaken hiervan en daarbij ook betrekken of dit budgethouders zijn met een bijzondere zorgzwaarte.

58. De verlaging van het pgb zou neerkomen op een bedrag van 7.350 Euro op jaarbasis. Geldt voor alle pgb-houders met een verblijfindicatie hetzelfde bedrag? Ook voor pgb-houders met budgetgarantie? Welk percentage van het totale pgb is dat gemiddeld? In hoeverre loopt dat percentage uiteen bij verschillende cliënten?

58.

De verlaging van € 7.350 geldt voor iedere budgethouder. Daarnaast heeft het CVZ gekeken naar het aantal uren dat wordt gebruikt bij het bepalen van de hoogte van het pgb. Immers, de uren in een zorgzwaartepakket worden omgezet naar functies en klassen. Hieruit kwam naar voren dat bij die omzetting de budgethouders na omzetting meer uren kregen dan cliënten met een vergelijkbare

verblijfsindicatie bij zorg-in-natura. Dit betekent voor een aantal zorgzwaartepakketten dat de teruggang voor de budgethouder groter is. Gemiddeld is de teruggang voor een groep van 11.000 cliënten € 9.250 (22%). Een groep van 1.900 budgethouders die al in 2010 een budgetgarantie hadden gaat er gemiddeld € 17.500 (42%) op achteruit. Circa 400 van deze cliënten zullen in aanmerking komen voor een individuele beoordeling. Bij deze groep wordt bekeken of zij aanmerking komen voor de uitzonderingsmogelijkheid die de pgb-regeling kent voor extreem zware cliënten.

59. Is met de verlaging van het pgb met een bedrag van 7.350 euro op jaarbasis het behoud van huishoudelijke hulp meegerekend? Behouden deze pgb-houders de aanspraak op huishoudelijke hulp vanuit de Wmo?

59.

In de berekening van de € 7.350 achteruitgang is rekening gehouden met een vergoeding in het pgb voor schoonmaken van € 3.250 per jaar. De vergoeding van € 3.250 komt in de plaats van de vergoeding voor twee dagen tijdelijk verblijf van € 10.600 per jaar. Sinds 1 januari 2009 geldt voor nieuwe pgb-houders dat zij geen gebruik maken van huishoudelijke verzorging uit de Wmo. De huishoudelijke verzorging bekostigen cliënten uit hun pgb. Om die reden is het ook redelijk om in de hoogte van het pgb een vergoeding voor schoonmaken op te nemen.

60. Hoeveel nieuwe pgb-zzp aanvragen worden er in 2011 verwacht? Welke budgettaire gevolgen heeft de verlaging van het pgb-zzp in 2011? Hoeveel van deze mensen zullen naar verwachting uitwijken naar zorg in natura als gevolg van deze maatregel?

60.

Er worden ongeveer tussen de 2.500 en 3.000 nieuwe pgb-zzp aanvragen verwacht in 2011. Er is naast nieuwe instroom ook uitstroom. De (netto) groei van het aantal budgethouders met een zzp-indicatie wordt in 2011 op 1.000 geraamd. Nu bedraagt het aantal budgethouders met een zzp-indicatie circa 13.000. Het budgettaire effect van de verlaging van de pgb-zzp-tarieven in 2011 is circa € 10 miljoen. Het betreft in 2011 alleen nieuwe cliënten die gedurende het jaar instromen.

Hoeveel mensen zullen uitwijken naar zorg-in-natura valt niet op voorhand te zeggen. Dat is mede afhankelijk van de specifieke situatie. In vergelijking met de vergoedingen die op basis van het VPT worden gegeven (pgb op gemiddeld 95% van het VPT) is het nog steeds mogelijk om een met de zorg-in-natura vergelijkbaar zorgpakket via het pgb in te kopen.

61. Wat is het bruto pgb?

61.

Het zorgkantoor bepaalt op basis van de AWBZ-indicatie de hoogte van het persoonsgebonden budget. Bij dit "bruto"- pgb is nog geen rekening gehouden met de eigen bijdrage. Op grond van de inkomensgegevens stelt het zorgkantoor

de eigen bijdrage vast en rekt vervolgens wat het persoonsgebonden budget is na aftrek van de eigen bijdrage, het zogenaamde "netto"-pgb. Dit netto-budget is het bedrag dat vervolgens aan de budgethouder beschikbaar wordt gesteld. Aan de budgethouder wordt overigens niet gevraagd zich over de besteding van de 'eigen bijdrage' te verantwoorden.

62. Welke budgettaire gevolgen heeft de verlaging van de budgetgarantie met maximaal 10% in 2012? En welke budgettaire gevolgen heeft de verlaging van de budgetgarantie met maximaal 20% in 2013? Hoeveel mensen zullen naar verwachting uitwijken naar zorg-in-natura als gevolg van deze maatregel?

62.

