



HET PGB IN NEDERLAND

Januari 2010

Elke Decruynaere

Expertisecentrum Onafhankelijk Leven



ALGEMEEN

Nederland telt 16,5 miljoen inwoners van wie 3,2 miljoen mensen een handicap of chronische ziekte hebben of hulpbehoevend zijn door ouderdom.

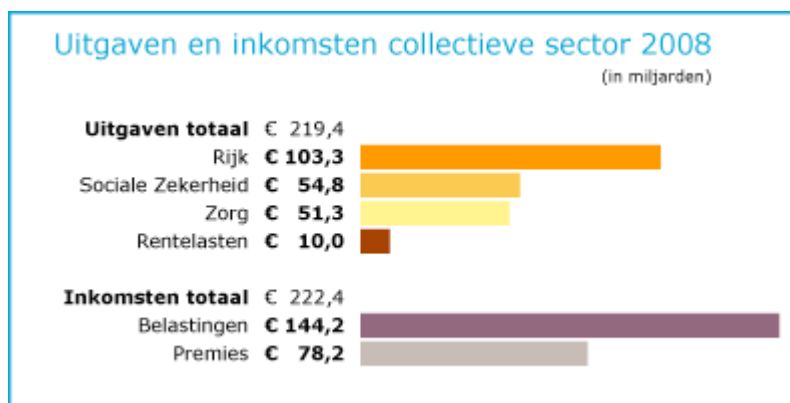
Nederland verplicht al zijn inwoners een ziektekostenverzekering te nemen. Hierdoor ontstaat een collectief zorgverzekeringsstelsel, waarbij alle Nederlanders vanaf 18 jaar een premie betalen voor hulp vanwege medische oorzaken. De verplichte verzekering bestaat uit een basispakket dat door de overheid wettelijk bepaald wordt. Dit basispakket omvat medicijnen, hospitalisatie, kraamzorg, ziekenvervoer,... Het basispakket vergoedt niet alle kosten, waardoor je best eveneens een aanvullende verzekering neemt. Deze aanvulling vergoedt bijvoorbeeld fysiotherapie, uitgebreide tandartshulp en alternatieve geneeswijzen. De inhoud, kosten en voorwaarden van de aanvullende verzekeringen verschillen per zorgverzekeraar en zijn dan ook niet wettelijk bepaald. Voor de zorgverzekering betaal je per maand een premie afhankelijk van je inkomen en de zorgverzekeraar die je kiest. Deze zorgverzekering zou in Vlaanderen in de gezondheidszorg zitten en een zaak zijn van de mutualiteiten en is in België federale beleidsmaterie.

Naast de ziektekostenverzekering zijn er:

- De AWBZ of Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (1986), welke bijzondere kosten van behandeling, verpleging en verzorging verzekert¹ voor mensen met een langdurige beperking.
- De WMO of Wet Maatschappelijke Ondersteuning (2007), welke tot doel heeft dat mensen zo lang mogelijk zelfstandig kunnen wonen en mee kunnen doen in de samenleving.
- Meerkosten door een chronische handicap via de Wtcg of Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten. Dit houdt een financiële tegemoetkoming en mogelijke korting op de eigen bijdrage aan AWBZ en WMO in.
- Tegemoetkoming bij arbeidsongeschiktheid.
- Valys, welke zorgt voor vervoer buiten de eigen regio.
- Tegemoetkoming onderhoudskosten thuiswonende gehandicapte kinderen.
- Bijzondere Bijstand of een eenmalige uitkering die men kan ontvangen bij noodzakelijke kosten die men niet kan betalen.
- Jonggehandicaptenkorting of een korting op de belastingen bij jongeren met een Wajong-uitkering.
- Ophoging arbeidsongeschiktheid .
- De aftrek bijzondere zorgkosten via de belastingen.

¹ De wetteksten van het AWBZ zijn online te raadplegen: <http://www.st-ab.nl/wetawbz.htm> en (2009). *Beleidsregels indicatiestelling AWBZ 2009 – algemeen.* <http://ikregeer.nl/document/BLG18364>.

In totaal bedragen de zorguitgaven volgens de Miljoenennota 2008 in Nederland € 51,3 miljard. Daarmee worden de behandeling, de verpleging en de verzorging van mensen die dat nodig hebben betaald. Net als bij de sociale zekerheid zijn de premieopbrengsten de grootste bron van inkomsten voor de zorgsector².



We focussen in deze nota op de AWBZ omdat dit gaat over de zorg voor mensen met een chronische ziekte, ouderdomsverschijnselen of een geestelijke of lichamelijke beperking. Aanvankelijk ging het over intramurale zorg maar het evolueerde naar ambulante, kortdurende en extramurale (thuis)zorg.

Feiten en cijfers over AWBZ³:

- In de AWBZ gaat momenteel jaarlijks circa 21 miljard euro om, ongeveer 40% van alle uitgaven voor gezondheidszorg in Nederland.
- Iedereen die werkt, betaalt maandelijks 12% AWBZ-premie over de eerste 30.000 euro van het inkomen. Dat komt neer op gemiddeld 320 euro per maand.

In januari 2008 maakten 588.000 mensen (ouderen, volwassenen en kinderen) gebruik van de AWBZ; dat is 3,6% van de Nederlandse bevolking. Van de bijna 600.000 mensen die begin 2009 gebruik maken van de AWBZ verblijven ongeveer 260.000 personen in een AWBZ instelling en ontvang ongeveer 250.000 mensen zorg thuis. Op dat ogenblik waren er 107 000 mensen met een PGB. 20% hiervan combineert dit met zorg in natura.

² Ministerie van financiën (9 juni 2008.) *Cijfers en feiten collectieve sector 2008*. Geraadpleegd op 26 januari 2010, <http://www.minfin.nl/dsresource?objectid=38909&type=pdf>

³ Ministerie van volksgezondheid, welzijn en gezin (n.d.) *AWBZ Feiten en cijfers*. Geraadpleegd op 26 januari 2010, <http://www.minvws.nl/dossiers/awbz/feiten-en-cijfers/>

Situering van het PGB

Nederland kent verschillende soorten persoonsgebonden budgetten (PGB): een PGB vanuit de AWBZ, een PGB vanuit de WMO (huishoudelijke hulp) waarvoor de gemeentes zijn bevoegd en een PGB WSW⁴. Per Saldo, een Nederlandse budgethoudersvereniging, en de CG Raad, de koepel van cliëntverenigingen, zijn vragende partij voor een geïntegreerd participatiebudget dat van al deze 'soorten' persoonsgebonden budgetten één maakt. Ze pleiten tevens voor één loketfunctie die je kan doorverwijzen. Aanleiding is de versnippering van het huidige PGB en de bestaande regelingen en tegemoetkomingen.

Het PGB AWBZ is het grootst met 111.813⁵ personen die het PGB gebruiken in juni 2009 en een subsidieplafond van 2.280,8 miljoen euro⁶. 10% van alle zorggebruikers in Nederland gebruikt PGB 20% van het budget voor intramurale zorg verloopt via PGB⁷.

Sinds 2005 is er een toename van het aantal budgethouders met gemiddeld 2.100 per maand. In 2009 is dit echter afgevlakt (wellicht door de hervormingen) zodat men nu uitgaat van een stijging met 1.500 budgethouders per maand. In juni 2009 ligt het totale aantal budgethouders volgens het CVZ op 111.813. Het gemiddelde budget per zorgvrager is in 2008 14 800 euro⁸.

In vergelijking met zorg in natura neemt PGB echter slechts een klein deel van het budget vanuit AWBZ in beslag. Van de personen die gebruikmaken van AWBZ verkiest immers 91% zorg in natura. De groei van het PGB houdt geen gelijke tred met de groei van het AWBZ. Tussen 2002 en 2007 stegen de totale PGB uitgaven met 25,9% terwijl het aantal AWBZ-gerechtigden toenam met 12,6%. De toename voor het PGB komt echter vooral door reeds gekende cliënten die deze keuze maken eerder dan nieuwe cliënten⁹. Het potentieel voor het AWBZ (mensen die er aanspraak op zouden kunnen maken maar dit niet doen) wordt op

⁴ De WSW of Wet Sociale Werkvoorziening (2008) is bedoeld voor mensen die door lichamelijke, psychische en/of verstandelijke beperkingen geen 'gewone' baan kunnen vinden. Dankzij de WSW wordt het werk aangepast aan de mogelijkheden van de persoon zodat hij/zij kan werken met collega's en een salaris kan verdienen. Men kan dankzij deze wet ook cursussen of opleidingen volgen.

⁵ Swarte, V.P.P., Krijswijk J.H. (2009). De toekomst van persoonsgebonden financiering voor langdurige zorggebruikers. Leiden: Jansen STG / Health Management Forum, 103.

⁶ Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (n.d.). *Persoonsgebonden budget (PGB). Feiten en cijfers*. Geraadpleegd op 26 januari 2010, op http://www.minvws.nl/dossiers/persoonsgebonden_budget_PGB/feiten-en-cijfers-PGB/.

⁷ Cijfers van de Nederlandse Zorg Autoriteit, NZA, (2008).

