

Vergaderjaar 2001–2002

26 631

Modernisering AWBZ

25 657

Persoonsgebonden Budgetten

Nr. 16

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

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 9 november 2001

1. Introductie

Keuzevrijheid en zorg op maat vormen de kern van de modernisering van de AWBZ.

In mijn brief van 17 juli jl. (TK, 2000–2001, 26 631 en 25 657, nr. 14) heb ik de hoofdlijnen geschetst voor een drastische vereenvoudiging van het persoonsgebonden budget en een wijziging in het natura-systeem om die keuzevrijheid en zorg op maat in de praktijk mogelijk te maken. In de brief heb ik tevens toegezegd dat u voor de behandeling van de voorstellen nog zou worden geïnformeerd over:

- een keuze voor de pgb-budgetvariant of pgb-vouchervariant;
 - een procedurevoorstel voor de uitwerking van vereenvoudiging van het werkgeverschap;
 - een implementatiepad voor zowel het pgb-traject als het natura-traject.
- In de volgende paragrafen worden deze punten nader uitgewerkt.

2. Vereenvoudiging persoonsgebonden budget

Keuze voor het persoonsgebonden budget geeft de cliënt de vrijheid zelf zijn zorg te organiseren. De sterke stijging van het aantal budgethouders (van ruim 13 000 op 1 januari 2000 tot en met ruim 32 000 in september 2001) onderstreept de groeiende voorkeur van cliënten voor het pgb. Deregulering van de huidige pgb-regelgeving en vervanging van de huidige vijf regelingen door één AWBZ-brede pgb-regeling maakt het voor de cliënt nog beter mogelijk een reële keuze te maken voor een pgb of zorg in natura. In het licht van deze ontwikkeling zijn in de brief van 17 juli jl. voorstellen gedaan om de uitvoering van de pgb-regeling te vereenvoudigen en meer recht te doen aan de keuzevrijheid van de pgb-budgethouder zelf zijn zorg te organiseren. Daarin past het zoveel mogelijk aansluiten op de reguliere uitvoeringsstructuur van de AWBZ. Op basis daarvan heeft – zoals aangegeven in de genoemde brief van 17 juli – het Kabinet besloten de verplichte centrale administratie en het systeem

van trekkingsrechten te vervangen door verstrekking van het persoonsgebonden budget aan de budgethouder, die voor zorg is geïndiceerd. Voor de wijze waarop de verstrekking plaatsvindt, zijn in de genoemde brief een tweetal varianten geschetst, te weten een voucher, die door hulpverlener kan worden verzilverd bij het zorgkantoor of een budget waarmee de cliënt zelf de hulpverlener betaalt.

Zoals aangekondigd in de brief van 17 juli jl. zijn de beide alternatieven afgelopen maanden uitgewerkt door een interdepartementale werkgroep. De gevolgen en de mogelijke risico's van de beide varianten zijn in beeld gebracht en indicatief gewogen vanuit de optiek van een zestal aspecten te weten; 1) risico op oneigenlijke besteding, 2) administratieve lasten, 3) sociale- en fiscale verplichtingen, 4) budgettaire risico's, 5) risico op uitvoeringsproblemen en 6) perceptie/satisfactie. Op basis van deze analyse heeft het Kabinet gekozen het pgb-nieuwe stijl te gaan verstrekken volgens het model van de budgetvariant. Een uitgebreide stapsgewijze uitwerking van de twee varianten met het beoordelingskader treft u aan in bijlage 1.

Op hoofdlijnen zal de nieuwe verstrekkingwijze en de daarmee samenhangende uitvoeringsstructuur van het pgb er als volgt uit komen te zien:

1. Het pgb wordt door het zorgkantoor aan de budgethouder verstrekt in de vorm van een som geld. Het geld wordt bij wijze van voorschot overgemaakt op de bankrekening van een budgethouder. Om renteverlies en het risico van oneigenlijk gebruik zoveel mogelijk te beperken zal periodiek (afhankelijk van de hoogte van het budget) bevoorschot worden.
2. De budgethouder koopt de verzekerde zorg in door contractuele relaties aan te gaan met hulpverleners. De budgethouder is hierbij vrij te bepalen wie zorg gaat verlenen, op welke tijden en tegen welke prijs. Het budget moet worden besteed aan AWBZ-verzekerde zorg.
3. De budgethouder betaalt die zorg zelf uit het voorschot. Uitbetaling mag alleen tegen een kwitantie waarop het aantal betaalde uren, het tijdstip waarop is gewerkt, het uurtarief en de naam, het adres en het sofi-nummer van de hulpverlener vermeld staan. De budgethouder zal daartoe een boekhouding moeten bijhouden. Standaardformulieren zullen hiervoor aangereikt worden.
4. Per voorschotperiode controleert het zorgkantoor op een rechtmatige besteding van het budget. Daartoe dient de budgethouder een door het zorgkantoor aangereikt format in (à la het belastingformulier) en overlegt op verzoek van het zorgkantoor onderliggende bewijsstukken. Het format dient door zowel de budgethouder als de hulpverleners te worden ondertekend. Intensievere controle kan steekproefsgewijs plaatsvinden door de arbeidsovereenkomsten en kwitanties op te vragen en deze naast de formats te leggen. Ook kan (telefonische) controle plaatsvinden door navraag bij hulpverleners. Bij gedeeltelijk onjuiste besteding wordt dit bedrag in mindering gebracht op een volgend voorschot. Indien aan het licht komt dat het geld geheel oneigenlijk besteed is, wordt het pgb onmiddellijk beëindigd en wordt het geld teruggevorderd door het zorgkantoor.
5. Afrekening op het gehele budget vindt na afloop van het jaar plaats. Als de budgethouder aan het eind van het jaar geld overhoudt (onderbesteding), wordt dat teruggevorderd door het zorgkantoor. Bij de verantwoording van het laatste voorschot dient de budgethouder tevens een overzicht in met vermelding van de namen en adressen en sofi-nummers van de onderscheiden hulpverleners. Dit overzicht wordt door het zorgkantoor voor iedere budgethouder doorgezonden aan de uitvoeringsinstelling (uvi)/uitvoeringsorganisatie werknemersverzekeringen (UWV) en de belastingdienst.
6. De sociaalrechtelijke en fiscale administratie dient de budgethouder

