

Vergaderjaar 2004–2005

25 657

Persoonsgebonden Budgetten

26 631

Modernisering AWBZ

Nr. 29

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

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 30 november 2004

1. Inleiding

In de brief van 15 september 2003 aan de Tweede Kamer (vergaderjaar 2002–2003, 26 631, nr. 56) heb ik aangekondigd na 1 april 2004 te evalueren hoe de persoonsgebonden budgetten nieuwe stijl werken. De subsidieregeling pgb-nieuwe-stijl is nu ruim anderhalf jaar in werking, en we beschikken inmiddels over de nodige onderzoeksrapporten om deze op zijn waarde te schatten. In deze brief informeer ik u over de resultaten van deze evaluatie en vermeld ik welke plannen ik voor de toekomst heb. Met deze beleidsbrief geef ik ook uitvoering aan de motie Van Miltenburg, (nr. 53 29 800 XVI), die de regering vraagt een visienotitie te schrijven over de toekomst van het pgb.

Als ik, na anderhalf jaar pgb-nieuwe-stijl, de balans opmaak concludeer ik dat het pgb, ook in de vorm van het pgb-nieuwe-stijl, een werkbaar instrument is om de positie van de zorgvrager te versterken, zijn keuzevrijheid te vergroten en de doelmatigheid te versterken. Wat opvalt is dat het pgb ondanks deze algemene bevinding toch ook maatschappelijk onder druk lijkt te staan. Geluiden als «kan dit allemaal zomaar?» duiken meer dan eens op. Reden waarom ik in deze evaluatie ook aandacht besteed aan mogelijke ongewenste ontwikkelingen, zoals bijvoorbeeld de monetarisering van de mantelzorg.

Ik kom tot mijn conclusies onder andere op basis van drie recente rapporten van respectievelijk het College voor Zorgverzekeringen (CVZ), het bureau Hoeksma, Homans & Menting (HHM)¹ en het ITS Nijmegen¹. Met deze rapporten beschikken we over een min of meer compleet beeld van de werking van het pgb nieuwe stijl. Een zekere «kleuring» wordt daarnaast verkregen door brieven en andere signalen over de uitvoering die mij bereiken. Voorzover niet reeds in het bezit van de Tweede Kamer doe ik u de genoemde rapporten als bijlage bij deze brief toekomen. In december komt ook de evaluatie van het Werkdocument Gebruikelijke

¹ Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

Zorg beschikbaar. De uitkomsten van deze evaluatie kunnen van belang zijn voor de discussie rondom de mantelzorg.

Ik geef in deze brief allereerst een korte beschrijving van het pgb-nieuwe-stijl, vervolgens een samenvatting van de resultaten van de onderzoeken en daarna de conclusies en maatregelen die ik daaraan verbind. Tevens behandel ik een aantal andere aspecten, zoals de plafonnering van de regeling en de tarifiering. In deze brief geef ik ook een reactie op het signalement over ten laste van het pgb verleende mantelzorg van het College voor Zorgverzekeringen van 27 mei 2004 (nr. 24041537).

Het pgb krijgt met veranderingen te maken door de komst van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en de Zorgverzekeringswet (Zvw) per 1 januari 2006. In deze brief geef ik ten slotte aan hoe ik de toekomstige positie van het persoonsgebonden budget in de nieuwe AWBZ zie. Daarbij geef ik tevens aan hoe ik van plan ben uitvoering te geven aan de moties over het pgb die zijn ingediend bij de behandeling van de begroting van VWS. In paragraaf 7 reageer ik op de motie Vietsch, Van Miltenburg en Koşer Kaya over de mogelijkheid om voor de functie verblijf een pgb te krijgen (nr. 47 29 800 XVI). De motie Arib c.s. (nr. 4129800-XVI) die de regering verzoekt in de Wmo de garantie op te nemen dat de keuze tussen zorg in natura en een pgb gewaarborgd blijft is een onderwerp dat in eerste instantie thuis hoort bij de behandeling van de Wmo, waarnaar ik gaarne verwijs.

2. De subsidieregeling pgb-nieuwe-stijl

Sinds 1 april 2003 is de Subsidieregeling Persoonsgebonden Budget (pgb) nieuwe-stijl van kracht. Deze regeling, die onderdeel is van de Regeling Subsidies AWBZ en Ziekenfondswet is op die datum ingesteld naast de drie pgb-regelingen oude-stijl. Het gaat hier om de pgb-regeling voor Verpleging en Verzorging (VV), Verstandelijke Gehandicaptenzorg (VG), en Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ). De mogelijkheid tot het verkrijgen van een pgb-oude-stijl is per 1 april 2003 vervallen, waardoor deze regelingen langzamerhand «uitsterven». Budgethouders oude-stijl wordt de mogelijkheid geboden over te stappen naar de nieuwe regeling, waarbij zij ter vermindering van overgangsproblemen nog drie maanden een garantie krijgen voor een budget ter hoogte van het oorspronkelijke bedrag. Overstappen dient in ieder geval plaats te vinden op het moment dat de budgethouder een nieuwe indicatie nodig heeft. De regelingen oude-stijl worden 1 januari 2006 in hun geheel beëindigd.

Het pgb is een belangrijk instrument om tot vraagsturing en zorg op maat in het kader van de AWBZ te komen. Burgers stellen zich steeds mondiger op en geven uitdrukkelijk te kennen zelf meer vorm en inhoud te willen geven aan hun leven en willen daar ook zelf op aanspreekbaar zijn. Het primaire doel van het pgb is dan ook verzekeren de gelegenheid te bieden zelf de zorg te organiseren waaraan zij behoefte hebben. Het pgb moet daarnaast tevens een grotere doelmatigheid in de zorg bewerkstelligen. Dit kan doordat het een instrument is om een betere afstemming tussen de vraag naar zorg en het aanbod te realiseren, dus kortere lijnen, meer zorg op maat en meer tevreden klanten.

Om aan deze behoefte van burgers tegemoet te komen is, vooruitlopend op de modernisering van de AWBZ, nu alweer negen jaar geleden de eerste pgb-regeling ingevoerd. Met de op 1-4-2003 ingevoerde regeling pgb-nieuwe-stijl wordt beoogd de positie van de cliënt in de AWBZ-zorg verder te versterken door zijn keuzemogelijkheden te vergroten. De op dezelfde datum ingevoerde functiegerichte omschrijving van de AWBZ-aanspraken deden daarbij de grond aan het budget oude stijl ontvallen.

Belangrijk verschil met de oude regelingen, waarbij de budgethouder een trekkingsrecht kreeg op de Sociale Verzekeringsbank (SVB), is dat de budgethouder in de nieuwe regeling het budget op de eigen bankrekening krijgt gestort waarna hij het, binnen de geldende voorwaarden, zelf kan besteden. Over de besteding moet uiteraard periodiek en na afloop van de «looptijd» van het budget verantwoording worden afgelegd.

De regeling kan in essentie worden beschreven door de «acht stappen» waarmee het traject van aanvragen van zorg tot definitieve vaststelling van het budget gepaard gaat:

1. De verzekerde vraagt een indicatie aan bij het RIO;
2. Het RIO stelt vast hoeveel zorg de verzekerde nodig heeft;
3. De verzekerde kiest tussen zorg in natura en pgb;
4. Het zorgkantoor kent een netto-pgb toe, waarbij op het bruto-pgb een eigen bijdrage is ingehouden;
5. Het zorgkantoor betaalt het pgb op de bank- of girorekening van de verzekerde;
6. De verzekerde koopt zorg in; het budget mag besteed worden aan alle vijf functies waarvoor een keuze voor een pgb mogelijk is;
7. De verzekerde legt verantwoording af;
8. De verzekerde betaalt niet uitgegeven geld terug aan het zorgkantoor.

