

Vergaderjaar 2007–2008

26 631

Modernisering AWBZ

Nr. 232

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

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 9 november 2007

De pgb-regeling nieuwe stijl is voor het eerst eind 2004 geëvalueerd en inmiddels beschikken we over het tweede evaluatierapport. Dat rapport van het ITS treft u hierbij aan in de vorm van een beleidssamenvatting en vijf achterliggende deelonderzoeken¹.

Tijdens het AO modernisering van 31 mei 2007 (26 631/30 597, nr. 216), het wetgevingsoverleg over jaarverslag en slotwet VWS 2006 op 16 juni 2007 (30 100 XVI, nr. 9) en onlangs tijdens het vragenuurtje op 9 oktober 2007 (Handelingen der Kamer II, vergaderjaar 2007–2008, nr. 10, blz. 634–637) heb ik toegezegd u voor de Begrotingsbehandeling over het evaluatieonderzoek pgb te informeren. Dat doe ik hierbij. Allereerst beschrijf ik mijn visie op het pgb, daarna informeer ik u over de feiten rondom het pgb zoals we ze nu kennen. Daarbij ga ik speciaal in op de groei van het pgb en de factoren die daaraan ten grondslag liggen en zouden kunnen liggen. Ik besluit met de pgb-maatregelen die ik met ingang van 2008 neem en met mijn beleidsvoornemens met het oog op een betere beheersing van de uitgaven in de AWBZ en het pgb op de wat langere termijn.

1 Het pgb in perspectief

Het persoonsgebonden budget (pgb) bestaat ruim 10 jaar, in 1995 en 1996 zijn de eerste regelingen van start gegaan na een lange tijd van experimenteren. De verschillende regelingen per doelgroep zijn in 2003 vervangen door het zogenaamde pgb-nieuwe-stijl: één regeling voor alle zorgvragers in de AWBZ, gehandicapten, ouderen en mensen met ggz-problematiek. Hoewel het pgb steeds meer ingeburgerd raakt, heeft het binnen de AWBZ nog steeds een status aparte. De AWBZ is een wet die primair het gebruik van zorg in natura regelt. In het naturastelsel van de AWBZ speelt de zorgvrager vanaf het ontstaan van de wet in 1967 in feite een beperkte rol.

¹ Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

De eerste doorbraak dateert van eind jaren zeventig van de vorige eeuw toen er parlementaire discussie ontstond over het beleid rond de zorg voor gehandicapte kinderen. De Kamer maakte zich zorgen over de geconstateerde sociale en financiële ongelijkheid tussen de zorg voor deze kinderen in de thuissituatie en in een intramurale instelling. Het duurde vervolgens een decennium voordat er experimenten met een cliëntgebonden budget in de thuiszorg en de gehandicaptenzorg ontstonden.

Deze experimenten leidden in 1995/1996 tot regelingen voor de thuiszorg en de verstandelijke gehandicaptensector. Later zijn daar regelingen voor de lichamelijke gehandicaptensector (als experiment) en de geestelijke gezondheidszorg aan toegevoegd.

Vanaf april 2003 is de huidige pgb-regeling in werking, gebaseerd op de gemoderniseerde formulering van de aanspraken in de AWBZ in termen van functies. Nadat de zorgvrager een indicatiebesluit heeft ontvangen, heeft hij de keuze tussen zorg in natura en een pgb. Het pgb is mogelijk voor de AWBZ-functies persoonlijke verzorging, verpleging, ondersteunende begeleiding, activerende begeleiding en tijdelijk verblijf (maximaal 2 etmalen per week). Voor de functies behandeling en langdurig verblijf in een intramurale instelling¹ is geen pgb mogelijk.

De cliënt heeft met het pgb grotere keuzevrijheid gekregen en zijn positie is versterkt. Het is aan de cliënt zelf om te bepalen bij wie hij zijn zorg inkoop; dit kunnen ook niet toegelaten aanbieders zijn. Ook heeft de cliënt in eigen hand welke functies hij inkoop, dat hoeven niet de geïndiceerde functies te zijn, maar het moet wel om AWBZ-verzekerde zorg gaan. Het pgb blijkt in een behoefte te voorzien, ruim 10% van alle zorgvragers in de AWBZ, maakt er gebruik van.

Cliëntgebonden financiering in verschillende vormen, als alternatief sturingsinstrument in de langdurige zorg, is een speerpunt van mijn beleid. Het is mijn intentie de discussie hierover een centrale plek te geven in het licht van de toekomstdiscussie die we met elkaar moeten voeren over de AWBZ. Het pgb is en blijft voor mij hierin een belangrijke variant. Juist daarom wil ik dit instrument budgettair beheersbaar houden. Ook wijs ik u in dit verband op de zorgzwaartessystematiek als een stap op weg naar een cliëntgebonden vorm van bekostiging.

Een professionele, objectieve, onafhankelijke indicatiestelling is ook voor het pgb van levensbelang. De geluiden dat pgb's worden gebruikt door gemeenten om mensen uit de bijstand te houden, door aanbieders om in tijden van schaarste hun budget mee aan te vullen, door gehandicapten om hun escortservicet te betalen, door kleinkinderen om hun oma mee te nemen naar het jazzfestival, door drukbezette ouders om huiswerkbegeleiding van hun (ook drukke) kinderen te financieren, etc. etc., doen het pgb geen goed. Ik kan niet uitsluiten dat deze voorbeelden werkelijkheid zijn en wil daar dan ook meer over weten. AWBZ-zorg moet onbetwistbaar zijn, het is zorg die mensen met beperkingen in staat stelt de kwaliteit van hun leven op peil te houden en dat moet zo blijven. Voor onbetwistbare zorg zijn mensen bereid uit solidariteit premies te betalen.

