

Vergaderjaar 1997–1998

25 657

Persoonsgebonden budgetten

Nr. 4

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

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Rijswijk, 30 maart 1998

Bij de invoering van de landelijke subsidieregelingen van de Ziekenfondsraad voor het persoonsgebonden budget voor verpleging en verzorging (PGB-VV) en voor verstandelijk gehandicapten (PGB-VG) per 1 januari 1996 heb ik toegezegd, dat de Kamer na verloop van twee jaar aan de hand van de opgedane ervaringen een algemene evaluatie wordt voorgelegd. Die toezegging doe ik op deze wijze graag gestand.

Hiermee voldoe ik tevens aan het verzoek van uw Commissie bij brief van 17 maart 1998 om de algemene evaluatie vóór 1 april a.s. aan de Kamer toe te zenden, opdat de inhoud daarvan kan worden betrokken bij het algemeen overleg over de voortgangsrapportage thuiszorg op 1 april 1998.

De evaluatie berust op de rapportage van het onderzoek naar de werking van de subsidieregelingen dat de voorbije twee jaar in opdracht van de Ziekenfondsraad door het ITS is verricht. De ITS-rapportage treft u in de vorm van een bijlage aan, samen met de kanttekeningen en aanbevelingen die de Ziekenfondsraad aan mij heeft gericht.¹

Doel van mijn brief is u inzicht te geven in de wijze waarop het persoonsgebonden budget voldoet aan de verwachtingen van betrokkenen en op welke punten niet en op welke wijze op zowel de korte als de langere termijn in mijn perceptie het persoonsgebonden budget verder zou kunnen worden ontwikkeld. Daartoe is deze brief onderverdeeld in twee hoofdthema's: het PGB en de zorgvraag, de wijze van uitvoering en de systematiek. In elk van deze hoofdthema's komen de conclusies van het ITS en de Ziekenfondsraad terug, evenals mijn aanbevelingen voor de toekomst en stappen op korte termijn.

¹ Ter inzage gelegd bij de afdeling Parlementaire Documentatie.

1. Algemeen

Het PGB leidt tot een betere aansluiting van zorg op de vraag van de cliënten. De groei van het aantal budgethouders en hun tevredenheid over het PGB onderstreept deze verbetering. Door de introductie van het PGB is een fundamentele vernieuwing op gang gebracht die een cultuuromslag van de zorgsector vraagt. Daarom heeft het kabinet in 1995 besloten het PGB werkende weg te ontwikkelen. Het kabinet kiest uit oogpunt van volume-ontwikkeling en zorgvuldigheid voorlopig voor financiering op basis van een subsidieregeling en nog niet op grond van een wettelijke basis.

Voor een wettelijke regeling dient eerst een verdere groei in volume en breedte (intramurale zorg voor ouderen en gehandicapten en GGZ) plaats te vinden en moet de systematiek zijn uitgekristalliseerd. Een evenwicht tussen enerzijds eenvoud en een minimum aan bureaucratie en anderzijds een controle op bestedingen om naleving van werkgeversplichten te bevorderen, is in de systematiek nog niet gevonden.

Op termijn dient ervan uit te worden gegaan dat het macrobudget in de zorgsector wordt verdeeld naar het principe dat het geld de zorgvraag volgt. Pas op die manier kan volledige gelijkwaardigheid in keuzemogelijkheden tussen PGB en zorg in natura ontstaan. Op termijn, zo is de inschatting (ITS, pagina 129) zal het daarbij kunnen gaan om een kwart van de verstandelijk gehandicapten en bij de verpleging en verzorging om 45% van de zorgvragers. Daaruit vloeit ook voort dat het bij PGB om een keuzemogelijkheid naast het naturastelsel moet blijven gaan en dat het PGB meetelt in het totaal-zorgaanbod in de regio.