zelf te regelen. Omdat er slechts in 10% van overeenkomsten die met een pgb gesloten worden sprake is van volledig werkgeverschap zal het aantal budgethouders dat met deze volledige administratie belast wordt niet erg omvangrijk zijn. Omdat uitvoering van het volledig werkgeverschap niet eenvoudig is en er zekere risico's bestaan ten aanzien van een onrechtmatige uitvoering, zal er een facilitaire organisatie door de overheid beschikbaar gesteld worden waar de budgethouder vrijwillig gebruik van kan maken. Een budgethouder maakt in dat geval zijn budget over aan deze organisatie. Deze organisatie, waar de budgethouder kostenloos gebruik van kan maken, kan tevens dienst doen als helpdesk voor budgethouders.

Voorwaarde bij dit systeem is adequate voorlichting en informatie over rechten en plichten aan de (potentiële) budgethouder (en de hulpverlener).

3. Werkgeverschap

In de brief van 17 juli jl. is de uitvoeringsproblematiek geschetst voor budgethouders, die met hulpverleners een volledig verzekerd loondienstverband moeten aangaan en daarmee dus werkgeversverplichtingen verkrijgen. Als nader te verkennen opties voor de eventuele vereenvoudiging van dit werkgeverschap zijn genoemd het omzetten van de zgn. tweedagenregeling voor huishoudelijke en persoonlijke dienstverlening in een urenregeling en het creëren van een nieuwe juridische relatie tussen de cliënt en hulpverlener waarin voorafgaand aan het beschikbaar maken van het budget afdrachten van de sociale en fiscale premies en verplichtingen plaatsvinden («netteringsvariant»). De Kamer zal in januari aanstaande worden geïnformeerd over de uitkomsten van deze verkenning.

4. Implementatietraject

4.1 Uitgangspunten

Het op een eenvoudige manier kunnen beschikken over een persoonsgebonden budget en het verruimen van de keuzemogelijkheden binnen het natura-systeem kan enerzijds niet snel genoeg worden gerealiseerd. Anderzijds is een zorgvuldige en uitvoerbare uitwerking van de nieuwe regeling voor de cliënt die zorg nodig heeft, een eerste vereiste. Anders gezegd: tempo en zorgvuldigheid moeten bij de invoering hand in hand gaan. In het implementatievoorstel wordt hieraan inhoud gegeven door aan de ene kant op zo kort mogelijke termijn de deregulering en verbreding van de pgb-regeling te effectueren en aan de andere kant waar mogelijk de vernieuwing in het natura-systeem in concrete maatregelen om te zetten. Bij de pgb-regeling is het daarbij van groot belang dat er op de invoeringsdatum een uitvoeringsstructuur staat die de regeling op een verantwoorde wijze kan uitvoeren, terwijl de vernieuwing in het natura-systeem tot meer zorg op maat moet leiden. In het natura-systeem is dat een veranderingsoperatie die meerdere jaren in beslag zal nemen. Het gaat hierbij om het scheppen van ruimte en flexibiliteit waar zorgaanbieders in overleg met hun cliënten gebruik van kunnen maken om zorg op maat te kunnen bieden. De eerste stappen daarin kunnen vanaf 1 januari 2002 worden gezet. De per 1 januari 2003 te wijzigen regelgeving moet het proces faciliteren waarin zorgaanbieders, die dat willen, AWBZ-breed de in functies gedefinieerde aanspraken op maat van de vraag van de cliënt kunnen leveren. Essentieel in het veranderingsproces is het omzetten van de institutioneel omschreven aanspraken in functies. Voor het pgb opent dat de mogelijkheid om tot één AWBZ-brede regeling te komen en voor de zorg in natura slecht het de schotten tussen de huidige

sectoren. In de brief van 17 juli zijn in dit verband zeven functies, die het huidige AWBZ-pakket moeten dekken, onderscheiden. Op basis van deze functies zal uniform en AWBZ breed geïndiceerd worden. Op basis van deze indicatie kan de cliënt in geval van de eerste vijf functies kiezen voor een pgb of zorg in natura. De laatste twee functies (behandeling en verblijf) kunnen alleen in de vorm van natura verkregen worden.

4.2 PGB-regeling nieuwe stijl

Voor een verantwoorde invoering van de pgb-regeling zijn de functionele indicatiestelling en de uitvoering van de regeling door het zorgkantoor een voorwaarde.