De budgettaire gevolgen van het verlagen van de pgb-zzp-tarieven zijn in 2011 in totaal circa € 10 miljoen en in 2012 circa € 90 miljoen. Dit betreft de nieuwe en bestaande cliënten. Voor de bestaande cliënten (afbouw 10% in 2012) zijn de budgettaire gevolgen in 2012 ongeveer € 40 miljoen. De budgettaire gevolgen van het verlagen van de budgetgarantie met 20 % in 2013 bedragen voor de bestaande budgethouders ongeveer € 90 miljoen. Zie tevens het antwoord op vraag 60.

63. Met welk percentage van het in 2013 toegekende bruto pgb daalt het pgb bij het vervallen van de budgetgarantie op 1 januari 2014 gemiddeld? En in de uiterste gevallen? Zal ook hier een maximum daling worden gehandhaafd?

63.

In 2011 wordt de budgetgarantie gehandhaafd. Vanaf 2012 zullen er circa 14.000 pgb-houders starten met het meerjarig afbouwtraject. Hierbij dient onderscheid gemaakt te worden tussen de budgethouders die reeds in 2010 een budgetgarantie hadden (ongeveer 1.900) en de budgethouders die instromen in de budgetgarantie in 2011 (ongeveer 11.000).

Voor de groep van 1.900 budgethouders die in 2010 al een budgetgarantie hadden, geldt bij benadering dat zij in 2014 nog gemiddeld 14% dienen af te bouwen. De maximumafbouw is in 2014 het restant van de afbouw tot maximaal 50% van het budget in 2010. Naar budgethouders die meer moeten afbouwen laat ik op individueel niveau onderzoek doen. Het gaat hierbij om circa 400 budgethouders.

Voor de groep van de ongeveer 11.000 cliënten geldt dat de meesten daarvan in 2013 voldoende hebben afgebouwd tot de nieuwe pgb-vergoeding. Gemiddeld genomen zal een geringe afbouw in 2014 nodig zijn van gemiddeld 3%.

64. Wat verstaat de staatssecretaris onder "substantieel"? Is dat 10%, 20%, 30%, 40%, 50% of zelfs nog meer?

64.

Voor cliënten die er ten opzichte van hun budget in 2010 in totaal meer dan 50% op achteruit gaan, volgt een individuele beoordeling van het verdere afbouwtraject. Het gaat hier om circa 400 budgethouders.

65. Op welke manier gaat de staatssecretaris in 2011 onderzoeken hoe mensen er na drie jaar substantieel op achteruit gaan? Wanneer wordt de uitkomst van dit onderzoek verwacht en wordt het aan de Kamer gestuurd?

65.

Van alle mensen die na het overgangstraject in 2014 er substantieel in budget op achter uitgaan wil ik weten wat hun specifieke situatie is en of zij zo mogelijk een beroep kunnen doen op de uitzonderingsmogelijkheid die de huidige pgb-regeling kent. Op basis hiervan kunnen personen met een extreem hoge zorgzwaarte een hoger pgb krijgen. Ik ga dit onderzoek samen met de zorgkantoren uitvoeren. Via hun gegevens worden deze cliënten benaderd. Bij alle personen wordt vervolgens de specifieke cliëntsituatie in beeld gebracht (o.a. zorgbehoefte, invulling van deze zorgbehoefte met het pgb). Ik verwacht dat dit onderzoek in het voorjaar van 2011 kan worden afgerond. De Kamer zal worden geïnformeerd over de bevindingen van dit onderzoek en mijn beleidsconclusies.

66. Wat is het verschil tussen extreme zorgzwaarte en bijzondere zorgzwaarte? Op welke manier worden deze vertaald in een zzp? Gebeurt dat voor zzp's voor zorg in natura op dezelfde manier als voor zzp's voor het pgb? Op welke manier blijft er ruimte voor individuele beoordeling van de cliënt en een passende indicatie?

66.

Extreme zorgzwaarte is een zodanig hoge zorgvraag dat deze uitstijgt boven de zorg die in het hoogste zorgzwaartepakket in een reeks is opgenomen. Voor deze cliënten geldt dat zelfs het hoogste zorgzwaartepakket en het daarbij omschreven cliëntprofiel niet passend is.

Van bijzondere zorgvraag is sprake indien een cliënt weliswaar past binnen een beschreven cliëntprofiel/zorgzwaartepakket, maar een specifieke afwijkende zorgvraag heeft doordat hij of zij ook een aanvullende zorgbehoefte heeft die niet in het zorgzwaartepakket is opgenomen. Een voorbeeld van een bijzondere zorgvraag kan zijn de behoefte aan chronische invasieve ademhalingsondersteuning. In de beantwoording van vraag 46 ben ik ingegaan op de wijze waarop dit in zorg-in-natura en het persoonsgebonden budget wordt vertaald. Ik ben van mening dat de indicatie in zorgzwaartepakketten in verreweg de meeste gevallen leidt tot een passende indicatie. Voor uitzonderingsgevallen is zowel bij zorg-in-natura als pgb in de bekostiging op dit moment een uitwijkmogelijkheid. Zie ook het antwoord op vraag 12.

67. Hoeveel kleinschalige wooninitiatieven zijn er en om hoeveel bewoners in welke doelgroepen gaat het? Over welke cijfers beschikt de staatssecretaris thans?

67.

