

Vergaderjaar 2000–2001

**26 631**

**Modernisering AWBZ**

**25 657**

**Persoonsgebonden Budgetten**

**Nr. 14**

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

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 17 juli 2001

**1. Introductie**

Zoals aangekondigd in de brief van 16 februari jl. met nr. PBO/2153337 – die een reactie was op het overleg met uw Kamer over het kabinetsstandpunt op het rapport van de MDW-commissie onder leiding van de heer Etty – treft u namens het kabinet aan het voorstel voor de modernisering van de AWBZ en de vereenvoudiging van het persoonsgebonden budget (pgb).

Burgers stellen zich steeds mondiger op en geven uitdrukkelijk te kennen zelf vorm en inhoud te willen geven aan hun leven en willen daar ook zelf op aanspreekbaar zijn. Het inspelen op deze maatschappelijke ontwikkeling vormt de belangrijkste opgave voor de modernisering van de AWBZ: een zodanige herinrichting van het systeem dat daarin tegemoet wordt gekomen aan de wens van burgers voor meer keuzevrijheid, meer keuzemogelijkheden en meer (mede)zeggenschap. Om dit te bewerkstelligen wordt een tweesporenbeleid voorgestaan. Enerzijds via het tot stand brengen van een drastische vereenvoudiging van het pgb die er voor moet zorgen dat mensen die daar bewust voor kiezen in de mogelijkheid worden gesteld om zelf en onder eigen verantwoordelijkheid hun zorg te organiseren zonder een overdaad aan bureaucratie. Anderzijds via een wijziging in het natura-systeem die er voor moet zorgen dat ook mensen die deze verantwoordelijkheid niet zelf willen nemen, in staat worden gesteld een zorgpakket op maat te ontvangen.

Deze brief is nadrukkelijk een brief op hoofdlijnen, waarbij de uitgangspunten en het raamwerk worden neergezet, waarbinnen vervolgens nadere detaillering en uitwerking kan plaatsvinden.

## 2. Uitgangspunten & doelstellingen

Keuzevrijheid betekent voor de cliënt in de eerste plaats dat na de indicatiestelling een keuze voor zorg in natura of een persoonsgebonden budget gemaakt kan worden. In het eerste geval wordt de zorg (al dan niet in de vorm van zorgarrangementen) gecontracteerd door een zorgverzekeraar, in het tweede geval wordt de cliënt door middel van een budget zelf in staat gesteld de benodigde zorg te organiseren. Zowel het huidige zorg in natura aanbod als de huidige pgb-regelingen zijn – door historische ontwikkeling – sterk sectoraal en categoriaal georiënteerd. Grofweg is de AWBZ-zorg onderverdeeld in de sectoren verpleging en verzorging, geestelijke gezondheidszorg en gehandicaptenzorg. Binnen die sectoren zijn de aanspraken hoofdzakelijk omschreven in termen van de instellingen die de zorg leveren: het aanbod.

Om de omslag naar een vraaggestuurde zorg mogelijk te maken is de eerste doelstelling van de modernisering van de AWBZ daarom om de functies in de zorg centraal te stellen in plaats van de leverende instelling. Dit kan worden bereikt door de huidige awbz-aanspraken in functionele termen te omschrijven. Daarmee komen sectorale/categoriale «schotten» te vervallen. Deze vernieuwing in de omschrijving van de zorgaanspraken is zowel relevant voor de vernieuwing van zorg in natura als voor de vereenvoudiging van het pgb.

Met een functiegerichte omschrijving kan worden gekomen tot één integrale pgb-regeling. Dit leidt tot een verregaande vereenvoudiging ten opzichte van de huidige pgb regelingen. Op dit moment is er namelijk sprake van vijf verschillende pgb-regelingen<sup>1</sup> met alle een eigen systematiek, als gevolg van het feit dat elke specifieke pgb-regeling is afgeleid van de vigerende sectorale zorg in natura. Het bestaan van verschillende pgb-regelingen naast elkaar leidt tot problemen in de uitvoeringspraktijk. Daarnaast is het van belang dat andere uitvoeringsproblemen waarmee het pgb de afgelopen jaren is omgeven, worden opgelost. Deze uitvoeringsproblemen hebben naast de systematiek van de huidige regelingen, te maken met de complexe uitvoeringsstructuur met een centrale administratieverplichting. De tweede doelstelling van het beleid is daarom de uitvoeringsstructuur van de pgb-regeling drastisch te vereenvoudigen en de zeggenschap van de cliënt verdergaand te vergroten.

Vervolgens vereist modernisering van de AWBZ ook dat de keuzemogelijkheden voor de cliënt worden verruimd. Daarmee is de derde doelstelling de diversiteit in het natura-aanbod te vergroten. Dit geschiedt door de mogelijkheden voor toelating van nieuwe aanbieders te vergroten.

Voor het bereiken van meer keuzevrijheid, keuzemogelijkheden en de zeggenschap zijn de principes gehanteerd van eenduidigheid, eenvoud en «algemeen waar mogelijk en specifiek waar nodig». Dit laatste betekent bijvoorbeeld ten aanzien van de vereenvoudiging van de uitvoeringsstructuur dat zoveel mogelijk wordt uitgegaan van de (bestaande) algemene voorzieningen en reguliere structuren en organisaties, zoals de belastingdienst en de uitvoeringsinstellingen (uvi's).

Het is van essentieel belang voor de omslag naar een vraaggestuurde AWBZ dat de toegang tot de verzekerde aanspraken goed is geregeld. De toegang verloopt via een proces van onafhankelijke indicatiestelling. Onafhankelijke indicatiestelling is een aantal jaren geleden in de AWBZ ingevoerd. Eind vorig jaar zijn in het kader van de vorming van de robuuste rio's een drietal verbetertrajecten gestart. Deze richten zich achtereenvolgens op de kwalitatieve verbetering (uniformering en profes-

---

<sup>1</sup> Vier landelijke pgb-regelingen met alle een eigen systematiek te weten: voor de verpleging en de verzorging, voor de verstandelijk gehandicaptenzorg, voor de geestelijke gezondheidszorg en voor de intensieve thuiszorg en daarnaast is er een experiment pgb voor de lichamelijke gehandicaptensector.

sionalisering) van de indicatiestelling, de verbetering van de bedrijfsvoering en de bestuurlijke vormgeving. Een adequaat functionerende indicatiestelling dient als waarborg voor een beheerste ontwikkeling van de AWBZ.