Het CVZ coördineert de uitvoering van de pgb-regelingen en heeft voor de uitvoering van pgb-nieuwe-stijl de SVB, als resultaat van een Europese aanbestedingsprocedure, gecontracteerd voor onder andere de salarisadministratie. Als een werknemer op meer dan twee dagen per week voor de budgethouder werkt, kan de budgethouder de SVB vragen om de salarisadministratie te verzorgen. Dat kan ook als de zorgverlener op twee dagen of minder dan twee dagen per week voor de budgethouder werkt en de budgethouder met de zorgverlener heeft afgesproken dat de budgethouder voor de inhouding en afdracht van loonheffing zorgt. Verder zorgt de SVB voor alle budgethouders voor loondoorbetaling bij ziekte en ziekteverzuimbegeleiding, voor het telefonisch beantwoorden van vragen op het terrein van arbeidsrecht, het onderhouden en toezenden van model-zorgovereenkomsten, en het uitvoeren van een WA-verzekering en een verzekering voor rechtsbijstand.

Eind augustus heeft het CVZ de tweede Kernmonitor pgb-nieuwe-stijl aan mij aangeboden. Het ITS publiceerde op 28 oktober het in opdracht van het CVZ verrichte onderzoek «Monitoring budgethouders pgb-nieuwe-stijl»; in mijn opdracht heeft het bureau Hoeksma, Homans & Menting (HHM) een evaluatieonderzoek verricht naar het pgb-nieuwe-stijl; de resultaten daarvan zijn neergelegd in het rapport «Het pgb-nieuwe-stijl in beeld» van oktober 2004. Tevens is van belang het rapport «Onderzoek naar het gebruik van AWBZ-middelen» van Boer & Croon, van augustus 2004. Dit rapport van Boer & Croon heb ik u doen toekomen met mijn brief van 17 september 2004 (Tweede Kamer, vergaderjaar 2003–2004, 26 631, nr. 106); de Kernmonitor hebt u ontvangen als bijlage bij de Zevende Voortgangsrapportage Groot Project mAWBZ (Tweede Kamer, vergaderjaar 2004–2005, 26 631, nr. 108). De Rapporten van HHM en ITS doe ik u toekomen als bijlage bij deze brief¹.

Met mijn brief van 13 oktober 2004 aan het CVZ (nr. 2520119), die ik u in afschrift heb doen toekomen (nr. 2520186, 13 oktober 2004), heb ik al een reactie gegeven op een aantal meer «technische» aanbevelingen die het College in de Kernmonitor doet.

¹ Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

De vragen die we na ruim een jaar pgb-nieuwe-stijl stellen zijn de volgende.

Basisgegevens:

- Wat zijn de basisgegevens, in termen van aantal toegekende budgetten, geïndiceerde functies, grondslag, hoogte en beheer van het budget, eigen bijdrage, aan welke functies wordt het budget besteed, bij wie wordt ingekocht, inzetten eigen bijdrage (paragraaf 3.1.)?
- Wat is de mening van budgethouders over de nieuwe regeling respectievelijk de overstap van de oude naar de nieuwe regeling? Wie is er op voor- en wie is erop achteruitgegaan (paragraaf 3.2.)?

Ongewenste ontwikkelingen:

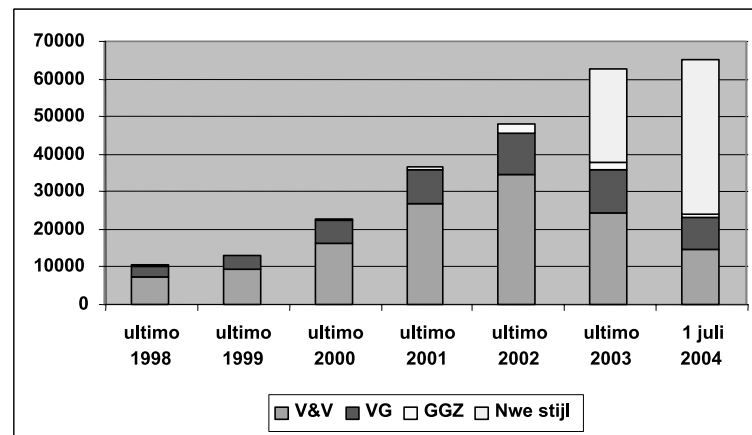
- Zijn er aanwijzingen voor oneigenlijk gebruik, monetarisering van de mantelzorg, het niet inzetten van de eigen bijdrage voor zorginkoop (paragraaf 4.1.)?
- Bevat de regeling onbedoelde onredelijkheden (paragraaf 4.2.)?
- Zijn er verbeteringen aan te brengen in de uitvoering (paragraaf 4.3.)?

3. De basisgegevens

3.1. Gebruik en gebruikers van de regeling

Het aantal budgethouders (uitstromers uit oude en nieuwe regeling en instromers in de nieuwe regeling) groeit in 2004 met 550 tot 600 per maand. Het aantal budgethouders per eind december 2004 wordt geraamd op 69 500. In de jaren 2000 t/m 2003 groeide het pgb met zo'n 1000 budgethouders per maand. Er is dus in 2004 sprake van een geringere groei dan in eerdere jaren. Het aantal budgethouders per pgb-regeling staat in onderstaande grafiek.

Grafiek Aantal budgethouders per pgb-regeling sinds 1 januari 1999



Van de budgethouders met een pgb-nieuwe-stijl is 26% jonger dan 18 jaar, 38% 18 t/m 55, 17% 56 t/m 65, 10% 66 t/m 75, en 9% 76 of ouder. Van hen heeft 52% een enkelvoudige indicatie en 48% een meervoudige indicatie. Gemiddeld is een budgethouder met een meervoudige indicatie geïndiceerd voor 1,9 functie. 67% van de budgethouders beschikt over een indicatie voor huishoudelijke verzorging, 28% is geïndiceerd voor persoonlijke verzorging, 16% voor verpleging, 53% is geïndiceerd voor de functie ondersteunende begeleiding, 15% voor de functie activerende begeleiding en 14% voor tijdelijk verblijf.

De functies waarvoor men geïndiceerd is komen in meerderheid overeen met de functies waaraan men, blijkens de verantwoording, het budget besteed heeft. Het aantal overeenkomende functies varieert van 56% bij budgethouders met grondslag verstandelijke handicap, via 80% bij grondslag somatische problematiek, tot 94% bij de grondslag psychogeriatric.

«Uitruil» van functies komt het meest voor bij ondersteunende begeleiding en activerende begeleiding.

Het gemiddelde toegekende bruto budget¹ (inclusief budgetten van budgethouders die in de loop van het jaar een budget ontvangen) bedraagt € 15 234,-. Voor budgethouders vanaf 18 jaar wordt hierop een eigen bijdrage ingehouden; deze bedraagt gemiddeld € 1 050,-, zijnde 6,8%. Dit is aanzienlijk lager dan de, per functie verschillende, maximale percentages die kunnen worden ingehouden. Het doorgaans geringe inkomen van de budgethouders verklaart dit.

Budgetten voor budgethouders met als grondslag psychogeriatrische problematiek of lichamelijke handicap liggen hoger dan het gemiddelde; budgetten met als grondslag somatische problemen of psychosociale problematiek zijn lager.