⁸ Swarte, V.P.P., Krijswijk J.H. (2009). De toekomst van persoonsgebonden financiering voor langdurige zorggebruikers. Leiden: Jansen STG / Health Management Forum, 103.

⁹ CIZ (2008). *PGB in ontwikkeling*. Kamerstuk, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Geraadpleegd op 26 januari 2010, op <http://www.minvws.nl/kamerstukken/lz/2008/onderzoeksrapporten-PGB-groei.asp>.

een bijkomende 20% geschat. Vanuit deze cijfers werd een prognose gemaakt dat er in 2020 wellicht 350.000 budgethouders zullen zijn¹⁰.

Ook in Nederland kende het PGB een evolutie. Het begon in 1991 met een experimentele groep van 300 budgethouders¹¹. Sinds 1995 werd het PGB een subsidieregeling. In december 2004 werkten 51.432 mensen met een PGB. In 2007 zat er even een dip in de groei. Toen werd huishoudelijke hulp immers via WMO mogelijk, waardoor vooral ouderen uit het PGB-cijfer vanuit ABWZ verdwenen. In juni 2009 gebruikten dus al 111.813 personen het PGB.

We stellen vast dat de beoogde doelgroep veel breder is dan die gehanteerd door het Vlaams Agentschap voor personen met een Handicap¹². Zo worden ook ouderen en patiënten uit de geestelijke gezondheidszorg toegelaten. De laatste 2 jaar is er vooral een grote instroom van kinderen en jongeren met psychische problemen. Op deze groei werd gereageerd door 'activerende behandeling' uit het PGB te halen. Iedereen binnen Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg moet ook heringeschaald worden. Deze maatregelen stuiten op veel protest maar werden inmiddels doorgevoerd.

¹⁰ Swarte, V.P.P., Krijswijk J.H. (2009). De toekomst van persoonsgebonden financiering voor langdurige zorggebruikers. Leiden: Jansen STG / Health Management Forum, 44.

¹¹ Ramakers, C. (1998). *Clïëntgebonden budget. Een experimenteel onderzoek*. Nijmegen: ITS.

¹² Afgekort het VAPH, website te raadplegen op <http://www.vaph.be> Dit Agentschap is bij decreet belast met het uitvoeren van het overheidsbeleid voor de sociale integratie van personen met een handicap in Vlaanderen. Het werd als Vlaams Fonds opgericht in 1990 en hervormd tot een Agentschap in 2006.

1. DE INDICATIESTELLING

De AWBZ is een volksverzekering. Deze wordt uitgevoerd door zorgkantoren. Alle zorgverzekeraars in Nederland hebben de uitvoering van de AWBZ gedelegeerd aan een zorgkantoor (momenteel is er een debat om de uitvoering van de AWBZ onder te brengen bij de afzonderlijke zorgverzekeraars). Er zijn 32 regionale zorgkantoren in Nederland, welke je kan vergelijken met de mutualiteiten in Vlaanderen¹³. De procedure tot indicatiestelling gebeurt door een onafhankelijk indicatieorgaan, onafhankelijk van je keuze. De indicatiestelling (=het onderzoek waarbij wordt vastgesteld of iemand onder de werking van de AWBZ valt en welk deel van zijn zorgvraag verzekerd is onder de AWBZ) en het nemen van het indicatiebesluit gebeurt door het Centraal Indicatieorgaan Zorg of het CIZ¹⁴. Hoe en door wie de indicatiestelling moet gebeuren staat bij wet vast in het zorgindicatiebesluit¹⁵.

Het indicatiebesluit van het CIZ wordt vervolgens doorgestuurd naar het zorgkantoor. De AWBZ-verzekerde kan aangeven aan het zorgkantoor voor welke zorg hij een PGB en voor welke zorg hij zorg in natura wenst. Als iemand aanspraak maakt op langdurig verblijf dan drukt het CIZ dat uit in een Zorgzwaartepakket¹⁶. Indien de verzekerde zelf deze zorg wil organiseren, dan kan hij daarvoor een PGB krijgen.

Na indicatiestelling heb je dus de volgende opties:

- Je kiest voor zorg in natura. Een zorgkantoor regelt dan je zorg.
- Je kiest voor een PGB. Je regelt zelf je zorg en krijgt een budget op je rekening overgeschreven. De verantwoording over de besteding van je budget moet je afleggen aan het zorgkantoor. Het zorgkantoor kent immers in opdracht van de

¹³ Jos Huys (2004). *Het Nederlandse Persoonsgebonden Budget: een bron van inspiratie voor de hervorming van de Vlaamse gehandicaptenzorg*. Geraadpleegd op 5 november 2009, op <http://www.gripvzw.be/pdfs/Het%20Nederlandse%20PGB.pdf>

¹⁴ De website van het CIZ is te raadplegen op <http://www.ciz.nl>

¹⁵ Sorgdrager, W. (1997). *Besluit van 2 oktober 1997, houdende regels met betrekking tot het werkterrein, de samenstelling en werkwijze van indicatieorganen (Zorgindicatiebesluit)*. Geraadpleegd op 26 januari 2010, op <http://www.st-ab.nl/wetawbzorzib.htm>.

¹⁶ Vanaf 2009 is de hoogte van het subsidie van een instelling afhankelijk van de zorgzwaarte van de cliënten die in een instelling verblijven. De hoogte van het bedrag hangt af van de kenmerken van de cliënt en de hoeveelheid zorg die een cliënt nodig heeft. In dit meer prestatiegerichte systeem van zorgzwaartebekostiging wordt de zorgbehoefte uitgedrukt in een zorgzwaartepakket (ZZP) met daarin de omvang van de benodigde woonzorg, dagbesteding en behandeling. Er werden in totaal 52 ZZP's ontwikkeld. Speciaal voor de cliënten met een verblijfsindicatie in de AWBZ zijn er gebruikersgidsen ontwikkeld, waarin op begrijpelijke wijze staat beschreven hoeveel hulp of zorg er met een bepaalde ZZP verkregen kan worden: ZZP verpleging en verzorging, ZZP lichamelijke beperking, ZZP verstandelijke beperking, ZZP geestelijke gezondheidszorg en ZZP jeugdigen met een lichte verstandelijke handicap. Deze hervorming kan wellicht vergeleken worden met zorggradatie in Vlaanderen.

overheid (het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport) de budgetten toe en controleert ook de besteding ervan.

- Je kiest voor PGB en doet nog steeds beroep op zorg in natura. Je kiest er dus voor beide te combineren.

Wie doet de inschaling?

De indicatiestelling voor het PGB AWBZ gebeurt dus door regionale kantoren van het Centraal Indicatieorgaan Zorg of het CIZ¹⁷. Deze toetst af of een persoon in aanmerking komt voor AWBZ-zorg. De beleidsregels op basis waarvan zij werken, werden uitgevaardigd door een ministeriële regeling¹⁸. Voor de indicatiestelling van het PGB WMO doen vele gemeentes ook een beroep op het CIZ¹⁹. Kinderen en minderjarigen met een psychiatrisch probleem en die niet verstandelijk beperkt zijn, worden ingeschaald door het Bureau Jeugdzorg. Voor het PGB WSW is er een indicatiestelling door het UWV WERKbedrijf nodig.

We focussen verder op de indicatiestelling door het CIZ omdat dit toch over het grootste aantal PGB's gaat. Onderstaande tekst richt zich bijgevolg in de eerste plaats op PGB vanuit AWBZ.

Wie maakt er aanspraak?

Dit staat vermeld in het Besluit Zorg Aanspraken AWBZ (Bza)²⁰. Er moet sprake zijn van één of meerdere 'grondslagen': een aandoening, beperking of handicap als gevolg waarvan de verzekerde op één of meerder vormen van zorg kan aangewezen zijn. Het kan hierbij gaan om een somatische, psychogeriatrische of psychiatrische aandoening of beperking of een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap.

Het inschalingsinstrument

Het CIZ stelt een formulierenset vast die gebruikt wordt voor het indicatieonderzoek en de registratie van onderzoeksgegevens en de indicatie. Deze set is gebaseerd op:

- DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, versie 4);

¹⁷ De vroegere Regionale Indicatie Organen zijn in 2004 gecentraliseerd tot het CIZ.

¹⁸ Sorgdrager, W. (1997). *Besluit van 2 oktober 1997, houdende regels met betrekking tot het werkterrein, de samenstelling en werkwijze van indicatieorganen (Zorgindicatiebesluit)*. Geraadpleegd op 26 januari 2010, op <http://www.st-ab.nl/wetawbzorzib.htm>.

¹⁹ CIZ (2009). *Indicatiewijzer*. Geraadpleegd op 26 januari 2010, op <http://www.ciz.nl/sf.cgi?5562>.

²⁰ Ross-van Dorp, C. I. J. M. (2002). *Besluit van 25 oktober 2002, houdende hernieuwde vaststelling van de aard, inhoud en omvang van de zorg waarop aanspraak bestaat ingevolge de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten en wijziging van andere besluiten in verband daarmee (Besluit zorgaanspraken AWBZ)*. Geraadpleegd op 25 januari 2010., op www.ggzbeleid.nl/pdfwetgeving/awbz_bza.rtf. tekst geldend op 1 januari 2009.

- ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, versie 10) voor het bepalen van ziektes en aandoeningen;
- ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) voor het vaststellen van stoornissen, beperkingen en participatieproblemen.²¹

De maximale geldigheidsduur van een indicatie is 5 jaar. De duur wordt bepaald aan de hand van een aantal criteria:

- De veranderlijkheid (prognose) van de beperkingen van de verzekerde. Dit op basis van de diagnose die is vastgesteld door een daartoe bevoegd persoon.
- De veranderlijkheid van de woonomstandigheden en de samenstelling van het huishouden van de verzekerde.
- Het bereiken van een leeftijdsgrens die van invloed kan zijn op de aanspraak.

Binnen de zes weken na de datum waarop de aanvraag van zorg werd ingediend, maakt het CIZ een indicatie op. Een zorgverzekeraar kan in bepaalde situaties besluiten dat een verzekerde zijn aanspraak op zorg onmiddellijk tot gelding kan brengen, zonder indicatiebesluit. Dit kan slechts gedurende twee weken. In dat geval beslist het CIZ binnen de vastgelegde twee weken over de aanvraag van zorg.

Op de algemene regel zijn nog uitzonderingen voorzien. Bijvoorbeeld voor personen waarbij de zorg gewoon verlengd dient te worden maar voor wie een nieuwe aanvraag nodig was, wanneer de beslissing van het CIZ niet tijdig komt, enz.

Wat wordt er ingeschaald?

De inschaling voor AWBZ gaat niet over de ondersteuning nodig op vlak van werk, onderwijs of huishoudelijke hulp. Steeds vaker is er de roep naar een integrale indicatiestelling. Er is bijvoorbeeld wel een inschaling voor de zorg op vlak van onderwijs bij AWBZ²², maar al deze inschalingen zijn niet noodzakelijkerwijs gebundeld. In Breda en Haarlem lopen er experimenten met de voorgestelde integrale indicatiestelling.

Het CIZ toetst of een verzekerde is aangewezen op AWBZ-zorg. Artikel 6 van het Zorgindicatiebesluit schrijft het volgende voor wat betreft het onderzoek:

“Voor zover dit voor het nemen van een indicatiebesluit van belang is, wordt onderzoek verricht naar:

- *De algemene gezondheidstoestand van de zorgvrager.*

²¹ CIZ (2009). *Indicatiewijzer*. Geraadpleegd op 12 november 2009, op <http://www.ciz.nl/sf.cgi?5562>.

²² Deze is door het ministerie van VWS beschreven in de Richtlijn “Afbakening en reikwijdte AWBZ-zorg en onderwijs” (2004). Zie verder ook CIZ (2009). *Indicatiewijzer*. Geraadpleegd op 26 januari 2010, op <http://www.ciz.nl/sf.cgi?5562>.

- *De beperkingen die de zorgvrager in zijn functioneren ondervindt als gevolg van een somatische, psychogeriatrische of psychiatrische aandoening of beperking, een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap.*
- *De woning en de woonomgeving van de zorgvrager.*
- *Het psychisch en sociaal functioneren van de zorgvrager.*
- *De sociale omstandigheden van de zorgvrager.*
- *De aard en de omvang van de aan de zorgvrager geboden professionele en niet-professionele hulp en zorg en de mogelijkheden tot continuering en uitbreiding daarvan.*

Voor dit onderzoek wordt een uniform afwegingskader gehanteerd: het 'trechtermodel'²³.

Indicatiebesluit

Voordat men tot het indicatiebesluit komt, wordt het trechtermodel doorlopen. Dit trechtermodel is het afwegingskader voor het CIZ. Vanuit de zorgsituatie van de verzekerde komt men tot de bruto vastgestelde zorg (AWBZ) behoefte. Hiervan trekt men dan de vrijwillige mantelzorg en de eigen bijdrage af om tot het netto te komen. De laatste stap van de trechter is de keuze AWBZ-zorg zonder Verblijf of om AWBZ-zorg met Verblijf (voor meer informatie over beide zorgvormen, zie verder):

❖ Met verblijf

De zorgbehoefte wordt gerelateerd aan het meest passende cliëntprofiel van de zorgzwaartepakketten. Dit wordt vervolgens vertaald in een aanspraak op AWBZ-zorg in termen van functies, omvang van de functies tezamen en zorgzwaartepakket.

AWBZ-zorg met Verblijf wordt toegekend aan mensen die voortdurend toezicht nodig hebben, ieder moment hulp nodig hebben of in een speciaal aangepaste omgeving verblijven. Een PGB voor AWBZ-zorg met Verblijf was vroeger niet mogelijk omdat PGB bedoeld was voor ambulante of tijdelijk intramurale zorg. Dit is echter veranderd sinds 1 juli 2007. Sindsdien indiceren het CIZ en Bureau Jeugdzorg iedereen die een aanspraak maakt op langdurig verblijf in zorgzwaartepakketten. Doel is de instellingen meer persoonsgericht laten werken. Maar dat betekent wel dat het PGB voor mensen met een zeer zware ondersteuningsnood nu anders berekend wordt dan voorheen, vroeger kregen zij gewoon een PGB volgens de PGB-tarieven (zie budgetberekening).

De omvang van Verblijf wordt uitgedrukt in etmalen per week, eveneens onderverdeeld in klassen. Ook hier ontstaat een onderverdeling:

- Tot drie etmalen per week AWBZ-zorg met Verblijf: de omvang van de zorg wordt vastgesteld in klassen.

²³ CIZ (2009). *Indicatiewijzer*. Geraadpleegd op 26 januari 2010, op <http://www.ciz.nl/sf.cgi?5562>, 15.

- Meer dan drie etmalen AWBZ-zorg met Verblijf: de omvang van zorg wordt uitgedrukt in termen van een zorgzwaartepakket, gegeven de hoeveelheid zorg voor de zorgvormen tezamen.

Een kritiek op de zorgzwaartepakketten is dat niet elke hulpvraag hierin 'past'. Dit betekent dat er mensen zijn die te laag geïndiceerd worden doordat zij niet passen binnen een zorgprofiel.

❖ AWBZ-zorg zonder Verblijf

De zorgbehoefte wordt vertaald in een aanspraak op AWBZ-zorg in termen van functies en klassen. De omvang van de zorg wordt uitgedrukt in een klasse. De volgende klassen zijn hierbij mogelijk:

- Klassen op basis van een gemiddeld aantal uren zorg per week gedefinieerd als een bandbreedte in uren (bvb klasse 1: 0 – 1,9 uur). Deze zijn van toepassing op de functies Persoonlijke Verzorging, Verpleging en Begeleiding individueel.
- Klassen op basis van dagdelen per week. Deze zijn van toepassing op Begeleiding in groepsverband.
- De omvang van Behandeling wordt niet uitgedrukt in een klasse.
- De omvang van Vervoer wordt niet uitgedrukt in een klasse. Deze omvang is gerelateerd aan de omvang van Begeleiding in groepsverband.

De klassen lopen (per functie verschillend) op van klasse 0 tot en met de hoogste klasse 9. Als in uitzonderingsgevallen de zorgbehoefte van de verzekerde boven de hoogste klasse uitstijgt, wordt additionele zorg in uren en/of dagdelen gemotiveerd geïndiceerd.

De zorgfuncties omschrijven de zorg die iemand nodig kan hebben. Men onderscheidt zes verschillende zorgfuncties:

- Persoonlijke Verzorging (PV)
- Verpleging (VP)
- Begeleiding (BG ind en BG groep)
- Behandeling (BH)
- Verblijf (VB)
- Voortgezet verblijf op psychiatrische grondslag

Per functie verschillen de grondslagen op basis waarvan men aanspraak kan maken op een budget voor deze functie.

Het PGB kan vrijelijk besteed worden aan deze functies, zelfs als men er niet voor geïndiceerd is. Vervoer vormt hierop een uitzondering.

Leveringsvoorwaarden, leveringsvorm en activiteiten

Het indicatiebesluit bevat dus de volgende punten:

- De grondslag voor en de geldigheidsduur van de zorg.
- De zorgfuncties waarvoor de persoon in aanmerking komt (zie verder).
- Een advies rond activiteiten en leveringsvoorwaarden. De voorkeur van de verzekerde wat betreft de leveringsvorm (ZIN of PGB) wordt eveneens vermeld indien mogelijk. (zie verder)
- Het aandeel mantelzorg als onderdeel van de bruto AWBZ-aanspraak van de verzekerde.

De leveringsvoorwaarde is het advies van het CIZ inzake de zorgverlening en richt zich tot het zorgkantoor. Het behandelt de (on)planbaarheid van de zorg en/of de nabijheid van de zorgverlener. De leveringsvoorwaarde wordt alleen vermeld bij de zorgfuncties Persoonlijke Verzorging, Verpleging en (individuele) Begeleiding. De leveringsvoorwaarde kan je vergelijken met de mate van permanentie of P-waarde in het PGB-experiment in Vlaanderen. Deze P-waarde varieert van A (beschikbaar op voorhand gemaakte afspraken en tijdstippen) tot D (24u op 24u direct aanwezig).

