

Vergaderjaar 1999–2000

25 657

Persoonsgebonden budgetten

26 801

Zorgnota 2000

Nr. 14

**BRIEF VAN DE STAATSSECRETARIS VAN VOLKSGEZONDHEID,
WELZIJN EN SPORT**

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 9 maart 2000

Inleiding

Naar aanleiding van de door de Kamer aanvaarde motie van mevrouw Van Blerck-Woordman c.s. (Tweede Kamer, vergaderjaar 1999–2000, 26 801, nr. 20) heb ik toegezegd, voor 1 maart van dit jaar te komen met voorstellen voor verbetering en vereenvoudiging van de PGB-regeling. Daarnaast vraagt de motie om maatregelen wanneer dreigt dat één of meer zorgkantoren de toekenning van 110% van hun nominale subsidie-bedrag niet voor het jaar zullen halen. Tevens wordt gevraagd dat deel van het budget dat na het derde kwartaal van het jaar ongebruikt is, over te hevelen naar zorgkantoren die er wel in slagen 110% toe te kennen.

Naar aanleiding van de motie heb ik het CVZ en het CTG om een drietal rapportages gevraagd. In verband met de noodzakelijke bestuurlijke procedure bij beide colleges zijn hun rapportages pas onlangs ontvangen. Om die reden is een korte overschrijding van de termijn van 1 maart onvermijdelijk gebleken. U treft de rapportages van beide colleges aan in de vorm van een bijlage.¹

1. Algemeen

Het persoonsgebonden budget (PGB) en het persoonsvolgend budget (PVB) vormen beide belangrijke instrumenten om tot vraagsturing en zorg op maat binnen het stelsel van persoonsgerichte bekostiging binnen de AWBZ te komen. Met betrekking tot de verdere ontwikkeling en uitbreiding van het stelsel van persoonsgerichte bekostiging binnen de AWBZ wordt een driesporenbeleid gevoerd. In de eerste plaats de korte termijn aanpak gericht op verbetering van de uitvoering van de PGB-regeling en de administratieve verplichtingen die hieraan verbonden zijn. Dit is het onderwerp van deze brief. In de tweede plaats de inbedding van het PGB binnen de AWBZ, de verbreding van het PGB in relatie tot de ontwikkeling van een geflexibiliseerd verstrekkingstelsel in de AWBZ en de ontwikke-

¹ Ter inzage gelegd bij de afdeling Parlementaire Documentatie.

ling van een PVB-systematiek met de mogelijkheid van vouchers. Dit spoor wordt ontwikkeld in het kader van de modernisering van de AWBZ en maakt onderdeel uit van het MDW AWBZ. In de derde plaats de verkenning van de mogelijkheden van een integratietegemoetkoming. Ook dit vormt onderdeel van het MDW AWBZ.

Het tweede en derde spoor zijn onderdeel van het MDW AWBZ, waarvan de rapportage in juni afgerond zal worden. Ik ga hierop in deze brief dus niet nader in. In het kader van de modernisering van de AWBZ is de keuze gemaakt voor het mogelijk maken van persoonsgerichte bekostiging. Zolang het stelsel echter gebaseerd is op aanbodsturing en kostenbeheersing langs die weg, en nog niet vervangen is door een ander systeem dat integrale afweging en kostenbeheersing (door het zorgkantoor) mogelijk maakt, is het onvermijdelijk de vorm van een subsidie-regeling te handhaven. Bovendien wijst de ervaring van de afgelopen jaren uit dat de vormgeving en de uitvoering een complexe aangelegenheid is die voortdurende aandacht en bijsturing vraagt.

2. Beleid ten aanzien van verbetering van de uitvoering PGB-regeling

Ik ben van mening dat het PGB zowel vanuit het gezichtspunt van de zorgvrager als in beleidsmatig opzicht beschouwd moet worden als een volwaardig alternatief voor zorg in natura. De cliënt mag bij de keuze voor een PGB dan wel zorg in natura geen oneigenlijk financieel of inhoudelijk voor- of nadeel ondervinden. Anders gezegd: op basis van de verkregen indicatie moet het PGB de zorgvrager financieel in staat stellen een adequaat zorgarrangement te realiseren en te organiseren. Beleidsmatig dient het PGB te leiden tot het vergroten van de doelmatigheid. Die ontstaat wanneer dezelfde kwaliteit van zorg wordt bereikt tegen lagere kosten (waardoor eventueel ook meer zorgvragers geholpen kunnen worden), dan wel met hetzelfde geld een betere kwaliteit van zorg kan worden bereikt. Een belangrijk meetpunt voor de kwaliteit is de tevredenheid van de zorgvrager.

Het PGB stelt de cliënt centraal. Dit vraagt om een zo eenvoudig mogelijke regeling. Kritiek richt zich niet zozeer op gecompliceerdheid van de PGB-regeling als zodanig, maar veeleer op **de uitvoering ervan en de administratieve verplichtingen**, die er mede als gevolg van de fiscale en sociale wetgeving aan verbonden zijn. De wens naar vereenvoudiging beschouw ik vooral als een wens naar verbetering op deze twee punten.

De uitvoering van de PGB-regeling kan vooral verbeterd worden door de onderuitputting tegen te gaan en de administratieve verwerking door de SVB te verbeteren.

2.1. Ontwikkeling ten aanzien van de onderuitputting

Onderuitputting is het resultaat van ondertoekenning van PGB's door zorgkantoren en onderbesteding van toegekende PGB's door budgethouders. Per 31 december 1999 hebben zorgkantoren bij het PGB Verstandelijk Gehandicapten (VG) een toekenning gerealiseerd van 100% (gecorrigeerd 98%¹).