Van het netto budget wordt gemiddeld 15% niet besteed. De helft van de budgethouders koopt niet meer zorg in dan voor het bedrag van het netto budget, d.w.z. besteedt de eigen bijdrage geheel niet aan het inkopen van zorg. Van de helft die wél aanvullende zorg inkoopt, besteedt circa 65% het bedrag van de eigen bijdrage geheel aan zorg. Eerder onderzoek (Tweede Kamer, vergaderjaar 1998–1999, 25 657 en 26 204, nr. 8) heeft de oorzaken van deze 15% onderbesteding, die opvallend consistent is over de jaren, benoemd. Het gaat onder andere om spaargedrag: budgethouders houden graag iets achter de hand voor onvoorziene omstandigheden; goedkope zorginkoop: budgethouders slagen erin goedkoop hulp in te kopen of hebben (tijdelijk) minder hulp nodig; belemmeringen bij zorginkoop: budgethouders kunnen problemen hebben met het zoeken van hulp; voorbereidingstijd: vooral voor nieuwe budgethouders geldt dat zij pas zorg kunnen inkopen als zij over budget beschikken en in veel gevallen hebben zij dan nog enige voorbereidingstijd nodig om hulpverleners te zoeken, contracten aan te gaan, etc.

In het onderstaande schema zijn de bestedingen of ramingen per jaar aangegeven.

Bestedingen/ramingen pgb-regelingen per jaar (in miljoenen)¹

	2000	2001	2002	2003	2004(raming)
Oude stijl	€ 151,5	€ 266	€ 413,5	€ 524	€ 309
Nieuwe stijl				€ 127	€ 580
PGB Totaal	€ 151,5	€ 266	€ 413,5	€ 651	€ 889
AWBZ totaal	€12 936,3	€14 510,9	€16 917,9	€18 611,3	€19 758,1
PGB in %	1,17%	1,83%	2,44%	3,50%	4,5%

¹ De cijfers in deze tabel over pgb zijn ontleend aan opgaven van het CVZ en de SVB. De cijfers over het AWBZ-totaal komen uit de begrotingen van VWS. Voor het jaar 2004 betreft het ramingen van toegekende bedragen.

Het aantal budgethouders bedraagt circa 10% van alle AWBZ-zorgvragers. Dat betekent dus dat met 4,5% van de totale AWBZ-uitgaven 10% van de zorgvragers wordt bediend.

Van alle budgethouders koopt 64% alleen zorg in bij bekenden of mantelzorgers; 22% alleen bij AWBZ-instellingen, particuliere bedrijven, freelancers of natuurlijke personen en 14% koopt gemengd in. Het beeld varieert sterk per grondslag: vooral zintuiglijk gehandicapten kopen veel minder uitsluitend in bij bekenden of mantelzorgers en veel vaker alleen bij instellingen etc.

Budgethouders ouder dan 18 jaar die zorg inkopen bij bekenden of mantelzorgers doen dit vooral (42%) bij vrienden, burens en bekenden die niet inwonend zijn. Als budgethouders zorg inkopen bij bekenden of

¹ Het zorgkantoor berekent op basis van de functies en klassen waarvoor een zorgvrager is geïndiceerd, het «bruto-pgb». Het bruto-pgb wordt verminderd met een inkomensafhankelijke eigen bijdrage. Het bruto-pgb verminderd met de eigen bijdrage wordt het «netto-pgb» genoemd. Het netto-pgb wordt aan de budgethouder uitbetaald.

mantelzorgers hebben deze laatste in 49% van de gevallen hun activiteiten voor baan, studie of vrijwilligerswerk beperkt. Het gaat daarbij in het merendeel van de gevallen om het geheel of gedeeltelijk opzeggen van een betaalde baan.

3.2. Mening van budgethouders; voor- en achteruitgang

De overstap van de oude naar de nieuwe regeling heeft voor één op de vijf budgethouders geleid tot ervaren afname van administratieve lasten en bureaucratie; voor 80% zijn de lasten gelijk gebleven of toegenomen. Dit laatste wordt mede veroorzaakt doordat in de nieuwe regeling het vrij besteedbare bedrag, waarover geen verantwoording behoeft te worden afgelegd, is verlaagd. Voor nogal wat budgethouders betekent dit een overgang van geheel niet behoeven te verantwoorden naar wél moeten verantwoorden. De uitvoering blijft al met al ingewikkeld voor mensen en de administratieve taken worden ervaren als omvangrijk en belastend. Het pgb is dan ook niet voor iedereen geschikt. Het zelf je zorg regelen met een pgb geeft vrijheid, maar er zit ook werk en verantwoordelijkheid aan vast.

Nieuwe budgethouders oordelen in termen van keuzevrijheid, zeggenschap en zorg-op-maat duidelijk positiever over het persoonsgebonden budget nieuwe stijl dan overstappers. Het kunnen betalen van mantelzorgers geeft de budgethouder een aanzienlijk sterker gevoel van autonomie en onafhankelijkheid.

Bij de overstap van oude naar nieuwe regeling zijn vooral budgethouders met een pgb-verstandelijke handicap (oude stijl) er qua omvang van het budget op vooruit gegaan; feitelijke achteruitgang zien we het meest bij budgethouders die in de regeling nieuwe stijl de grondslag psychiatrische of psychosociale problematiek hebben. In totaal zijn er meer mensen in budget achteruitgegaan dan vooruit. Doordat tegelijkertijd de hulpbehoefte van de budgethouder en/of de indicatiestelling kan veranderen, zijn deze ontwikkelingen alleen kwalitatief weer te geven. 95% van de budgethouders vindt de ingekochte zorg van goede of zeer goede kwaliteit.

4. Ongewenste ontwikkelingen: maatregelen en verbeteringen

In het navolgende geef ik de conclusies die ik trek uit de beschikbare gegevens over ongewenste ontwikkelingen, onbedoelde onredelijkheden en mogelijkheden voor verbeteringen in de uitvoering. In een aantal gevallen verbind ik aan deze conclusies concrete maatregelen. Ik reageer tevens op de aanbevelingen die het CVZ mij heeft gedaan in de Kernmonitor en in het genoemde signalement van 27 mei 2004.

4.1. Ongewenste ontwikkelingen

Het is goed om, alvorens in te gaan op de resultaten van de verschillende onderzoeken waar het gaat om ongewenste ontwikkelingen zoals «oneigenlijk gebruik», nog eens scherp aan te geven dat we in het totale proces van zorgvraag tot verantwoording een duidelijk onderscheid moeten maken tussen de indicatiestelling enerzijds en keuze voor en besteding van het pgb anderzijds. Voor de indicatiestelling is het RIO verantwoordelijk, waarbij de gestelde indicatie geheel onafhankelijk is van de latere keuze voor zorg in natura (zin) of pgb; de budgethouder kiest voor zin of voor een pgb; bij een keuze voor een pgb besteedt hij dit, waarna hij aan het zorgkantoor verantwoording aflegt. De controle op de juistheid van de bestedingen vindt plaats door het zorgkantoor. Gescheiden verantwoordelijkheden derhalve. Als deze twee fasen in het traject en deze verantwoor-

delijkheden onvoldoende onderscheiden worden, kan een niet geheel juist beeld van het pgb ontstaan. «Onwenselijkheden» in het ene traject worden dan gemakkelijk toegeschreven aan het andere.