Voor de indicatiestelling betekent dit zowel het invoeren van een uniform, AWBZ-breed protocol op basis waarvan functioneel wordt geïndiceerd, als het professionaliseren van de indicatieorganen in termen van deskundigheid (scholing) en bedrijfsvoering (automatisering).

De zorgkantoren moeten als uitvoerder van de pgb-regeling zodanig worden uitgerust, dat zij cliënten die na indicatiestelling kiezen voor een pgb adequaat kunnen ondersteunen met formats e.d. Een en ander heeft gevolgen voor de organisatie en de verantwoording. Daarnaast is een adequate ondersteuning van cliënten door goede voorlichting en informatie noodzakelijk.

Het opstellen van de AWBZ-brede pgb-subsidieregeling vergt eveneens op een aantal in de brief van 17 juli jl. genoemde instrumenten nadere uitwerking.

Daarbij gaat het met name om de definitie van de functies, de waardebeoordeling, de omslagpunten en de inrichting van de uitvoeringsstructuur, terwijl het functioneel indiceren, zoals hiervoor genoemd, aanpassing van het Zorgindicatiebesluit vergt. Wijzigingen die ook voor de natura-systematiek van belang zijn.

Naast activiteiten met het oog op de regelgeving moet de invoering worden voorbereid in termen van voorlichting, administratieve procedures, een overgangsregime voor de bestaande categorie pgb-budgethouders en dergelijke, die de uitvoering van de regeling faciliteren.

Met de hiervoor genoemde activiteiten is inmiddels begonnen en deze moeten in de komende maanden tot concrete voorstellen leiden, zodat vanaf die datum de invoering bij de indicatieorganen en de zorgkantoren ter hand kan worden genomen. In dat verband is ook een verwijzing naar de in het convenant tussen VWS, CVZ en ZN genoemde 6 maanden-termijn voorafgaand aan de invoering van maatregelen relevant.

In het licht van het voorgaande streeft het kabinet naar invoering van de pgb regeling «nieuwe stijl» per 1 januari 2003 of zoveel eerder als aan de noodzakelijke randvoorwaarden is voldaan.

4.3 zorg in natura

De omslag van aanbod- naar vraagsturing moet ook in het natura-systeem de zorg op maat voor de cliënt optimaliseren en de kring van aanbieders vergroten, zowel uit oogpunt van meer zorg als de keuzemogelijkheid tussen aanbieders. Een omslag die niet van vandaag op morgen te realiseren is.

Per 1 januari as. worden nieuwe stappen worden door de in de afgelopen jaren in gang gezette flexibilisering binnen de onderscheiden sectoren af te ronden. Concreet gaat het daarbij om aanpassingen in het Besluit Zorgaanspraken voor de sector lichamelijk en zintuiglijk gehandicapten (afrondding flexibilisering) en de sector verpleging en verzorging (ontkoppeling van functies). Met deze aanpassing vervalt tevens de subsidieregeling intensieve thuiszorg (ITZ) waardoor de 3-uursgrens bij verpleging en verzorging verleend door een thuiszorginstelling vervalt. Deze wijziging

geeft de cliënt de mogelijkheid met een indicatie voor een bepaalde functie de zorg te realiseren bij aanbieders die deze functies in hun aanspraak hebben staan. De desbetreffende AmvB ligt op dit moment voor advies bij de Raad van State. De op institutionele leest geschoeide aanspraken, zoals thuiszorg, verpleeghuiszorg, gezinsvervangend tehuis of algemeen psychiatrisch ziekenhuis blijven in 2002 nog bestaan. Achter deze institutioneel geformuleerde aanspraken komen wel al als losse onderdelen de functies te staan die de betreffende institutie mag leveren.

Inmiddels zijn als gevolg van het vervallen van de tijdelijke regeling behoefte en spreiding van thuiszorginstellingen reeds een aantal nieuwe aanbieders toegetreten terwijl voor de overige instellingen geldt, dat verruiming kan worden toegestaan indien uit het bestaan van wachtlijsten blijkt dat er een reële zorgbehoefte bestaat.

De in 2002 in gang gezette verruiming in de natura-systematiek moet in 2003 een vervolg krijgen door de aanspraken functioneel te omschrijven, los van de instelling die de functie levert. Dit betekent het per 1 januari 2003 in het Besluit Zorgaanspraken omschrijven van de aanspraken in de zeven zorgfuncties (huishoudelijke verzorging, persoonlijke verzorging, verpleging, ondersteunende begeleiding, adviserende/activerende begeleiding, behandeling en verblijf). Hiermee zullen de schotten tussen de sectoren in de AWBZ definitief worden geslecht en wordt het mogelijk dat aanbieders zich profileren op de levering van één of meer zorgfuncties. Om dat per 1 januari 2003 te effectueren moeten in 2002 een aantal belangrijke veranderingen worden voorbereid.

Ten behoeve van de AWBZ-brede toelating moeten eisen inzake kwaliteit, bestuur en bedrijfsvoering worden geformuleerd waar zorgaanbieders aan moeten voldoen. De juridische basis daarvoor wordt door de WEZ geboden.