Op dit moment lijkt de veel te ruime formulering van de aanspraken in zijn algemeenheid in combinatie met «het gemak van geld» de oorzaak van een ongekeerde groei, zonder dat er aanwijsbaar sprake is van substitutie voor zorg in natura. Op zich hoeft groei niet negatief te zijn. Maar een extreme groei die niet zonder meer te verklaren valt, gecombineerd met signalen over niet bedoelde aanwending van middelen vraagt wel om een uiterst kritische blik op het instrument. Juist om het goede ervan voor de toekomst te behouden.

¹ Voor het daadwerkelijk verblijven in een intramurale instelling kan geen pgb worden verstrekt. Wel kan iemand met een verblijfsindicatie ervoor kiezen dat verblijf niet te verzilveren, thuis te blijven en een pgb aan te vragen voor de zorg thuis.

Hieronder ga ik in op de feiten zoals ze zich nu voordoen, op mogelijke bedreigende effecten, waardoor deze worden veroorzaakt en wat eraan te doen is. Hierbij maak ik gebruik van de resultaten van het onlangs opgeleverde evaluatieonderzoek.

2 Feiten

2.1 Groei algemeen

Van het huidige totale aantal AWBZ-gebruikers (circa 750 000) heeft inmiddels ruim 10% (80 000) een persoonsgebonden budget. Circa 255 000 mensen verblijven in een AWBZ-instelling, de overige 495 000 mensen ontvangen hun zorg thuis in natura of met een pgb.

Bij de start van de pgb-regeling nieuwe stijl in april 2003 waren de 51 000 budgethouders als volgt verdeeld over de verschillende regelingen: 36 500 verpleging & verzorging, 11 500 verstandelijke handicap en 3 000 geestelijke gezondheidszorg. Begin 2006 was iedereen ingestroomd in de pgb-regeling nieuwe stijl en waren er in totaal 80 000 budgethouders. Eind 2006 waren dat er 95 000. Met de invoering van de Wmo in 2007 gaan de budgethouders met een pgb voor alleen huishoudelijke verzorging over naar de gemeenten. Het gaat ongeveer om 30 000 budgethouders. De aanvankelijke veronderstelling dat hierdoor een verminderde groei van het pgb in de AWBZ zou optreden, bleek niet te kloppen. Integendeel, juist in 2007 zien we het aantal nieuwe pgb-ers sterker toenemen dan ooit tevoren. Uitgaande van de beschikbare cijfers tot nu toe (ultimo augustus) is er een gemiddelde stijging per maand met 2 200 nieuwe budgethouders, een stijging die alle voorgaande jaren ruim overtreft.

Groei van het aantal budgethouders en het bestede/beschikbare budget

Jaar	2003	2004	2005	2006	2007
Aantal budgethouders	62 500	69 500	80 500	95 000	80 885 t/m augustus ¹
Procentuele stijging	25%	11,2%	15,8%	18,1%	pm
Gem. stijging per maand	1 042	5 83	917	1 208	2 200 t/m augustus
Uitgaven in miljoenen	635	764	922	1 136	1 455 (raming)

Bron: CVZ

¹ Zonder de Wmo zouden er circa 30 000 budgethouders meer zijn.

Ook in de zorg in natura is sprake van groei. Hieronder zijn de bestedingen van de extramurale zorg in natura weergegeven in de jaren 2004 tot en met 2006; het aantal cliënten is niet bekend en ook zijn er nog geen cijfers over 2007 beschikbaar.

Uitgaven extramurale zorg in natura en in pgb in miljoenen

	2004	2005	2006	Groei 2004–2006
Uitgaven Extramuraal V&V	3 353	3 577	3 880	15,7%
Uitgaven Extramuraal GHZ	955	1 052	1 105	15,7%
waarvan gerelateerd aan jeugd (onder 18 jaar)	125	148	160	28,0%
Uitgaven Extramuraal GGZ	1 184	1 274	1 371	15,8%
waarvan eerste opname	46	49	48	4,7%
waarvan deeltijd	197	1 99	1 99	0,8%
waarvan ambulante contacten	940	1 025	1 124	19,5%
waarvan gerelateerd aan jeugd (onder 18 jaar)	127	136	155	22,5%
Uitgaven pgb	764	922	1 136	48,7%

Bron: VWS, met uitzondering van de uitgaven pgb 2006; hiervoor zijn de meest recente cijfers van het CVZ gebruikt.

We kunnen dus vaststellen dat de uitgaven voor zowel de extramurale zorg in natura als het pgb fors groeien. We kunnen ook constateren dat de uitgaven aan pgb's relatief sneller groeien dan aan extramurale zorg in natura en dat de uitgaven aan zorg voor jeugdigen zowel in natura als in het pgb relatief het meest toenemen. Dit betekent dat er waarschijnlijk geen sprake is van substitutie, oftewel het is dus niet zo dat een grotere vraag naar pgb's leidt tot minder uitgaven in de zorg in natura of andersom. Wat we overigens niet weten is of, als er een minder grote groei in het pgb zou zijn, de zorg in natura niet nog harder zou groeien.

2.2. Groei specifiek

Als de pgb-regeling doorgroeit op de manier zoals dat in het afgelopen jaar is gebeurd, dan betekent dit dat een groot deel van de zogenaamde groeiruimte die jaarlijks beschikbaar is voor de AWBZ in de komende jaren aan het pgb op zal gaan. Ik vind dit niet wenselijk omdat er dan wel heel weinig financiële ruimte overblijft voor uitbreiding en verbetering van intramurale zorg en van extramurale zorg in natura. In de onderstaande tabel is het scenario doorgerekend dat de komende jaren sprake is van een gemiddelde toename van 2100 nieuwe budgethouders per maand.