De leveringsvorm is de keuze voor de te ontvangen zorg. Er zijn twee leveringsvormen mogelijk: het Persoonsgebonden Budget (PGB) of zorg in natura (ZIN). De indicatiestelling vindt plaats zonder onderscheid te maken tussen deze twee leveringsvormen. Deze gebeurt bijgevolg onafhankelijk van de keuze van de persoon. Wanneer de verzekerde ten tijde van het indicatieonderzoek zijn keuze voor PGB of ZIN per functie reeds bekend heeft gemaakt, wordt deze keuze bij het indicatiebesluit aangegeven.

Behandeling wordt alleen onder de vorm van zorg in natura geleverd.

De activiteiten zijn één of meerdere zorghandelingen of dagprogramma's die de geïndiceerde functie(s) nader specificeren.

2. DE ZORGAANBIEDERS

ZORG IN NATURA VERSUS PGB

Er is een groot onderscheid tussen zorgaanbieden ten aanzien van PGB of ten aanzien van zorg in natura. Je kan er als zorgaanbieder wel voor kiezen beide aan te bieden.

Zorg in natura aanbieden vergt een toelating. Om deze te verkrijgen, moet je voldoen aan wettelijk vastgestelde kwaliteitsnormen. Verzekerde zorg aanbieden, betekent dat je moet voldoen aan de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZ)²⁴. Deze wet stelt regels voor een transparante bedrijfsstructuur en een ordelijke bedrijfsvoering. De Inspectie voor de Gezondheidszorg controleert de toepassing van deze wet.

De prijszetting voor zorg in natura (en PGB AWBZ met verblijf) gebeurt via de zorgzwaartepakketten.

Voor het aanbieden van zorg ten aanzien van PGB geldt enkel het algemeen Nederlandse wettelijk kader wat betreft arbeidsvoorwaarden, brandveiligheid, hygiëne, ... Verder bestaat er geen wettelijke reglementering.

Wie met een PGB werkt, mag kiezen waar hij zijn zorg inkoop. Voorwaarde is dat de verblijfkosten voor eigen rekening zijn en alleen de zorgkosten via de AWBZ genoten worden. De prijszetting van diensten is vrij en wordt bepaald door de zorgaanbieder.

Budgethouders van het PGB kopen ook aan bij klassieke zorgaanbieders die ook zorg in natura aanbieden. Dat lijkt vreemd omdat het dan gemakkelijker is om voor zorg in natura te kiezen maar budgethouders argumenteren dat zij het PGB gebruiken om in die voorzieningen ook iets te zeggen te krijgen. Men gebruikt het PGB als koevoet in de zorg, om verandering teweeg te brengen²⁵.

ONTWIKKELING VAN EEN ZORGMARKT

De vermarkting van de zorg is in Nederland geen taboe maar een realiteit. De overheid streeft er naar marktwerking in de zorg. Dit uit zich in vrije prijzen, diensten, winst maar ook verlies, en groei naar eigen vermogen. Via de marktwerking wil de overheid concurrentie doen ontstaan om de efficiënte te verhogen en investeringen in vernieuwing aan te

²⁴ Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (n.d.) *Wet toelating zorginstellingen (WTZi)*. Geraadpleegd op 16 november 2009, op <http://www.minvws.nl/dossiers/wtzi/default.asp>. Sluijs, E., Keijser, A. & Wagner, C. (2007). *Kwaliteitssystemen in zorginstellingen, de stand van zaken in 2005*. NIVEL. Geraadpleegd op 26 januari 2010, op <http://www.nivel.nl/pdf/Kwaliteitssystemen-in-zorginstellingen-stand-van-zaken-2005.pdf>.

²⁵ Dit kwam naar voor op *de dag van het PGB* georganiseerd door o.a. Per Saldo en het Centrum voor Publieke Doelmatigheid op 4 november 2009.

moedigen²⁶. Er is niet enkel de introductie geweest van het PGB naast de bestaande zorg in natura. Ook de wijze waarop de zorg in natura zelf gefinancierd wordt, is in verandering via de recent ingevoerde zorgzwaartepakketten. De stelling is dat bij instellingsbekostiging de financiële urgentie voor vraagsturing ontbreekt. Financiering vanuit zorgzwaarte en met een persoonsvolgend budget accentueert wel de urgentie voor vraagsturing²⁷.

Maar de markt van de zorg is geen vrije markt. Regulering is er door het vaste macrobudget dat de groei beperkt en er zijn de voorwaarden en erkenning die tellen voor instellingen. Dit houdt de marktwerking beperkt. Het zijn net de winstmarge en potentiële groei die de ondernemingsrisico's kunnen opvangen. Maar doordat er weinig financiële ruimte lijkt voor de toenemende zorgvragen, is dit erg beperkt.

Kartelvorming is wel verboden en daar wordt op toegezien. De Nederlands Zorg autoriteit is een onafhankelijke toezichthouder die toezicht houdt op het gedrag van alle zorgaanbieders en zorgverzekeraars op de curatieve en langdurige zorgmarkt en kijkt of zij de wet naleven. De NZa stelt regels, budgetten en tarieven vast voor dat deel van de zorg dat is gereguleerd en stelt condities voor marktwerking vast, die geheel of gedeeltelijk geliberaliseerd kunnen worden²⁸.

De ongelijkheid van de eisen waaraan zorgaanbieders moeten voldoen zijn ook een vorm van verstoring van de markt²⁹. Personeel dat werkt voor een erkende zorginstelling moet aan voorwaarden voldoen volgens de wetgeving ter zake, wie met PGB werkt is echter vrij, dan is het de budgethouder die de verantwoordelijkheid draagt.

De rol van de overheid wordt vooral gedefinieerd als de toegang tot de zorg verzekeren. Momenteel introduceert de overheid zowel marktwerking als dat zij voorwaarden stelt aan de kwaliteit. De overheid wil via prikkels van vernieuwing de kostenefficiëntie verhogen om uiteindelijk tot een productiviteitsverhoging te leiden. Opvallend is dat de argumentatie van efficiëntie en doelmatigheid van de zorg en persoonsgebonden budgetten in Nederland veel sterker aanwezig is dan in Vlaanderen.

Zo onderzocht Zorgconsult in opdracht van budgethoudersvereniging Per Saldo op basis van een steekproef het prijsverschil tussen het PGB en zorg in natura. Ze kwamen erop uit dat budgethouders gemiddeld 12% winst boeken ten opzichte van de zorgaanbieders die veelal zorg in natura aanbieden. Ofwel, voor hetzelfde budget slagen de budgethouders erin meer ondersteuning te krijgen. De twee redenen die worden genoemd is dat budgethouders meer maatwerk kunnen leveren en ook dat zij zelf meer rekening kunnen houden met het

²⁶ Swarte, V.P.P., Krijswijk J.H. (2009). De toekomst van persoonsgebonden financiering voor langdurige zorggebruikers. Leiden: Jansen STG / Health Management Forum, 53.

²⁷ Swarte, V.P.P., Krijswijk J.H. (2009). De toekomst van persoonsgebonden financiering voor langdurige zorggebruikers. Leiden: Jansen STG / Health Management Forum, p. 62.

²⁸ Website van de NZa: <http://www.nza.nl>

²⁹ Swarte, V.P.P., Krijswijk J.H. (2009). De toekomst van persoonsgebonden financiering voor langdurige zorggebruikers. Leiden: Jansen STG / Health Management Forum, 59.

ziekteverloop wat maakt dat ze de ene periode minder en de ander meer ondersteuning nodig hebben en daar ook op kunnen inspelen zonder dat er een herindicatie hoeft te gebeuren. Opvallend nog is de vaststelling dat vooral voor kinderen met een meervoudige handicap het PGB een beter instrument blijkt dan de zorg in natura omdat met het PGB veel meer kan ingespeeld worden op de nood aan intensieve individuele ondersteuning dan in het georganiseerde aanbod. Ook de prijs/kwaliteit verhouding werd onder de loupe genomen en positief bevonden. Niet alleen de betere band met de zorgverleners maar ook het feit dat je met het PGB de context bepaalt en niet afhankelijk bent van de context van de zorginstelling kwam als pluspunt naar voor in het onderzoek³⁰. De flexibiliteit in omvang en tijdstip en het feit dat het PGB eigenlijk de rollen omdraait kwamen expliciet naar voor als grote meerwaarde³¹.

IMPACT VAN HET PGB OP HET ZORGAANBOD

De impact van het PGB op het zorgaanbod wordt onderkend. Het PGB wordt omschreven als een aanjager van veranderingen in de zorg. De budgethouders worden gezien als vernieuwers die nieuwe wegen in de zorg creëerden en tegelijk de vinger wisten te leggen op de zere plekken³².

Voorbeelden van de vele nieuwe initiatieven die ontstonden zijn de honderden zorgboerderijen, wooninitiatieven met een PGB en de Thomashuizen. Ook de gespecialiseerde kinderopvang voor ernstig zieke kleine kinderen is van de grond gekomen doordat de ouders de dag en nachtopvang in het dagverblijf met het PGB zijn gaan betalen. Het aanbod van begeleiding is zeer divers, niet alleen thuis, maar ook in de dagopvang en de begeleiding die ingebed is in vakantieaanbiedingen en recreatieve activiteiten.