Bij de beantwoording van deze vraag baseer ik mij op cijfers van het Landelijk Steunpunt Wonen, De Drie Nootenbomen en Woondroomzorg. Op dit moment zijn er in Nederland ruim 300 wooninitiatieven. In ruim 80% hiervan wordt de zorg middels een pgb gefinancierd wordt, of middels een

combinatie van pgb en zorg-in-natura. In totaal wonen er ongeveer 2.500 mensen in een kleinschalige wooninitiatief waarvan er ongeveer 2.000 een pgb hebben. De doelgroepen zijn divers. De grootste doelgroep betreft mensen met een verstandelijke beperking waarbij de zwaarte kan variëren van licht tot zwaar. Daarnaast zijn er ook initiatieven voor meervoudig complex gehandicapten, mensen met het syndroom van Down, mensen met een Autisme Spectrum Stoornis, lichamelijke handicaps, niet-aangeboren hersenletsel, gedragsstoornissen, psychiatrische stoornissen en dementie.

68. Met welke cijfers onderbouwt de staatssecretaris haar verwachting dat de wooninitiatieven niet in de problemen zullen komen? Kan zij garanderen dat deze wooninitiatieven niet in de problemen komen?

68.

Ik draag, net als u, een warm hart toe aan zorg die in een kleinschalig verband wordt geboden. Echter ik kan geen garantie afgeven voor het behoud van alle bestaande wooninitiatieven. Dat kan ik niet, omdat ik niet weet welke budgettaire consequenties dit heeft. Daarom wil ik eerst een onderzoek doen waarbij alle kleinschalige pgb-gefinancierde wooninitiatieven worden meegenomen. Bij dit onderzoek wordt een "foto gemaakt" en ingezoomd op aspecten als hun omvang en cliënten die er hier wonen. Ook ga ik samen met het veld vaststellen wat het minimumaantal bewoners is voor een verantwoorde exploitatie. Deze grondige aanpak vergt tijd. Ik neem voor de zomer van 2011 een besluit. De wooninitiatieven komen in 2011 niet in de problemen, omdat de budgetgarantie nog in 2011 geldt.

69. De budgetgarantie vervalt op 1 januari 2014. U kijkt naar de groep die er individueel substantieel op achteruit gaat. Klopt het dat u alleen kijkt naar de groep die er meer dan 50% op achteruit zal gaan?

69.

Het klopt dat alleen voor die cliënten die er ten opzichte van het budget in 2010 meer dan 50% op achteruit gaan een individuele toetsing van het verdere afbouwpad wordt uitgevoerd. Los daarvan geldt echter voor cliënten met een extreem hoge zorgvraag, dat zij een beroep kunnen doen op de uitzonderingsmogelijkheid die de huidige pgb-regeling kent. Tot op heden hebben weinig cliënten van die mogelijkheid gebruik gemaakt, omdat dat door de budgetgarantie ook niet noodzakelijk was.

70. Blijft de aanspraak kortdurend verblijf bestaan – ook voor pgb-houders? Welke expliciete beoordelingscriteria worden vanaf 2011 gehanteerd? Welke gevolgen heeft dit voor personen die tot nu toe een aanspraak konden maken op kortdurend verblijf: welke groepen behouden hun aanspraak en welke groepen verliezen deze?

70.

Kortdurend verblijf was tot 1 januari 2011 geen aparte zorgvorm in het Besluit zorgaanpak. Vanaf 1 januari 2011 is kortdurend verblijf voor het eerst apart als aanspraak in het Besluit zorgaanpak opgenomen. Met deze verankering

geef ik duidelijk aan dat ik veel waarde hecht aan deze vorm van zorg. Een aanspraak op kortdurend verblijf kan zowel in natura als in de vorm van een pgb worden afgenomen. Kortdurend verblijf blijft dus bestaan voor pgb-houders.

Tot heden waren er geen expliciete beoordelingscriteria voor kortdurend verblijf. Over de onduidelijkheden in de indicatiestelling en financiering van kortdurend verblijf heb ik veel signalen ontvangen van cliëntorganisaties en zorgaanbieders. Vanaf 1 januari 2011 zijn de beoordelingscriteria voor kortdurend verblijf duidelijk uitgewerkt in het Besluit zorgaanspraken en de beleidsregels indicatiestelling AWBZ 2011. De beleidsregel omtrent indicatiestelling voor kortdurend verblijf heb ik op 7 december 2010 vastgesteld (zie bijlage). Om in aanmerking te komen voor kortdurend verblijf moet sprake zijn van een zorgbehoefte gepaard gaand met permanent toezicht en een noodzakelijkheid tot het overnemen van dit permanent toezicht van mantelzorg ('ontlasten'). In vraag 72 ga ik specifiek in op het verschil tussen ouderlijk toezicht en permanent toezicht. Voor een toelichting op de beoordelingscriteria verwijs ik naar de beleidsregel. Het CIZ zal bovendien zijn beoordelingskader nog verder toelichten in de indicatiewijzer, die zij jaarlijks uitbrengt.