De middelen die voor het PGB-VV en het PGB-VG beschikbaar zijn, werden de afgelopen jaren nagenoeg verdubbeld: van bijna f 128 miljoen in 1996 naar ruim f 220 miljoen in 1998. De Kamer heeft met algemene ondersteuning de motie Van Blerck aanvaard, die verdere groei van het PGB bepleit met tenminste 10% van de middelen die jaarlijks voor de care-sectoren beschikbaar komen.

Op korte termijn zal, naast verdere groei van de middelen aan uitbreiding van het PGB naar andere sectoren moeten worden gedacht. In de GGZ vindt sinds vorig jaar een experiment plaats. De uitkomsten daarvan zullen begin volgend jaar beschikbaar zijn. Bij de beoordeling daarvan zal onder meer de vraag aan de orde zijn of het PGB bij acute zorgsituaties past waarin het element van specialistische behandeling voorop staat. In zijn algemeenheid is het PGB immers meer op de chronische zorgvraag afgestemd.

Inhoudelijk minder gecompliceerd moet daarom de invoering van een PGB als alternatief voor intramurale ouderen- en gehandicaptenzorg worden geacht. Zoals ik in mijn brieven van 5 februari en 4 maart jl. aan de Kamer heb aangegeven, wordt daarmee een belangrijke doelgroep bereikt. Aan de Ziekenfondsraad zal worden gevraagd voor een nader te bepalen volume een hoofdstuk verpleeghuis- en verzorgingshuiszorg in de PGB-regeling voor te bereiden, zodat dit met ingang van 1999 in zou kunnen gaan. Mede in het licht van de motie Van Blerck, ligt het voor de hand zo'n PGB-regeling te bekostigen uit volumegroei en voorlopig niet te financieren door het verminderen van de bestaande capaciteit.

2. Het PGB en de zorgvraag

Het PGB voldoet aan de verwachtingen waarmee het is geïntroduceerd: de ITS-onderzoekers concluderen dat het PGB de zorgvragers meer keuzemogelijkheden biedt, waardoor zij de zorg meer kunnen afstemmen op hun behoefte en dat zij daarin ook slagen, op een wijze die in kwaliteit tenminste vergelijkbaar is met zorg in natura (ITS, deel III, paragraaf 9.2).

Uit de reacties van de budgethouders in de verstandelijk gehandicaptenzorg «spreekt een overwegend positief oordeel over het persoonsgebonden budget» (ITS, pagina 43), terwijl van de budgethouders met een PGB-VG «92% beslist weer zou kiezen voor een persoonsgebonden budget» (ITS, pagina 41). Voor de zorgvragers is het PGB een verworvenheid.

Zowel op grond van de eerdere regionale experimenten als op grond van de landelijke ervaringen die de voorbije twee jaren zijn opgedaan moet worden vastgesteld dat het PGB als een zinvol nieuw allocatiemechanisme in de AWBZ moet worden beschouwd. In vergelijking met de zorg in natura zijn de gemiddelde kosten van een PGB laag. Enerzijds kan met het PGB een onnodig of ontijdig beroep op duurder voorzieningen worden vermeden, anderzijds kan met het PGB worden voorkomen dat zorgbehoevende personen van zorg verstoken blijven. De aanzuigende werking die naar de mening van de contactkantoren (ITS, pagina 28, 32) met het bereik van het PGB optreedt, zie ik dan ook veeleer als een verbetering van de doeltreffendheid van de sociale ziektekostenverzekering. Een PGB wordt immers slechts verkregen nadat door middel van indicatiestelling is komen vast te staan dat voor de betrokken zorgvrager een legitieme aanspraak op AWBZ-zorg bestaat.