Scenario bij groei van 2100 pgb-houders per maand

Uitgaven	2008	2009	2010	2011
aantal pgb-houders ultimo van het jaar	115 000	140 000	165 000	190 000
uitgaven in miljarden	€ 1,7	€ 2,1	€ 2,5	€ 2,9
groei per jaar in miljarden €	€ 0,4	€ 0,4	€ 0,4	€ 0,4
groei per jaar in %	30%	25%	20%	15%

Bron: VWS

Deze tabel laat zien dat in de komende jaren telkens meer dan € 400 miljoen voor het pgb nodig is onder de veronderstellingen dat het aantal pgb's blijft groeien met 2 100 per maand en dat het gemiddelde pgb-bedrag per persoon constant blijft. Bij een groei van 2 100 budgethouders per maand is uitgegaan van het groeiniveau 2007, gecorrigeerd met het verwachte effect van de maatregelen die in de begroting 2008 zijn aangegeven. De beschikbare groeiruimte voor de gehele AWBZ bedraagt in 2008 € 538 miljoen. De beschikbare groeiruimte in de gehele Kabinetsperiode bedraagt ongeveer € 2.4 miljard, daarvan zou dan € 1.6 miljard voor het pgb nodig zijn. U ziet dat dit zou betekenen dat er in 2008 en volgende jaren nog slechts een klein deel beschikbaar is voor andere zorg dan pgb's. Dat is een probleem dat ik mij aantrek en waarvoor ik een oplossing ga zoeken.

Het pgb-evaluatieonderzoek van ITS levert materiaal op om nader in te zoomen op de groei en de oorzaken daarvan. Het evaluatieonderzoek betreft echter vooral de jaren 2005 en 2006 en niet 2007 terwijl we juist in dit jaar de grootste groei zien. Dat is de reden dat ik een tweetal aanvullende onderzoeken uitzet om nader zicht te krijgen op specifieke elementen van de pgb-groei. Welke dat zijn, daarop ga ik hieronder in.

2.2.1 Aandeel jeugd

Opvallend is, zoals het ITS evaluatieonderzoek laat zien, dat vooral het aandeel jeugd in de pgb-regeling groeit, namelijk van 16% in 2003 tot 27% in 2006. In 2006 is al 31% van de nieuwe instromers onder de 18 jaar. Binnen het aandeel jeugd zijn het dan vooral de (ouders van) jongeren met een psychiatrische aandoening die zich meer en meer tot het pgb wenden. Het aandeel jeugd met een psychiatrische grondslag stijgt van

7% in 2003 tot 23% in 2006. Deze budgethouders zijn vooral voor ondersteunende en activerende begeleiding geïndiceerd. Zij beschikken over het laagste gemiddelde netto-budget (€ 12 500,- per jaar) in vergelijking tot de andere budgethouders (€ 18 500,- per jaar) en hebben daarnaast de hoogste gemiddelde onderbesteding.

Het evaluatieonderzoek maakt tevens duidelijk dat deze groei van het aandeel jeugd al langer gaande is; al vanaf 2003 merkbaar en zich doorzettend in de jaren daarna. Door de Wmo komt hierop nog wat meer de nadruk te liggen, omdat er daardoor sprake is van een veranderde pgb-populatie. Budgethouders die naar de Wmo gaan zijn namelijk ouder dan budgethouders die in de AWBZ blijven. In het eerste kwartaal van 2007 is het aandeel jeugdigen dan ook al 40%, waarvan 25% de basisschool leeftijd heeft. In het eerste kwartaal van 2007 is al ongeveer 45% van de instromers onder de 18 jaar en van hen heeft driekwart de psychiatrische grondslag. Het aantal budgethouders met een indicatie vanuit het Bureau Jeugdzorg stijgt bovendien veel harder dan vanuit het CIZ.

We zien tevens de somatische en psychogeriatrische grondslag afnemen en de psychiatrische grondslag toenemen.

Grondslagen in percentages

Grondslagen ¹	2003 t/m 2006 ¹	2007
Somatisch/psychogeriatrisch	70%	47%
Verstandelijke handicap	14%	19%
Lichamelijke handicap	6%	5%
Zintuiglijke handicap	3%	3%
Psychosociaal	6%	4%
Psychiatrisch	15%	36%

Bron: ITS evaluatieonderzoek

¹ De helft van de budgethouders heeft meer dan één grondslag.

Duidelijk is inmiddels dat deze vraagontwikkeling in het pgb niet op zichzelf staat. Dezelfde groeiende vraag naar zorg door jongeren met beperkingen speelt momenteel op het terrein van de jeugdzorg, de jeugd-ggz, de Wajong, het speciaal onderwijs en de Tegemoetkoming Onderhoudskosten Gehandicapte kinderen (TOG). Wat is er aan de hand met onze jeugd?

Op verzoek van het vorige Kabinet heeft TNO onderzoek gedaan naar dit toenemend gebruik van allerlei zorgvormen door jongeren. Dit onderzoek, dat u inmiddels hebt ontvangen, geeft al veel inzicht in oorzaken van het toegenomen gebruik.