Personen die nu kortdurend verblijf ontvangen behouden deze in ieder geval totdat zij zelf een nieuwe indicatie aanvragen vanwege een gewijzigde zorgbehoefte of als de geldigheid van het huidige indicatiebesluit is verstreken. Bij herindicatie zijn de beoordelingscriteria van toepassing zoals ze vanaf 1 januari 2011 gelden.

Kortdurend verblijf is bedoeld voor mensen met een zorgvraag waarbij toezicht nodig is om tijdig **fysieke zorg** te bieden, bijvoorbeeld bij:

- niet ingestelde epilepsie, toezicht i.v.m. risico status epilepticus;
- ernstige hart- en longaandoeningen, toezicht i.v.m. risico zuurstoftekort;
- ernstige slikstoornissen, toezicht i.v.m. verslikrisico;
- ouderen met dementie, die vergeten dat ze niet meer mobiel zijn.

Kortdurend verblijf is ook bedoeld voor mensen met **regieverlies** waarbij actieve observatie nodig is omdat zij niet (meer) in staat zijn op hulp in te roepen, bijvoorbeeld bij:

- verzekerde met verstandelijke handicap die continue sturing nodig hebben in het dagelijks leven.
- verzekerden met lichamelijke handicap met zware fysieke beperkingen
- ouderen met dementie

Kortdurend verblijf is tenslotte ook bedoeld voor mensen waarbij toezicht nodig is voor **preventief ingrijpen** bij gedragsproblemen. Toezicht, observatie en preventief ingrijpen is nodig omdat het onvoldoende verstaanbaar kunnen maken van de hulpvraag gaat leiden tot probleemgedrag (woede-uitbarstingen, frustratie). Hierbij valt te denken aan mensen met een psychiatrische of psychogeriatrische aandoening (bijv. dementie) of een zintuiglijke handicap (doofblindheid, doof, blind).

Kortdurend verblijf is niet bedoeld voor het overnemen van het gebruikelijk ouderlijk toezicht op jeugdigen (zie vraag 72). Kortdurend verblijf is ook niet bedoeld voor cliënten met een beperkte begeleidingsvraag, bijvoorbeeld jeugdigen met ADHD die alleen een AWBZ-indicatie hebben voor de functie Begeleiding van

bijvoorbeeld maximaal 4 uur per week. Door het ontbreken van expliciete beoordelingscriteria kregen ook deze groep cliënten kortdurend verblijf. Er is ook geen sprake van permanent toezicht bij cliënten met alleen planbare zorg.

71. Bovenaan pagina 2 staat: "In het voorjaar heeft het vorige kabinet 243 miljoen Euro extra middelen voor de pgb-regeling beschikbaar gesteld. Deze impuls bleek ontoereikend en derhalve is er per 1 juli jl. een pgb-toekenningstop ingevoerd." Op pagina 7 wordt een toevoeging van 350 miljoen Euro aan het pgb budget in 2011 aangekondigd. Kan voorgerekend worden waarom de impuls van 350 miljoen Euro in 2011 voldoende is voor een heel jaar?

71.

Zie het antwoord op vraag 80.

72. Kan de staatssecretaris aangeven waarin precies het verschil ligt tussen permanent toezicht en ouderlijk toezicht? Waar ligt de scheidslijn tussen 'ouder' en 'mantelzorger'?

72.

Vanaf 2011 wordt scherper onderscheid gemaakt tussen zorg met permanent toezicht (AWBZ-zorg) en ouderlijk toezicht. Ouderlijk toezicht valt onder de normale, dagelijkse zorg die ouders bieden aan hun kinderen. Voor het overnemen van ouderlijk toezicht is geen AWBZ-indicatie mogelijk. In de beleidsregels voor indicatiestelling is uitgewerkt wat onder ouderlijk toezicht wordt verstaan (zie de bijlage 2 bij deze antwoorden). Hieruit wordt duidelijk dat de intensiteit van het toezicht van ouders aan kinderen afneemt naarmate kinderen ouder worden.

Permanent toezicht is altijd bovengebruikelijk toezicht. Het is toezicht waarop de cliënt op basis van aandoeningen, stoornissen en beperkingen noodzakelijkerwijs is aangewezen op regelmatige en onregelmatige momenten en die geboden wordt op basis van actieve observatie. Permanent toezicht (zie ook vraag 70) is bedoeld voor mensen die zijn aangewezen op toezicht:

- om tijdig fysieke zorg te bieden;
- vanwege regieverlies omdat zij niet (meer) in staat zijn hulp in te roepen; en
- voor preventief ingrijpen bij gedragsproblemen.

De scheidslijn tussen 'ouder' en 'mantelzorger' wordt bepaald door de scheidslijn tussen gebruikelijke zorg en bovengebruikelijke zorg. Ouders worden geacht de normale, dagelijkse zorg te bieden aan hun kinderen. Dat omvat ook gebruikelijk ouderlijk toezicht. Permanent toezicht is altijd bovengebruikelijk toezicht. Mantelzorgers kunnen vrijwillig dit permanent toezicht op zich nemen om kind of partner thuis te laten wonen. Om de mantelzorg te kunnen ondersteunen ('ontlasten') bij het vrijwillig op zich genomen permanent toezicht kan voor maximaal drie dagen per week kortdurend verblijf geïndiceerd worden. Kortdurend verblijf biedt overname van het vrijwillig geboden permanent toezicht door de mantelzorg. Met de verankering van kortdurend verblijf in het Besluit zorgaanpakken geef ik duidelijk aan dat ik veel waarde hecht aan deze ondersteuning van de mantelzorger.