Tot slot is het van belang bij de inrichting van het gehele traject aansluiting te zoeken bij de in gang gezette versterking van de verzekeraarsfunctie in het gehele ziektenkostenstelsel. Deze versterking is er bij gebaat dat de rol van de verzekeraar bij zowel de uitvoering van het pgb als bij die van de AWBZ op een consistente leest wordt geschoeid. Op termijn kan zo de verzekeraar via zijn natura-inkoopbeleid invloed uitoefenen op de vraag om pgb. Een natura-inkoopbeleid dat zich daadwerkelijk richt op wat cliënten wensen, zal de vraag om pgb afzwakken.

Bij het ontwerpen van bijgaande voorstellen is uitgegaan van de huidige situatie van de uitvoeringsstructuur van het eerste compartiment in casu de positie van de – door de zorgverzekeraars gemandateerde – zorgkantoren. Inmiddels heeft u een notitie met bouwstenen voor een stelselwijziging ontvangen. In deze brief worden dan ook geen maatregelen voorgesteld die conflicteren met de keuzen die in de bouwstenennotitie zijn gemaakt.

### **3. Een functiegerichte AWBZ**

De afgelopen jaren is reeds een beleid ingezet de huidige aanspraken te flexibiliseren. Hiermee is voor een groot deel van de AWBZ-zorg de mogelijkheid gecreëerd om het binnen een bepaalde sector buiten de muren inzetten van zorg mogelijk te maken.

Met het op termijn vervangen van de huidige institutioneel geformuleerde aanspraken door een formulering in termen van functies kan een slag verder worden gemaakt.

Met het functioneel omschrijven van de aanspraken wordt het mogelijk de huidige schotten tussen de sectoren te laten vervallen.

#### *3.1 Functies*

Bij het omschrijven van de aanspraken in termen van functies is het huidige awbz-pakket als uitgangspunt genomen. Met deze operatie wordt dus niet beoogd het huidige pakket en aanspraken te verruimen of te beperken. Bij het benoemen van de functies is gekeken naar overeenkomsten qua inhoud van zorg tussen de verschillende sectoren. De geflexibiliseerde aanspraken zijn als vertrekpunt genomen. Daarbij is vervolgens getracht het aantal functies – vanuit het oogpunt van eenvoud – zo klein mogelijk te houden en overlap tussen verschillende functies te vermijden – vanuit het oogpunt van eenduidigheid in interpretatie. De functies moeten vervolgens ook het gehele huidige zorgpakket kunnen dekken.

Dit heeft geresulteerd in een voorstel voor de volgende zeven zorgfuncties:

- huishoudelijke verzorging;
- persoonlijke verzorging;
- verpleging;
- ondersteunende begeleiding;
- activerende/adviserende begeleiding;
- behandeling;
- verblijf.

De omschrijving in termen van functies biedt voor partijen in het veld (cliënten, aanbieders en verzekeraars) de ruimte om binnen de geïndiceerde functies een zorgarrangement op maat af te spreken. Zo'n zorg-

arrangement is afhankelijk van de behoefte van de cliënt samengesteld uit verschillende producten. Nadrukkelijk is er niet voor gekozen om de zorg te omschrijven op productniveau. Definiëring op het niveau van producten zou een verdergaande detaillering en daarmee een inperking van de keuzemogelijkheden betekenen: het zou ten koste gaan van de gewenste flexibiliteit en zorg op maat en leiden tot een beperking van de mogelijkheden voor invulling op basis van persoonlijke behoeften en wensen van de cliënt. Daarnaast leidt het definiëren op het niveau van producten tot een hoge mate van bureaucrativering. Daarentegen wordt door uit te gaan van een functieniveau de beoogde diversiteit en dynamiek in het aanbod vergroot.

Indien een cliënt na indicatiestelling kiest voor zorg in natura betekent dit dat hij gebruik maakt van de zorg die de verzekeraar met aanbieders heeft gecontracteerd. Daarbij zijn verschillende modaliteiten mogelijk. Een cliënt kan bijvoorbeeld instappen op een zorgarrangement dat de zorgaanbieder heeft samengesteld en dat door de verzekeraar is gecontracteerd, hij kan ook zélf zijn zorgarrangement samenstellen bij verschillende door de verzekeraar gecontracteerde aanbieders. In beide gevallen wordt de in natura te leveren zorg persoonsvolgend bekostigd. Deze invulling van de zorg in natura voorkomt dat mensen alleen vanwege de onmogelijkheden van het naturasysteem kiezen voor een pgb. Opvallend is bijvoorbeeld dat circa 60% van de mensen met een pgb verstandelijk gehandicaptenzorg (pgb vg) reguliere zorg inkoop bij een (toegelaten) instelling. In beide modaliteiten heeft de verzekeraar overigens van te voren met de aanbieders onderhandeld over de prijs.

Indien de cliënt na indicatiestelling niet kiest voor zorg in natura, maar voor het zelf organiseren van de zorg kan worden gekozen voor een persoonsgebonden budget.

Met een pgb kiest de cliënt ervoor zelf met aanbieders van zijn keuze te onderhandelen over zijn zorgarrangement en de prijs die daarbij hoort. Een persoonsgebonden budget is aan de orde voor de eerste vijf functies. De functies behandeling en verblijf worden voor het pgb vooralsnog buiten beschouwing gelaten.

Aan deze keuze liggen de volgende redenen ten grondslag.