Een aantal interessante conclusies uit dit onderzoek speelt zeker een rol bij het verklaren van de pgb-groei. Allereerst concludeert TNO dat er niet is aangetoond dat er sprake is van een toename van stoornissen bij jeugdigen. Maar wél dat er sprake is van een meer systematische en eerdere signalering van stoornissen in het autismspectrum. Ook is er sprake van een toename van kennis hierover en van een grotere alertheid op afwijkend gedrag bij zowel ouders als professionals. De eisen van de samenleving en het onderwijs worden steeds hoger, wat sneller leidt tot problemen bij kinderen met dergelijke stoornissen. Ook leidt het steeds bekender worden van regelingen tot een toename van de vraag. Dat geldt zeker voor het pgb. Zo waren er in 2003 nog slechts 3000 mensen met een pgb voor ggz-zorg. Nu, vier jaar later, zijn dat er circa 29 000. Door de functiegerichte omschrijving van de aanspraken en het afschaffen van de doelgroep-gerichtheid in 2003, is er ook letterlijk de ruimte ontstaat voor deze groep om een beroep te doen op de AWBZ en het pgb daarbinnen. Van die ruimte wordt gebruik gemaakt.

Ik vind het, in navolging van TNO, vervelend dat ons inzicht belemmerd wordt omdat veel informatie onvolledig of onbetrouwbaar is. Zo weten we bijvoorbeeld niet veel over samenloop van allerlei verschillende regelingen. Is het nu zo dat mensen gelijktijdig gebruik maken van meer regelingen? In het pgb-evaluatieonderzoek is hier naar gekeken en het blijkt dat 35% van de budgethouders met psychiatrische problematiek ook gebruik maakt van andere persoonsgebonden financieringen, in dit geval voornamelijk van de leerlinggebonden financiering. Ik wil over deze samenloop, de redenen en het gebruik daarvan meer weten en dit zijn thema's voor vervolgonderzoek.

Voorts wijst het TNO-onderzoek uit dat inspanningen die in de ene regeling voor verlichting zorgen, elders leiden tot nieuwe knelpunten, ook wel het «waterbedeffect» genoemd. Uit de cijfers van het zorgkantoor VGZ is bekend dat zo'n 27% van de instroom in de pgb-regeling momenteel binnenkomt via de Bureaus Jeugdzorg. Dat betekent dat er dus bijna 600 jongeren elke maand via deze bureaus instromen en een pgb aanvragen¹. Deze bureaus hebben, zoals u weet, vanaf de inwerkingtreding van de Wet op de Jeugdzorg in 2005 de bevoegdheid te indiceren voor AWBZ-zorg voor jeugdigen met psychiatrische problematiek. Deze zorg kan vervolgens in natura of als pgb geleverd worden.

Het aantal jongeren dat via de bureaus jeugdzorg een pgb aanvraagt, wordt in de standaard beleidsinformatie over deze Wet niet bijgehouden. We weten dan ook weinig over het type stoornissen, hun problemen en over waarom ze kiezen voor een pgb. Zou het bijvoorbeeld kunnen dat het pgb voor deze groep gebruikt wordt als «pleister» omdat de voorzieningen elders tekort schieten? Zou het kunnen dat wachtlijsten in de jeugdzorg en bij de jeugd-ggz een rol spelen? In hoeverre hebben we last van een tekort aan behandelaars (jeugdpsychiaters en psychologen)? En is er wellicht sprake van onvoldoende aansluiting van het natura-aanbod op de vraag? Daarnaast weten we uit het evaluatieonderzoek dat deze groep jeugdige pgb-houders met een psychiatrische grondslag gemiddeld de hoogste onderbesteding heeft. Waarop dit duidt, dus hoe het komt dat deze budgethouders geld overhouden, dat weten we niet.

2.2.2 Aandeel ondersteunende en activerende begeleiding

We kunnen kortom vaststellen dat het aandeel jeugd met een pgb toeneemt, en dat daarbinnen het aandeel jeugd met een psychiatrische aandoening zich speciaal onderscheidt. Maar dat is niet de enige verklarende factor van de groei van het pgb. Die groei doet zich namelijk over de hele linie voor, bij alle grondslagen en functies. Er is bijvoorbeeld sprake van een toename van de functies ondersteunende- en activerende begeleiding in het pgb. Voor deze functies wordt steeds vaker een pgb aangevraagd. Het evaluatieonderzoek geeft aan dat er de afgelopen drie jaar sprake is van een sterke afname van huishoudelijke verzorging (van 70% in 2003 naar 55% in 2006) en van een sterke toename van ondersteunende begeleiding (van 29% in 2003 naar 54% in 2006). Een andere opmerkelijke ontwikkeling is dat de indicatie voor activerende begeleiding onder instromers sterk stijgt. Kwam dit in 2003 bij 12% van de gevallen voor, in 2006 heeft 25% van de budgethouders een indicatie voor activerende begeleiding.

Het percentage budgethouders met activerende begeleiding zal dalen als gevolg van de geplande overheveling van de ggz naar de Zvw per 1-1-2008. Vanaf die datum kunnen mensen met een psychiatrische grondslag geen aanspraak meer maken op onder andere de functie activerende begeleiding in de AWBZ. Ik beschik momenteel over verschillende cijfers van het aantal budgethouders dat hiermee te maken krijgt. Volgens een opgave van het CVZ gaat het om 5000 budgethouders en een bedrag van

¹ Onbekend is op dit moment of de VGZ-cijfers wat dit betreft landelijk representatief zijn.

€ 38 miljoen euro dat wordt overgeheveld naar de Zvw. Deze cijfers kloppen niet met de cijfers uit het ITS evaluatieonderzoek dat spreekt van circa 17 000 budgethouders die overgaan naar de Zvw (p. 7), 15 000 hebben een indicatie voor activerende begeleiding en 2000 voor verpleging op basis van hun psychiatrische aandoening. De reden voor dit verschil laat ik uitzoeken.