73. Is kortdurend verblijf hetzelfde als respijtzorg? Zo nee, waarin verschilt dat?

73.

Nee, kortdurend verblijf is niet hetzelfde als respijtzorg. Respijtzorg is tijdelijke en volledige overname van de zorg van een mantelzorger (door een vrijwilliger of professional) met het doel om die mantelzorger even vrijaf te geven ('respijt te bieden'). Kortdurend verblijf biedt één vorm van respijt voor mantelzorgers, maar er zijn ook veel andere vormen van respijt voor mantelzorgers. Ook als een cliënt dagbesteding, dagbehandeling of (speciaal) onderwijs bezoekt wordt de mantelzorger respijt geboden. Het overnemen van zorg en/of toezicht hoeft overigens niet altijd fysiek plaats te vinden buiten de thuissituatie (zoals bij dagbesteding of logeren). Een andere vorm van respijtzorg is het van de mantelzorger overnemen van zorg of toezicht in de thuissituatie, waardoor de mantelzorger even een moment voor zichzelf heeft thuis of buitenshuis.

Bij kortdurend verblijf kan de mantelzorger de zorg met permanent toezicht gedurende maximaal drie dagen per week uit handen geven. Het kortdurend verblijf met een pgb vindt o.a. plaats in instellingen, logeerhuizen, op bungalowparken, op zorgboerderijen of bij familie (ooms/tante, opa/oma).

74. Is de maatregel om een beroep op kortdurend verblijf alleen nog mogelijk te maken voor cliënten die behoefte hebben aan zorg met permanent toezicht alleen bedoeld om het aantal jeugdigen dat aanspraak maakt op kortdurend verblijf te beperken? Zullen ook ouderen of bijvoorbeeld MS patiënten ook met deze maatregel te maken krijgen?

74.

De maatregel betreft het verankeren van de aanspraak kortdurend verblijf als aparte zorgvorm in het Besluit zorgaanspraken en het uitwerken van expliciete beoordelingscriteria voor indicatiestelling. Deze criteria ontbraken tot op heden. Deze verduidelijking was noodzakelijk omdat veel onduidelijkheid was rond de indicatiestelling van kortdurend verblijf. Hierover zijn veel signalen ontvangen o.a. in de cliëntenmonitor van de gezamenlijke cliëntorganisaties. Ook van aanbieders heb ik veel signalen ontvangen over onduidelijkheden in de bekostiging van logeren. Daarnaast maakten ook rechterlijke uitspraken van de Centrale Raad voor Beroep verankering als aparte zorgvorm noodzakelijk.

De maatregel is niet bedoeld om alleen jeugdigen volgens de nieuwe beoordelingscriteria te indiceren. Bij een (her)indicatie zullen alle mensen, dus ook ouderen en MS patiënten, beoordeeld worden volgens de nieuwe criteria (zie ook vraag 70 en 72).

75. Wat zijn de gevolgen van deze maatregel voor kortdurend verblijf voor mantelzorgers?

75.

Kortdurend verblijf is bedoeld voor cliënten die aangewezen zijn op AWBZ-zorg met permanent toezicht (zie vraag 72). Mantelzorgers kunnen vrijwillig dit

permanent toezicht op zich nemen om kind of partner thuis te laten wonen. Om de mantelzorg te kunnen ondersteunen bij het vrijwillig op zich genomen permanent toezicht kan voor maximaal drie dagen per week kortdurend verblijf geïndiceerd worden. Kortdurend verblijf biedt dus ontlasting van het vrijwillig door de mantelzorg geboden permanent toezicht.

Voor cliënten (en hun mantelzorgers) betekent de maatregel dat bij herindicatie vanwege het verlopen van de geldigheidsduur of vanwege een gewijzigde zorgbehoefte de aanspraak op kortdurend verblijf wordt beoordeeld volgens de nieuwe beoordelingscriteria. Dat kan er toe leiden dat de cliënt de aanspraak op kortdurend verblijf behoudt of dat de cliënt de aanspraak verliest.

76. Hoeveel mensen zullen naar verwachting niet meer in aanmerking komen voor kortdurend verblijf? Hoeveel jeugdigen zijn dat? Hoeveel anderen? Wat zijn de budgettaire gevolgen van het ontzeggen van toegang tot het pgb aan deze mensen voor 2011, en op langere termijn?

76.

Op 1 januari 2010 hebben volgens het CIZ ruim 45.000 mensen aanspraak op kortdurend verblijf. Jeugdigen vormen veruit de grootste doelgroep (>85%). Volgens een eerste inschatting van het CIZ zal circa tweederde van deze jeugdigen hun aanspraak behouden en een derde hun aanspraak verliezen. Bij deze maatregel is uitgegaan van een besparing op de pgb-uitgaven van € 15 miljoen in 2011 en € 35 miljoen in 2012.