Bij «ongewenste ontwikkelingen» valt in de eerste plaats te denken aan oneigenlijk gebruik: fraude, en vraagtekens bij de diensten waaraan het budget wordt besteed. Ook het «monetarisieren van de mantelzorg» kan hier genoemd worden: heeft het pgb niet als effect dat mantelzorgers betaald willen worden voor zorg die zij «vroeger» om niet verleenden? Het niet (volledig) inzetten van de eigen bijdrage kan eveneens als ongewenst worden gezien. Ik ga op deze en enkele andere aspecten in het hier navolgende in.

4.1.a) Oneigenlijk gebruik

Het CVZ constateert dat op een totaal van 65 000 budgethouders oneigenlijk gebruik slechts in incidentele gevallen voorkomt, ook na intensieve controle door de zorgkantoren van verdachte gevallen. Bij geconstateerde fraude wordt het pgb beëindigd en worden voorschotten teruggevorderd. Boer & Croon komt, met een zeer ruwe schatting, wat hoger uit en berekent dat er bij 1 à 5% sprake is van oneigenlijk gebruik.

Naast fraude en oneigenlijk gebruik komt in de sfeer van de besteding van het budget wél meer dan eens de vraag aan de orde of de uitgave in kwestie wel gekwalificeerd kan worden als «verzekerde zorg». Gaat het bij ondersteuning bij het paardrijden of bij het zwemmen nu wel of niet om «verzekerde zorg»? Dit doet zich met name voor bij de functie «ondersteunende begeleiding», waar de meeste ruimte is voor interpretatie van de functie. Het is overigens de verantwoordelijkheid van het zorgkantoor om per geval te bepalen of er sprake is van besteding van het budget aan een vorm van verzekerde zorg. Zoals ook al aangegeven op vragen van uw Kamer hierover (Tweede Kamer, vergaderjaar 2003–2004, nr. 2275, 10 september 2004) hangt het in hoge mate van de casus af of de activiteit in kwestie in redelijkheid kan worden gekwalificeerd als een vorm van de verzekerde zorg waarvoor een pgb kan worden aangewend. Het gebruik en de jurisprudentie geven dit nader vorm in de praktijk.

De precieze inhoud van de functie ondersteunende begeleiding en de afbakening van deze functie ten opzichte van andere functies, en dan met name ten opzichte van de functie activerende begeleiding, speelt ook bij zorg in natura een rol. Ik wil onderzoeken hoe ik kan komen tot een betere beheersing van de zorg die in het kader van deze functies wordt verleend. Ik ben daarom voornemens CVZ te vragen een voorstel te doen voor een nadere afbakening van deze twee functies en een eventuele aanscherping van de indicatiestelling op basis van praktijkervaringen en jurisprudentie.

4.1.b) Monetarisering van de mantelzorg

Rond dit thema bestaat zorg: betalen we middels het pgb nu inderdaad voor zorg die mantelzorgers eerst om niet verleenden? Hoe zit het met de lange termijn effecten hiervan: zal spontane mantelzorg erdoor afnemen? Een ander punt van zorg is of en in hoeverre het bestaan van de mogelijkheid zorg in te kopen bij de mantelzorg leidt tot het oproepen van een latente vraag. Richt men zich in situaties waar de informele zorg voor een aanzienlijk deel het «gat» tussen zorgbehoefte en vraag naar zorg opvult, zodat de vraag niet geuit wordt, door de mogelijkheid van een eigen budget eerder met een verzoek om een indicatie tot een RIO? Mij bereiken signalen dat het voorkomt dat in situaties waarin de overbelastheid van de mantelzorger de basis is voor het verlenen van een indicatie voor zorg het vervolgens diezelfde mantelzorger is, die betaald uit een pgb, wel in staat blijkt de zorg te verlenen zonder dat hij of zij zijn overige activiteiten beperkt. Dit ontkent de overbelasting en is bepaald onwenselijk.

Monetarisering van de mantelzorg: wat weten we er eigenlijk over en wat zijn mogelijke maatregelen? Moet het bijvoorbeeld wel zo blijven dat budgethouders zelf kunnen beslissen bij wie ze zorg inkopen? En, hoe staat het eigenlijk met de kwaliteit van door mantelzorgers verleende zorg: wat is daarover bekend?

Eerst een aantal feiten op een rijtje. Zoals eerder gezegd koopt 64% van de budgethouders alleen zorg in bij mantelzorgers en bekenden, 22% alleen bij AWBZ-instellingen en overige aanbieders en 14% koopt gemengd in. Op basis van de cijfers uit het evaluatieonderzoek van HHM kunnen we dus grofweg zeggen dat ruim driekwart van de budgethouders alle zorg inkoopt bij mantelzorgers/bekenden en dat dit ongeveer 65% van de totale bestedingen betreft. We weten ook dat 95% van de budgethouders tevreden is over de kwaliteit van de ingekochte zorg (zie verder over kwaliteit paragraaf 5.2.).

Een ander feit is dat er in de afgelopen periode hard is gewerkt om in het proces van indicatiestelling gebruikelijke zorg en mantelzorg te verduidelijken. Het Zorgindicatiebesluit en het Landelijk Protocol Indicatiestelling maken duidelijk dat mantelzorg moet worden onderscheiden van de gebruikelijke zorg van huisgenoten voor elkaar. Beide begrippen worden in deze documenten en ook in het Werkdocument Gebruikelijke Zorg nader toegelicht. Gebruikelijke zorg valt buiten de aanspraak op AWBZ-zorg. Het zorgvuldig betrekken van de mantelzorg bij de indicatiestelling is van groot belang, het kan monetarisering van de mantelzorg voorkomen. Dit geldt uiteraard zowel bij zin, als bij pgb.

Mantelzorg past in de cultuur van onze samenleving en het uitspreken van waardering voor mantelzorgers kan niet vaak genoeg gebeuren. Ik onderken het belang van ondersteuning van mantelzorgers en heb dan ook onlangs besloten het reguliere budget van de Subsidieregeling Coördinatie Vrijwillige Thuiszorg en Mantelzorg structureel met € 10 miljoen te verhogen.

Bij de monetarisering van de mantelzorg komen soms de feiten en de beeldvorming niet geheel overeen. Ik geef een voorbeeld. Bij ouders die zich uit een pgb van hun gehandicapte kind een (vrijwel) volledig salaris laten betalen en daarvoor de zorg verlenen, worden nog wel eens de wenkbrauwen gefronst. «Is dit nu de bedoeling van een pgb?». Ja, er is althans in principe niets op tegen als de ouder in kwestie een betaalde baan opgeeft en dan het zorgbehoevende kind, voor wie een pgb is verkregen, verzorgt. Ook hier moet weer een scherp onderscheid gemaakt worden tussen de indicatiestelling (die in een geval als dit hoog kan zijn), de keuze voor zin of pgb die daarop volgt, en de wijze waarop het pgb vervolgens besteed wordt. Ook over de besteding van het pgb aan door de ouder verleende zorg zal door of namens het kind verantwoording moeten worden afgelegd aan het zorgkantoor.