Het buiten het pgb houden van (financiering van) verblijf hangt samen met de doelstelling om in het beleid naar de toekomst toe, wonen en zorg in de AWBZ zoveel mogelijk te scheiden. Het verankeren van de financiering van verblijf met een pgb zou niet sporen met deze gewenste ontwikkeling. De keuze om behandeling buiten het pgb te houden is gelegen in het feit dat het, gelet op de grote verschillen qua aard en omvang van behandeling en de grote mate van diversiteit in specialismen in de verschillende AWBZ-sectoren, niet mogelijk wordt geacht op een korte termijn te komen tot een verantwoorde pgb-systematiek voor deze functie. Dit neemt evenwel niet weg dat indien iemand geïndiceerd is voor (een of meer van) de eerste vijf functies én de functie behandeling, men wel voor de eerste vijf functies een pgb kan verkiezen. Behandeling zal echter als functie via de natura systematiek worden verstrekt.

### *3.2 Indicatiestelling*

Voordat de keuze tussen zorg-in-natura of pgb aan de orde is, dient eerst door indicatiestelling, de zorgbehoefte van de persoon te worden vastgesteld. De indicatiestelling voor zorg in natura of een persoonsgebonden budget is identiek. Het functioneel omschrijven van aanspraken bevordert dat de indicatiestelling zich richt op de benodigde zorg en niet zoals dat nu veelal gebeurt op het aanbod. Daarmee draagt het bij aan de oorspronkelijke doelstelling van objectief, onafhankelijk en integraal indiceren. Daarbij kan functionele indicatiestelling tevens leiden tot een sterke

vereenvoudiging in formulieren en protocollen. Met gebruikmaking van de in de afgelopen jaren per sector ontwikkelde protocollen is het de bedoeling dat met één formulier en met één protocol de indicatiestelling verdergaand wordt geüniformeerd.

Deze ontwikkeling draagt ook bij aan de absoluut noodzakelijke professionalisering van de indicatiestelling. In het kader van de vorming van de robuuste RIO's zijn eind vorig jaar een drietal verbeteringstrajecten gestart. De eerste richt zich op een uniformering van de werkwijze, het gebruik van protocollen en de bevordering van de deskundigheid van de indicatiestellers, zodat de indicatiestelling kwalitatief verbetert. Het tweede traject heeft betrekking op verbetering van de bedrijfsvoering. Dat betreft verbetering van de registratie, de interne organisatie, de bestuurlijke vormgeving, productfinanciering, benchmarking, e.d. Het derde traject gaat over de bestuurlijke positionering. Hoewel de instandhoudingsplicht van gemeenten uitgangspunt is, is het noodzakelijk een meer gelijke schaalgrootte van RIO's te realiseren zodat er sprake is van een schaal waarop de geïndiceerde cliënt ook zijn zorg kan effectueren. Richtlijn daarvoor is twee RIO's in een zorgregio. Die schaalgrootte laat onverlet de wenselijkheid om in een gedeconcentreerde opzet de bereikbaarheid van het indicatieorgaan voor burgers in lokale loketten te garanderen. Hiermee hangt ook samen de gewenste bestuurlijke participatie van de partijen in de zorg. Vraag is of hetgegeven de objectieve, onafhankelijke en integrale indicatiestelling- voor de hand ligt zorgaanbieders, verzekeraars en lokale besturen, gegeven de verantwoordelijkheid voor de WVG, een plaats in het bestuur van de RIO te laten houden. De uitkomsten van het ibo-rapport toegang en indicatiestelling AWBZ, dat binnenkort verschijnt, zijn van groot belang voor de verdere verbetering van het functioneren van de RIO's.

### *3.3 Definiëring van omvang in klassen*

Naast het indiceren op inhoud in termen van functies, zal ook de omvang en de intensiteit van de zorg moeten worden geïndiceerd. De huidige pgb-regelingen kennen op dit moment twee verschillende manieren om tot een bepaalde aanduiding van de benodigde omvang van zorg te komen, te weten de uren x tariefsystematiek en de budgetcategorieënsystematiek. Aan beide systematieken kleven voor- en nadelen. De uren x tariefsystematiek pretendeert nauwkeurig aan te geven wat de omvang van zorgbehoefte is, maar biedt tegelijkertijd zeer weinig marge voor schommelingen in de situatie en omstandigheden van de cliënt. Daarnaast is de uren x tariefsystematiek erg bewerkelijk in zijn uitvoering. Onder andere door de noodzaak tot zeer regelmatige herindicatie in dit systeem.

De budgetcategorieënsystematiek biedt daarentegen wel een zekere marge of bandbreedte waarbinnen de cliënt wijzigingen in de situatie kan opvangen en is minder bewerkelijk. Het nadeel dat aan deze variant kleeft is echter dat door de grofmazigheid weer minder nauwkeurigheid wordt geboden voor een op individueel niveau omschreven zorgbehoefte. Daarom is een tussenvariant ontworpen door de omvang van de benodigde zorg per functie aan te geven in zogenaamde klassen. Daarmee ontstaat een matrixmodel bestaande uit functies en klassen. De klassen zullen worden opgebouwd aan de hand van historische gegevens uit de huidige zorgverleningspraktijk. Zij geven een zekere marge c.q. bandbreedte aan waarmee schommelingen in de intensiteit van de zorgvraag kunnen worden opgevangen. De functieklassesystematiek geldt voor de eerste vijf functies. Behandeling zal voorlopig blijven worden geïndiceerd volgens de huidige natuursystematiek. Hetzelfde geldt voor verblijf.