Daarvan is per 1 februari 2000 door de budgethouders 78% besteed. Per zelfde data is bij het PGB Verpleging en Verzorging (VV) een toekenningspercentage van 91 bereikt (gecorrigeerd 88²) en hadden de budgethouders 82% van het toegekende bedrag besteed. Omdat de budgethouders nog tot 1 maart as. declaraties konden indienen, mag worden verwacht dat uiteindelijk **circa 82%** van het beschikbare PGB-bedrag

¹ Gecorrigeerd: deze cijfers zijn gebaseerd op gegevens van de SVB. De SVB gaat nog uit van het oorspronkelijke subsidiebedrag conform de regeling 1999. Per brief van 23-9-1999 heeft door het CVZ echter een tussentijdse aanpassing van het subsidiebedrag plaatsgevonden in verband met loon- en prijsbijstelling zoals opgenomen in JOZ 1999 (PGB-VG van 103,5 mln naar 105,6 mln en PGB-VV van 152,3 mln naar 157,7 mln).

² Id.1

wordt uitgegeven. Hiermee zal de onderuitputting ten opzichte van het subsidiebedrag in 1999 circa 46 à 48 miljoen gulden kunnen bedragen. Het grootste gedeelte van de onderuitputting wordt veroorzaakt door de onderbesteding door budgethouders (circa 34 mln).

Tabel 1: Toekennings-, bestedings- en uitputtingspercentages PGB 1996–1999¹

PGB VV		beschikbaar	%	%	%
Stand van zaken per budget in f			toegekend	besteed	uitputting
ultimo 1996	86 mln		51	89	45
ultimo 1997	120,4 mln		71	n.b.	n.b.
ultimo 1998	134,3 mln		87	77	68
ultimo 1999	152,3 mln		91	82	75
PGB VG		beschikbaar			
Stand van zaken per budget in f			toegekend	besteed	uitputting
ultimo 1996	42,5 mln		45	59	27
ultimo 1997	65,4 mln		82	n.b.	n.b.
ultimo 1998	86,5 mln		95	70	66
ultimo 1999	103,5 mln		100	78	78

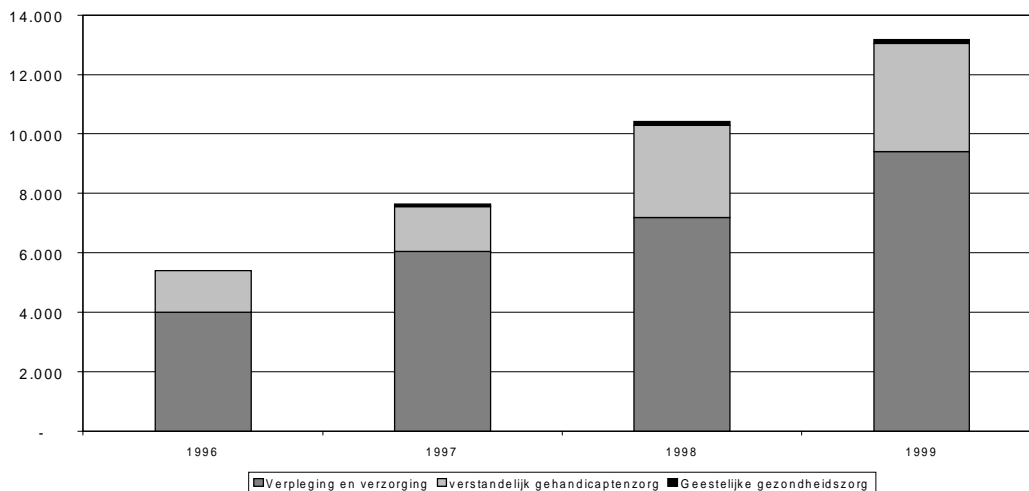
¹ Deze tabel is opgesteld aan de hand van de cijfers die de SVB uit haar administratie ter beschikking stelt. De percentages over 1999 zijn berekend op de bedragen die per 1 februari 2000 in de SVB-administratie zijn verwerkt. Ter vergelijking zijn de percentages per ultimo van de voorgaande jaren weergegeven. Die zijn ontleend aan de rapportage van het onderzoek naar de onderuitputting PGB van Paardekooper & Hoffman Accountants uit maart 1999. Over het jaar 1997 zijn afzonderlijke bestedingsgegevens PGB-VV en PGB-VG niet beschikbaar (n.b.); over beide regelingen samen was het bestedingspercentage 94%, wat leidt tot een gezamenlijke uitputting van 70%. Het bestedingspercentage over 1998 heeft betrekking op de gegevens die per de onderzoeksdatum bekend waren, d.w.z. er moesten toen nog declaraties worden verwerkt. Overigens maakten Paardekooper & Hoffman Accountants uitdrukkelijk een voorbehoud ten aanzien van de juistheid en volledigheid van de informatie waarover zij konden beschikken. De beschikbare budgetten zijn op basis van de subsidiebedragen (het bedrag 1999 verschilt enigszins met de Zorgnota 2000 i.v.m. loon- prijsbijstelling).

Tabel 1 laat zien dat sinds 1996 de onderuitputting procentueel met méér dan de helft is teruggedrongen. De cijfers laten ook zien dat in 1999 de toekenning van het PGB ten opzichte van de voorgaande jaren verder is verbeterd. Tegelijkertijd is door de volumegroei (van f 128,5 mln in 1996 naar f 255,8 [gecorrigeerd f 263,3 mln, zie voetnoot 1 en 2] in 1999) bovendien een aanzienlijk groter bereik gerealiseerd. Ook de budgethouders besteden een steeds groter deel van het hen toegekende bedrag. Deze verbetering laat onverlet, dat een deel van het geld niet wordt uitgegeven. Dit is in een situatie van wachtlijsten hoogst ongewenst.

2.2 Ontwikkeling ten aanzien van gebruik en wachtlijsten

De extra middelen voor het PGB hebben sinds de invoering in 1996 geleid tot de volgende capaciteitsuitbreiding:

Toename aantal budgethouders



Aan deze grafiek liggen de volgende cijfers ten grondslag.