Toch kunnen deze feiten de zorg over dit thema niet wegnemen. Ook het CVZ signaleert in zijn al genoemde brief van 27 mei 2004 een aantal van deze problemen. Het CVZ brengt twee mogelijkheden onder de aandacht om betaling van mantelzorgers te beteugelen. In de eerste plaats verruiming van de reikwijdte van het begrip «gebruikelijke zorg»; daarmee zou dit, meer dan nu, afdwingbaar worden. Daarbij valt bijvoorbeeld te denken aan de bepaling in het Werkdocument Gebruikelijke Zorg (Landelijke Vereniging van Indicatieorganen, 2003) die een periode van drie maanden bij persoonlijke verzorging door partners redelijk acht, maar langer niet. Deze drie-maanden-periode zou verlengd kunnen worden. Deze suggestie van het CVZ strekt zich, als betrekking hebbende op de indicatiestelling, uit tot zin zowel als pgb. Ik verwacht in december de resultaten te ontvangen van de evaluatie van het Werkdocument Gebrui-

kelijke Zorg. Ik zal deze suggestie van het CVZ bezien in het kader van deze evaluatie.

Als tweede mogelijkheid noemt het College het opnemen van een bepaling in de pgb-regeling die het voor de budgethouder onmogelijk maakt om inwonende familieleden in te huren. De suggestie van het College om in het geheel geen inwonende familieleden uit een pgb te mogen betalen gaat mij te ver. Ik vind dat er geen bezwaar tegen bestaat dat ouders hun gehandicapte kind thuis verzorgen ten laste van het pgb van dat kind; hetzelfde geldt voor inwonende kinderen die hun ouders verzorgen. Wel vind ik het belangrijk dat we meer zicht krijgen op de kwaliteit van deze zorg (zie verder paragraaf 5.2.) Het onmogelijk maken van deze vormen van besteding van het pgb is nu niet aan de orde. Het gaat daarbij, ik herhaal dat nogmaals, altijd om zorg boven het niveau dat als «gebruikelijk» wordt gekwalificeerd.

Het College meent ook, terecht naar mijn mening, dat het vergoeden van mantelzorg niet als volledig ongewenst kan worden gekwalificeerd. Het College constateert een afnemende bereidheid om mantelzorg te verlenen. Het is volgens het College ook een gunstig effect van het pgb dat verzekerden daarmee in staat zijn om gebruik te maken van hun informele netwerk, waardoor zij een arbeidsmarkt aanboren die voor zorg in natura niet beschikbaar is. Ik onderschrijf die stellingname.

De Vereniging van Budgethouders Per Saldo erkent in zijn brief van 26 mei 2004 aan het CVZ (nr. 1957/as/kd) de onwenselijkheid van het betalen van een mantelzorger uit een pgb, in gevallen dat de overbelasting van deze mantelzorger reden was om een indicatie voor AWBZ-zorg te vragen. Per Saldo pleit ervoor dit in de regeling onmogelijk te maken, tenzij de mantelzorger in kwestie aantoonbaar zijn activiteiten beperkt, bijvoorbeeld door het opgeven van een betaalde baan. Mét het CVZ en Per Saldo ben ik van mening dat de situatie van een overbelaste mantelzorger wiens overbelasting verdwijnt als hij of zij vanuit een pgb wordt betaald, bepaald onwenselijk is. Aan zo'n mantelzorger de eis stellen dat deze aantoonbaar zijn activiteiten beperkt alvorens hij uit het pgb betaald kan worden komt mij redelijk voor. In dergelijke situaties kan het zorgkantoor nu al het RIO verzoeken om ambtelijk een herindicatie uit te voeren. Een ingehuurde mantelzorger zal dan door het RIO niet langer als overbelast worden aangemerkt en de indicatie zal worden aangepast. Ik zal het CVZ vragen datgene te doen wat nodig is om dit (nogmaals) onder de aandacht van betrokkenen te brengen.

Zoals gezegd is de zorg rondom dit thema niet weg, én ook niet weg te nemen met de twee hierboven aangekondigde maatregelen. Ik wil echter geen overhaaste maatregelen nemen op dit punt, daarvoor is het pgb een te belangrijk middel gebleken om de beleidsdoelstellingen van het realiseren van vraagsturing, zorg op maat en doelmatigheid te realiseren. Wel wil ik antwoord krijgen op tot nu toe onbeantwoorde vragen over het vóórkomen van monetarisering van de mantelzorg, de mogelijke lange termijn effecten daarvan en of en in hoeverre er sprake is van het stimuleren van een latente vraag. Op deze punten zal ik het CVZ vragen zijn monitoring te richten.

4.1.c) Het inzetten van de eigen bijdrage

Het feit dat de eigen bijdrage niet altijd besteed wordt aan zorg (zonder dat mij signalen bereiken van alarmerende «onderconsumptie») wijst eerder op een iets te ruime indicatiestelling dan dat het als een feilen van de regeling gezien moet worden. De min of meer structurele onderbesteding van het budget met 15% wijst in dezelfde richting. Ik meen overigens dat er geen principieel bezwaar tegen bestaat als de budgethouder er,

door scherp inkopen en goed onderhandelen met zijn zorgverleners, in slaagt uit te komen met lagere kosten dan zijn netto-pgb plus zijn eigen bijdrage. Zoals hiervoor (in paragraaf 3.1) al aangegeven gaat het bij de eigen bijdrage over het algemeen om relatief geringe bedragen. Tegen deze achtergrond zijn er geen redenen de eigenbijdrageregeling bij pgb te wijzigen. Wel zal ik het CVZ verzoeken de budgethouders er in de toekenningsbeschikking nog eens op te wijzen dat men geacht wordt de ingehouden eigen bijdrage zelf alsnog aan zorg te besteden.

4.1.d) De uitruil van functies

Er is bij de instelling van de pgb-regeling (nieuwe stijl) gekozen voor een ruime bestedingsmogelijkheid. Het is met andere woorden mogelijk om het budget te besteden aan functies waarvoor men niet is geïndiceerd, zolang het maar om verzekerde zorg gaat waarvoor een pgb kan worden toegekend. Voor deze mogelijkheid is gekozen vanwege de uitvoerbaarheid van de regeling door de zorgkantoren. Uit het evaluatieonderzoek van HHM blijkt dat de uitruil van functies het meest voorkomt bij de functies ondersteunende en activerende begeleiding. Ik zie voorsnog geen reden, mede gelet op het voorkomen van uitbreiding van de administratieve lasten voor zorgkantoren en budgethouders, om uitruil van functies onmogelijk te maken. Wel zie ik in het feit dat de meeste uitruil plaatsvindt bij activerende en ondersteunende begeleiding een extra argument voor het in paragraaf 5.1. aangekondigde onderzoek naar een nadere protocolering van deze functies.

4.2. Onbedoelde onredelijkheden

4.2.a) Eigen bijdrage bij tijdelijk verblijf

Door het CVZ wordt de aanbeveling gedaan om de eigen bijdrage bij tijdelijk verblijf af te schaffen. Deze leidt volgens het CVZ tot een onbedoelde cumulatie. Bij tijdelijk verblijf wordt tevens datgene geïndiceerd wat de budgethouder tijdens dat tijdelijk verblijf aan zorg nodig heeft. Hij wordt bijvoorbeeld een weekend opgenomen, maar heeft dan ook, net als thuis, behoefte aan ondersteunende begeleiding. Deze koopt hij ook voor dat weekend in vanuit zijn eigen budget. Hij betaalt dan voor zeven dagen per week eigen bijdrage ondersteunende begeleiding, en voor twee dagen per week eigen bijdrage tijdelijk verblijf. Bij opname in natura (bijvoorbeeld iemand die een week in een verzorgingshuis doorbrengt) betaalt men alleen de eigen bijdrage voor die opname.