En een uitermate relevant thema is de te ontwikkelen bekostigings-systematiek. In het verlengde van de flexibilisering is of wordt in de onderscheiden sectoren een begin gemaakt met het definiëren van producten. Een ontwikkeling die bijdraagt aan de eerder genoemde ontkoppeling van de aanspraken van aanbieders. In het licht van het AWBZ-breed definiëren van de aanspraken is het vervolgens noodzakelijk tot een harmonisatie te komen, die de ontschotting ook op dit punt mogelijk maakt. Door de functies als uitgangspunt te nemen voor de bekostiging ontstaat er ruimte voor nieuwe en bestaande zorgaanbieders om binnen de functies een diversiteit aan producten te ontwikkelen. Daardoor kan de vraag van de cliënt omgezet worden in zorg op maat. Het zorgkantoor kan dan in het kader van het contracteerbeleid de zorginkoopfunctie inhoud geven. Op termijn is het van belang van in het kader van de modernisering van de AWBZ de contracteerplicht af te schaffen. Een dergelijk onderscheid, waarbij de sturing van de overheid zich concentreert op het functioneel niveau en de operationalisering in termen van zorgproducten het domein is van cliënten, zorgkantoren en zorgaanbieders is ook in het licht van de verantwoording relevant. Bij het maken van de omslag van aanbod- naar vraagsturing is het essentieel dat de regulering van de vraagsturing de noodzakelijke dynamiek in de sector faciliteert en onnodige bureaucratie voorkomt.

5. Aanpak

De bovenstaande voorstellen hangen nauw met elkaar samen. Om de voorstellen ook in die samenhang te kunnen beoordelen, is het kabinet voornemens op korte termijn één aanvraag voor een uitvoeringstoets aan de betrokken ZBO's (CVZ, CTZ, CTG en CBZ) voor te leggen, waarbij ieder wordt gevraagd de uitvoeringsvraagstukken op het eigen terrein verder uit te werken. Deze aanvraag zal ik u t.z.t. ter kennisname doen toekomen.

Naast de betrokkenheid van de uitvoeringsorganen wordt in het implementatietraject uitgegaan van een intensieve participatie van de veldpartijen.

In het kader van het groot project modernisering AWBZ is een klankbordgroep gevormd, waarin alle partijen periodiek over de voortgang van gedachten wisselen.

Meer specifiek is er met de patiënten- en consumentenorganisaties, de aanbieders per sector, de zorgkantoren en de indicatieorganen overleg over de uitwerking van de voornemens in deze brief. De in dit kader in juli jl. met alle partijen gehouden simulaties hebben belangrijke informatie opgeleverd voor het implementatietraject, terwijl deze brief mede is gebaseerd op het in de eerste helft van oktober met betrokkenen gevoerde overleg. Een overleg waaruit nog eens duidelijk naar voren is gekomen dat de in de brief van 17 juli jl. uitgezette koers breed gedragen wordt. Uiteraard zijn er in het kader van de implementatie vragen over nog uit te werken onderwerpen. Hoewel door alle partijen de urgentie van de veranderingen wordt gezien, wordt aandacht gevraagd voor een realistisch tijdspad.

In de komende periode zal de participatie verder worden geïntensiveerd. In het kader van de «koplopers» zal op onderdelen waar dat kan, worden proefgedraaid. Tijdens dat proefdraaien worden modellen ontwikkeld, die voor andere partijen als voorbeeld kunnen dienen bij de invoering van de respectievelijke veranderingen. Bij die modellen moet gedacht worden aan de inrichting van processen, te ontwikkelen procedures, gevolgen voor organisaties e.d.. In een dergelijke aanpak wordt de praktijk van alle dag verbonden met de voorgenomen beleidsveranderingen en wordt voorkomen, dat de uitvoerbaarheid te laat in beeld komt. Overigens moet in een dergelijke aanpak ruimte worden gelaten op basis van de proefondervindelijke resultaten in het implementatietraject bijstellingen aan te brengen.

In samenhang met de participatie van de veldpartijen wordt ook de communicatie geïntensiveerd. Naast de nieuwsbrief modernisering AWBZ en de internetsite (www.OpKopZorg.nl) wordt een programma opgesteld om AWBZ-breed de implementatie te ondersteunen.

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

Resultaat van de interdepartementale werkgroep vouchers/geld*Samenvatting*

Een vergelijking tussen het vouchersysteem en een budgetsysteem met contant geld levert samengevat het volgende op:

- Bij het budgetsysteem ligt de primaire verantwoordelijkheid voor een adequate uitvoering en naleving van de wetgeving bij de budgethouder zelf. Bij het budgetsysteem liggen taken en verantwoordelijkheden in een hand: de budgethouder. Het voordeel hiervan is een directe relatie met de hulpverlener en weinig afhankelijkheid van derden bij uitbetaling en daardoor een relatief kleine kans op uitvoeringsproblemen¹. In deze variant is het echter gemakkelijker het geld uit te geven aan niet verzekerde zorg. De budgethouder wordt dan geconfronteerd met een terugvordering en stopzetten van het pgb.
- Bij het vouchersysteem liggen veel van de taken van uitvoering en (toezicht op) naleving van wetgeving bij het zorgkantoor/verzekeraar, terwijl de juridische verantwoordelijkheid voor besteding verzekerde zorg en sociale en fiscale aspecten zorg – net als bij de budgetvariant – bij de budgethouder liggen. In deze variant kan het voucher minder gemakkelijk besteed worden aan niet verzekerde zorg. Ook in de vouchervariant moet eventuele terugvordering bij de budgethouder plaatsvinden. Wel ligt een aanzienlijke uitvoeringslast bij het zorgkantoor/verzekeraar. Anderzijds zijn de sociale/fiscale aspecten in deze variant beter gewaarborgd, omdat het zorgkantoor/verzekeraar hiermee belast is.
- In beide systemen blijft het (volledig) werkgeverschap een complexe aangelegenheid. In het budgetsysteem is de budgethouder geheel verantwoordelijk voor de nakoming hiervan. Gelet op de complexiteit ervan zal een facilitaire organisatie aangeboden worden. In het vouchersysteem is de budgethouder juridisch verantwoordelijk, maar is het zorgkantoor/verzekeraar belast met de uitvoering/nakoming. Eventueel kunnen zorgkantoor/verzekeraars deze taak uitbesteden aan derden. Overigens wordt in een sepeeraat traject uitgezocht hoe de kwestie rond het werkgeverschap in relatie tot het budgethouderschap kan worden vereenvoudigd.