Aantal budgethouders en groei aantal tov 1996	1996		1997		1998		1999	
	Aantal	Groei tov '96	Aantal	Groei tov '96	aantal	groei tov '96	aantal	Groei tov '96
Verpleging en verzorging	4 000	100%	6 045	151%	7 184	180%	9 408	235%
Verstandelijk gehandicaptenzorg	1 400	100%	1 500	107%	3 101	222%	3 641	260%
Geestelijke gezondheidszorg			100	100%	125	125%	120	120%
Totaal	5 400	100%	7 645	142%	10 410	193%	13 169	244%

De beschikbare extra middelen en de verbeterde toekenning hebben het aantal gebruikers doen toenemen. Dit heeft ook zijn effect op de wachtlijsten. Uit de rapportage van het CVZ over de wachtlijsten PGB (zie bijlage)¹ blijkt dat vijf zorgkantoren aangeven voor het PGB-VV geen wachtlijst meer te hebben. In totaal is volgens de cijfers van Zorgverzekeraars Nederland de wachtlijst PGB-VV in het afgelopen jaar gedaald van 4700 naar circa 1700. Dit kan betekenen dat er inderdaad verminderde vraag naar PGB-VV bestaat, maar ook dat de informatievoorziening aan potentiële budgethouders actiever dient plaats te vinden.

De wachtlijst voor het PGB-VG bedraagt per 1-1-2000 ruim 5800 cliënten. Ten opzichte van begin 1999 betekent dit een stijging met ruim 800 personen.

Er moet wel het voorbehoud gemaakt worden dat niet bekend is hoe hard de cijfers van de zorgkantoren zijn: wachtlijstbeheer is nog niet eenduidig en wachtlijstvervuiling bestaat nog steeds. Daarnaast blijkt uit het CTU-onderzoek naar de uitvoering van het PGB (zie bijlage)¹ ook dat zorgkantoren ook verzekerden op de wachtlijst plaatsen zonder of met een globale indicatie. In april verschijnt het onderzoek naar de wachtlijsten verpleging en verzorging van Research voor Beleid.

2.3 Terugdringen onderuitputting

De oorzaken van de ondertoekenning heb ik mijn brief van 18 november 1999 (DGB/OAG-2016859) in algemene zin vermeld. Voor een gericht plan van aanpak om hierin verbetering te brengen is specifiek inzicht in de

¹ Ter inzage gelegd bij de afdeling Parlementaire Documentatie.

oorzaken én mogelijke oplossingen per afzonderlijk zorgkantoor noodzakelijk. Op mijn initiatief heeft vrijdag 11 februari jl. een invitational conference plaatsgevonden waarbij naast het CVZ en de SVB, vrijwel alle zorgkantoren aanwezig waren. Tijdens de conferentie is de zorgkantoren nogmaals gewezen op het belang van een snelle en optimale toekenning van het beschikbare budget en het hanteren van een adequate kas-/verplichtingen-raming. Ook is onderzocht wat per regio specifieke oorzaken zijn van de ondertoekenning. De door de zorgkantoren genoemde oorzaken zijn in te delen naar de verschillende momenten in de toekenningsketen: aanvraag, indicatiestelling door RIO of indicatiecommissie en toekenning en inwerkingtreding van het budget door het zorgkantoor en de cliënt.

Voor PGB-VV zijn onder andere genoemd:

- aansluiting informatievoorziening SVB-zorgkantoren: zorgkantoren hebben nog meer informatie (bestedingspercentage per budgethouder) nodig om systematisch onderuitputting tegen te gaan;
- bij zorgkantoren: te grote werkdruk/lage prioriteit; niet hanteren van een adequate kas-/verplichtingen-administratie;
- keten RIO-zorgkantoor: wachtlijsten voor indicatiestelling bij een aantal RIO's;
- CAK-zorgkantoor: periode voor vaststelling van eigen bijdrage;
- VWS-CVZ-zorgkantoren: bekendwording/vaststelling macrobudgetten;
- zorgkantoor-client: vinden van hulpverleners door cliënten, krappe arbeidsmarkt;
- algemeen: onvoldoende bekendheid met het PGB en/of negatief imago rond het PGB.

Voor de keten bij de PGB-VG' s zijn genoemd:

- zorgkantoren: interne organisatie; moeite bij hantering hardheidsclausule;
- indicatiecommissie-zorgkantoren: wachtlijsten voor indicatiestelling;
- zorgkantoren-client: gebrek aan aanbod hulpverleners; bij woonproject/ouderinitiatieven benodigde tijd voor realisering.

Daarnaast hebben de budgethoudersverenigingen Per Saldo en Naar keuze/FvO mij, in een overleg over vereenvoudiging dat ik zeer recentelijk met hen heb gehad, de volgende zaken gemeld:

- het niet duidelijk in beeld komen van de hardheidsclausule bij indicatiestelling;
- onduidelijkheid over verantwoordelijkheidsverdeling bij de verschillende partijen;
- belang van goede informatievoorziening tussen de partijen in de keten;
- afstemming tussen CAK en zorgkantoren over de vaststelling van de eigen bijdrage;
- en het belang van goede voorlichting over het PGB door RIO's.

Ik zal het CVZ, als verantwoordelijke voor de uitvoering van de subsidie-regeling, verzoeken, in afstemming met het departement en ZN, per zorgkantoor een gericht plan van aanpak op te zetten met concrete afspraken en verbeterpunten om tot een snelle en adequate toekenning van het budget te komen. Om de voortgang te kunnen beoordelen zal ik het CVZ tevens verzoeken een viermaandelijke effectrapportage op te stellen.

De verbeteringen die nodig zijn in de afstemming tussen het RIO en het zorgkantoor en de informatievoorziening, waartoe ook het CTU aanbevelingen heeft gedaan, zijn ter hand genomen in het kader van de uitvoering van het plan van aanpak wachtlijsten in de sector verpleging en verzorging. Ten aanzien van een mogelijke aanpak richting de RIO's, zal gebruik

worden gemaakt van de contacten met de landelijke vereniging LVIO en het STIP stimuleringsprogramma.