Ook in een door VWS en het CVZ afgenomen bliksem enquête onder pgb-medewerkers van zorgkantoren zijn als drie verklaringen voor de groei van de budgethouders in 2007 genoemd dat het aantal AWBZ cliënten in het algemeen stijgt, de bureaus jeugdzorg meer indiceren en de functies ondersteunende- en activerende begeleiding groeien.

Deze pgb-medewerkers hebben, naast het steeds bekender worden van de pgb-regeling en het feit dat er vernieuwing mee mogelijk wordt, ook nog de volgende mogelijk verklaringen genoemd:

- dat mensen vaker voor een pgb kiezen omdat ze dan mantelzorgers kunnen inhuren als hulpverleners;
- dat door de beperkte contracteerruimte en/of doordat het aanbod niet past op de vraag naturazorg-aanbieders hun cliënten in toenemende mate aansporen gebruik te gaan maken van een pgb;
- dat sociale diensten mensen die hun partner verzorgen niet langer vrijstellen van de plicht om te solliciteren en ze naar het pgb verwijzen;
- dat bemiddelingsbureaus zich steeds actiever opstellen om mensen op de mogelijkheden van het pgb te wijzen;
- dat de maatregel om geen verantwoording meer te vragen over de eerste € 2 500,- het pgb aantrekkelijker heeft gemaakt voor mensen die er anders wellicht geen beroep op hadden gedaan.

Hieronder zal ik ingaan op wat er aan feitenmateriaal beschikbaar is op basis waarvan deze redenen kunnen worden beoordeeld op hun verklarend effect.

2.2.3 Mantelzorg

Uit het evaluatie-onderzoek blijkt dat 35% alleen hulp inkoop bij zorginstellingen, zelfstandig werkende hulpverleners/begeleiders, freelancers en particulieren. In de onderstaande tabel is deze groep aangeduid met «professioneel». De particuliere huishoudelijke hulpen vallen hier ook onder. Een derde deel van de budgethouders koopt zijn hulp alleen in bij mantelzorgers. Dit zijn inwonende en uitwonende familieleden, vrienden, burens en goede bekenden. En eveneens een derde koopt gecombineerd in.

In vergelijking met het ITS-onderzoek naar de monetarisering van de mantelzorg in 2005, zijn er nauwelijks veranderingen. Toen was de verdeling 35% alleen mantelzorg, 33% alleen professioneel en 32% gecombineerd. Enkelvoudige inkoop van zorg bij mantelzorgers is dus heel licht afgenomen (min 2%).

Aard inkoop van zorg naar grondslag, in percentages

	soma- tisch	LG/ZG	Som. + LG	psych.	VG	totaal
alleen professionele zorg	37	36	36	49	21	35
alleen mantelzorg	44	45	39	15	15	33
mantelzorg + professionele zorg	20	20	25	36	65	32
N	179	121	130	108	127	665

Bron: ITS

Er zijn wel significante verschillen tussen budgethouders naar grondslag. Verstandelijk gehandicapten en mensen met psychiatrische problematiek kopen veel minder vaak hulp in bij alleen mantelzorgers (15%). Budgethouders met een somatische of een lichamelijke handicap kopen echter juist wel vaker in bij alleen mantelzorgers (respectievelijk 44 en 45%). Opvallend is verder nog het inkoopgedrag van verstandelijk gehandicapten. Zij kopen in bijna tweederde deel gecombineerd hulp in.

2.2.4 Natura-aanbieders en pgb

Uit contacten met het zorgveld blijkt dat nogal wat aanbieders hun cliënten aanraden een pgb te gaan kiezen. Zorgkantoren signaleren bijvoorbeeld dat er in toenemende mate natura-aanbieders zijn die hun marktaandeel vergroten door hun cliënten een pgb aan te raden. Redenen daarvoor kunnen divers zijn. Dit kan worden veroorzaakt doordat de contracteerruimte voor een individuele aanbieder is bereikt. Hierover zijn geen harde cijfers beschikbaar, maar wel zou een toename van de vraag naar pgb's in het najaar, als de contracteerruimte doorgaans krap wordt, kunnen duiden op dit mechanisme. Ik wil dan ook weten in welke omvang dit speelt.

2.2.5 Alternatief voor regulier aanbod

Voorts kan het zijn dat zorgvragers een type zorg willen dat het natura-aanbod niet wil of kan leveren. Dit laatste, zo weten we, speelt een rol in de jeugd-ggz. Voor een groep patiënten in de jeugd-ggz biedt de natura-zorg geen afdoende oplossing voor het probleem van het gezin. De flexibiliteit van het pgb biedt dan soms wel een oplossing. Als voorbeeld kan worden genoemd de groep jonge autisten. Deze jongeren hebben concentratieproblemen en een sterke behoefte aan aandacht en structurering. Met een pgb kunnen ouders flexibel voorzien in het inroepen van begeleiding (door studenten of mensen uit de sociale omgeving) om weglooptgedrag te voorkomen en paniekaanvallen te beheersen. Hiermee kan opname van een kind in een intramurale instelling worden voorkomen. Deze (ondersteunende) begeleiding kan plaatsvinden op de bus naar school, maar ook na schooltijd. Een andere groep zijn de jongeren die zijn «uitbehandeld» door de natura-instellingen. Natura-aanbieders wijzen hun cliënten in deze gevallen op het pgb als mogelijkheid om toch zorg te krijgen die deze aanbieders niet kunnen of willen bieden. In welke omvang dit speelt, is niet bekend. Dat wil ik wel graag weten.

2.2.6 Sociale diensten

Er zijn signalen ontvangen dat gemeentelijke sociale diensten de tijdelijke ontheffing van de plicht tot arbeidsinschakeling die aan de partner of de ouder van de zorgbehoevende in het kader van de Wet werk en bijstand (WWB) is verleend, intrekken, omdat de dringende redenen die aan de ontheffing ten grondslag lagen zich niet langer voordoen.