Daarbij moet wel worden bedacht dat het PGB het karakter heeft van een afkoopsom. Als een zorgvrager de keuze maakt voor een PGB, moet hij met dat budget uitkomen. Het PGB is dus geen open bekostiging van een zorgplan. Wel dient de tarifiering van het PGB te zijn afgeleid van de kosten van vergelijkbare zorg in natura. De keuze tussen PGB en zorg in natura mag voor de zorgvrager geen financieel voor- of nadeel met zich meebrengen. Ook betekent het aanvaarden van een persoonsgebonden budget, het aanvaarden van de eigen verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van het individuele zorgplan.

Behalve als afkoopsom is het PGB bedoeld als alternatief voor zorg in natura. Zoals ik bij eerdere gelegenheden al heb aangegeven, dient het PGB niet te leiden tot indirecte bekostiging van niet-toegelaten voorzieningen. Ook bij gezamenlijke zorginkoop door meerdere budgethouders dient het individuele karakter van het PGB onverkort behouden te blijven. In dit opzicht ben ik van mening dat nog eens naar de positie van de zaakwaarnemer dient te worden gekeken. Ook dient voorkomen te worden dat door actieve professionele sturing, mensen die op eigen initiatief een PGB aanvragen, achter het net vissen. Op mijn verzoek heeft de Ziekenfondsraad de zorgkantoren er onlangs nog eens op gewezen dat zij erop dienen toe te zien dat het PGB niet leidt tot dubbele bekostiging van toegelaten plaatsen. Indien een budgethouder zorg inkoop bij een toegelaten zorgaanbieder dient ervoor te worden gewaakt dat geen verdringingseffect optreedt doordat een toegelaten plaats niet langer voor een wachtlijstkandidaat beschikbaar is. Vanzelfsprekend hoeft geen verrekening plaats te vinden indien zorginkoop bij toegelaten instellingen tot additionele productie leidt.

3. De wijze van uitvoering en systematiek

Kritische geluiden ten aanzien van het PGB, hebben zich vooral gericht op delen van de uitvoering. Concreet gaat het daarbij met name om de lange doorlooptijden bij het verkrijgen van een PGB; de voorlichting; de ingewikkelde administratieve uitvoering en de uitvoeringscultuur.

Een eerste aandachtspunt is de lange doorlooptijd bij de verkrijging van een PGB (ITS, pagina 18–19, 21). Deze wordt in belangrijke mate veroorzaakt doordat de vraag naar een PGB ruimschoots de beschikbare

middelen overtreft. Toewijzing vindt veelal pas plaats als er weer toekenningsmogelijkheden beschikbaar zijn. Het beheer en de kosten die de zorgkantoren maken bij de uitvoering van het PGB zullen door de Ziekenfondsraad worden betrokken bij de beschouwingen over de budgettering van de zorgkantoren.

Ook de voorlichting over het PGB kan worden verbeterd, aldus de bevindingen. Ik verwacht dat de budgethoudersverenigingen, die daarvoor ondermeer subsidie worden toegekend, een belangrijke rol blijven vervullen op het gebied van informatie en advies ter ondersteuning van potentiële budgethouders. Daarnaast zal ik ook de Ziekenfondsraad en de SVB vragen gezamenlijk de voorlichting te verbeteren.

Ook de administratieve uitvoering kan verbeterd worden. Deze hangt in sterke mate af van de aansluiting in de onderlinge relaties tussen de drie betrokken partijen: het zorgkantoor, dat enerzijds de budgetten toekent en anderzijds bestedingsinformatie dient te ontvangen van het administratiekantoor; de budgethouders, die de overeenkomsten met hun hulpverleners en de daaruit voortvloeiende declaraties dienen in te zenden aan het administratiekantoor; het administratiekantoor dat, op grond van de regeling de verantwoordelijkheid draagt voor de correcte aanwending van het budget voor betalingen wegens aan de verzekerde verleende zorg en de behoorlijke afwikkeling in verband met de werkgeversfunctie. Die verantwoordelijkheid stelt hoge eisen aan dossiervorming en administratieve bescheiden. Doordat de betaling aan hulpverleners afhankelijk is van declaraties die de budgethouder indient bij het administratiekantoor zal er altijd sprake zijn van een langere betalingstermijn dan bij loonbetaling gebruikelijk is.