CTU-rapport

Het CTU heeft onderzoek gedaan naar de uitvoering van de PGB-regeling door zorgkantoren over het jaar 1998. Het onderzoeksrapport dat vorige maand is verschenen treft u aan als bijlage. Het CTU doet heldere en gefundeerde aanbevelingen zoals: stringent bewaken van de doorlooptijden door zorgkantoren, zorgdragen voor een heldere verantwoordelijkheidsverdeling, actieve monitoring door het CVZ, en bewaken van de onderbesteding door zorgkantoren. Ik onderschrijf deze aanbevelingen – voor zover deze nog niet in het jaar 1999 zijn overgenomen – nadrukkelijk en ga er vanuit dat het CVZ, als eindverantwoordelijke voor de uitvoering van de regeling, de aanbevelingen zal oppakken.

2.4 110%-regel en adequate kas-/verplichtingen-raming

De ervaring leert dat budgethouders uiteindelijk een bestedingspercentage realiseren onder de 85%. De besteding van een PGB vergt bij (nieuwe) budgethouders nu eenmaal enige voorbereidingstijd en budgethouders leggen enige voorzichtigheid aan de dag om zich te wapenen tegen eventualiteiten en willen vermijden dat zij voor het eind van de budgetperiode al door hun budget heen zijn. Het is om die reden zeer verantwoord dat zorgkantoren vasthouden aan een toekenningspercentage van 110%. Om dat ook daadwerkelijk te realiseren moeten zorgkantoren tijdig aan het begin van het jaar voortvarend te werk gaan. Dat kan ook omdat bij de meeste zorgkantoren wachtlijsten bestaan. Verder moet het zorgkantoor een adequate kas-/verplichtingen-raming hanteren. Een adequate kas-/verplichtingen-raming, een goed inzicht op basis van ervaringsgegevens bij de uitvoering van de PGB-regeling en het inzicht in de beschikbare volumegroei in de meerjarencijfers moet het voor de zorgkantoren mogelijk maken om tot uitputting van de beschikbare budgetten te komen. Zorgverzekeraars Nederland heeft met nadruk toegezegd dat de zorgkantoren zich daarvoor ook zullen inspinnen.

2.5 Budgetoverheveling tussen regio's

Ik wil tevens bezien of de toekenningspercentages van de verschillende zorgkantoren aanleiding geven tot het overhevelen van budgetten. De periodieke rapportage van de zorgkantoren zal daarvoor leidraad zijn. Overheveling is mogelijk wanneer in het werkgebied van een zorgkantoor te weinig budgetten worden toegekend als gevolg van onvoldoende vraag naar PGB; er dus geen wachtlijst is en ook niet binnen afzienbare tijd te verwachten is. In die situatie zal ik – conform de motie – het CVZ vragen het budget van het betreffende zorgkantoor over te hevelen naar een zorgkantoor dat ondanks een hoog toekenningspercentage een wachtlijst heeft. Ik zal hiervoor een bepaling in de huidige PGB-regeling laten opnemen.

Tevens zal ik gezien de wachtlijst PGB-VV (zie 2.2.), het CVZ vragen, bij zijn beoordeling van de wachtlijstsituatie in een regio ook de wachtlijst voor zorg in natura te betrekken. Burgers die wachten op zorg in natura kunnen eventueel ook via een PGB geholpen worden als zij dat wensen.

2.6 Effectrapportage uitvoering SVB

Naar mijn overtuiging wordt door de Sociale Verzekeringsbank (SVB) met het oog op de financieel-administratieve verwerking ten behoeve van de budgethouders en de zorgkantoren veel inzet gepleegd. Dit blijkt uit de

uitputtingsoverzichten die wij zeer regelmatig ontvangen en uit het feit dat het bestuur van de SVB het initiatief tot een evaluatie van de PGB-uitvoering heeft genomen. De SVB heeft mij het evaluatie-rapport onlangs aangeboden; u treft het rapport aan als bijlage.¹ De evaluatie laat zien dat sedert april 1998 meer dan 90% van de betalingen correct verloopt. De telefonische bereikbaarheid is sterk verbeterd. Over de maand december 1999 bijvoorbeeld werden van de 310 telefoontjes die per dag binnenkwamen 98,6% beantwoord. De gemiddelde wachttijd bedroeg slechts 33 seconden.

De SVB geeft aan dat het grootste probleem wordt gevormd bij dat deel van de administratieve uitvoering waarbij interferentie optreedt met de fiscale en sociaal-rechtelijke regelgeving. Het gaat hierbij om de circa 10% van de ruim 13 000 budgethouders waarbij sprake is van een inhoudingsplichtig dienstverband en de verwerking specifieke loonadministratie vergt.

De SVB maakt zeker nog fouten. Dat leidt tot terechte klachten van budgethouders. De budgethoudersverenigingen hebben mij meegedeeld dat weliswaar de telefonische bereikbaarheid kwantitatief is verbeterd, de kwaliteit van de dienstverlening moet echter in een aantal gevallen nog verder verbeterd worden. Gelet op de voortgaande verbeteringen van de SVB en de onevenredig ingrijpende gevolgen die aan een eventuele wijziging verbonden zijn, houd ik vast aan de huidige uitvoeringsstructuur.

Net als bij de zorgkantoren zal ik ook ten aanzien van de uitvoering door de SVB het CVZ verzoeken om een viermaandelijks effectrapportage. Aan de hand hiervan kunnen gerichte verbeteringen doorgevoerd worden. Ik onderschrijf het voornemen van de regiegroep PGB om onder leiding van het CVZ met de budgethoudersverenigingen, ZN en de SVB prestatie-indicatoren op te stellen. Ik zal het CVZ eveneens verzoeken periodiek overleg te voeren met de SVB en de budgethoudersverenigingen waarin concrete probleemsituaties kunnen worden afgehandeld.