Vraag en aanbod vinden elkaar via websites als <http://www.zoekpgbzorg.nl>. Het is een bonte mengeling van mensen die zorg willen aan bieden aan budgethouders. Daaronder particulieren, mensen die een voor zichzelf beginnen als freelancer en bedrijfjes. Enkele voorbeelden: <http://www.buurtzorgnederland.nl>, <http://www.stichtingeigenwijs.nl> en <http://www.thomashuizen.nl>

Dit zijn voorbeelden van vernieuwingen die er volgens Frans van der Pas (beleidsmedewerker budgethoudersvereniging Per Saldo)³³ zonder PGB niet geweest zouden zijn. Deze initiatieven komen van de grond omdat de initiatiefnemers koopkrachtige klanten

³⁰ Damen, S. (2009). Zorg met PGB is goedkoper dan zorg in natura. *Eigenwijs*, (issue 3), 36 en 37. http://www.pgb.nl/per_saldo/up1/ZohuwdsdIG_Zorg_mt_pgb_is_goedkoper_dan_zorg_in_natura.pdf

³¹ Kaaij, R., Huijsman, R. (2009). PGB als strategische pijler van zorgaanbieders, *ZMMagazine*, (issue 4), 4-9.

³² Swarte, V.P.P., Krijswijk J.H. (2009). De toekomst van persoonsgebonden financiering voor langdurige zorggebruikers. Leiden: Jansen STG / Health Management Forum, 21.

³³ van der Pas, F. persoonlijke communicatie, 10 januari 2010.

zien. Het PGB is nog altijd zodanig financieel aantrekkelijk dat mensen er hun brood mee kunnen gaan verdienen. En het zijn de budgethouder

3. DE BUDGETBEREKENING

MET VERBLIJF

Indien de kandidaat-budgethouder werd geïndiceerd voor zorg met Verblijf wordt het budget berekend via de zorgzwaartepakketten (ZZP's). De mogelijkheid om bij een indicatie zorg met verblijf voor PGB te kiezen bestaat slechts sinds juli 2007. Daarvoor was de budgethouder beperkt tot tijdelijk verblijf en ambulante diensten. Een ZZP is een pakket van intramurale zorg dat aansluit op het profiel van de cliënt³⁵.

De omvang wordt dan bepaald door de behoefte van de persoon en dit met volgende elementen in het achterhoofd³⁶:

- Gemiddelde tijd die de persoon nodig heeft, uitgedrukt in minuten per week³⁷. Soms wordt hierbij de mogelijkheid om interventies te kunnen uitvoeren, verrekend.
- Eventuele nood aan begeleiding in groepsverband, uitgedrukt in dagdelen.
- Eventuele nood aan zorg met Verblijf, uitgedrukt in etmalen.

De 'gemiddelde tijd' geldt voor personen zonder gedragsproblemen. Dit gemiddelde bevat eveneens de indirecte tijd van de zorg zoals: het binnenkomen, gedag zeggen, wassen, zorgdossier kort inkijken of bijwerken en vertrekken. Als het zorgmoment twee of meer handelingen bevat, is sprake van samenvallende activiteiten. Daarvoor wordt in totaal minder tijd geïndiceerd. Men gaat er immers van uit dat de zorg bij samenvallende activiteiten efficiënter wordt geboden. De indirecte tijd wordt berekend per zorgmoment en wordt bijgevolg slechts eenmalig geïndiceerd indien activiteiten samenvallen.

Bij mensen met een complexe zorgvraag wordt, waar nodig, zorg door twee zorgverleners voorzien. Tijdens de indicatiestelling bekijkt men eerst de mogelijkheden via hulpmiddelen (tillift, glijlaken, rollaken...). De resterende zorg wordt vervolgens in rekening gebracht en meegeteld. Indien er twee zorgverleners noodzakelijk zijn, wordt alle zorg verdubbeld. Het gaat dan niet enkel om het gedeelte van de zorg die door twee personen moet worden uitgevoerd.

Het ZZP wordt voor een budgethouder vertaald in tarieven³⁸. In 2008, 2009 en 2010 geldt een overgangsmaatregel die ervoor moet zorgen dat de budgethouders die geïndiceerd werden via de ZZP maar daarvoor al met een PGB werkten, er niet op achteruit gaan. Zij

³⁵ Beleidsregel invoering ZZP <http://www.nza.nl/13755/14769/42765>

³⁶ Ik regeer (2009). *Reageer op dit kamerstuk. Beleidsregels indicatiestelling AWBZ 2009 – algemeen.* <http://ikregeer.nl/document/BLG18364>.

³⁷ De berekening gaat als volgt: minuten per zorgmoment x aantal zorgmomenten per dag per week.

³⁸ Vertaaltabel van ZZP naar PGB tarieven in 2010, geraadpleegd op 26 januari 2010 op de website van NaarKeuze: <http://www.naar-keuze.nl/site.php?id=1279&p=1420&e=e507&>

verkregen een budgetgarantie. Nieuwe budgethouders vallen volledig onder de ZPP tarieven. Dat betekent soms een achteruitgang van 30% in vergelijking met de PGB-tarieven. Vanuit PGB hoek is er niet alleen omwille van deze tarieven kritiek op ZPP te horen, het werken met pakketten en gemiddelden betekent ook dat er minder op maat van het individu gewerkt wordt³⁹.

ZONDER VERBLIJF

De hoogte van het toegekende PGB wordt berekend op basis van de zorgfuncties en klassen waarvoor men is geïndiceerd (zie supra). Ten aanzien van die klassen werden door het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport tarieven vastgesteld. De tarieven vind je online terug⁴⁰. De tabellen geven het tarief per uur en per klasse weer. Indien het aantal geïndiceerde uren of dagdelen hoger is dan de bovengrens van de hoogste klasse, wordt het tarief van deze klasse verhoogd met het aantal benodigde uren of dagdelen.

Als een persoon geïndiceerd werd voor meerdere functies zonder Verblijf, worden de verschillende bedragen simpelweg bij elkaar opgeteld.

De tarieven gelden op jaarbasis. Als het PGB voor een periode korter dan een jaar wordt toegekend, wordt het bedrag lager en dit overeenkomstig de periode waarin de persoon zijn / haar PGB zal gebruiken. Een voorbeeld kan dit verduidelijken:

“ Mevrouw G. wordt op 1 oktober geïndiceerd voor persoonlijke verzorging klasse 3. Het tarief dat hieraan verbonden is, bedraagt € 8.089 per jaar. Mevrouw G. krijgt voor dit jaar 92 dagen PGB (31 dagen in oktober, 30 dagen in november en 31 dagen in december): $92/366 \times € 8.089 = € 2.038,87$. In december ontvangt mevrouw G. bericht over de tarieven die volgend jaar gelden. Het hiervoor berekende PGB wordt ook het 'bruto-PGB' genoemd. Als dit bruto-PGB hoger ligt dan € 300 per dag, kan het zorgkantoor besluiten om het PGB te beperken tot de kosten van opname, met een minimum van € 300 per dag⁴¹.”

❖ Overheadkost

In het PGB wordt geen overheadkost van de budgethouder zelf voorzien. Kosten die een budgethouder zelf maakt, kunnen uit het budget worden betaald. Daartoe is anderhalf procent van het uitgekeerde budget vrij van verantwoording gemaakt, met een minimum van 250 euro en een maximum van 1.250 euro.

³⁹ Van der Pas, F., persoonlijke communicatie, 12 januari 2010.

⁴⁰ De tarieven 2010 zijn te raadplegen op de website van het college voor zorgverzekeringen waar ook nog andere relevante formulieren mbt het PGB te consulteren zijn, geraadpleegd op 26 januari 2010. http://www.cvz.nl/binaries/content/documents/CVZ_Internet/nl/documenten/rubriek+zorgpakket/pgb/Tarieven+PGB-AWBZ+2010/Tarieven+PGB-AWBZ+2010/CVZ_Internet%3Aarsrc

⁴¹ CVZ (n.d.) *Toekenning PGB. Het zorgkantoor stelt uw budget vast*. Geraadpleegd op 26 januari 2010, op <http://www.cvz.nl/zorgpakket/awbz-kompas/pgb/pgb.html>

Bij de waardebepaling van een PGB heeft de overheid het uitgangspunt ingenomen dat het PGB voldoende moet zijn om de noodzakelijke zorg in te kopen. Voor zorg in natura gelden maximale tarieven. De waarde van een PGB is bewust niet op het maximale tarief gezet voor zorg in natura. Dan zou iedere prikkel verdwijnen voor instellingen die zorg in natura leveren om zorg te leveren voor minder dan het maximale tarief. Jaarlijks onderhandelt het zorgkantoor met de zorg-in-natura-instellingen over de prijs die zij krijgen.

Dit is reden waarom een PGB 25% lager ligt dan de budgetten voor zorg in natura.

Ondersteuning bij het organiseren van het PGB wordt niet erkend als kost en telt niet mee bij de budgetberekening. Dit stuit op protest van bemiddelingsbureaus en thuiszorgdiensten.