### 3.4 Waardebepaling PGB

Voor het vaststellen van het persoonsgebonden budget is een waarde- of prijsbepaling nodig. De omzetting van een indicatie in een bedrag waarmee de cliënt redelijkerwijs in staat wordt gesteld om zorg in te kopen, heeft tot op heden met de huidige pgb-regelingen tot veel discussie geleid. De reden hiervoor was dat de huidige bepaling van de hoogte van een budget niet anders dan van de prijzen in natura kunnen worden afgeleid. Deze prijzen in natura zijn echter opgebouwd uit instellingstarieven waarbij wordt uitgegaan van verevening van de kosten binnen een instelling. Daarom is er nu voor gekozen bij de totstandkoming van de hoogte van het budget uit te gaan van de gemiddelde loonkosten van de geïndiceerde zorg plus een opslag voor overhead (zoals goed werkgeverschap). Deze gemiddelde loonkosten zijn per functie verschillend, afhankelijk van het beroepskwalificatieniveau dat bij die betreffende functie hoort. Voor elke klasse zal een waarde worden bepaald op basis van die gemiddelde loonkosten en de marge van de klasse. De som van de geïndiceerde functieklassen leidt dan vervolgens tot de vaststelling van de hoogte van een budget. Om tot een verantwoorde prijsstelling te komen, wordt in principe aangesloten bij marktconforme prijzen.

### 3.5 Omslagpunt

De aan de klassen gekoppelde bedragen/waarden zullen per functie moeten worden genormeerd. Normering is noodzakelijk om een balans te creëren tussen enerzijds een zo optimaal mogelijke keuzevrijheid voor cliënten en anderzijds het principe van solidariteit. Het uitgangspunt bij de normering is in eerste instantie dat de cliënt met het aan de klasse gekoppelde bedrag, redelijkerwijs in staat gesteld moet worden om de benodigde zorg in te kopen. Vanuit het oogpunt van solidariteit en doelmatigheid is het vervolgens van belang dat er geen financieel voor- of nadeel voor de cliënt ontstaat tussen de zorg in natura en het pgb. Een collectieve verstrekking van zorg in natura in een instelling biedt schaalvoordelen doordat er sprake is van geclusterde zorgverlening. Deze doelmatigheid dient ook bij het pgb tot uitdrukking te komen. Een doelmatige besteding van middelen, maar ook van menskracht in de zin van inzet van het beschikbare personeel leidt ertoe dat bij de berekening van de waarden vanaf een bepaald punt een zekere correctie voor geclusterde zorgverlening wordt toegepast. Dit betekent echter niet dat een cliënt die de zorg thuis wil optimaliseren tot bijvoorbeeld continue verpleging en huishoudelijke verzorging dat niet mag, maar wel dat het beschikbaar te stellen persoonsgebonden budget aan een maximum is gebonden. Voor zeer bijzondere gevallen waarbij er sprake is van een medische contra-indicatie voor opname in een instelling zal wel een uitzonderingsbepaling (hardheidsclausule) worden opgenomen.

### 3.6 Eigen bijdrage

Op dit moment is er qua systematiek sprake van drie soorten eigen bijdragen, te weten de zogenaamde intramurale bijdrage voor verzekeren die zijn opgenomen in een AWBZ instelling, een eigen bijdrage voor psychotherapie en de eigen bijdrage voor de thuiszorg, die tevens van toepassing is bij extramurale verzorgingshuiszorg of verpleeghuiszorg. Omschrijving van de aanspraken in functionele termen betekent ook dat voor de eigen bijdrage een ontschotte AWBZ-brede systematiek moet worden ontwikkeld.

Bij het ontwerpen van een dergelijke systematiek worden de volgende uitgangspunten gehanteerd: een nieuwe regeling dient zoveel mogelijk aan te sluiten bij de bestaande regeling voor de eigen bijdrage in de thuiszorg,

de administratieve lastendruk moet zoveel mogelijk worden beperkt en de vast te stellen eigen bijdrage per individu wordt afgestemd op de draagkracht van de betrokken verzekerde.

Op basis van deze uitgangspunten is het voorstel een eigen bijdragebepaling op te nemen in de vorm van een percentage van het op basis van de indicatie toegekende bruto PGB bedrag. Dit betekent dat in eerste instantie de geïndiceerde functies met bijbehorende klassen bepalend zijn voor het vaststellen van de eigen bijdrage. De uitkomst daarvan wordt vervolgens inkomensafhankelijk genormeerd. Cliënten die het minst draagkrachtig zijn zullen daarmee een minimale eigen bijdrage betalen. In vergelijking met de huidige eigen bijdrage regeling voor de thuiszorg wordt, in plaats van vaststelling op basis van aantal uren zorg, een bepaald percentage gekoppeld aan het op de som van functieklassen gebaseerde budget, waarbij voor de definitieve vaststelling rekening wordt gehouden met het inkomen. Hiermee wordt een vereenvoudiging bewerkstelligd ten opzichte van de urensystematiek die qua administratieve belasting intensiever is. Voor zorg in natura zal in principe het zelfde systeem worden gehanteerd met dien verstande dat wanneer er sprake is van overbruggingszorg, niet de geïndiceerde zorg als uitgangspunt zal worden genomen, maar de geleverde zorg zoals dat nu ook het geval is. Wel zal in relatie tot implementatie de datum van invoering moeten worden bepaald. Een ontschotter eigen bijdrage systematiek betekent dat geen specifiek doelgroepenbeleid wordt gevoerd: de geïndiceerde functies zijn voor een ieder gelijkelijk bepalend. Dit heeft als gevolg dat deze regeling in tegenstelling tot de huidige situatie ook voor de geestelijke gezondheidszorg en de extramurale gehandicaptenzorg van toepassing zal zijn. Jongeren tot de 18 zullen worden uitgesloten van het betalen van een eigen bijdrage.