Ideaal zou zijn als het zorgkantoor in bovenstaand geval voor de vijf door-deweekse dagen eigen bijdrage ondersteunende begeleiding zou inhouden, en voor het weekend alleen de eigen bijdrage tijdelijk verblijf. Het zorgkantoor kan echter in de administratie niet zien dat die twee dagen ondersteunende begeleiding verleend worden tijdens een tijdelijk verblijf. Om nu toch te voorkomen dat de budgethouder, onbedoeld, een dubbele eigen bijdrage moet betalen stelt het CVZ voor deze, als next best oplossing, bij tijdelijk verblijf af te schaffen. De kosten daarvan worden door het CVZ voor 2005 geschat op € 222 000,-¹. De argumentatie van het CVZ komt mij juist voor; gelet op de geringe financiële effecten en de inderdaad onbedoeld ongunstige uitwerking van de regeling op dit punt zal ik de regeling op dit onderdeel wijzigen.

4.2.b) Eigen bijdrage bij ondersteunende en bij activerende begeleiding

Het CVZ beveelt tevens aan de eigen bijdrage bij activerende begeleiding en bij ondersteunende begeleiding af te schaffen. Argument hiervoor is dat deze ook bij zin niet wordt gehanteerd, daar de perceptiekosten de verwachte opbrengst overtreffen. Ik heb besloten deze aanbeveling niet te volgen. Van het hanteren van een eigen bijdrage voor deze functies is bij zin afgezien op grond van zwaarwegende praktische overwegingen. Dat is

¹ Het CVZ maakt een schatting op basis van gegevens van 19 van de 32 zorgkantoren. Het aantal budgethouders van 18 jaar en ouder aan wie een PGB voor tijdelijk verblijf is toegekend bedraagt 1,6% van het totaal aantal budgethouders nieuwe stijl. Afschaffing van de eigen bijdrage voor tijdelijk verblijf leidt tot een daling van de eigen bijdrage met € 4,43 per persoon per week. Het aantal budgethouders nieuwe stijl voor 2005 wordt geraamd op gemiddeld 60 000. Afschaffing van de eigen bijdrage voor tijdelijk verblijf heeft daarom voor 2005 een financieel effect van $60\,000 \times 1,6\% \times € 4,43 \times 52 = € 221\,145,-$.

geen reden deze eigen bijdrage daarom met een beroep op het «gelijkheidsbeginsel» ook bij pgb achterwege te laten.

4.3. Verbeteringen in de uitvoering

Het CVZ doet een aantal aanbevelingen voor verbeteringen in de uitvoering, waarop ik met mijn brief van 13 oktober 2004 al positief heb gereageerd. Het betreft hier:

- De aan het zorgkantoor op te leggen verplichting om aan het einde van iedere verantwoordingsperiode een verantwoordingsformulier toe te sturen;
- Het verkorten van de termijn voor het inzenden en beoordelen van het verantwoordingsformulier tot zes weken;
- Het aan de zorgkantoren geven van de bevoegdheid om, indien zij per 1 maart niet kunnen beschikken over de benodigde inkomensgegevens, deze te baseren op de meest recente gegevens.

Het CVZ doet daarnaast een aantal andere aanbevelingen.

4.3.a) Abonnement zorgkantoren op Gemeentelijke Basisadministratie

De uitvoeringspraktijk van de pgb-regeling kan vereenvoudigd worden als zorgkantoren een abonnement kunnen krijgen op de GBA. Hoewel ik het nut van deze aanbeveling onderken, heeft een en ander de nodige haken en ogen op het gebied van de privacywetgeving waardoor ik mij nog geen oordeel over de uitvoerbaarheid van deze aanbeveling heb kunnen vormen. Ik zal hierover in overleg treden met het College Bescherming Persoonsgegevens.

4.3.b) Afschaffen van de 10%-regeling

Het CVZ beveelt aan de «10%-overheveling» af te schaffen. Deze bestaat eruit dat een budgethouder die aan het eind van het kalenderjaar budget over heeft, 10% daarvan mag meenemen naar het volgende jaar. De ratio achter het opnemen van deze bepaling was destijds dat de keuzevrijheid bij de besteding van het budget niet beperkt zou moeten worden door een voor de budgethouder irrelevant administratief verschijnsel als de «jaar-overgang» waarmee de zorgkantoren te werken hebben. De regeling geeft echter grote administratieve problemen in de uitvoering, reden waarom ook Zorgverzekeraars Nederland pleit voor afschaffing van deze bepaling.

Ik erken dat uitvoering van de regeling grote problemen voor de zorgkantoren oplevert. Zorgkantoren kunnen hierdoor pas met grote vertragingen definitieve budgetten vaststellen.

Hoewel afschaffen van deze maatregel een zekere beperking van de vrijheid van de budgethouder bij de besteding van het budget met zich meebrengt, heb ik, vanuit een redelijke afweging van de belangen van de budgethouders tegen de administratieve belasting van de zorgkantoren, besloten deze bepaling uit de regeling te schrappen.

4.3.c) Omzetten van «maandklanten» naar «kwartaalklanten»

Teneinde de administratieve lasten te verminderen, beveelt het CVZ aan om zorgkantoren de bevoegdheid te geven budgethouders die een jaarlang naar tevredenheid per maand verantwoord hebben, na dat jaar per kwartaal verantwoording af te laten leggen. Het College berekent dat in het geval de helft van de zorgkantoren van deze bevoegdheid gebruik maakt, het aantal verantwoordingsformulieren met 12,5% zal dalen. Zorgverzekeraars Nederland heeft mij laten weten dat de zorgkantoren liever niet belast willen worden met twee «soorten» klanten. Als het gaat om de keuze tussen maand- en kwartaalklanten willen zij bij voorkeur alleen kwartaalklanten.

Het gaat in het voorstel van het CVZ nadrukkelijk om een *bevoegdheid* van de zorgkantoren; niets staat een zorgkantoor in de weg het bij één categorie te houden. Alle budgethouders uitsluitend per kwartaal verantwoording laten afleggen betekent een te groot risico in gevallen waarin wegens onregelmatigheden of om andere redenen geheel of gedeeltelijk moet worden teruggevorderd. Gegeven de vrijheid die een individueel zorgkantoor houdt, en gelet op de mogelijkheid de administratieve lasten aanzienlijk te laten dalen, volg ik de aanbeveling van het College in deze. Met deze wijziging wordt een optimum gecreëerd tussen controle-mogelijkheden en beperking van administratieve lasten.

4.3.d) Nieuw indicatieonderzoek in opdracht zorgkantoren

Het CVZ beveelt aan zorgkantoren de bevoegdheid te geven om aan het RIO de opdracht te geven een nieuw indicatieonderzoek te beginnen. Deze aanbeveling is vooral ingegeven door het feit dat zorgkantoren soms indicaties tegenkomen waarvan zij vermoeden dat er iets fout is gegaan. Het RIO is onder de huidige regelgeving altijd bevoegd een nieuw indicatieonderzoek te beginnen, maar is daartoe niet verplicht.

De scheiding tussen objectieve vaststelling van de zorgbehoefte en toewijzing daarvan is een essentieel kenmerk van de keten van zorgvraag tot zorgconsumptie. RIO en zorgkantoor hebben verschillende rollen en verantwoordelijkheden. Slechts in uitzonderlijke gevallen moet worden toegestaan dat het ene orgaan «op de stoel van de ander gaat zitten». Bij naar de mening van het zorgkantoor opmerkelijke indicaties lijkt in de praktijk een telefoontje vaak voldoende om het probleem op te lossen; de bevoegdheid om het RIO (informeel) te verzoeken nog eens naar de zaak te kijken zal in de meeste gevallen voldoende zijn om dan nog bestaande problemen op te lossen. Ik neem deze aanbeveling daarom niet over.