De sociale diensten doen dit op het moment dat zij constateren dat er mogelijk recht bestaat op AWBZ-zorg, die ertoe leidt dat de partner of de ouder van de belanghebbende niet langer noodzakelijke zorg hoeft te verlenen. Vanaf het moment dat de sociale dienst de ontheffing intrekt, is

men gehouden om naar vermogen algemeen geaccepteerde arbeid te verkrijgen en deze te aanvaarden. In het geval de sociale dienst van mening is dat de partner of de ouder deze uit de WWB voortvloeiende verplichting niet of onvoldoende nakomt, verlaagt de sociale dienst de bijstand.

Mensen voelen zich daardoor gedwongen een AWBZ-indicatie voor de zorgbehoevende aan te vragen en te kiezen voor een pgb om zichzelf als hulpverlener in te huren. Dit kan niet de bedoeling zijn. Er zijn echter geen gegevens in welke mate deze gevallen zich voordoen, alhoewel ik veronderstel – op basis van algemene cijfers over aantallen bijstandsgerechtigden en mensen die gebruik maken van extramurale AWBZ-zorg –, dat er slechts beperkt sprake zal zijn van samenloop tussen een bijstandsuitkering en de aanwezigheid van een zieke huisgenoot. Ook hier ben ik benieuwd naar de omvang.

2.2.7 Bemiddelingsbureaus

Uit het evaluatieonderzoek blijkt dat circa 10% van de budgethouders gebruik maakt van een adviseur of bemiddelaar bij het inkopen en organiseren van de zorg met het pgb. Budgethouders met een psychiatrische of verstandelijke handicap doen dat nog het meest. Het gaat om advies en bemiddeling bij het zoeken van hulpverleners, (her)indicatie, afsluiten van zorgovereenkomsten en vervanging van de hulpverlening bij ziekte. Kosten lopen uiteen van gemiddeld circa € 22,- per uur tot € 69,- per maand. Het gaat daarbij om gemiddeld zo'n 9 uur advies of bemiddeling per maand. Deze kosten kunnen uit het pgb worden betaald.

Een raadpleging van de diverse sites op internet laat al snel zien dat dit soort bureaus ook actief bezig is met «klantenwerving». Kwantitatieve gegevens ontbreken hier en die gaan we achterhalen met vervolgonderzoek.

2.2.8 Verantwoording afleggen

Alle budgethouders moeten verantwoording afleggen over hun budget. Zij moeten verantwoorden dat zij hun pgb hebben besteed aan verzekerde zorg. Daartoe moeten ze één of tweemaal per jaar een verantwoordingsformulier opsturen naar het zorgkantoor. Het vorige Kabinet heeft besloten dat vanaf 1 januari 2007 budgethouders geen verantwoording meer hoeven af te leggen over de eerste € 2 500,- van hun jaarbudget. Deze maatregel is genomen om de administratieve lasten van budgethouders te verlichten.

Inmiddels blijkt dat de maatregel € 2 500,- verantwoordingsvrij tot de nodige interpretatie vraagstukken leidt die het imago van het pgb eerder schaadt dan goed doet. De pgb-medewerkers van de zorgkantoren hebben mij bijvoorbeeld erop gewezen dat zij vermoeden dat de maatregel een vraag mobiliseert die zich anders niet zou voordoen. De budgethoudersvereniging Per Saldo heeft aangegeven dat de maatregel budgethouders in verwarring brengt omdat er tegelijkertijd is gecommuniceerd dat het bedrag aan zorg moet worden besteed. En omdat budgethouders dan bij een intensieve controle toch moeten kunnen bewijzen dat het bedrag aan zorg is besteed, levert deze maatregel in feite niet de beoogde administratieve lastenreductie op. Ook heeft Per Saldo veel vragen van hun leden ontvangen in de trant van: mag ik dit bedrag aan vervoer besteden, mag ik van dit bedrag een computer kopen om er mijn pgb-administratie mee te doen? Etc.

Om de administratieve lasten voor budgethouders bij het afleggen van verantwoording verder te reduceren wijs ik u op de stappen die gezet zijn, samen met Per Saldo en de zorgkantoren, om het in 2008 mogelijk te maken digitaal verantwoording af te leggen.

Ook heeft het evaluatieonderzoek geleerd dat het verhogen van het verantwoordingsvrije bedrag een directe relatie heeft met de onderbesteding¹. In 2007 zal alleen het bedrag aan onderbesteding terugkomen dat budgethouders méér overhouden dan € 2 500,-, omdat zij dat bedrag immers niet meer hoeven te verantwoorden. We weten inmiddels dat weliswaar een afnemend aantal budgethouders onderbesteding heeft (respectievelijk 60% in 2003, 54% in 2004 en 52% in 2005), maar dat de totale som van de onderbesteding toeneemt door de sterke groei van het aantal budgethouders.

Er zijn aan de andere kant ook budgethouders die overbesteden, zij verantwoorden meer dan hun netto budget, dat doet in 2005 20% van de budgethouders. Van hen verantwoordt 7% méér dan hun bruto budget². Het gemiddelde onderbestede bedrag was in 2005 € 3 014,95. Binnen dit gemiddelde is sprake van een grote differentiatie. Zeer hoge onderbesteding komt bijvoorbeeld voor bij tussentijdse budget-beëindiging, als gevolg van overlijden of door overstap naar zorg in natura. Op basis van deze cijfers valt niet uit te sluiten dat er als gevolg van de maatregel € 2 500,- verantwoordingsvrij een aanzienlijk bedrag niet terugkomt in de AWBZ.