77. Wat is de totale opbrengst van alle voorgestelde maatregelen? Wat zijn de verwachte kosten van het pgb voor 2011, rekening houdend met de inmiddels 10.000 wachtenden op de wachtlijst en de groei van het aantal pgb-aanvragers wanneer er geen maatregelen getroffen zouden worden?

77.

Vanaf 2011 zullen de volgende maatregelen worden getroffen om de pgb-regeling te kunnen openstellen:

Maatregelen	Opbrengst 2011 (in euro's)	Opbrengst 2012 (in euro's)
Tariefsmaatregel pgb's (3%) en niet uitdelen nominale indexatie	130 mln	130 mln
Harmoniseren indicatiestelling Bureaus Jeugdzorg	10 mln	10 mln
Terugkeer naar de oorspronkelijke doelstelling pgb's	10 mln	10mln+PM ¹
Nieuwe tarieven pgb-zzp (bestaande en nieuwe gevallen)	10 mln	90 mln
Verheldering aanspraak op tijdelijk verblijf (logeren)	15 mln	35 mln

¹In mijn pgb-visiebrief van komend voorjaar zal ik aanvullende maatregelen aankondigen om de pgb-regeling meer solide te maken.

De verwachte kosten van het pgb in 2011 bedragen € 2.716 miljoen. Dit komt overeen met het subsidieplafond in 2011. Wanneer er geen maatregelen worden getroffen zijn de kosten in 2011 € 175 miljoen hoger.

78. Klopt het dat in ruil voor de toeslag voor tijdelijk verblijf een thuishulpregeling van circa 3.200 euro in de plaats komt? Zo nee, wat zijn de juiste cijfers? Klopt het tevens dat deze regeling lager is dan een voorziening op grond van de Wmo?

78.

Het klopt dat er de plaats van de toeslag voor tijdelijk verblijf een toeslag komt voor schoonmaken van ongeveer € 3.250 hetgeen bijvoorbeeld door de thuiszorg kan worden ingevuld. Ik heb geen inzicht in de voorzieningen die aan pgb-houders worden geboden door de gemeenten in het kader van de Wmo. Deze zullen per gemeente verschillen.

79. Wat betekent de wijziging per 1 januari 2011 in het beroep op kortdurend verblijf voor verschillende patiëntengroepen, zoals mensen in het eindstadium MS of ALS?

79.

In mijn antwoord op 70 ben ik ingegaan op de vraag voor wie kortdurend verblijf bedoeld is en voor wie niet. Bij een zorgvraag met permanent toezicht is er aanspraak op kortdurend verblijf mogelijk. Dit is aan de orde in het terminale stadium van MS of ALS. Op dit moment maken deze cliëntgroepen nog zeer beperkt gebruik van kortdurend verblijf. Ik kan mij overigens indenken dat

mensen in het eindstadium MS of ALS vaker gebruik maken van andere zorgvormen dan logeervoorzieningen. Ik denk daarbij aan palliatief terminale zorg thuis of in een instelling.

80. Hoe garandeert de staatssecretaris dat met de verhoging van het budgetplafond in 2011 een nieuwe subsidiestop wordt voorkomen? Op grond van welke cijfers meent de staatssecretaris dat de ophoging met 350 miljoen euro toereikend zal zijn?

80.

Bij de berekening van het subsidieplafond 2011 is gebruik gemaakt van de laatst bekende cijfers van het College voor Zorgverzekeringen ten aanzien van het aantal budgethouders in de regeling, het aantal personen op de wachtlijst en de verleende vergoedingen (uitgedrukt in een gemiddelde dagprijs van een pgb).

Dit betekent dat bij de berekening is uitgegaan dat op 1 januari 2011 circa 136.000 personen een beroep doen op de pgb-regeling. Dit aantal is inclusief het verwachte aantal mensen op de pgb-wachtlijst van circa 13.000 personen. Daarnaast is er rekening gehouden met een verwachte toename van circa 1.900 budgethouders per maand. Deze groei is gebaseerd op de gemiddelde groei uit het verleden. Bij de gemiddelde dagprijs van het pgb is uitgegaan van een bedrag van € 51,44 per dag. Tenslotte is rekening gehouden met de effecten van maatregelen. Zie mijn antwoord op vraag 77. Ik ga er vanuit dat de pgb-middelen toereikend zijn. Het blijft echter een raming en volledige zekerheid kan ik dus niet geven.

81. U wilt per 1 januari de toekenningenstop pgb d.d. 1 juli 2010 opheffen. De toekenningenstop werd van kracht, nadat de 243 miljoen euro extra beschikbaar gestelde middelen ontoereikend bleken om aan de totale vraag naar pgb te voldoen. In uw brief van 30 november 2010 zegt u in 2011 opnieuw de uitgaven voor pgb te zullen verhogen. Het gaat nu om een bedrag van 350 miljoen euro. Op basis van welke berekeningen concludeert u dat met deze 350 miljoen euro aan extra beschikbaar te stellen middelen in heel 2011 wel kunt voldoen aan de totale vraag naar pgb?