1. Aanleiding

In de brief van 17 juli 2001 «Modernisering van de AWBZ en de vereenvoudiging van het pgb» is toegezegd dat de twee geschetste mogelijke verstrekkingwijzen voor het pgb nieuwe stijl (in de vorm van contant geld of vouchers) nader zullen worden uitgewerkt.

In dit memo worden de gevolgen en de mogelijke risico's van beide varianten in kaart gebracht. De beide varianten zullen stapsgewijs worden doorlopen, waarbij gekeken wordt hoe de beide systemen naar verwachting in de praktijk zullen werken. Daarna worden het huidige pgb-stelsel (volledigheidshalve), het contant geldstelsel en het voucherstelsel met elkaar vergeleken, waarbij wordt gekeken naar risico oneigenlijke bestedingen, de administratieve lasten, de uitvoering van (de fiscale en sociale zekerheidskant van) het werkgeverschap, de perceptie, de budgettaire risico's en risico op uitvoeringsproblemen. Dit wordt gedaan vanuit het gezichtspunt van de drie belangrijkste actoren in het systeem: de budgethouder, de hulpverlener en het zorgkantoor/zorgverzekeraar. Tevens wordt gekeken naar de uitwerking op de publieke uitvoeringsorganen, zoals de uvi's/UWV en de Belastingdienst.

¹ Wanneer de budgethouder haar werkgeversverplichtingen uitbesteed kunnen deze uiteraard wel ontstaan.

Eventuele mogelijkheden om het werkgeverschap inzake het pgb te vereenvoudigen (platslaan twee-dagenregeling en uitkeren netto-rgb) komen in deze notitie niet aan de orde. Dit vraagstuk zal vanwege het specifieke karakter apart nader worden uitgewerkt. In december a.s. zal hierover in een separate notitie worden gerapporteerd.

2. Stapsgewijze uitwerking van het voucher

1. Het PGB wordt door het zorgkantoor/verzekeraar verstrekt in de vorm van een voucher («echte bonnen»). Hierbij moet onder andere worden gekeken naar de periodieke verstrekking en de geldigheidsduur van de bonnen (i.v.m. mogelijke onderbesteding). Een geïndiceerde ontvangt een bonnenboekje op naam met daarin bonnen ter waarde van de geïndiceerde zorg.
2. De budgethouder koopt zorg in door contractuele relaties aan te gaan met hulpverleners¹. Met het voucher kan zorg worden ingekocht. Het voucher mag alleen worden besteed aan AWBZ-verzekerde zorg. De budgethouder is in beginsel vrij te bepalen wie hulp gaat verlenen, op welke tijden en tegen welke prijs. De uurprijzen van de zorgproducten worden dus bepaald door de onderhandeling tussen budgethouder en hulpverlener. Eventueel kan hij met eigen geld extra zorg aankopen.
3. De hulpverlener levert de voucher in bij het zorgkantoor/verzekeraar. Hulpverleners moeten de bonnen verzilveren bij het zorgkantoor. Het zorgkantoor betaalt het voucher uit onder aftrek van eventuele van toepassing zijnde afdrachten (belastingen en sociale lasten). Het zorgkantoor/verzekeraar controleert op een rechtmatige besteding.
4. Het zorgkantoor kijkt of het voucher de handtekening van budgethouder en zorgverlener, sofinummer, naam en adres etc. bevat. Een intensievere controle kan achteraf plaatsvinden doordat het zorgkantoor (steekproefsgewijs) een papieren- of veldonderzoek doet. Concreet betekent dit dat het zorgkantoor bijvoorbeeld de (arbeids-)overeenkomsten opvraagt bij de budgethouder en deze naast de bonnen legt. Indien oneigenlijke besteding blijkt uit deze intensievere controle, zal het zorgkantoor dit moeten verhalen op de budgethouder.
5. Het zorgkantoor/verzekeraar wordt verantwoordelijk voor de administratieve afhandeling van de pgb's. Het zorgkantoor/verzekeraar is in het vouchermodel verantwoordelijk voor de boekhouding per budgethouder en is belast met de uitvoering van het werkgeverschap. De budgethouder hoeft alleen maar een administratie/boekhouding bij te houden in verband met zijn juridische verantwoordelijkheden als werkgever. Het zorgkantoor/verzekeraar is belast voor de eventuele afdracht aan derden, zoals de Belastingdienst, de uvi's/het UWV en het CTZ. Het zorgkantoor/verzekeraar kan deze taak ook uitbesteden aan derden. Indien er sprake is van volledig werkgeverschap zal het zorgkantoor periodiek (maandelijks) een afdracht in geld moeten doen aan de Belastingdienst en de uvi/het UWV². Dit betekent dat het zorgkantoor elke voucher moet kunnen afmeten aan het type arbeidsovereenkomst en koppeling tussen vouchers moet kunnen maken. Het zorgkantoor moet in deze gevallen een volledige administratie per budgethouder bijhouden inclusief arbeidsovereenkomsten e.d.. Dit is vergelijkbaar met de huidige SVB-constructie, maar gedecentraliseerd bij de zorgkantoren/verzekeraars en alleen als sprake is een werkgevers-werknemersrelatie (in de huidige systematiek ongeveer 10% van de gevallen).