3 Aangrijpingspunten voor verbetering van de beheersbaarheid van de uitgaven

3.1 Beheersmaatregelen per 1-1-2008

3.1.1 Plafond 2008

Het pgb-plafond voor 2008 stel ik vast op € 1 750 miljoen. Dit plafond is voldoende om te starten en om een gelijke gemiddelde groei als in 2007 te accommoderen. Op basis van de uitkomsten van het vervolgonderzoek dat ik heb uitgezet, zie ik welke nadere maatregelen nodig zijn. Hierover besluit het Kabinet in het voorjaar van 2008 en een en ander zal gecommuniceerd worden met uw Kamer in de begroting van 2009.

3.1.2 Efficiëncykorting en maatregelen ondersteunende begeleiding

De maatregelen die ik al in de begroting 2008 heb aangekondigd en waarover ik heb toegezegd u separaat een brief te sturen, waarin wordt aangegeven wat dit betekent voor kwetsbare cliënten, gelden ook voor het pgb. Dat betekent dus dat er straks geen pgb meer mogelijk zal zijn voor de functie ondersteunende begeleiding in uren bij de grondslagen somatiek en/of psychosociaal.

ZN en het CVZ hebben mij laten weten dat de maatregel die betrekking heeft op de tariefsverlaging voor ondersteunende begeleiding op de grondslag somatiek/psychosociaal moeilijk is uit te voeren op de korte termijn die ons nog rest tot het volgende jaar.

Omdat deze maatregel niet eenvoudig is uit te voeren en omdat de gehele efficiëncykorting niet één-op-één van toepassing te verklaren is op pgb-houders, zal ik in plaats daarvan in 2008 de pgb-tarieven niet indexeren. Daardoor wordt het tevens mogelijk meer nieuwe budgethouders in te laten stromen in het pgb.

3.1.3 Afschaffen € 2 500,- verantwoordingsvrij

We zullen zuinig met de middelen die we hebben moeten omspringen en de geloofwaardigheid van het pgb moeten herwinnen. Daarom wil ik dat alle middelen die beschikbaar zijn ook worden ingezet voor zorginkoop. En dat als mensen op hun budget overhouden, ze dat ook terugbetalen aan het zorgkantoor. Met die middelen kunnen immers weer nieuwe aanvragen worden gehonoreerd. Deze argumenten maken dat ik de maatregel € 2 500,- verantwoordingsvrij afschaf met ingang van 2008. Dan zal

¹ Onderbesteding is geld dat niet is uitgegeven aan het inkopen van zorg door budgethouders en dat terugbetaald moet worden aan het zorgkantoor.

² Het bruto budget is het netto budget plus de eigen bijdrage.

weer het oude bestedingsvrije bedrag dat we daarvoor kenden van 1,5% van het budget met een minimum van € 250,- en een maximum van € 1 250,- gelden.

3.1.4 Afschaffen 10%-overheveling

De 10%-overheveling ga ik afschaffen vanaf de eerstkomende jaarovergang 2007–2008. Dit heb ik u gemeld in de brief van 19 oktober 2007 over de 13e voortgangsrapportage modernisering AWBZ (DLZ/KZ-2801832). De 10%-overheveling houdt in dat een budgethouder bij een doorlopend pgb, maximaal 10% van zijn netto toegekende pgb mag meenemen, als hij het niet op maakt, naar het volgende kalenderjaar. Dat kan jaar op jaar zo doorgaan waardoor de 10%-overheveling voor een groot deel van de budgethouders fungeert als een renteloze lening voor de duur van hun budget. Dit laatste is, zo leert het evaluatieonderzoek ons, het geval bij 80% van de budgethouders die gebruik maakt van de 10%-overheveling. Slechts 20% blijkt met een deel van dit overgehevelde budget zorg in te kopen. Een ander argument om de 10%-overheveling af te schaffen is dat deze maatregel grote administratieve problemen geeft in de uitvoering.

3.2 Beleidsvoornemens

3.2.1 Vervolgonderzoek

Op korte termijn laat ik onderzoek doen naar de vraag hoe het komt dat er zoveel jongeren met psychiatrische beperkingen in het pgb instromen via de bureaus jeugdzorg. Ik wil onder ander weten hoe er geïndiceerd wordt door de bureaus jeugdzorg en in hoeverre de indicatiestelling daar overeenkomt of afwijkt van wat het CIZ doet.

Ook ga ik onderzoeken hoe pgb-houders in 2007 ertoe zijn gekomen voor een pgb te kiezen. Ik wil weten in hoeverre anderen (bemiddelingsbureaus, zorg in natura-aanbieders, gemeentelijke sociale diensten) ze daartoe hebben gestimuleerd en waarom. De uitkomsten van deze onderzoeken verwacht ik begin volgend jaar.

Ook minister Rouvoet heeft onderzoek aangekondigd naar de vraag waarom het beroep op alle vormen van jeugdzorg jaar op jaar toeneemt. Wij zullen daarin samen optrekken. Naar aanleiding van het TNO-onderzoek zet hij een breder onderzoek op dat inzicht moet opleveren in de werking en de effectiviteit van de keten van jeugdzorg en aanbevelingen moet doen hoe het preventieve vermogen van de keten te vergroten is.