#### **4. Vereenvoudiging uitvoeringsstructuur PGB**

##### *4.1 Huidige situatie*

De uitvoeringsstructuur van het huidige pgb-stelsel heeft zich de afgelopen jaren omgeven met allerlei uitvoeringsproblemen die enerzijds te maken hebben met de systematiek van de pgb-regeling en anderzijds met de kwetsbaarheid van het omvangrijke administratieve systeem. Op dit moment zijn meerdere partijen betrokken bij de uitvoering van de pgb-regelingen. Het College voor zorgverzekeringen (CVZ) is beleidsmatig verantwoordelijk voor de opzet en de uitvoering van de subsidieregeling als geheel. Het zorgkantoor voert de pgb-regeling uit. Het zorgkantoor is verantwoordelijk voor het toekennen van budgetten. Met uitzondering van het forfaitaire bedrag (f 2400,-) is het thans zo geregeld dat de budgethouder geen budget in geld krijgt maar een budget in trekkingsrechten via de Sociale Verzekeringsbank (SVB). De SVB verricht op basis van declaraties van de budgethouder de betalingen aan de hulpverleners (particulieren en/of instellingen). Daarmee is dus thans sprake van een centrale administratieve verplichting (bij de SVB). Deze centrale administratieve verplichting is ingesteld vanwege:

- a. de mogelijkheden voor controle op eigenlijke besteding van middelen door de budgethouder in het kader van de sociale ziektekostenverzekeringen; hierbij gaat het om de rechtmatige besteding van het budget aan AWBZ verzekerde zorg;
- b. het voorkomen van (financiële) risico's voor de budgethouder bij de naleving van fiscale en sociaalrechtelijke verplichtingen en het tegelijkertijd geven van een redelijke mate van zekerheid aan hulpverleners;
- c. het terugvloeden van niet toegekende of niet bestede middelen naar het AFBZ;
- d. het kunnen voorzien in de nodige beleidsinformatie.

De verplichting om aan de centrale administratieverplichting deel te nemen heeft echter veel uitvoeringsproblemen teweeg gebracht. Het gaat om een administratie met vaak maandelijkse uitbetalingen bij soms in omvang en wettelijke status wisselende dienstverbanden en overeenkomsten en een daarbij omvangrijke stroom formulieren. Bedacht moet worden dat heel veel van deze declaraties en mutaties vanuit de optiek van de centrale administratieverplichting niet relevant zijn omdat daarin geen inhoudings- en afdrachtplichten bestaan.

#### *4.2 Nieuwe situatie*

In de nieuwe situatie wordt voor het verstrekken van een persoonsgebonden budget zoveel mogelijk aangesloten op de reguliere uitvoerestructuur van de AWBZ. Daarin is de verzekeraar/zorgkantoor verantwoordelijk voor de toewijzing van de zorg waar het gaat om zorg in natura en voor de toewijzing van een budget in de gevallen waarin de cliënt kiest voor een persoonsgebonden budget.

Door de centrale administratie te laten vervallen en het systeem van trekingsrechten te vervangen kan de relatie tussen de budgethouder en de hulpverlener worden hersteld en kan de cliënt zelf zijn zorg organiseren en met de hulpverlener onderhandelen over de kosten van de zorg en de voorwaarden waaronder de zorg wordt geleverd.

De cliënt is daarbij ook de eerst verantwoordelijke voor de kwaliteit van de te leveren zorg. Wel is voorwaarde dat de cliënt het persoonsgebonden budget besteedt binnen het zorgdomein (pgb-functies) van de AWBZ. Deze bestemmingsvoorwaarde wijkt niet af van de huidige pgb-regeling. Wel is het zo dat gegeven de sterke vereenvoudiging van de regeling de noodzaak voor een forfaitair bedrag niet meer aanwezig is.

In deze opzet resteert de invulling van de verstrekking van het persoonsgebonden budget aan de budgethouder. Een tweetal alternatieven zijn denkbaar en zullen in de komende maanden worden uitgewerkt. Op basis van die uitwerking zal het Kabinet een definitieve keuze maken en voorafgaand aan de behandeling van deze brief door uw Kamer u van de resultaten daarvan op de hoogte stellen.

#### *Eerste alternatief*

Het eerste alternatief gaat uit van het verstrekken van een budget (een som geld) aan de budgethouder die vervolgens bepaalt op welke contractuele manier hij zijn zorg inkoop. Afhankelijk van de hoogte van het pgb vindt halfjaarlijks of per kwartaal – en bij grotere bedragen per maand – bevoorschotting plaats. Per bevoorschotte periode vindt een voorlopige afrekening plaats op basis van bewijsstukken waaruit blijkt dat de gelden door de zorgverlener zijn ontvangen, inclusief de gegevens van de hulpverlener die nodig zijn in het kader van de belastingheffing en de sociale zekerheid. Bij gedeeltelijk onjuiste besteding vindt korting plaats bij het volgende voorschot en bij het ontbreken van verantwoording wordt het pgb stopgezet en vindt terugvordering plaats. In deze financierings-systematiek is er geen sprake van onderbesteding, omdat in het kader van de bevoorschotting verrekening plaats vindt. In dit alternatief is de budgethouder verantwoordelijk voor het voldoen aan de verplichtingen in het kader van de sociale zekerheid (goed werkgeverschap).

Gegeven de met het werkgeverschap verbonden gespecialiseerde werkzaamheden wordt er aan een facilitaire organisatie opdracht gegeven voor budgethouders, die dat willen, de met dat werkgeverschap verbonden taken in opdracht van de cliënt uit te voeren. Deze organisatie kan ook dienst doen als helpdesk voor de pgb-budgethouders en als centraal verzamelpunt van de informatie in het kader van de belastingdienst en de



uvi's optreden. De budgethouder die zelf de met het goed werkgeverschap samenhangende uitvoering ter hand wil nemen, kan dat doen met alle daarbij behorende lusten en lasten van dien. Door voor het beschikbaar stellen van deze faciliteit geen kosten in rekening te brengen, is het niet nodig in de waardebepaling van het pgb daarvoor een opslag op te nemen. Het beschikbaar stellen van deze dienstverlening komt tegemoet aan de vragen van uit de uitvoeringsorganisaties in de sociale zekerheid.

Voordeel van dit alternatief is dat ten opzichte van de huidige situatie een aanzienlijke vermindering van de administratieve lasten wordt verwacht.