2.7 Administratieve vereenvoudiging

Net als met de productieafspraken in het naturastelsel het geval is, dienen alle budgetovereenkomsten bij iedere jaarwisseling afzonderlijk opnieuw aangegaan te worden. Een reden hiervoor is dat tussentijdse wijzigingen zoals indexerings en vaststelling van de eigen bijdrage verwerkt moeten worden. In het kader van administratieve vereenvoudiging is het naar mijn opvatting wenselijk dat onnodige administratieve belastingen worden vermeden. In dat verband zal ik het CVZ verzoeken te bewerkstelligen dat bestaande budgetovereenkomsten in het vervolg automatisch voor eenzelfde periode en ongewijzigd administratief worden vernieuwd, tenzij veranderingen in de geïndiceerde zorgvraag tussentijdse aanpassing of beëindiging van de budgetovereenkomst nodig maken. De duur van de budgetovereenkomst loopt dan zoveel mogelijk gelijk op met de geldigheid van de indicatie. Zonder dat een nieuwe budgetovereenkomst hoeft worden aangegaan, kunnen wijzigingen (indexering, eigen bijdrage) administratief worden doorgevoerd.

3. Vereenvoudiging van de uitvoering

Iedereen is het erover eens dat de PGB-regeling zo eenvoudig mogelijk uitgevoerd moet kunnen worden. Kritiek op de regeling richt zich veelal op de ermee samenhangende administratieve verplichtingen. Die vloeien voort uit de fiscale en sociale zekerheidsregelgeving. Verder vloeien die administratieve verplichtingen voort uit het feit dat het maatschappelijk niet aanvaardbaar is dat er onderuitputting is in de PGB-regeling. Daar-

¹ Ter inzage gelegd bij de afdeling Parlementaire Documentatie.

door moet voortdurend informatie voorhanden zijn om via bijstellingen in de toewijzing van de budgetten te voorkomen dat het jaarlijkse totaalbudget niet geheel wordt toegekend. Een centrale administratie is daarbij in de huidige situatie een wezenlijk en onmisbaar hulpmiddel.

3.1 Typen zorgcontracten

De budgethouder kan verschillende soorten contracten sluiten voor zijn zorg. Grofweg is het volgende onderscheid te maken:

- a) zorgcontracten tussen een budgethouder en een (reguliere of particuliere) instelling. Daarbij worden diensten van de instelling ingekocht. In de praktijk worden die diensten verricht door werknemers die in dienst zijn van die (gecontracteerde) instelling.
- b) zorgcontracten tussen een budgethouder en een hulpverlener op basis van de zogenaamde twee-dagenregeling (= de arbeidsverhouding waarbij de regelgeving uit hoofde van het Burgerlijk Wetboek, de fiscus en de sociale zekerheid minimaal is en waarvan bijvoorbeeld ook de alphahulpverlening gebruik maakt). Bij deze contracten bestaan geen inhoudingsverplichtingen (loonbelasting en sociale premies) voor de werkgever.
- c) zorgcontracten tussen een budgethouder en een hulpverlener waarbij sprake is van een volledig verzekerd loondienstverband. De budgethouder is dan een inhoudingsplichtige werkgever.

Door de ruim 13 000 budgethouders worden circa 20 000 zorgcontracten aangegaan. Die zijn grofweg als volgt gespreid:

Budgethouders	Zorgcontracten	Met instelling	Twee-dagen-regeling	Volledig werkgeverschap
13 000	20 000	35%	55%	10%

(bron Kerngegevens SVB per 31-12-1999)

Per PGB-regeling is er een groot verschil. Zo wordt bij het PGB-VV circa 25% ingekocht bij instellingen terwijl dat bij het PGB-VG op circa 65% ligt.

3.2 Analyse ten behoeve van vereenvoudigingsvoorstellen

Uit de evaluatie van de SVB blijkt dat er voornamelijk problemen zijn bij de zorgcontracten met volledig werkgeverschap en bij de zogenaamde «knipperlicht» situaties. Deze contracten, waarbij er sprake is van een volledig werkgeverschap van de budgethouder inclusief inhoudingsplichten voor loonbelasting en sociale premies zijn uitvoeringstechnisch gevoelig voor problemen. Hierbij speelt vooral het grote aantal mutaties binnen het dienstverband een rol. Bij zorgcontracten die worden afgesloten met een instelling zijn geen uitvoeringstechnische problemen bekend. Zorgcontracten die vallen onder de twee-dagenregeling, qua aantal het omvangrijkst, leveren kennelijk geen onoverkomelijke uitvoeringsproblemen op.

Een substantiële verhoging van het forfaitaire bedrag wordt vaak genoemd als de oplossing in de vereenvoudigingsdiscussie. De budgethouder hoeft dan over een groter bedrag dan tot nu toe (= f 2400,- op jaarbasis) geen verantwoording meer af te leggen, noch een administratie bij te houden. Dit zou echter betekenen dat over een groter bedrag dan thans het geval is, inzicht in de doelmatigheid en de rechtmatigheid van de besteding van collectieve middelen gaat ontbreken. Bovendien ontstaan grote risico's wanneer achteraf blijkt dat een zorgcontract toch inhoudingsplichten voor de budgethouder met zich mee brengt terwijl die daar niet op gerekend heeft. Daarnaast bestaat het risico dat eventuele

onderuitputting een bron van inkomen voor de budgethouder gaat vormen, terwijl die eventuele onderuitputting bij voorkeur moet terugvloeien naar het totale PGB-budget zodat dit kan worden gebruikt door andere budgethouders.

In mijn brief van 21 april 1999 aan de Kamer heb ik reeds uiteengezet dat bij een discussie over het forfaitaire bedrag in het oog moet worden gehouden dat:

- a) het PGB deel uit maakt van het stelsel van sociale ziektekostenverzekeringen en daarmee onderdeel is van de collectieve middelen;
- b) het PGB een alternatieve verstrekkingwijze is van verzekerde zorg waardoor de budgethouder ook zelfstandig werkgever kan worden en dus moet voldoen aan alle administratieve verplichtingen uit hoofde van belastingen en sociale zekerheid waaraan iedere werkgever moet voldoen. De uitvoering van het PGB raakt beleidsterreinen van de ministeries van SZW en van Financiën;
- c) welbewust voor een centrale administratie is gekozen om risico's bij de naleving van fiscale en sociaal-rechtelijke verplichtingen te voorkomen en tegelijkertijd hulpverleners een redelijke mate van zekerheid te geven.