¹ Dit kunnen zijn arbeidsovereenkomsten (volledig werkgeverschap, tweedagen-contracten) of overeenkomsten van opdracht.

² Dergelijke hulpverleners moeten zich dus ook maandelijks vervoegen bij het zorgkantoor/verzekeraar.

3 Stapsgewijze uitwerking van de budgetvariant

1. **Het pgb wordt door het zorgkantoor verstrekt in de vorm van een som geld.** Het geld moet worden besteed aan verzekerde zorg. Het zorgkantoor verstrekt de namen van de budgethouders en de

bedragen van het pgb aan de Belastingdienst en de uvi. Dit om een dubbele tegemoetkoming ten laste van de collectieve middelen te voorkomen.

- 2. Het geld wordt periodiek (afhankelijk van de hoogte van het budget) bij wijze van voorschot overgemaakt op de bankrekening van een budgethouder.** Om renteverlies en het risico van oneigenlijk gebruik zoveel mogelijk te beperken zal periodiek bevoorschot worden. Qua bevoorschottingsritme kan hierbij bijvoorbeeld gedacht worden aan het volgende: budgetten tot een hoogte van f 5000 op jaarbasis worden in één keer op de rekening van de budgethouder overgemaakt. Bij budgetten tot f 10 000 wordt eens per half jaar bevoorschot en bij budgetten boven die grens eens per kwartaal. Budgetten vanaf f 50 000,- worden maandelijks bevoorschot.
- 3. De budgethouder koopt de verzekerde zorg in door contractuele relaties aan te gaan met hulpverleners.** De budgethouder is hierbij vrij te bepalen wie hulp gaat verlenen, op welke tijden en tegen welke prijs. Het budget moet worden besteed aan AWBZ-verzekerde zorg.
- 4. De budgethouder betaalt die zorg zelf uit het voorschot.** Uitbetaling mag alleen tegen een kwitantie waarop het aantal betaalde uren, het tijdstip waarop is gewerkt, het uurtarief en de naam, adres en sofinummer van de hulpverlener vermeld staan. De budgethouder zal daartoe een boekhouding moeten bijhouden. Standaardformulieren zullen hiervoor aangereikt worden.
- 5. Per voorschotperiode controleert het zorgkantoor op een rechtmatige besteding.** Daartoe dient de budgethouder een door het zorgkantoor aangereikt format in (à la het belastingformulier) en overlegt op verzoek van het zorgkantoor onderliggende bewijsstukken. Het format dient door zowel de budgethouder als de hulpverleners te worden ondertekend. In dit systeem kan er voor worden gekozen de zorgkantoren het geld rechtstreeks te laten overboeken aan budgethouder ofwel een betalingsopdracht te geven aan het CAK. Bij gebleken volledig onjuiste besteding wordt het pgb onmiddellijk beëindigd. Bij gedeeltelijk onjuiste besteding wordt dit bedrag in mindering gebracht op een volgend voorschot. Dit betekent dat de budgethouder aan het zorgkantoor verantwoording moet afleggen over de besteding van de middelen. Voor zorgkantoren betekent dit dat per budgethouder de formats dus periodiek gecontroleerd moeten worden. Intensievere controle kan steekproefsgewijs plaatsvinden door de arbeidsovereenkomsten + kwitanties op te vragen en deze naast de formats te leggen. Ook kan telefonische controle plaatsvinden door navraag bij hulpverleners. Indien aan het licht komt dat het geld geheel oneigenlijk besteed is, wordt het pgb onmiddellijk beëindigd en wordt het geld teruggevorderd door het zorgkantoor. Ten aanzien van het risico («de kale kip») geldt dat maximaal twee bevoorschottingsperiodes verloren gaan (de schuld van de budgethouder blijft uiteraard wel staan).
- 6. Afrekening op het gehele budget vindt na afloop van het jaar plaats.** Als de budgethouder aan het eind van het jaar geld overhoudt (onderbesteding), wordt dat teruggevorderd door het zorgkantoor. Bij de verantwoording van het laatste voorschot dient de budgethouder tevens een overzicht in met vermelding van de namen en adressen en sofinummers van de onderscheiden hulpverleners. Dit overzicht wordt door het zorgkantoor voor iedere budgethouder doorgezonden aan de uvi/ het UWV en de belastingdienst.
- 7. De sociaalrechtelijke en fiscale administratie dient de budgethouder zelf te regelen.** Er wordt een facilitaire organisatie door de overheid beschikbaar gesteld waar de budgethouder vrijwillig gebruik van kan maken. Het nakomen van het werkgeverschap en de uitbetaling van loon ligt in dezelfde hand, namelijk die van de budgethouder. Uitvoering van het volledig werkgeverschap is niet eenvoudig, waarbij

onrechtmatige uitvoering een risico is. Wanneer geen afdrachten zijn gedaan aan de uvi/het UWV terwijl dit wel had moeten, heeft de budgethouder een probleem omdat nagevorderd zal worden. Indien een budgethouder dit risico niet wil lopen kan de uitvoering van het werkgeverschap uitbesteed worden aan een facilitaire organisatie. Een budgethouder maakt in dat geval zijn budget over aan deze organisatie. Voorwaarde bij dit systeem is adequate voorlichting en informatie over rechten en plichten aan de (potentiële) budgethouder (en de hulpverlener)