#### *Tweede alternatief*

Het tweede alternatief gaat uit van het verstrekken van een voucher aan de budgethouder. Met dit voucher kan de budgethouder de hulpverlener «betalen» en de hulpverlener kan door inlevering bij de verzekeraar/zorgkantoor dit voucher verzilveren in contant geld. Conform het gestelde in het eerste alternatief toetst de verzekeraar/zorgkantoor of het aan de hulpverlener uit te betalen bedrag voldoet aan de bestemmingsvoorwaarde, te weten het binnen het AWBZ-domein besteden van het budget. In dit alternatief beschikt de budgethouder dus niet zelf over contant geld en mag alleen de hulpverlener het voucher incasseren. Indien er sprake is van onjuiste besteding, wordt de budgethouder hierop aangesproken. Bij terugkerend oneigenlijk gebruik volgt uitsluiting van het gebruik van vouchers en wordt de budgethouder doorverwezen naar zorg in natura.

Voordeel van dit alternatief ten opzichte van de huidige situatie is dat de budgethouders worden ontlast van administratieve taken.

In beide alternatieven moeten de belastingdienst en de uvi's kunnen beschikken over alle relevante informatie die nodig is voor het uitoefenen van hun taak. De verzekeraar/zorgkantoor zorgt voor deze informatievoorziening.

Het zorgkantoor/verzekeraar heeft belangrijke taken en verantwoordelijkheden bij de uitvoering van de pgb-regeling. In de eerste variant is het zorgkantoor belast met de toewijzing van het pgb, de bevoorschotting en de afrekening en in de tweede variant verstrekt het zorgkantoor na de toewijzing het voucher aan de budgethouder en betaalt het de hulpverlener op basis van inlevering van een voucher. In beide gevallen is het zorgkantoor verantwoordelijk voor de controle op de bestemming van het budget binnen het AWBZ-domein.

Wel zou nog kunnen worden overwogen in de nieuwe opzet een gemaximeerd forfaitair bedrag in te voeren. Keuze van de cliënt voor een dergelijk forfaitair bedrag heeft tot gevolg dat de budgethouder afziet van het toegekende budget en het forfaitair bedrag beschouwt als een afkoopsom, waarover geen verdere verantwoording is verschuldigd. Een optie die in beide varianten kan.

Zoals gezegd zal de komende tijd worden benut om deze twee varianten en detail uit te werken, zodat het kabinet een verantwoorde keuze kan maken voor het uit het oogpunt van de cliënt, de hulpverlener en de budgettaire gevolgen te prefereren alternatief.

#### *4.3 Werkgeverschap*

Complex aspect van de uitvoering van het pgb is de dienstbetrekking die valt onder het «volledig werkgeverschap», anders gezegd overeenkom-

sten die budgethouders met particuliere hulpverleners sluiten die een volledig verzekerd loondienstverband zijn. Overeenkomsten die budgethouders met hun hulpverleners sluiten voor het verlenen van zorg voor meer dan twee dagen per week vallen onder het «volledige werkgeverschap» met alle fiscale en sociale werkgeversverplichtingen (inhoudingsplicht) en de administratieve lasten (in ieder geval in juridische zin) voor de budgethouder die daar bij horen. Van alle overeenkomsten die met een pgb gesloten worden, wijzen de cijfers van de SVB over 1999 uit, dat slechts 10% van de zorgcontracten onder deze voorwaarden gesloten zijn. Daarnaast wordt 35% van de zorgcontracten door budgethouders gesloten met (zorgverleners die werken bij) een instelling. Omdat de instelling hierbij optreedt als werkgever is dit aspect voor de budgethouder niet aan de orde.

Het grootste gedeelte van de zorgcontracten – namelijk 55% – dat met een pgb gesloten wordt valt echter onder de zogenaamde tweedagen regeling huishoudpersoneel. De tweedagenregeling houdt in dat voor werknemers die in de regel op niet meer dan twee dagen per week werkzaam zijn ten behoeve van persoonlijke dienstverlening voor de werkgever geen fiscale en sociaalrechtelijke inhoudings- en afdrachtplicht geldt. Uitvoering van het werkgeverschap is in deze gevallen voor de budgethouder een stuk eenvoudiger.

Om de complexiteit rond het pgb inzake het werkgeverschap – naast het bieden van een centrale faciliteit voor het overnemen van deze taak – op te lossen kan gezien worden of de tweedagenregeling omgevormd kan worden tot een uren-regeling. Op dit moment is namelijk het onderscheidend criterium van wel of niet een verlicht sociaal fiscaal regime het aantal dagen per week waarop gewerkt wordt. Dit betekent dat als een hulpverlener bijvoorbeeld op drie dagen in de week 1 uur per dag zijn diensten verleent, een verlicht regime niet aan de orde is, terwijl wanneer een hulpverlener op twee dagen per week per dag 9 uur zijn diensten verleent een verlicht regime wél aan de orde is. Bezien zou kunnen worden om de huidige tweedagenregeling gericht op huishoudelijke en persoonlijke dienstverlening daarom om te zetten in een urenregeling. De bovengenoemde 10% van volledig verzekerde dienstverbanden zou daarmee naar verwachting nog minder worden.

Een andere optie voor het vereenvoudigen van de uitvoering van het werkgeverschap is het bezien van de mogelijkheid om een nieuwe juridische vorm van een specifieke relatie tussen de cliënt en de hulpverlener in te voeren waarbij inhouding en afdrachten van de sociale en fiscale premies en verplichtingen als het ware vooraf plaatsvindt. Het pgb wordt daarmee «genetteerd» beschikbaar gesteld aan de budgethouder.

Bij het uitwerken van de in de vorige paragraaf genoemde varianten zal het bovenstaande worden betrokken. Daarbij zal in termen van overgangsbeleid rekening gehouden worden met verkregen rechten.