3.3 Vereenvoudigingsvoorstellen

Contracten met zorginkoop bij instellingen kunnen administratief vergaand vereenvoudigd worden door te volstaan met een melding van het contract en de omvang ervan bij de SVB en het CTG. In het kader van MDW AWBZ zal het instrument van vouchers en PVB in relatie tot inkoop bij instellingen verder uitgewerkt worden.

Bij contracten waarbij de budgethouder volledig werkgever is, wil ik voorts nog af wachten of de dalende tendens van klachten over de uitvoering doorzet. Slaagt de SVB erin een blijvend laag klachtniveau te realiseren als gevolg van betere dienstverlening, dan is het onverstandig en ondoelmatig nu al tot ingrijpende veranderingen te besluiten.

Voor contracten die vallen onder de twee-dagenregeling lijkt een vereenvoudiging in de uitvoering op dit moment noodzakelijk noch urgent. Niettemin bestudeer ik de mogelijkheid om de budgethouder bij dit soort contracten een grotere rol te geven bij de uitbetaling van de hulpverlener zonder dat aanvullende administratieve verplichtingen nodig zijn. Dit zou kunnen met een simpele verantwoordingsprocedure. Dit mag er beslist niet toe leiden dat het efficiënte gebruik van het totale PGB-budget voor zoveel mogelijk hulpvragers daardoor vermindert. Deze verkenning hangt samen met het MDW AWBZ. Indien deze weg begaanbaar lijkt zal ik u van de uitkomst op de hoogte stellen.

3.4 Vereenvoudigingsvoorstellen Per Saldo

De budgethoudersvereniging Per Saldo heeft twee vereenvoudigingsvoorstellen in discussie gebracht. Het eerste betreft een verhoging van het forfaitaire bedrag door het in plaats van f 200,- per maand, te stellen op 1% van het toegekende PGB per maand (dat wil zeggen 12% per jaar), met een minimum van f 2400,- en een maximum f 12 000,- op jaarbasis. Het tweede houdt in dat de budgethouder in plaats van de SVB zelf het administratiekantoor mag kiezen voor de financieel-administratieve verwerking van zijn PGB.

Ik kan deze voorstellen niet overnemen. Zoals gezegd ben ik van mening dat de bestaande centrale administratieve verplichting moet blijven bestaan. Het is onaannemelijk dat decentrale administratie daadwerkelijk een mindere belasting van de budgethouder tot gevolg heeft.

Verhoging van het forfaitaire bedrag tot f 1000,- per maand, (c.q. f 12 000,- per jaar) betekent, zeker in combinatie met decentrale administratie, een aanmerkelijk grotere kans op uitholling van de sociale zekerheid van hulpverleners. Ik acht zo'n benadering niet in overeenstemming met de aandacht die ook vanuit de Kamer bestaat voor de rechtspositie van alphahulpen en derhalve ongewenst.

4. Beleidsmatige aspecten

Tenslotte ga ik in deze brief in op een aantal beleidsmatige aspecten en onderwerpen waarover ik tijdens de behandeling van de Zorgnota of het algemeen overleg d.d. 8 december 1999 heb toegezegd u nader te zullen informeren. Het betreft achtereenvolgens:

- werkgeverschap;
- tarifiering PGB-VV;
- zorginkoop bij instellingen;
- PGB Verpleeghuiszorg en Verzorgingshuiszorg (PGB-VpVh).

Zoals gezegd beschouw ik het PGB als een volwaardig alternatief voor zorg in natura. Cliënten dienen in alle redelijkheid en in toenemende mate in staat te worden gesteld om te kiezen tussen één van beide mogelijkheden voor hun aanspraak op verzekerde zorg. De navolgende beleidsmatige aspecten met betrekking tot het PGB moeten tegen deze achtergrond gezien worden.

4.1 Werkgeverschap

Op 23 december 1999 heb ik het CVZ laten weten, dat ik er in het algemeen grote waarde aan hecht dat de budgethouder zich in relatie tot zijn hulpverlener op hoofdlijnen refereert aan de regels en gebruiken die zijn vastgelegd in CAO's. Ik heb het CVZ verzocht, dit uitgangspunt te hanteren bij de uitvoeringsregels voor het PGB, om te waarborgen dat het budget wordt besteed aan verzekerde zorg. Voor de toekenning van het budget gelden tarieven waarin de primaire en secundaire arbeidskosten uit de sector zijn verdisconteerd. Met het PGB-rekentarief is dus een verantwoord arbeidsvoorwaarden-niveau mogelijk.

Dit uitgangspunt en de gehanteerde tarieven voor het budget betekenen dat budgethouders met hun hulpverleners een vergoeding van reiskosten overeen moeten kunnen komen op soortgelijke wijze als dit in het kader van CAO's gebruikelijk is. Voorts staat vast dat het verkrijgen van verzekerde zorg een zekere organisatie met zich meebrengt. Daarom is het in het kader van het PGB aanvaardbaar kosten van zorgbemiddeling in redelijke mate ten laste van het trekkingsrecht te brengen. Bij de tarieven voor zorg in natura wordt immers hiermee ook rekening gehouden.

Overigens heb ik in mijn brief aan het CVZ inzake de uitvoeringsregels PGB met het oog op de reikwijdte van verzekerde zorg nog eens verwezen naar de antwoorden die ik heb gegeven op de Kamervragen van mevrouw Smits c.s. (Tweede Kamer, vergaderjaar 1988-1999, Aanhangsel, 1776).

Het CVZ heeft op 28 oktober 1999 het rapport Werkgeverschap PGB aan mij uitgebracht (publicatie 99/04). Hierin wijst het CVZ erop dat het uitgangspunt van het PGB – eenvoud, bestedings- en onderhandelingsvrijheid voor de budgethouder – op gespannen voet zou staan met het invoeren van wat het CVZ aanduidt als «werkgeverschap plus». Hiertoe rekent het CVZ onder meer kilometervergoeding woon/werkverkeer, pensioenverzekering en verzekering van juridische bijstand c.q. schadevergoeding bij arbeidsconflicten, e.d. Anderzijds merkt het CVZ terecht op dat er geen legitieme reden is om de bij het PGB betrokkenen deze

rechten te onthouden. Het uitgangspunt van het PGB mag naar mijn opvatting inderdaad niet betekenen dat een uitgeholde rechtspositie van de hulpverleners voor lief wordt genomen. Er dienen in het kader van het PGB geen belemmeringen opgeworpen te worden voor volwaardig werkgeverschap. Dit betekent dat «werkgeverschap plus» (in de terminologie van het CVZ) binnen de PGB-systematiek mogelijk dient te zijn. Dit kan ook heel goed, omdat de uurtarieven van het PGB-VV aan de hand van de CTG-gegevens zijn afgeleid van de primaire en secundaire arbeidskosten. De tarieven van het PGB-VG zijn afgeleid van de gemiddelde kosten in natura, gecorrigeerd voor kapitaalslasten.