4.3.e) Beheer en verantwoording van het budget

Bij 10 tot 15% van de budgethouders doen zich volgens opgave van de budgethouder problemen bij de verantwoording voor (gegevens ITS). In een kwart van deze gevallen ligt de oorzaak daarvan bij de budgethouder zelf. Het CVZ constateert dat na rappellering in geval van vertraging nog 1 à 2% problematisch blijft. Het gehele proces kan bekort worden door de termijnen waarop verantwoordingsformulieren moeten worden toegestuurd te bekorten, vereenvoudiging van het formulier, en bekorting van de inzendtermijn. Ik heb op deze aanbevelingen inmiddels instemmend gereageerd.

Het CVZ stelt de mogelijkheid voor om het externe beheer van het budget, als men daarvoor kiest, ten laste te brengen van het pgb. Gegeven het feit dat de budgethouders de regeling nog steeds als administratief belastend en bureaucratisch ervaren, heb ik in principe begrip voor deze aanbeveling. Daar staat echter tegenover dat ik het ontstaan van allerlei bureaus voor het beheer van pgb's onwenselijk zou vinden. Achtergrond van het pgb is dat de budgethouder de lusten, maar ook de lasten van zijn keuze voor een eigen budget draagt. Wil men ervoor kiezen een ander het budget te laten beheren en verantwoorden, dan dient dat ten eigen laste te komen. Het feit dat veel budgethouders de eigen bijdrage niet besteden wijst erop dat hier zeker financiële ruimte voor bestaat. Ik wil deze aanbeveling dan ook niet volgen.

5. Overige onderwerpen en maatregelen

5.1. Activerende begeleiding

Het CVZ beveelt aan om de mogelijkheid voor de functie activerende begeleiding een pgb te verkrijgen te beëindigen. De argumentatie van het

CVZ luidt dat bij activerende begeleiding altijd een element van tijdelijkheid, van het bereiken van een doel, van verbetering, een rol moet spelen. Een gecontracteerde instelling kan daar een toets op doen; in geval van een pgb gebeurt dat niet. In de praktijk is de klant tevreden, de zorgverlener ook, maar er zit geen progressie in, waardoor de besteding van zorggelden langer duurt dan (wellicht) noodzakelijk. Ook heeft de klant desondanks heel tevreden kan zijn. De kwaliteit is een punt dat mij na aan het hart ligt en waar ik in paragraaf 5.2. nader op in ga.

De argumentatie van het CVZ snijdt bepaald hout. Ook de relatief grote «uitruil» tussen activerende begeleiding en ondersteunende begeleiding wijst erop dat het echt activerende element van de functie in de praktijk niet altijd wordt gerealiseerd. Anderzijds bereiken mij ook signalen dat een langerdurende inzet van activerende begeleiding onder omstandigheden gerechtvaardigd kan zijn en dat zorgvernieuwend initiatieven een kans krijgen juist vanwege het bestaan van de mogelijkheid een pgb voor deze functie te krijgen. Beëindigen van deze mogelijkheid zou budgethouders in de kou zetten omdat ze nu gebruik maken van begeleiding die in zorg in natura niet wordt aangeboden. Voorts moet in gedachten gehouden worden dat ook aan de kant van de indicatiestelling een ongevenst lang gebruik van deze functie begrensd kan worden. Ik wil over deze aanbeveling daarom nu nog geen besluit nemen. Ik zal in 2005, zoals eerder gezegd, een onderzoek laten uitvoeren naar de wijze waarop de functies ondersteunende begeleiding en activerende begeleiding nader kunnen worden afgebakend. Dit onderzoek heeft een bredere strekking dan de vraag of activerende begeleiding tot de mogelijke pgb-functies moet blijven behoren. Ik zal op basis van de uitkomsten daarvan een besluit nemen.

5.2. Kwaliteit

Bij de toekenning van een pgb wordt aan de verzekerde de verplichting opgelegd dat de zorg die wordt ingekocht, kwalitatief verantwoord is (artikel 2.5.6.8, lid 1 sub b). Kwalitatief verantwoord is die zorg die voldoet aan de daartoe strekkende normen van diverse zorgverlenende beroepsgroepen voor zover van toepassing. Uitgangspunt van het pgb is dat de budgethouder zelf redelijkerwijs in staat is te oordelen over de kwaliteit van de zorg (consumentensoevereiniteit). Vervolgens zijn op de desbetreffende beroepsgroepen en/of erkende AWBZ-instellingen die zorg aan budgethouders verlenen onverkort de wet BIG en de Kwaliteitswet zorginstellingen van kracht.

Blijkens het ITS-onderzoek is bijna 95% van de budgethouders van mening dat de kwaliteit van de ingekochte zorg goed of zeer goed is. Een zelfde percentage geeft aan dat de zorg geheel of grotendeels komt op de gewenste momenten. 80% meent dat de zorg overeenkomt met de hulpbehoefte; 65% heeft de zorg geheel «op maat» kunnen realiseren, en 35% grotendeels. Van de budgethouders koopt 64% alleen zorg in bij bekenden of mantelzorgers, 22% alleen bij instellingen en 14% koopt gemengd in. Hoewel het hier om de subjectieve meningen van de budgethouder gaat, zijn deze uitkomsten zondermeer goed te noemen.

Omdat het echter alleen om een kwaliteitsmeting bij budgethouders gaat, is het niet uit te sluiten dat er sprake is van situaties waarin de kwaliteit van de geleverde zorg te wensen overlaat. De kwaliteit blijkt een terugkerend punt van discussie en wel met name in gevallen waar de mantelzorgers de zorgaanbieder is. Dit is bij de overgrote meerderheid van de budgethouders het geval en daarom ook een belangrijk thema. Aspecten spelen een rol als: «hoe kan je nu zorg van goede kwaliteit krijgen als je je

mantelzorger inhuurt?» en «Is een verstandelijk gehandicapt kind wel altijd beter af als hij zorg van zijn ouders ontvangt? Komt hij dan nog wel voldoende buiten de gezinssituatie? Wat als de argumenten van ouders om voor een pgb voor hun zorgbehoevende kind te kiezen hoofdzakelijk financieel zijn ingegeven?»

Ik wijs erop dat de pgb-regeling de mogelijkheid kent een pgb te weigeren in geval het zorgkantoor, op advies van een instelling voor algemeen maatschappelijke werk of de Raad voor de kindbescherming, van oordeel is dat een pgb ten behoeve van inkoop van zorg voor een minderjarige, door zijn wettelijke vertegenwoordigers ergens anders voor zal worden gebruikt. Indien te verwachten valt dat dit mishandeling, verwaarlozing of ernstige schade voor de opvoeding of ontwikkeling van het kind ten gevolge heeft, wordt het pgb geweigerd. Deze mogelijkheid is opgenomen in de pgb-regeling als artikel 2.5.6.3, tweede lid onder c. Ik wil graag weten hoe vaak er op basis van dit artikel een pgb wordt geweigerd. Ik zal CVZ verzoeken dit in zijn monitoring mee te nemen en er in zijn voorlichting aandacht aan te besteden. Tevens zal ik nagaan of dit artikel in de praktijk toereikend is gezien de beperking ervan tot minderjarigen.