## **5. Meer zorgaanbieders**

Met het pgb «nieuwe stijl» verschijnt een mondige, koopkrachtige burger op het toneel. Hiervan gaat een belangrijke impuls uit voor de verdere dynamisering van de aanbiedersmarkt. Bestaande aanbieders zullen hun zorgpakket sterker willen inrichten op de concrete wens van deze burgers. Ook nieuwe aanbieders, zowel met een profit als een non-profit achtergrond, zullen zich een positie proberen te verwerven. Hiermee nemen de keuzemogelijkheden voor pgb-houders toe. Gerelateerd aan de introductie van het pgb «nieuwe stijl» zal ook voor mensen die kiezen voor zorg in natura de dynamiek in de zorgmarkt verder moeten worden ontwikkeld, zodat ook daar de keuzemogelijkheden toenemen. De dynamisering van de

naturamarkt kan gestalte krijgen door de toelating tot die markt niet meer, zoals nu het geval is, te enten op instellingen die een totaalpakket leveren, maar door die te koppelen aan de nieuwe functies. Maximaal kunnen aanbieders een toelating krijgen voor alle functies in te zetten op alle zorgdomeinen: verpleging en verzorging, gehandicaptenzorg en geestelijke gezondheidszorg. Door de toelating te enten op losse functies of combinaties hiervan kunnen bestaande aanbieders hun huidige functiepakket uitbreiden of inzetten op meerdere zorgdomeinen. Tevens kunnen nieuwe aanbieders met een gedifferentieerd zorgpakket toetreden. Door de mogelijkheid om aanbieders AWBZ breed toe te laten kan een stevige uitbreiding van het aantal aanbieders ontstaan.

Aan de aanbieder die in het functionele toelatingsbeleid vraagt om een toelating wordt de eis gesteld dat hij dient aan te geven voor welke functies op welke zorgdomeinen hij een toelating vraagt. Hij dient bij de aanvraag aannemelijk te maken dat hij de gevraagde functies in de betreffende domeinen kan leveren, bijvoorbeeld aan de hand van bepaalde kwaliteitseisen. Indien de aanbieder een toelating krijgt voor een bepaalde functies kan hij er vervolgens door de contracterende verzekeraar op worden aangesproken dat hij de volledige functie levert. Hij kan niet op eigen initiatief selecteren binnen de functie en daarmee «zware gevallen» buiten de deur te houden (krenten uit de pap). In het kader van de kwaliteitseisen zal de toe te laten aanbieder moeten voldoen aan eisen die betrekking hebben op de bestuursstructuur en de ordelijkheid en controleerbaarheid van de bedrijfsvoering. Dit type criteria is op dit moment nog niet wettelijk verankerd. Deze wettelijke verankering zal plaatsvinden in het kader van de WEZ. Na inwerkingtreding van de WEZ zullen alle instellingen, ook zij die voor inwerkingtreding zijn of nog worden toegelaten, dienen te voldoen aan de eisen die deze wet stelt op het punt van de bestuursstructuur en bedrijfsvoering. In de periode tot de WEZ in werking treedt, zal ter bevordering van de bedrijfsmatige transparantie gebruik worden gemaakt van de mogelijkheden die het huidige systeem kent. Naast de regelgeving inzake de jaarverslaglegging van zorginstellingen liggen deze mogelijkheden met name bij de overeenkomst tussen uitvoerder van de AWBZ en instelling. In deze overeenkomst dienen bepalingen te zijn opgenomen omtrent de controle op de bedrijfsvoering van de instelling. Deze bepalingen worden momenteel gestuurd door de verschillende Uitkomsten van overleg (UVO). Een mooi voorbeeld hiervan is te vinden in de UVO van de thuiszorg. Daar staat in art. 8, derde lid, opgenomen dat de thuiszorginstelling er zorg voor draagt dat de diverse financieringsstromen inzichtelijk worden gemaakt met daaraan toegevoegd een goedkeurende accountantsverklaring, waarin is vastgesteld dat de kosten en baten in het kader van de AWBZ-activiteiten volgens vigerende regelgeving zijn verantwoord. Analoog aan het hierover gestelde in de voortgangsrapportage thuiszorg ter uitvoering van de motie Arib, zal ter bevordering van de transparantie met Zorgverzekeraars Nederland nader overleg plaatsvinden opdat de uitvoerders van de AWBZ ook voor nieuw toe te laten aanbieders hun verantwoordelijkheid inzake de controle op de bedrijfsvoering van de instellingen serieus nemen.

Voorwaarde voor het kabinet voor het overstappen van een institutioneel op een functioneel toelatingssysteem is dat in de bekostiging van de instellingen wordt overgaan op een systeem waarbij de instelling wordt betaald op basis van daadwerkelijk geleverde prestaties. Dit betekent in de praktijk dat elke voor een of meer functies toegelaten instelling in principe voor alle zorgproducten die passen binnen deze functies kan worden gecontracteerd. De afrekening binnen het contract vindt plaats op basis van wat daadwerkelijk is geleverd. Wat daadwerkelijk is geleverd hangt vervolgens samen met de samenstelling van de individuele zorgarrangementen van de zorgvragers. Uiteindelijk bepaalt daarmee de zorg-

vragers de feitelijke omvang van het contract (de output). Dit systeem sluit aan bij het in de aanpak wachtlijsten gehanteerde «boter bij de vis» principe. Doordat in dit systeem zowel zorgarrangementen van één aanbieder mogelijk zijn als ook zorgarrangementen die een cliënt bij meerdere aanbieders zelf samenstelt, komt het tegemoet aan de door uw Kamer meermalen uitgesproken wens dat een natura-client zich voor zijn zorg tot meerdere zorgaanbieders kan wenden.

Vraag is of gekoppeld aan de functionalisering van het toelatingsbeleid ook de contracteerplicht gelijk dient te worden opgeheven. In het overleg van 5 februari jl. over de ontvoogding van de AWBZ is in het kader van de verruiming van de toelating in de thuiszorg het onderwerp van de samenloop tussen enerzijds de verruiming van de toelating en anderzijds het introduceren van contractvrijheid aan de orde geweest. Aangegeven is dat het tegelijkertijd invoeren van beide maatregelen er toe kan leiden dat de keuzemogelijkheden van klanten in gevaar komen doordat nieuwe aanbieders op de bestaande markt geen voet tussen de deur kunnen krijgen. Daarom is een beleidsprioriteit gelegd bij het verruimen van het toelatingsbeleid en wordt pas nadat er meer evenwicht op de markt is ontstaan de contracteerplicht opgeheven. Deze lijn wordt in dit voorstel bestendigd.