4.2 Tarifiering PGB-VV

Ik heb het CTG advies gevraagd op een aantal punten met betrekking tot de tarifiering van het PGB. Het advies van het CTG treft u aan als bijlage.

Het CTG vindt dat de productdefinities voor zorg in natura ook moeten gelden voor het kader van het PGB. Op zich kan ik met die opvatting instemmen. Mijn overweging om in november 1999 vast te houden aan de oude productdefinities PGB, was dat de toepassing van de nieuwe productdefinities – zoals die in het kader van zorg in natura zijn ontwikkeld – zou leiden tot een niet aanvaardbaar extra budgetbeslag als de regel van het CVZ wordt gehanteerd volgens welke de tarieven voor PGB-VV worden afgeleid à raison van 75% van de natura tarieven.

Niettemin kunnen de productdefinities op elkaar worden afgestemd door zowel voor het PGB als voor zorg in natura dezelfde omschrijvingen te hanteren. Ik acht het van belang dat uniformering van de PGB-VV definities (=4 producten¹) met de zorg in natura productdefinities (=6 producten²) zo spoedig mogelijk kan plaatsvinden. Deze overgang mag echter niet leiden tot een onevenredig budgettair beslag. Daarom zal ik het CVZ vragen hiervoor een uitvoeringstoets te maken.

Het CTG is van oordeel dat vooralsnog vast gehouden kan worden aan het uitgangspunt dat de PGB-tarieven worden vastgesteld volgens het principe van marginale kosten en dus lager zijn dan de tarieven voor zorg in natura. Ik hou niettemin vast aan de opvatting dat de PGB-tarieven gebaseerd dienen te zijn op het uitgangspunt van de loonkosten van de geïndiceerde zorgverlener met een opslag die bijkomende kosten en goed werkgeverschap mogelijk maakt. De huidige PGB-tarieven voldoen aan dat uitgangspunt.

Ik zal het CVZ verzoeken de tarieven voor het PGB-VV in ieder geval bij de vaststelling van de regeling voor het jaar 2001 overeenkomstig mijn bovengenoemde opvatting te herzien. Zo mogelijk zal voor nieuwe aanmeldingen en herindicaties reeds dit jaar een overgangssituatie ontstaan. Mede om complicaties voor budgethouders en uitvoerders in verband met hernieuwde indicatiestelling, budgetvaststelling en administratieve verwerking te vermijden zal de ingangsdatum zorgvuldig gekozen moeten worden.

Daarnaast zal ik het CVZ verzoeken ervoor te zorgen dat bij bepaalde zorgsoorten (bijvoorbeeld huishoudelijke verzorging) een PGB kan worden gekozen in combinatie met zorg in natura voor andere zorgsoorten (bijvoorbeeld verpleging). Dit verruimt de keuzemogelijkheid voor budgethouders daadwerkelijk en snijdt de zorginkoop meer op maat. Op deze wijze hoeven geen onnodig hoge budgetten te worden toegekend aan PGB-houders die niet bij toegelaten instellingen willen inkopen. Bovendien kan zo nu en in de toekomst een tweeslag in de bekostiging van reguliere instellingen worden voorkomen.

¹ Te weten: HDL, (gezins)verzorging, ADL en verpleging).

² Te weten: alphahulp, huishoudelijke verzorging/HVZ, verzorging, gespecialiseerde verzorging, verpleging en gespecialiseerde verpleging).

Het CTG wijst er terecht op dat door vast te houden aan het uitgangspunt van marginale kosten een verdringingseffect kan worden voorkomen. Naar mijn opvatting dient levering van zorg tegen een PGB door toegelaten instellingen altijd aanvullende productie te zijn; in de paragraaf over zorginkoop bij instellingen zal ik daarop terugkomen. Verdringing van zorgvragers in natura is onwenselijk omdat dit leidt tot een voorkeursbehandeling voor PGB-houders.

Het CTG-advies is onduidelijk over de maximering van het PGB. De huidige PGB-regeling kent reeds de bepaling dat geen PGB wordt toegelaten indien de kosten daarvan onverantwoord zijn ten opzichte van de kosten van opname in een instelling (artikel 5, lid 7). Daarop wordt slechts een uitzondering gemaakt (artikel 5, lid 9, onder a) indien opname in een intramurale instelling op medische gronden blijkens een verklaring van een onafhankelijk arts niet mogelijk is. Slechts voor deze *uitzonderingsgevallen* hanteert het CVZ in de praktijk de grens van 17 uren per dag op grond van de overweging dat bij zorg thuis altijd sprake dient te zijn van enig aandeel vanwege de mantelzorg. De discussie over de zogenaamde hoge budgetten is uitvoerig gevoerd en heeft geleid tot de aangehaalde bepalingen in de PGB-regeling. Naar mijn mening is de maximering van het PGB met voldoende waarborgen omgeven.

4.3 Zorginkoop bij instellingen

In 35% van de gevallen wenden de PGB-houders zich voor zorginkoop tot (toegelaten) instellingen. Bij het PGB-VV gaat het om een kwart van de gevallen, bij het PGB-VG om ongeveer tweederde. Aannemelijk is dat het merendeel van het totale budget aan PGB-VG op deze wijze wordt besteed.

Mijn departement heeft er de afgelopen jaren herhaaldelijk op gewezen dat inkopen van zorg door middel van PGB niet mag leiden tot dubbele bekostiging van instellingen en verdringing.