4. Verschillen tussen beide systemen

Tabel 1: Verschillen tussen beide systemen

	Vouchervariant	Budgetvariant
– Administratieverplichting	– Primair zorgkantoor/verzekeraar – secundair budgethouder	– Primair budgethouder – Secundair zorgkantoor/verzekeraar
Rechtmatigheid:		
• Object	– Verzekerde zorg door contracten	– Verzekerde zorg door formats/declaraties
• Intensiteit	– Per voucher	– Periodiek op basis van format in combinatie met kwitanties en onderliggende contracten
Correctie	– Terugvordering bij budgethouder – Beëindiging pgb	– Mindering op volgend voorschot budgethouder + terugvordering – Beëindiging pgb
Sociale zekerheid:		
• Uitvoering:	– Zorgkantoor/ verzekeraar (eventueel uitbesteed)	– Budgethouder (evt met gebruikmaking van facilitaire organisatie)
Juridisch verantwoordelijk:	– Budgethouder	– Budgethouder
Fiscaliteit:		
• Uitvoering	– Zorgkantoor/verzekeraar (eventueel uitbesteed)	– Budgethouder
Verantwoordelijk	– Budgethouder	– Budgethouder

5. De verschillen beoordeeld

In tabel 2 is een indicatief afwegingskader geschetst, waarbij de risico's en lasten vanuit een drietal perspectieven op een rij gezet zijn. Aan de verschillende variabelen is verder geen weging gegeven. Bij een beslissingsmoment is dit uiteraard wel aan de orde en moet bijvoorbeeld het risico op oneigenlijk gebruik worden afgewogen tegen het risico op uitvoeringsproblemen door hoge administratieve lasten.

Tabel 2: De verschillen tussen de pgb-stelsels

	Huidige pgb-systeem	Voucher-variant	Budgetvariant
1. Risico oneigenlijke besteding	+	+/-	+/-
2. Administratieve lasten			
• Budgethouder	+/-	+	-
• Hulpverlener	+	-	+
• Uitvoerder (verzekeraar/zorgkantoor/SVB/ etc)	—	-	+
• Belastingdienst/UVI/UWV	++	+/-	-
3. Sociaal/fiscale verplichtingen	++	+/-	+/-
4. Budgettaire risico's	+	+/-	+/-
5. Risico op uitvoeringsproblemen	-	-	+
6. Perceptie/satisfactie	-	-	++

1. Risico oneigenlijk besteding

Het gaat hier om de kans dat het pgb wordt besteed aan niet-AWBZ-verzekerde zorg. In de huidige pgb-regeling is – vanwege de gekozen vormgeving via trekkingsrechten – de kans op misbruik of oneigenlijk

gebruik beperkt. Bij elke uitbetaling wordt immers gecheckt op de aanwezigheid overeenkomst gekoppeld aan de declaratie op aard van de werkzaamheden in termen van verzekerde zorg. Bij de budgetvariant – waarbij men het geld contant in handen krijgt – is besteding van het voorschot aan iets anders dan de verzekerde zorg gemakkelijker. Indien oneigenlijke besteding blijkt uit het format zal het zorgkantoor het geld dus moeten terugvorderen. Een voucher kan minder gemakkelijk besteed worden aan niet verzekerde zorg.

2. Administratieve lasten

Het gaat hier om de administratieve lasten die een regeling met zich meebrengt voor de budgethouder, de hulpverlener, het zorgkantoor/verzekeraar en de UVI/UWV.

Budgethouder

In het huidige systeem heeft – ter voorkoming van misbruik – de cliënt last van veel administratieve rompslomp. Het huidige systeem zorgt dan ook voor de nodige uitvoeringsproblemen. De administratieve lasten zijn voor de budgethouder het laagst bij een vouchersysteem; de cliënt hoeft in principe niets bij te houden omdat het zorgkantoor dit doet. De budgetvariant betekent ten opzichte van de huidige situatie een toename in werkzaamheden voor de cliënt; de budgethouder zal zelf een boekhouding moeten gaan bijhouden en periodiek verantwoording moeten afleggen. Daarnaast krijgt de budgethouder administratieve lasten vanuit het werkgeverschap.

Hulpverlener

In de huidige situatie heeft de hulpverlener weinig administratieve lasten. In de vouchervariant moet de hulpverlener iedere periode naar zorgkantoor/verzekeraar om zijn voucher te verzilveren. In de budgetvariant blijven de administratieve lasten voor de hulpverlener beperkt.