Wat je met je budget wil doen, heeft geen invloed op de hoogte ervan. Dit is opmerkelijk. Uit onderzoek blijkt dat 75% van de budgethouders zorg inkoop in overeenstemming met het indicatiebesluit. De overige 25% wijkt daarvan af.

Als is vastgesteld welke zorg een persoon nodig heeft (indicatie) en de persoon voor PGB heeft gekozen, stelt het zorgkantoor het eigenlijke budget officieel vast. Dat wordt ook wel 'toekennen' genoemd.

4. DE WERKNEMERS IN DE SECTOR

VORMEN VAN WERKGEVERSCHAP

Indien je een PGB ontvangt, kan je zelf het werkgeverschap opnemen of beroep doen op diensten om dit voor jou te doen. Verder kan je ook zelf een stichting oprichten. Vaak gaat het bij dergelijke stichtingen om ouders die budgetten samen leggen om zo gezamenlijk assistenten aan te werven. De stichting wordt bijgevolg de werkgever. Stichtingen zijn geen coöperatieve maar private initiatieven. Het Landelijk Steunpunt Wonen⁴² adviseert en steunt ouders die zo'n particulier wooninitiatief oprichten.

In Nederland bestaat er geen formule waarbij je werkgever bent maar geen administratieve en juridische verantwoordelijkheid draagt. Je kan wel beroep doen op de SVB (Sociale Verzekeringsbank) of een zorgbemiddelingskantoor voor de administratie en dergelijke. SVB voorziet deze dienst gratis aan mensen die een PGB gebruiken. Indien je kiest voor SVB of een zorgbemiddelingskantoor blijft de verantwoordelijkheid voor het werkgeverschap bij jou.

⁴² De website van het Landelijk Steunpunt Wonen: <http://www.woonzelf.nl>

De dienstverlening van de SVB is gratis. De Sociale Verzekeringsbank heeft een aparte dienst voor budgethouders. Deze wordt door de Nederlandse overheid betaald om budgethouders gratis te helpen bij de arbeidsrechtelijke zaken van een PGB. De SVB helpt gratis bij de salarisadministratie, geeft persoonlijk advies over overeenkomsten, biedt collectieve verzekeringen bij schade en voor burgerlijke aansprakelijkheid aan. Het is mogelijk de salarisadministratie gedeeltelijk of volledig uit te besteden aan de SVB die dan het loon van de assistenten betaald. De SVB staat ook in voor het betalen van lonen van zorgverleners bij ziekte.

De zorgbemiddelingskantoren zijn commerciële bureaus. Zij bemiddelen in de plaats van budgethouders met de assistenten of de zorgaanbieders. PGB-bureaus zijn ooit ontstaan om vraag en aanbod van zorg op elkaar af te stemmen. Maar nu verzorgen ze daarbij vaak de indicatieaanvraag, beheer en de verantwoording en leveren ze tegelijkertijd de zorg⁴³. En daar knelt meteen ook het schoentje, maar daar komen we verder in deze tekst op terug.

WERKNEMERS

Binnen het PGB zijn er geen wettelijke vereisten voor het personeel. De budgethouder is verantwoordelijk om kwalitatieve goede zorg in te kopen. Dit geldt zowel voor individuele assistenten als voor PGB-diensten of zorgaanbieders die met het PGB werken. Van de werknemers van budgethouders heeft dan ook 72% geen opleiding in de zorg afgerond⁴⁴.

Dit gegeven vormt een discussiepunt. De aanbieders van zorg in natura klagen aan dat zij aan een groot aantal kwaliteitscriteria moeten tegemoetkomen terwijl wie zorg aanbiedt in het kader van PGB hier niet aan dient te voldoen. Onderzoek wijst uit dat meer marktwerking niet tot minder kwaliteit leidt maar de concurrentieprikkel ook een positief effect kan hebben.⁴⁵

Recent werd vastgesteld dat een stijgend aantal zorgverleners als zelfstandige werkt. Dit trok de aandacht van de overheid. De Sociale Verzekerings Bank startte dan ook een onderzoek en concludeerde het volgende⁴⁶:

- Er bestaan drie groepen ondersteuners bij mensen die een PGB gebruiken.

⁴³ Saers, A. *De gedragscode voor bemiddelingsbureaus*, een publicatie van Per Saldo en de Stichting Ombudsman, Voorwoord. 3-4.

http://www.PGB.nl/per_saldo/up1/ZqpoivdIQ_ZyynlndIW_Gedragscode_PGB-bureaus.doc

⁴⁴ OSA (2009). *Samenvatting ZW44. Zelfstandigen in de Zorg, 2003*, op http://www.uvt.nl/osa/producten/sam_zw44.pdf

⁴⁵ Halbersma, R. (2008), *Kwaliteit van zorg en marktwerking*, NZa, op, http://www.nza.nl/binaries/7113/29720/Zorg_en_marktwerking.pdf

⁴⁶ OSA (2009). *Samenvatting ZW44. Zelfstandigen in de Zorg, 2003*, op http://www.uvt.nl/osa/producten/sam_zw44.pdf

- Ten eerste zijn er de ‘helpers’ die heel vaak familie of bureaus zijn. Deze personen hebben een contract van minder dan 8 uur per week. 66% van de werknemers voor PGB-budgethouders behoren tot deze categorie.
- Een tweede grote groep zijn de ‘vrijheidszoekers’. Het gaat om 72% van de mensen die als freelancers en dus zelfstandig werken. Ze werven klanten via mond-tot-mondreclame en zorgbemiddelingsbureaus. Vaak gaat het over oudere vrouwen. Meestal hebben zij wel een opleiding in de zorg. Hun motief om op deze wijze aan het werk te gaan is dubbel: enerzijds kunnen ze zelf hun werk beter organiseren, anderzijds kunnen ze meer aandacht besteden aan individuele cliënten.
- Een derde groep zijn de ‘bijklussers’. Zij beschikken eveneens vaak over een diploma in de zorg maar zijn intussen met (vervroegd) pensioen of studeren nog. Deze bijklussers werken zowel als freelancer op zelfstandige basis als rechtstreeks voor budgethouders.
- De meeste zorgverleners die op zelfstandige basis werken, tonen zich opvallend tevreden over het uurloon. Dit hoewel ze niet verzekerd zijn voor inkomensverlies door ziekte. Netto houden ze vaak meer over dan iemand in loondienst bij een reguliere voorziening net omdat ze zich niet verzekeren. Ze vinden ook dat ze meer tijd hebben per cliënt en ervaren minder tijdsdruk.
- Onderzoek toont aan dat de reguliere zorginstellingen niet hoeven te concurreren met tewerkstelling als zelfstandige via het PGB. Veel van de ‘helpers’ bijvoorbeeld zouden niet aan de slag kunnen in een reguliere zorginstelling door gebrek aan opleiding of kiezen vaak bewust daar niet (meer) te werken. De grens tussen de rol die bemiddelingsbureaus spelen voor zelfstandig werkende zorgverleners is vaak moeilijk te onderscheiden van de rol van interim-kantoren.

Het loon verbonden aan tewerkstelling vanuit het PGB ligt niet vast. Indien men een arbeidsovereenkomst afsluit, moet men wel het minimumloon betalen. Dit is echter niet verplicht als de zorgverlener 65 jaar of ouder is of indien er met een zorgovereenkomst gewerkt wordt. Een dergelijke zorgovereenkomst kan worden afgesloten met een inwonend familielid, een freelancer, zorginstelling of partner.⁴⁷

5. ONDERSTEUNING BIJ HET WERKEN MET EEN PGB

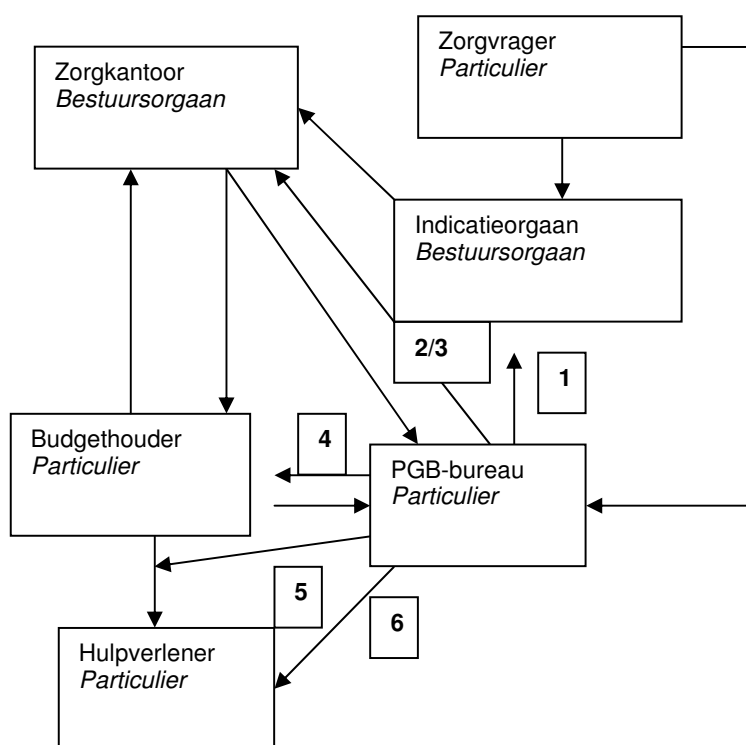
In Nederland zijn er twee budgethoudersverenigingen aan de slag. Per Saldo is hiervan de grootste met 24.000 leden in november 2009. Zij richten zich op training, een helpdesk, informatieverstrekking via publicaties, hulp via online *tools* en collectieve belangenbehartiging van budgethouders. Vooral in de startfase profileerde Per Saldo zich

⁴⁷ SVB (n.d.) Servicecentrum PGB – Minimumlonen.
http://www.svb.nl/int/nl/ssp/salarisadministratie/salaris_reiskosten_bepalen/minimumlonen/index.jsp.

eveneens als werkgeversorganisatie. Wat doet Per Saldo niet? Individuele bemiddeling, hulp bij of het overnemen van de administratie.