Mede naar aanleiding van de opmerking in het CTU rapport dat het toezicht van de zorgkantoren daarop niet voldoende is, heb ik het CVZ verzocht mij inzicht te geven in een aantal vragen die zorginkoop bij instellingen oproept. Mijn brief DGB/OAG-2029767 van 23 december 1999 treft u in de vorm van een bijlage aan.¹

Uit het eveneens bijgevoegde *Rapportonderzoek PGB* van het CVZ blijkt dat er zonder nader uitvoerig onderzoek niet kan worden geantwoord op de gestelde vragen. Ik hou niettemin met nadruk aan mijn opvatting vast dat het bij de levering van zorg door reguliere instellingen aan PGB-houders altijd om aanvullende productie moet gaan. Eerder heb ik aangegeven dat dubbele bekostiging en verdringing tegengegaan kan worden door melding hiervan bij het CTG.

Ik zal het CVZ verzoeken – in overeenstemming met de opmerking die het in zijn rapportage heeft gemaakt – de zorgkantoren nogmaals met nadruk op dit punt te instrueren over hun toezichhoudende taak. Ook zal ik het CVZ vragen mij, in samenspraak met het CTG, in zijn periodieke rapportages over het functioneren van de zorgkantoren te informeren over de effecten van het verbeterde toezicht door de zorgkantoren. Ik zal het CTG verzoeken om vóór het eind van dit jaar te rapporteren over zijn bevindingen aan de hand van de nacalculatieformulieren. Indien die rapportages daar aanleiding toe geven zal ik aanvullende voorschriften op dit punt bezien.

¹ Ter inzage gelegd bij de afdeling Parlementaire Documentatie.

4.4 Verpleeghuis- en verzorgingshuiszorg

In het Regeerakkoord staat dat het PGB niet alleen wat betreft het volume van de bestaande regelingen maar ook via invoering in andere sectoren, met name de verpleeghuizen en verzorgingshuizen en zo mogelijk de geestelijke gezondheidszorg, zal worden uitgebreid.

Met het PGB-GGZ wordt inmiddels experimentele ervaring opgedaan. De toenmalige Ziekenfondsraad heeft op 22 oktober 1998 aan mij rapport uitgebracht over *Uitbreiding PGB met verzorgingshuis- en verpleeghuiszorg* (publicatie 1998/799). Het rapport stelt kortweg voor om bij de invoering van een PGB Verpleeghuis en Verzorgingshuiszorg (PGB-VpVh) vast te houden aan de huidige systematiek van de regeling PGB-VV. Door het laten vervallen van de 3-uursgrens in de algemene aanspraak thuiszorg zou intensievere zorg thuis mogelijk zijn. Ik heb aangegeven de evaluatie van de subsidieregeling Intensieve thuiszorg (ITZ) af willen wachten alvorens een besluit te nemen over invoering van een PGB-VpVh. Deze evaluatie verwacht ik eind maart te ontvangen.

Daarbij komt dat ten aanzien van zorg in natura reeds nieuwe aanspraken verzorgingshuiszorg en verpleeghuiszorg worden geformuleerd. Die maken het mogelijk deze zorg extramuraal te bieden. Hierdoor ontstaat een nieuwe situatie. Uitgangspunt is immers dat sprake moet zijn van gelijkwaardigheid tussen PGB en naturazorg. De naturazorg, die onder de nieuwe aanspraken volgend jaar thuis geboden kan worden is ruimer dan die, waarvan de Ziekenfondsraad in 1998 nog is uitgegaan. Eén en ander vergt een nadere bezinning op de verhouding tussen de nieuwe aanspraken en het rapport van de Ziekenfondsraad.

Overigens heb ik het CVZ bij brief van 7 december 1999 verzocht, de mogelijkheid te creëren dat budgethouders een eventuele aanspraak op ITZ in de vorm van aanvullend PGB ontvangen, tenzij daar onoverkomelijke uitvoeringstechnische bezwaren tegen bestaan; u hebt per dezelfde datum een afschrift van mijn brief aan het CVZ ontvangen.

Tot slot

Het PGB en het PVB zijn belangrijke instrumenten om binnen de AWBZ te komen tot vraagsturing en flexibilisering. Daarom wordt in het kader van de MDW AWBZ ook gewerkt aan een verbreding van de toepassing van instrumenten van persoonsgerichte bekostiging, zoals het PGB. Het aantal gebruikers van de bestaande PGB-regelingen is alleen al het afgelopen jaar met 30% gestegen. In procenten gemeten is de onderuitputting in de laatste vier jaar met meer dan de helft teruggedrongen. Zowel de toekenningen door zorgkantoren als de besteding door budgethouders zijn gestegen.

Dat is nog geen reden om tevreden achterover te leunen. De regeling is op zichzelf niet echt ingewikkeld, maar de uitvoering ervan, en de administratieve verplichtingen die er mede als gevolg van de fiscale en sociale wetgeving aan verbonden zijn, zijn dat op veel punten wel. Ook is het uitputtingspercentage nog te laag. Daarom heb ik in deze brief nieuwe maatregelen aangekondigd en voorstellen gedaan voor terugdringing van de onderuitputting en verbetering en vereenvoudiging van de uitvoering. Vanaf 2001 kunnen budgethouders een gedeelte van hun budget meenemen naar het jaar daarop. Het CVZ wordt gevraagd per zorgkantoor een gericht plan van aanpak op te stellen voor nadere acties tegen onderuitputting. Het wordt mogelijk gemaakt om gelden van de ene naar de andere regio over te hevelen wanneer blijkt dat onvoldoende budgetten worden toegekend als gevolg van onvoldoende vraag naar PGB. De administratieve lasten worden verlicht, onder meer door automatische verlen-

ging van budgettoekenning en budgetovereenkomsten mogelijk te maken. Met behulp van de in deze brief aangekondigde frequente en intensieve effectrapportages zal ik een vinger aan de pols houden, en zonodig nadere acties ondernemen.

De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
A. M. Vliegthart