Uitvoerder

In de huidige pgb-regeling is het belangrijkste knelpunt de uitvoering door de SVB. In het vouchermodel wordt de uitvoering neergelegd bij het zorgkantoor/verzekeraar, die er een forse administratieve taak bij krijgt; de bonnenboekhouding per budgethouder en de uitbetaling per voucher (uiteraard kunnen deze werkzaamheden worden uitbesteed). In de budgetvariant kan de uitvoering zelf worden gedaan, of worden uitbesteed aan een facilitaire organisatie. Daarnaast krijgt het zorgkantoor/verzekeraar bij de vouchervariant de administratieve lasten die voortvloeien uit de werkgeversverplichtingen.

UVI/UWV/Belastingdienst

Het huidige pgb-systeem is aantrekkelijk voor de UVI's en de Belastingdienst, omdat ze (t.a.v. de renseignering) te maken hebben met slechts een partij: de SVB. Bij de beide nieuwe pgb-varianten gaan meer partijen de uitvoering doen. In de vouchervariant moeten zorgkantoren/verzekeraars de uitvoering doen, maar die kunnen dat wel weer uitbesteden aan een andere partij. In de budgetvariant mogen cliënten de uitvoering zelf doen, of kan men dit uitbesteden aan een facilitaire organisatie. Beide varianten zullen in potentie in meer (budget) of in mindere (voucher) mate een aantal nieuwe contacten met uvi's /het UWV en de Belastingdienst opleveren. Omdat de sociale en fiscale aspecten ten opzichte van de huidige constructie met de svb in mindere gewaarborgd zijn neemt het risico op mogelijke naheffingen – en daarmee de uitvoeringslast – voor de uvi/het UWV en de Belastingdienst toe.

3. Sociaal/fiscale verplichtingen

Het gaat hier om de kans dat verplichtingen die volgen uit sociale en

fiscale wetgeving ook inderdaad worden nageleefd. In de huidige pgb-regeling zijn de sociale en fiscale aspecten goed geregeld. In beide nieuwe systemen kan het voorkomen dat achteraf blijkt dat budgethouders werkgever zijn (als ze langer dan een bepaald aantal dagen/uren per week iemand in dienst hebben), terwijl ze geen afdrachten hebben gedaan omdat er niet «automatisch» een instantie meer is die dat voor ze regelt (SVB). In het vouchersysteem wordt het zorgkantoor/verzekeraar aangewezen om de werkgeversverplichtingen te regelen. In de budgetvariant is de cliënt eerstverantwoordelijk, maar kan dit worden uitbesteed aan een centrale organisatie. Juridisch gezien is in beide varianten de budgethouder de werkgever. Bij het budgetmodel voert de budgethouder de werkgeverstaken uit en is daar voor verantwoordelijk. Bij de vouchervariant ligt de uitvoering van het werkgeverschap bij het zorgkantoor maar ligt de verantwoordelijkheid bij de budgethouder (net als de SVB in de huidige PGB regelingen).

Het werkgeverschap blijft in beide varianten overigens een probleem, dat vraagt om een meer structurele vereenvoudiging. Hiervoor is een aparte werkgroep samengesteld die naar verwachting in december 2001 met een rapportage zal komen.

4. Budgettaire risico's

De budgettaire risico's van het huidige pgb-systeem zijn beperkt. De kans op oneigenlijke besteding is beperkt, en eventuele onderbesteding valt door het systeem van trekkingsrechten automatisch terug. In beide voorgestelde nieuwe pgb-varianten lijken – door de vrijere bestedingsmogelijkheden en het lastiger terughalen van eventuele onderbesteding – de budgettaire risico's groter, ook omdat de grotere toegankelijkheid kan leiden tot een aanzuigende werking.

5. Risico op uitvoeringsproblemen

Bij de beoordeling van dit risico moet rekening gehouden worden dat het bij het pgb gaat om een administratie met vaak maandelijkse betalingen bij soms in omvang en wettelijke status wisselende dienstverbanden en overeenkomsten. De huidige centrale administratieverplichting met trekkingsrechten is vanwege deze hoge mutatiegraad onder deze last aan het bezwijken.

Doordat in het budgetsysteem de budgethouder zelf verantwoordelijk is voor de uitbetaling van loon is de kans op uitvoeringsproblemen zeer gering. In het vouchersysteem neemt het aantal partijen en daarmee de kans op uitvoeringsproblemen toe. Ditzelfde geldt in de budgetvariant voor die gevallen dat de budgethouder de werkgeversverplichtingen uitbesteed aan een facilitaire organisatie. Tussen deze twee partijen bestaat dan wel – in tegenstelling tot de huidige verplichte SVB-constructie – een directe relatie qua aanspreekbaarheid.

6. Perceptie/satisfactie

Het gaat hier om hoe de verschillende partijen aankijken tegen een nieuw pgb-systeem. De budgethouder en hulpverleners zullen naar verwachting het budgetstelsel prefereren boven een vouchervariant. Vouchers worden (met name door cliëntenorganisaties) soms als betuttelend ervaren. Uitbetaling in de vorm van bonnen die vervolgens verzilverd moeten worden zullen naar verwachting door hulpverleners als onpraktisch ervaren worden. Hier staat echter tegenover dat een vouchersysteem voor de cliënt zeer eenvoudig is. Uitvoering van het werkgeverschap zal door het zorgkantoor/verzekeraar als een extra belasting ervaren worden. Bij het budgetsysteem moet de cliënt dit doen, terwijl deze de deskundigheid ook niet heeft.