Ik verwacht dat bij pgb's die eenmaal zijn toegekend de kwaliteitsvraag zich voornamelijk zal voordoen bij de functies ondersteunende- en activerende begeleiding. Ik wil daarom in het kader van het aangekondigde onderzoek naar een nadere afbakening van de functies ondersteunende- en activerende begeleiding tevens onderzoeken hoe het in de praktijk gesteld is met de kwaliteit van de met een pgb ingekochte ondersteunende en activerende begeleiding.

5.3. Tarifiering 2005

In het op 11 juni 2003 vastgestelde Verslag van een schriftelijk overleg met de Tweede Kamer over pgb-nieuwe-stijl (Tweede Kamer, vergaderjaar 2002–2003, 25 657 en 26 631, nr. 275) heb ik medegedeeld dat voor de zorg in natura wordt gewerkt aan de ontwikkeling van een normatief kostprijsmodel. Bepaalde elementen van dit kostprijsmodel zouden ook als basis kunnen fungeren voor pgb-tarieven. Aanpassing van de pgb-tarieven naar aanleiding van dit onderzoek zou, zo verwachtte ik, gelijk lopen met de invoering van functiegerichte bekostiging in natura.

Op dit moment is de ontwikkeling van de functiegerichte bekostiging in natura echter nog niet ver genoeg gevorderd om elementen daaruit te gebruiken voor het vaststellen van de pgb-tarieven. Ik heb daarom besloten voor 2005 nog de methode van indexering van de tarieven voor 2004 te hanteren. In 2005 zal ik de voorbereiding ter hand nemen van een normatief kostprijsmodel voor pgb-tarieven, synchroon aan de functiegerichte bekostiging van de zorg in natura. Ik zal daarbij ook bekijken of het mogelijk cq. wenselijk is in pgb-tarieven binnen de functies te differentiëren naar soort zorgaanbieder die wordt ingehuurd.

5.4. Beheerste groei voor het pgb

In de Rijksbegroting 2005 heb ik aangegeven, evenals voor de zorg in natura, voor het pgb een beheerste groei na te streven. Er zal daarom een maximaal budget komen dat een dergelijke groei mogelijk maakt. Het kiezen voor een pgb om daarmee mogelijke wachtlijsten bij zorg in natura te omzeilen is hiermee, voorzover dit voorkwam, begrensd.

Voor 2004 is de raming dat in totaal voor € 889 miljoen aan pgb's toegekend wordt. Voor 2005 wordt het plafond vastgesteld op € 942 miljoen. Dit

is inclusief een bedrag van € 15 miljoen dat overgeheveld wordt uit de beëindigde subsidieregeling «Voortzetting vergoedingen huishoudelijke hulp»; voorheen de Algemene Arbeidsongeschiktheidswet (AAW).

6. De toekomst

Samenvattend kom ik tot de conclusie dat de regeling pgb nieuwe stijl voldoet aan de doelstellingen van het komen tot vraagsturing en zorg op maat op een doelmatige manier. De regeling is weliswaar niet geheel «waterdicht», maar ongewenst gebruik lijkt zich niet vaker dan incidenteel voor te doen. Gebleken is dat gevallen van echte fraude slechts hoogstzelden voorkomen en dat in deze gevallen het budget zonder pardon wordt teruggevorderd. Ik neem een aantal maatregelen die de uitvoerbaarheid van de regeling vergemakkelijken en de beheersbaarheid ervan vergroten. Punten die mijn speciale aandacht in de komende tijd hebben zijn, zoals ik heb aangegeven, de monetarisering van de mantelzorg en de kwaliteit van met name de met een pgb ingekochte ondersteunende en activerende begeleiding. Op deze thema's ben ik van plan nader onderzoek te doen.

Hoe gaat het nu in de toekomst verder met het pgb? De invoering van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo) en de Zorgverzekeringswet (Zvw) per 1-1-2006 hebben invloed op hoe het pgb er in de toekomst zal uitzien. Het aantal budgethouders dat een beroep doet op de pgb-regeling die we nu hebben zal verminderen door de overheveling van de GGZ naar de Zvw en door de invoering van de Wmo. Hoeveel budgethouders per 1-1-2006 met deze veranderingen worden geconfronteerd en wat die veranderingen precies zullen inhouden, is nu nog niet exact te zeggen.

De overheveling van de extramurale GGZ naar de Zvw houdt in dat het vanaf 1-1-2006 niet langer mogelijk zal zijn voor mensen met een psychiatrische aandoening een pgb te verkrijgen voor alle AWBZ-functies waarvoor dat nu mogelijk is. Voor welke functies dat precies wel en niet zal gelden, is nu nog in onderzoek. In de Zvw is overigens de mogelijkheid van restitutie opgenomen en het is de verwachting dat dit een geschikt alternatief kan vormen voor mensen die straks geen pgb meer kunnen krijgen voor sommige AWBZ-functies. Daarnaast bestaat voor mensen die kiezen voor een naturapolis in de Zvw ook de mogelijkheid om gebruik te maken van niet-gecontracteerde zorgaanbieders.

Het voornemen van de Kamer via de motie-Vietsch c.s. is om per 1 januari 2006 de enkelvoudige huishoudelijke verzorging uit de AWBZ te halen en gemeenten verantwoordelijk te maken voor deze vorm van ondersteuning. Zorgvragers die alleen voor huishoudelijke verzorging zijn geïndiceerd zullen dan onder de Wmo vallen en hun pgb op grond van de AWBZ verliezen. De motie Arib c.s. (29 800-XVI, nr. 41) verzoekt de regering in de Wmo de garantie op te nemen dat de keuze tussen zorg in natura en een pgb gewaarborgd blijft. Dit onderwerp hoort, zoals eerder in de inleiding gezegd, in eerste instantie thuis bij de behandeling van de Wmo, waarnaar ik gaarne verwijs.

De Tweede Kamer heeft in de motie Vietsch c.s. gevraagd de mogelijkheid van een pgb voor de functie verblijf te realiseren. De Kamer koppelt in de motie deze mogelijkheid aan het gebruik van een pgb in hospices. Ik wijs erop dat het nu al mogelijk is een pgb in een hospice aan te wenden, voorzover men voor de relevante AWBZ-functies is geïndiceerd. Dat wil zeggen: voor de zorgfuncties is een pgb mogelijk, maar niet voor de «de woonfunctie», (de stenen, het gebouw) en ook niet voor de «hotel- en welzijnsdiensten» (de maaltijd, de vrijetijdsbesteding). U vraagt mij een pgb voor de functie verblijf in te stellen en dus de bestaande mogelijkheid

uit te breiden. Tot nu toe is daar bewust niet voor gekozen omdat het principe van scheiden van wonen en zorg uitgangspunt is.

Ik ben bereid de mogelijke voor- en nadelen van een pgb voor de functie verblijf, waartoe de motie in algemene zin oproept, te onderzoeken in het kader van de toekomstige ontwikkeling van de AWBZ, ook in relatie tot de Wmo en de Zvw. Hierdoor ontstaat immers een nieuwe beleidscontext waardoor ook de discussie over het al dan niet instellen van een pgb voor de functie verblijf in een nieuw daglicht kan komen te staan. Daarbij houd ik overigens wel vast aan het uitgangspunt van het scheiden van wonen en zorg, dus geen pgb voor «de stenen». In een verkennend onderzoek zou ik nadrukkelijk willen kijken naar de beheersbaarheid, de doelmatigheid en de vraag of de kwaliteit van zorg voor deze zware doelgroep met een pgb wel voldoende gewaarborgd kan worden.

De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
C. I. J. M. Ross-van Dorp