81.

Zie het antwoord op vraag 80.

Bijlage 1: Uitgebreide tabel bij vraag 50 (vergelijking pgb 2010/2011 met zorg-in-natura tarief per zorgzwaartepakket)

1. ZVP	2. pgb 2011	3. pgb 2010	4. pgb 2011 tov pgb 2010 (=2/-3)	5. zin 2011 (o.b.v. VPT)	6. verschil ZIN 2011 en pgb 2011 (= 5 -/ - 2))	7. pgb 2011/ZIN 2011 (= 2/5)	8. pgb 2010/zin 2011 (= 3/5)
1VV	€ 11.700	€ 21.900	-€ 10.200	€ 12.100	€ 400	97%	181%
2VV	€ 14.400	€ 24.700	-€ 10.300	€ 17.800	€ 3.400	81%	139%
3VV	€ 21.200	€ 29.200	-€ 8.000	€ 23.100	€ 1.900	92%	126%
4VV	€ 25.600	€ 33.600	-€ 8.000	€ 27.700	€ 2.100	92%	121%
5VV	€ 35.100	€ 49.800	-€ 14.700	€ 40.700	€ 5.600	86%	122%
6VV	€ 33.600	€ 48.400	-€ 14.800	€ 40.700	€ 7.100	83%	119%
7VV	€ 45.200	€ 60.300	-€ 15.100	€ 49.400	€ 4.200	91%	122%
8VV	€ 55.800	€ 64.800	-€ 9.000	€ 58.800	€ 3.000	95%	110%
9VV	€ 39.400	€ 54.300	-€ 14.900	€ 39.400	€ 0	100%	138%
10VV	€ 56.000	€ 65.000	-€ 9.000	€ 65.000	€ 9.000	86%	100%
1GGZ C	€ 15.300	€ 23.000	-€ 7.700	€ 14.900	-€ 400	103%	154%
2GGZ C	€ 21.100	€ 29.000	-€ 7.900	€ 26.500	€ 5.400	80%	109%
3GGZ C	€ 26.800	€ 34.900	-€ 8.100	€ 29.700	€ 2.900	90%	118%
4GGZ C	€ 31.300	€ 39.600	-€ 8.300	€ 36.600	€ 5.300	86%	108%
5GGZ C	€ 33.500	€ 41.800	-€ 8.300	€ 40.300	€ 6.800	83%	104%
6GGZ C	€ 39.400	€ 47.900	-€ 8.500	€ 51.900	€ 12.500	76%	92%
1VG	€ 15.300	€ 23.000	-€ 7.700	€ 15.300	€ 0	100%	150%
2VG	€ 21.100	€ 29.000	-€ 7.900	€ 20.700	-€ 400	102%	140%
3VG	€ 26.800	€ 37.900	-€ 11.100	€ 25.300	-€ 1.500	106%	150%
4VG	€ 31.000	€ 43.000	-€ 12.000	€ 29.500	-€ 1.500	105%	146%
5VG	€ 37.100	€ 50.000	-€ 12.900	€ 36.800	-€ 300	101%	136%
6VG	€ 39.400	€ 47.800	-€ 8.400	€ 34.500	-€ 4.900	114%	139%
8VG	€ 43.800	€ 50.000	-€ 6.200	€ 45.000	€ 1.200	97%	111%
1LG	€ 19.400	€ 31.100	-€ 11.700	€ 22.600	€ 3.200	86%	138%
2LG	€ 28.800	€ 41.500	-€ 12.700	€ 31.800	€ 3.000	91%	131%
3LG	€ 27.400	€ 41.500	-€ 14.100	€ 27.200	-€ 200	101%	153%
4LG	€ 33.200	€ 47.500	-€ 14.300	€ 32.400	-€ 800	102%	147%
5LG	€ 42.300	€ 50.900	-€ 8.600	€ 39.500	-€ 2.800	107%	129%
6LG	€ 42.300	€ 56.900	-€ 14.600	€ 43.900	€ 1.600	96%	130%
7LG	€ 50.200	€ 62.800	-€ 12.600	€ 49.800	-€ 400	101%	126%
1ZGvis	€ 15.300	€ 23.000	-€ 7.700	€ 16.500	€ 1.200	93%	139%
2ZGvis	€ 24.000	€ 32.000	-€ 8.000	€ 27.500	€ 3.500	87%	116%
3ZGvis	€ 33.500	€ 45.500	-€ 12.000	€ 35.000	€ 1.500	96%	130%
4ZGvis	€ 45.200	€ 53.900	-€ 8.700	€ 46.100	€ 900	98%	117%
5ZGvis	€ 51.000	€ 59.800	-€ 8.800	€ 51.300	€ 300	99%	117%
1ZGaud	€ 26.800	€ 34.900	-€ 8.100	€ 27.700	€ 900	97%	126%
2ZGaud	€ 57.700	€ 66.800	-€ 9.100	€ 60.000	€ 2.300	96%	111%
3ZGaud	€ 68.300	€ 77.700	-€ 9.400	€ 71.000	€ 2.700	96%	109%
4ZGaud	€ 42.300	€ 54.600	-€ 12.300	€ 43.400	€ 1.100	97%	126%
gemiddeld						95%	128%

Toelichting bij de tabel:

In bovenstaande tabel worden de tarieven van het pgb 2011, volgens de concept-beleidsregel van het CVZ waarin de maatregelen zijn verwerkt (kolom 2), vergeleken met de tarieven van het pgb 2010 (kolom 3). In kolom 4 wordt het absolute verschil weergegeven.