Individuele dienstverlening (die verder gaat dan een telefonische helpdesk) als hulp bij het werken met een PGB wordt aangeboden door PGB-bureaus of bemiddelingsbureaus.

Sommige bureaus nemen de volledige regie van de mensen over. Andere leveren tegelijk ook zorg, wat tot belangenvermenging kan leiden. Om fraude en misbruik tegen te gaan wordt er momenteel gewerkt aan een kwaliteitslabel. Per Saldo en de Stichting De Ombudsman stelden –met hulp van de overheid – reeds een gedragscode op⁴⁸. In dit document worden de verschillende rollen die PGB-bureaus spelen in kaart gebracht:



Figuur: de keten en rol van de PGB-bureaus, bron: Gedragscode PGB-bureaus (Per Saldo)

De volgende activiteiten van PGB-bureaus zijn te onderscheiden:

1. Het traject van indicatiestelling en aanvraag van het PGB overnemen;
2. De administratie verzorgen van de budgethouder;
3. Het budgetbeheer verzorgen (al dan niet) in opdracht van budgethouder;
4. De budgethouder adviseren;
5. Bemiddelen tussen budgethouder en zorg-en hulpverlener(s);
6. Zelf zorg verlenen.

⁴⁸ Per Saldo en Stichting De Ombudsman (2009). *De gedragscode PGB-bureaus. De opmaat tot een keurmerk.* Geraadpleegd op 18 november, op <http://www.minvws.nl/includes/dl/openbestand.asp?File=/images/gedragscode-PGB-tcm19-184948.pdf>.

De gedragscode bevat regels over de gedragingen, acquisitie, informatievoorziening, levering van diensten, administratie en financieel verkeer.

Het Centrum voor Keurmerk onderzoekt momenteel of deze gedragscode kan uitmonden in een keurmerk. Praktisch richt men zich op het ontwikkelen van een aantal criteria die een keurmerk vormen. Deze criteria men wil publiceren op websites waarmee je voor jezelf kunt oordelen of iemand eraan voldoet. Aandachtspunt bij de ontwikkeling van het keurmerk is dat kleinere PGB-bureaus hiervan niet het slachtoffer mogen worden. De brancheorganisatie NBPA⁴⁹ is een koepel van PGB-adviseurs die onderzoekt welke praktische implicaties verbonden zijn aan het invoeren van een keurmerk.

De zoektocht naar een keurmerk werd ingegeven doordat enkele bemiddelingsbureaus negatief in het nieuws kwamen. Politieonderzoek bracht fraude aan het licht. Het is echter niet zo dat alle bemiddelingsbureaus over dezelfde kam geschoren kunnen worden. Extra kwetsbaar zijn wel die bureaus die tegelijk zelf ook zorg aanbieden en die situaties waar de budgethouder nauwelijks nog zicht heeft op het gebruik van zijn budget.

Als maatregel tegen toekomstige fraude werd alvast beslist dat het budget op de rekening van de budgethouder gestort dient te worden en dat elke verantwoordingsnota door de budgethouder of de wettelijk gemachtigde getekend dient te worden.

INFORMATIE ALS KNELPUNT

Het is niet mogelijk een volledig maar overzichtelijk en objectief overzicht te krijgen van alle mogelijkheden verbonden aan het PGB. Er bestaan vele informatiekanalen en deze inschatten is moeilijk. Nochtans heeft MEE Nederland (Vereniging voor ondersteuning bij leven met een beperking) de opdracht objectieve en volledige informatie te verstrekken. Maar de budgethouders zien het bos door de bomen vaak niet meer door een teveel aan informatie. De tevredenheid over de informatievoorziening scoort eerder laag bij de gebruikers van het PGB in vergelijking met andere indicatoren⁵⁰.

Bijkomend is dat die informatie ook niet steeds objectief is. Objectieve hulp geven bij het kiezen is idealiter wat PGB-bureaus doen. Maar ook zij slagen daar in de praktijk niet altijd in, wat de gedragscode en de roep naar een keurmerk verklaart.

Men is druk bezig met het ontwikkelen van instrumenten en informatie die het mogelijk moet maken dat de gebruikers van de zorg zelf een volledig zicht krijgen op het zorgaanbod, de geboden kwaliteit en op basis van de criteria die zij belangrijk vinden een keuze kunnen maken.

⁴⁹Nederlandse Branchevereniging voor PGB Adviseurs (2009). *Welkom bij NBPA!* Geraadpleegd op 26 januari 2010, op <http://www.PGBnbpa.nl/>.

⁵⁰ Kaaij, R., Huijsman, R., (2008) Dubbele winst, *Zorgvisiemagazine* (issue 11), 40-43.

6. JURIDISCHE AFDWINGBAARHEID

Artikel 44 van de wet AWBZ vermeldt het volgende:

“Bij ministeriële regeling kan worden bepaald dat het College zorgverzekeringen overeenkomstig in die regeling gestelde regels: (...)

b. subsidies verstrekt om verzekerden de mogelijkheid te geven om in plaats van het tot gelding brengen van een aanspraak op grond van deze wet zelf te voorzien in de zorg die zij behoeven; (...)”⁵¹

In dit artikel staat vermeld dat de minister kan beslissen om mensen zelf hun zorg te laten regelen. Deze regeling is bijgevolg voorwaardelijk: de minister kan ook anders beslissen. Verder is het opvallend dat het woord ‘persoonsgebonden budget’ niet in deze regeling vermeld wordt.

Het PGB is een subsidieregeling. Bijgevolg is er geen juridische grond of ‘wettelijke aanspraak’ die het PGB kan afdwingen. Vroeger was er sprake van zogenaamde ‘open end financiering’ en vormde het overheidsbudget geen beperking. Sinds 2003 werd er een subsidieplafond ingevoerd. Telkens het plafond bijna bereikt werd, is er voor PGB echter geld bij gekomen. Tijdens de afgelopen jaren is dit 5 of 6 keer het geval geweest. Het bijna bereiken van het subsidieplafond leidde vaak tot een spoeddebat in de Tweede Kamer en opschudding in de pers. In de praktijk is er in Nederland nog nooit een PGB geweigerd of uitgesteld omdat er geen budget was. Ben je geïndiceerd, dan krijg je jouw PGB.

Binnen dezelfde AWBZ-wet werd wel vastgelegd dat beroep tegen het indicatiebesluit mogelijk is: *“Tegen het indicatiebesluit staat bezwaar en beroep conform de Algemene wet bestuursrecht open.”⁵²*

In de WMO is het PGB ingeschreven als keuzemogelijkheid. Dit zie je duidelijk terug in artikel 6: *“Het college van burgemeester en wethouders biedt personen die aanspraak hebben op een individuele voorziening de keuze tussen het ontvangen van een voorziening in natura of het ontvangen van een hiermee vergelijkbaar persoonsgebonden budget, tenzij hiertegen overwegende bezwaren bestaan.”⁵³*

Dit artikel werd zeer uitdrukkelijk toegevoegd omdat duidelijk werd dat anders niet alle gemeenten de mogelijkheid tot PGB zouden aanbieden. Het argument van de gemeenten luidde dat de aanbestedingsopdracht voor de zorg al lopende was. In het artikel wordt

⁵¹ Lexius (2009). *Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten*. Geraadpleegd op 1 december 2009, op <http://lexius.nl/algemene-wet-bijzondere-ziektekosten/artikel44/>.

⁵² Zorg voor beter (n.d.) *Beleidsregels indicatiestelling AWBZ 2009. Bijlage 1: algemeen*. Geraadpleegd op 2 december, op www.zorgvoorbeter.nl/docs/bijlage_1_algemeen_AWBZ.pdf.

⁵³ Stichting AB (2009). *Wet wijziging WMO onder meer inzake inlichtingenverstrekking B & W over aanspraken*. Geraadpleegd op 2 december 2009, op <http://www.st-ab.nl/1-09346.htm>.

echter eveneens een voorwaarde gesteld: indien er bezwaar bestaat tegen het feit dat een bepaald persoon met een PGB werkt (bijvoorbeeld schulden of onbekwaamheid) dan kan de keuzemogelijkheid van deze persoon ingeperkt worden.