Vervolgens zie ik de pilots met het participatiebudget als kansrijk om ervaring op te doen met een integrale aanpak. Met SZW is een pilot participatiebudget werk en zorg in voorbereiding waarbij de voorzieningen vanuit het pgb AWBZ en de WIA (werknemers werkvoorzieningen) in één budget gebundeld worden. Tevens wordt bezien of er gefaseerd meer regelingen bij betrokken kunnen worden, zoals de Wmo. Ook voor onderwijs en zorg zal er een pilot komen. Het doel van de pilots is bezien of er verbetering optreedt in keuzemogelijkheden, participatie en kwaliteit van leven en vermindering in administratieve lasten. Ook moeten de pilots duidelijk maken wat het invoeren van een participatiebudget betekent voor de uitvoering en de betaalbaarheid ervan.

3.2.2 Aanspraken herformuleren

De groei van de AWBZ-uitgaven is niet alleen een pgb-probleem. Mijn hoofdconclusie is dat de bestaande AWBZ-aanspraken zo ruim geformuleerd zijn dat hierdoor ook onbedoelde en daarmee ongewenste instroom plaatsvindt. Ter illustratie: Het bereik dat de functie ondersteunende begeleiding kent is inmiddels dusdanig ruim dat hieronder ook activiteiten vallen die geenszins te maken hebben met de oorspronkelijke doelstelling, te weten het verlenen van zorg en begeleiding aan de meest kwetsbaren

in onze samenleving. Uit diverse casussen blijkt, zoals ook aangegeven in de voorbeelden op pagina 2, dat ondersteunende begeleiding in de praktijk lijkt te worden ingezet om bijvoorbeeld huiswerkbegeleiding of escort-service te financieren. Ik ga ervan uit dat het hier om incidenten gaat, maar ik vind dit allerminst gewenst. Juist in een stelsel waar collectieve voorzieningen uit solidariteit worden opgebracht, past het mijns inziens niet om hier wildgroei in te laten optreden. Ik hecht dan ook aan een glasheldere polis die voor de meest kwetsbaren in onze samenleving onbetwistbare zorg garandeert en de voorbeelden bestrijdt zoals eerder genoemd op pagina 2.

3.2.3 Pgb en zijn status aparte: naar één financiële ruimte binnen de AWBZ

Het persoonsgebonden budget heeft geen «wettelijke status», er staat bijvoorbeeld niets over vermeld in de AWBZ. Het pgb is geregeld als subsidieregeling. De zorgkantoren voeren de pgb-subsidieregeling uit en het CVZ coördineert die uitvoering. In de subsidieregeling is een subsidieplafond opgenomen. Zowel de pgb-regeling als de contracteerruimte kent dus een eigen regionaal plafond.

Aan de NZa heb ik gevraagd of het mogelijk is in de toekomst één financiële ruimte binnen de AWBZ af te spreken die zowel geldt voor de zorg in natura als voor het pgb. Dit zou bijvoorbeeld moeten voorkomen dat natura-aanbieders hun cliënten doorschuiven naar pgb. De zorgkantoren zouden bij de inkoop van naturazorg op regionaal niveau rekening kunnen houden met de voorkeur van cliënten voor het pgb.

Deze voorkeuren zijn op regionaal niveau zeer verschillend. Daarom lijkt het wenselijk zorgkantoren in staat te stellen op regionaal niveau flexibeler te kunnen inspelen op de voorkeuren van de cliënten. De NZa gaat op mijn verzoek na wat er zou moeten gebeuren om dit mogelijk te maken en heeft al laten weten dat dit in 2008 geen optie is en dat het niet eerder dan in 2009 operationeel kan zijn. Op basis van het rapport van de NZa hierover dat ik in 2008 verwacht, zal ik bezien wat de te zetten stappen kunnen zijn.

3.3.4 Pgb-tarieven en eigen bijdragen

Ten slotte ben ik voornemens de pgb-tarieven aan een nadere beschouwing te onderwerpen en nog eens goed naar de geldende eigenbijdragen te kijken. Wat betreft de pgb-tarieven geldt dat deze zijn vastgesteld in 2003 op grofweg 75% van de toen geldende natura-tarieven. Ik wil bezien of de toen gekozen uitgangspunten nog steeds gelden of dat er een bijstelling gewenst is. Wat betreft de eigenbijdrage, die wordt momenteel alleen geheven op de functies persoonlijke verzorging en verpleging. Bij tijdelijk verblijf, ondersteunende en activerende begeleiding bestaat geen eigenbijdrage. Jongeren onder de 18 jaar zijn geheel uitgesloten van het betalen van een eigen bijdrage. We zullen nader bezien, in samenhang met zorg in natura, of deze situatie houdbaar is.

Samenvattend zijn de pgb-maatregelen die ik met ingang van 1 januari 2008 neem de volgende:

- 1 Plafond vaststellen op € 1 750 miljoen;
- 2 Ondersteunende begeleiding in uren afschaffen bij de grondslagen somatisch en/of psychosociaal en geen indexering van de pgb-tarieven in 2008 (efficiency korting/tariefsverlaging ondersteunende begeleiding);
- 3 Afschaffen € 2 500,- verantwoordingsvrij;
- 4 Afschaffen 10%-overheveling;
Daarnaast heb ik de volgende voornemens om te komen tot een betere beheersing van de uitgaven in de AWBZ/het pgb:
- 5 Aanvullend onderzoek naar groei bij jeugd (via de bureaus jeugdzorg);

- 6 Aanvullend onderzoek bij pgb-houders naar toeleiding (rol natura-aanbieders, sociale diensten, bemiddelingsbureaus, etc.).
- 7 AWBZ-aanspraken herformuleren;
- 8 Op basis van de NZa-uitvoeringstoets een beslissing nemen over voor- en nadelen van één contracteerruimte in 2009;
- 9 pgb-tarieven en eigenbijdragen aan een nadere beschouwing onderwerpen.

De staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
M. Bussemaker