In kolom 5 is de vergoeding voor de zorgcomponent (exclusief behandeling) en schoonmaken weergegeven zoals deze bij zorg-in-natura in de prijs van het volledig pakket thuis (VPT) is opgenomen. Voor de vergelijkbaarheid is uitgegaan van eenzelfde vergoeding voor schoonmaken in het VPT van € 3.250 die ook in het pgb-tarief voor 2011 is opgenomen.

In kolom 6 wordt het absolute verschil weergegeven. In kolom 7 wordt een vergelijking gemaakt tussen de tarieven van het pgb 2011 en de vergoeding voor dezelfde componenten bij zorg-in-natura.

In kolom 8 wordt eenzelfde vergelijking gemaakt, maar dan van de verhouding tussen het tarief van het pgb vóór de maatregelen (i.c. het pgb-tarief 2010) en de vergoeding voor dezelfde componenten bij zorg-in-natura in 2011.

Nota bene:

Voor de overzichtelijkheid zijn in deze tabel alleen de tarieven exclusief dagbesteding weergegeven. Op de dagbesteding zijn behoudens de 3% korting geen verdere veranderingen doorgevoerd.

De (S)GLVG pakketten en pakket VG 7 kennen geen VPT-tarief exclusief behandeling en ontbreken om die reden in de lijst. De GGZ-B pakketten kennen geen VPT tarief en ontbreken om deze reden.

Cliënten met een zzp-indicatie lvg 1 t/m 3 en VG 7 behouden de mogelijkheid om een pgb aan te vragen. Voor Lvg 4 en 5, SGLVG en de GGZ B-pakketten geldt dat alleen voor bestaande cliënten.

Bijlage 2: Richtlijnen ten aanzien van gebruikelijke zorg van ouders voor kinderen met een normaal ontwikkelingsprofiel bij verschillende leeftijden in relatie tot AWBZ-zorg (bij vraag 72)

Kinderen van 0 tot 3

- hebben bij alle activiteiten zorg van een ouder nodig;
- ouderlijk toezicht is zeer nabij nodig;
- zijn in toenemende mate zelfstandig in bewegen en verplaatsen.

Kinderen van 3 tot 5

- kunnen niet zonder toezicht van volwassenen. Dit toezicht kan binnenshuis korte tijd op gehoorafstand (bijv. ouder kan was ophangen in andere kamer);
- hebben begeleiding en stimulans nodig bij hun psychomotorische ontwikkeling;
- kunnen zelf zitten, en op gelijkvloerse plaatsen zelf staan en lopen;
- ontvangen zindelijkheidsstraining van ouders/verzorgers;
- hebben gedeeltelijk hulp en volledig stimulans en toezicht nodig bij aan- en uitkleden, eten en wassen, in- en uit bed komen, dag- en nachtritme en dagindeling bepalen;
- hebben begeleiding nodig bij hun spel en vrijetijdsbesteding;
- zijn niet in staat zich zonder begeleiding in het verkeer te begeven.

Kinderen van 5 tot 12

- kinderen vanaf 5 jaar hebben een reguliere dagbesteding op school, oplopend van 22 tot 25 uur/week;
- kunnen niet zonder toezicht van volwassenen. Dit toezicht kan op enige afstand (bijv. kind kan buitenspelen in directe omgeving van de woning als ouder thuis is);
- hebben toezicht nodig en nog maar weinig hulp bij hun persoonlijke verzorging;
- hebben begeleiding en stimulans nodig bij hun psychomotorische ontwikkeling;
- zijn overdag zindelijk, en 's nachts merendeels ook; ontvangen zindelijkheidsstraining van de ouders/verzorgers;
- hebben begeleiding van een volwassene nodig in het verkeer wanneer zij van en naar school, activiteiten ter vervanging van school of vrije tijdsbesteding gaan.

Kinderen van 12 tot 18 jaar

- hebben geen voortdurend toezicht nodig van volwassenen;
- kunnen vanaf 12 jaar enkele uren alleen gelaten worden;
- kunnen vanaf 16 jaar dag en nacht alleen gelaten worden;
- kunnen vanaf 18 jaar zelfstandig wonen;
- hebben bij hun persoonlijke verzorging geen hulp en maar weinig toezicht nodig;
- hebben tot 18 jaar een reguliere dagbesteding op school/opleiding;
- hebben begeleiding en stimulans nodig bij ontplooiing en ontwikkeling (bv. huiswerk of het zelfstandig gaan wonen).