De centrale administratieverplichting is in het leven geroepen om te waarborgen dat de budgethouders aan hun sociaal- en fiscaalrechtelijke verplichtingen voldoen. Blijkens het onderzoek (ITS, pagina 78) zijn dergelijke verplichtingen in de vorm van loonheffing en premieplicht slechts bij een kleine minderheid daadwerkelijk aan de orde, en wel voornamelijk bij de budgethouders met een hoog PGB, terwijl de totale opbrengst van loonheffing beperkt blijft tot 5% à 7% van de gedeclareerde bedragen. Voor de onderste helft van de budgetten is de opbrengst van verwaarloosbaar geringe betekenis.

De onderzoekers bepleiten op grond van hun bevindingen een verhoging van het forfaitaire bedrag van f 2 400 thans naar f 6 500 of f 10 000 op jaarbasis (ITS, pagina 127). Verhoging van het forfaitaire bedrag wordt door de Ziekenfondsraad met kracht van argumenten ondersteund. De Raad ziet anders weinig mogelijkheden om tot de zozeer gewenste vereenvoudiging en ontbureaucratisering van het PGB te komen. Deze redenering wordt de onderzoekers ook ingegeven door het feit dat het PGB in het geval van verpleging en verzorging hoofdzakelijk en in het geval van verstandelijk gehandicaptenzorg voor een belangrijk deel betrekking heeft op het dagelijkse bestaan in de thuissituatie. Het ligt dan voor de hand om een persoonsgebonden budget dat wordt verkregen wegens de behoefte aan hulp of begeleiding in het dagelijkse bestaan zoveel mogelijk de vorm te geven van een forfaitair bedrag, zonder er complicerende en bureaucratische voorwaarden aan te verbinden. Naar aanleiding van de evaluatiebevindingen en het standpunt van de Ziekenfondsraad ben ik van plan de mogelijkheden voor verhoging van het forfaitair bedrag te laten verkennen.

Op grond van de overwegingen van de Ziekenfondsraad kan ik vooralsnog wel instemmen met zijn voorstel om af te zien van het invoeren van budgetcategorieën voor het PGB-VV. Wel zal bij de invoering

van een PGB voor verpleeghuis- en verzorgingshuiszorg de eventuele wenselijkheid van budgetcategorieën uit oogpunt van afstemming nogmaals moeten worden gezien.

Een moeilijk te specificeren, maar niet onbelangrijk aandachtspunt is tenslotte de uitvoeringscultuur rond het PGB. Ook hiervoor werd in de diverse evaluaties aandacht gevraagd. Zo dient bijvoorbeeld te worden voorkomen dat een budgethouder wiens vrouw op goede gronden in plaats van haar baan buitenshuis voor hem gaat werken, vervolgens bij herindicatie met de opvatting wordt geconfronteerd dat het budget fors kan worden verlaagd omdat er immers mantelzorg beschikbaar is. Ik verwacht dat met de verdere ontwikkeling van het PGB ook deze gewenste cultuuromslag plaats zal vinden.

4. Tot slot

Gezien de vele obstakels qua technische uitvoering en beheersbaarheid van het PGB op dit moment, stel ik resumerend voor vooralsnog vast te houden aan het PGB als subsidieregeling. Wel zal ik de Ziekenfondsraad naar aanleiding van de eindevaluatie van het ITS vragen een uitvoeringstoets te doen naar de vereenvoudiging van de administratieve procedures. Ik beschouw een uitbreiding van de middelen (motie Van Blerck) en de uitbreiding naar andere sectoren (GGZ, verpleeghuiszorg) op dit moment als de belangrijke aanzetten om het instrument verder tot ontwikkeling te brengen.

De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E. G. Terpstra