## **6. Implementatie**

De in deze brief gepresenteerde voorstellen hebben – zoals gezegd – betrekking op zowel het persoonsgebonden budget als de zorg in natura. Daarbij is het zaak, gegeven het uitgangspunt van gelijkwaardigheid, de verschillende activiteiten nauwkeurig op elkaar af te stemmen en er voor te zorgen dat de te ontwikkelen systematiek voor zowel PGB als zorg in natura hanteerbaar is. De voorstellen zijn ingrijpend, ze bevatten zowel voor het PGB als de zorg in natura aanzienlijke ingrepen in het regelgevend instrumentarium en leggen een forse druk op de uitvoering. Dit alles op een zorgvuldige en uitvoerbare wijze implementeren is dan ook beslist geen sinecure.

Belangrijke stappen in de invoering zijn het maken van de omslag in de indicatiestelling naar AWBZ-brede functionele indicatiestelling. Een omslag die voor de invoering van een care-brede PGB-regeling een voorwaarde is. In dit verband is de noodzakelijke professionalisering van de indicatiestelling van belang. Daarbij dienen de uitkomsten van het binnenkort te verschijnen interdepartementale beleidsonderzoek indicatiestelling te worden betrokken.

Na indicatiestelling moet vervolgens het zorgkantoor voor de cliënt die voor pgb kiest de toekenning, financiering en controle uitvoeren. Voor de zorg in natura moet het contracteren van aanbieders op basis van te leveren zorgproducten inhoud krijgen en de bekostigingssystematiek worden gewijzigd. Over een verantwoorde en zorgvuldige implementatie en de concrete invoeringsdata van de verschillende maatregelen vindt momenteel overleg plaats met alle betrokken partijen. Daarbij gaat het om het bij elkaar brengen van enerzijds de gewenste snelheid van het invoeren van de maatregelen en anderzijds de praktische uitvoerbaarheid ervan. De resultaten hiervan zullen ten behoeve van het overleg met u over deze brief aan u voorgelegd zodat dan over de concrete invoering meer duidelijkheid kan worden geboden. De inzet in het overleg met partijen is prioriteit te geven aan het introduceren van een care-brede PGB-regeling en de voorstellen voor het natuurasysteem (functionele aanspraken en verruiming toelating) vooralsnog te beperken tot die onderdelen van de zorg waarbij op korte termijn kan worden voldaan aan de voorwaarde (genoemd in paragraaf 5) van bekostiging op basis van geleverde producten.

Concreet betekent dit dat momenteel ten behoeve van de implementat

- ie de volgende activiteiten worden ondernomen waar het de aanpassing van de regelgeving betreft, zodat bij definitieve besluitvorming over de invoering dit geen beletsel vormt:
- ontwerpen en vaststellen van een nieuwe care-brede PGB-regeling. Deze regeling krijgt voorsnog de vorm van een subsidieregeling. Invoeging van het PGB in de structuur van de AWBZ vereist een wetwijziging en is alleen al om die reden niet op korte termijn te realiseren. De nieuwe PGB-regeling heeft betrekking op de functies «huishoudelijke verzorging», «persoonlijke verzorging», «verpleging», «ondersteunende begeleiding» en «activerende/adviserende begeleiding». De uitvoering van de PGB-regeling vindt plaats op een van de twee hierboven beschreven vereenvoudigde wijzen. Het ontwerpen van de regeling is een taak van het CVZ. Het CVZ ontvangt hiertoe zo spoedig mogelijk een zogenaamd «hart van de regeling»;
- ontwerpen van een uniform, care-breed toepasbaar, functiegericht indicatieprotocol en -formulier en onderbrenging van de indicatiestelling voor de langdurig zorgafhankelijke in de GGZ in het Zorgindicatiebesluit. Een opdracht voor het eerste is verleend aan het NIZW;
- functionele omschrijving van de aanspraken voor die onderdelen van de zorg waarbij op korte termijn kan worden voldaan aan de voorwaarde van bekostiging op basis van geleverde producten. Dit vereist een aanpassing van het Besluit zorgaanspraken bijzondere ziektekostenverzekering.

Het streven is dat op zo kort mogelijke termijn een concept-amvb voor advies aan de Raad van State wordt voorgelegd en dat de hierin opgenomen wijziging van het Besluit zorgaanspraken vervolgens aan beide Kamers zal worden voorgelegd (wettelijke voorhangprocedure);

- doorvertaling van de functionele omschrijving van de aanspraken naar de WTG en de WZV. Als gevolg van de functionele omschrijving kan worden overgegaan van een institutioneel naar een functioneel toelatingsmodel;
- overleg met betrokken partijen ten behoeve van de aanpassing van de betrokken UVO's. De UVO's moeten in lijn worden gebracht met de nieuwe aanspraken. In dit overleg is tevens het vraagstuk aan de orde van de controle op de transparante bedrijfsvoering van nieuw toe te laten aanbieders;
- aanpassing van de beleidsregels van het CTG voor de bekostiging van de zorgproducten die passen binnen de functiegerichte aanspraken;
- aanpassing van het Bijdragebesluit zorg in verband met de functiegerichte aanspraken;
- overleg met de IGZ ten behoeve van het toezicht op de kwaliteit van de zorgverlening door nieuw toe te laten aanbieders.

## **7. Tot slot**

Parallel aan de in deze brief gepresenteerde voorstellen heeft u onlangs een notitie over het bruteringsvraagstuk (motie Dankers, 24 036, 26 631, nr. 194) ontvangen. Deze informatie is geplaatst in het kader van het te ontwikkelen beleid met betrekking tot het wonen en zorg-dossier. Over de resultaten van het overleg met de LVIO, VNG, LVT en LHV over de

indicatiestelling voor kortdurende zorg (motie Van Vliet, 24 036, 26 631, nr. 196) zal ik u binnenkort informeren. Aan de moties Blok (27 401, nr. 29), Van Vliet (24 036, 26 631, nr. 206) en Arib (24 036, 26 631, nr. 189) is met deze brief gevolg gegeven.

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