Voor PGB bestaan er in Nederland geen wachtlijsten. Voor zorg in natura zijn deze er wel. Dit gegeven maakt dat bepaalde budgethouders nu niet bewust voor het PGB kiezen maar in het budget een oplossing voor de bestaande wachtlijst zien⁵⁴. Een PGB is met andere woorden niet hun eerste keuze. Volgens budgethoudersvereniging Per Saldo zorgt dit ervoor dat één en ander misloopt. Mensen moeten volgens hen zeer bewust voor het PGB (en meer regie) kiezen.

Hoewel PGB momenteel niet afdwingbaar is, zou er wel een breed draagvlak bestaan om van het PGB een wettelijk vastgelegd recht te maken. PGB wordt dan een afdwingbaar recht van iedere persoon die ervoor in aanmerking komt.

⁵⁴ Swarte, V.P.P., Krijswijk J.H. (2009). De toekomst van persoonsgebonden financiering voor langdurige zorggebruikers. Leiden: Jansen STG / Health Management Forum, 33.

7. EVOLUTIE EN TOEKOMSTPERSPECTIEVEN

Men onderscheidt volgende motieven wat betreft de keuze voor PGB : zelf je zorg kunnen regelen, zelf je hulpverlener mogen kiezen, invloed hebben op hoe je geholpen wordt en minder verschillende hulpverleners hebben.

De stijgende groei van het totale AWBZ-budget (inclusief PGB) en het stijgende aantal gebruikers deed de overheid besluiten dat ingrijpen noodzakelijk was. Er werd dan ook besloten om algemeen de verzekering via AWBZ bij te sturen. Het aantal mensen dat beroep kan doen op deze wet werd beperkt alsook de mogelijkheden waarvan men gebruik kan maken. Deze besparing werd in 2009 doorgevoerd ondanks protest van de cliëntenorganisaties.

De grondslagen van het PGB (eigen regie of zelf kunnen beslissen) staan ondanks deze bijsturingen niet ter discussie. Randverschijnselen zoals fraude bij zorgbemiddelingsbureaus of het feit dat steeds meer mensen niet bewust voor een PGB kiezen, zorgen wel voor debat en verdere bijsturing (zie eerder). Maar de trend van het PGB is er een van uitbreiding, zowel van het aantal budgethouders als de toepassingsdomeinen.

Via de Zorgverzekeringswet ontstond zo een experiment met PGB binnen de geestelijke gezondheidszorg. Het ging specifiek om mensen die geneeskundige zorg behoeven ter herstel van een psychiatrische aandoening. Sinds 1 januari 2008 moesten zorgverzekeraars ook aan hen de keuze laten voor een PGB. Voor 2008 was het voor deze mensen reeds mogelijk om vanuit het AWBZ een PGB te verkrijgen. Hier werd nu een budget voor GGZ-zorg vanuit de Zorgverzekeringswet aan toegevoegd. Dit experiment werd door de overheid negatief geëvalueerd. Budgethoudersvereniging Per Saldo legt de oorzaak van dit falen bij de zorgverzekeraars zelf. Zij maakten van het PGB geen volwaardige keuzemogelijkheid doordat het budget ontoereikend was⁵⁵.

De CG Raad (koepelorganisatie van cliëntenverenigingen) en Per Saldo stellen zoals eerder gezegd de vraag om de toepassingsmogelijkheden van het PGB nog verder uit te breiden. Hiernaast pleiten ze ook voor eenmaking van de bestaande budgetten tot een breed inzetbaar 'participatiebudget'.

Verder stellen we discussie vast rond de uitvoering van het PGB. Men bepleit dat deze niet langer zou gebeuren door de zorgkantoren maar door de zorgverzekeraars. Tot april 2010 vindt hierover overleg plaats achter gesloten deuren. In april zou een ministeriële beslissing volgen. Bij deze discussie wordt het volgende vraagteken gezet: kunnen zorgverzekeraars wel overweg met de idee van eigen regie? Ze zijn immers gewoon te werken in een

⁵⁵ de Vries, A. & Vos de Wael, N. (2008). *Experimenteren met de hakken in het zand. Rapportage regelingen PGB-ggz van de zorgverzekeraars*. Geraadpleegd op 26 januari 2010, op http://www.PGB.nl/per_saldo/up1/ZyjustdIE_Experimenteren_met_hakken_in_het_zand.pdf.

omgeving waar de dokter het beter weet, een sfeer van medisch paternalisme. Net om hieraan tegemoet te komen, is er sprake van gescheiden uitvoering.

Verder verwacht men dat concurrentie zou opspelen tussen zorgverzekeraars. De ene zorgverzekeraar zou dan soepeler zijn met de verantwoording van kosten dan de andere. Op dit niveau mag concurrentie echter niet spelen. Er kan enkel concurrentie zijn door vlottere service en beter beheer van het PGB.

Gevraagd naar een evaluatie van de huidige indicatiestelling antwoordt Frans van der Pas⁵⁶ dat het positief is dat deze objectief gebeurt en aan de hand van duidelijke criteria die vastleggen in de AWBZ regelgeving. De individuele zorgvragen zijn het uitgangspunt en dit resulteert in een indicatie op maat. Het besluit zelf is ook betwistbaar wat maakt dat je kan reageren als er iets fout gelopen is. Maar sinds 2004 zou de AWBZ stilaan geëvolueerd zijn van een verzekering die beter aansloot op het compenseren van beperkingen van mensen met een beperking naar een verzekering voor zorg als gevolg van matige tot ernstige tekorten in de zelfredzaamheid. De participatiedoelstelling is geschrapt in de AWBZ en dat laat zich voelen. De indicatie gaat steeds verder af staan van het opheffen van belemmeringen vanwege de beperkingen om maatschappelijke mee te doen en is verre van integraal.

Ook de overheveling van de functie huishoudelijke hulp naar de WMO en dus de gemeentelijke bevoegdheid wordt al s een achteruitgang ervaren. En ook de budgetberekening voor PGB op basis van de zorgzwaartepakketten wordt op kritiek onthaald omdat er teruggegrepen wordt op gemiddelden in plaats van op een individuele berekening.

Tot slot rest ons de vraag of het PGB het kleine broertje binnen de zorg moet blijven. Hoewel PGB in Nederland veel groter is dan PAB of PGB in Vlaanderen, gaat het ook hier nog steeds slechts over een beperkt aandeel van de AWBZ-middelen. We zien dat slechts een klein aantal geïndiceerde gerechtigden uiteindelijk voor PGB kiest.

Vanuit de ervaring dat het met het PGB vooral misloopt daar waar mensen niet bewust voor eigen regie kiezen, pleit Per Saldo er echter niet voor iedereen met een PGB te laten werken. De vereniging pleit bewust voor het behoud van keuzevrijheid. Echte keuzevrijheid kan enkel bestaan wanneer evenwaardige keuzes mogelijk zijn. Deze stelling kwam ook naar voor uit het hierboven aangehaalde experiment met het PGB binnen de geestelijke gezondheidszorg.

Over het verdere toekomstperspectief van het PGB bestaan verschillende scenario's. Het STG / Health Management Forum ontwikkelde in 2009 aan de hand van de 'toekomstverkenner' 3 mogelijke scenario's die we hieronder bondig omschrijven⁵⁷:

⁵⁶ van der Pas, F. persoonlijke communicatie, 13 januari 2010.

⁵⁷ Swarte, V.P.P., Krijswijk J.H. (2009). *De toekomst van persoonsgebonden financiering voor langdurige zorggebruikers*. Leiden: Jansen STG / Health Management Forum, 83-97.

❖ Vertrouwen meer dan zorg alleen

Er ontstaat een coalitie tussen de overheid en de gebruiker. De overheid streeft naar toegankelijkheid en de zorgverlener naar professionaliteit en vraagsturing. Centraal staat het participatiebudget wat 1 budget is dat voortvloeit uit 1 inschaling en op verschillende terreinen kan ingezet worden. Voorwaarde is de ontschotting en ook vertrouwen. Om dit tot uitvoering te brengen wordt gesuggereerd om met casemanagers te werken die mensen helpen met het management van hun budget. Er is ook een rol weggelegd voor de lokale overheid die maatwerk mogelijk maakt.

❖ Geborgenheid en ontzorging

In dit scenario is er sprake van een coalitie tussen de overheid en de zorgaanbieders. In dit scenario is er geen ruimte voor een PGB wel voor een PVB of een persoonsvolgend budget. Er is een belangrijke rol weggelegd voor de verzekeraars. Men gaat ervan uit dat het managen van de zorg een extra belasting is die weinig zorggebruikers ambiëren. Mensen willen wel bepalen welke zorg waar, wanneer en door wie gegeven wordt en willen dat dit gegarandeerd en kwalitatief gebeurt. Probleem is dat weinig flexibiliteit van de zorgaanbieders voorspeld wordt. Formele zorg zal aan banden worden gelegd, geprotocolleerd en er komt meer standaardisering. Alle individuele verscheidenheid van zorggebruikers dient opgevangen te worden door mantelzorg. Belangenorganisaties krijgen de rol om te waken over het maatwerk, wat een grote uitdaging wordt. Ander probleem is dat de prikkel van concurrentie verdwijnt.

❖ Elan en passie

Dit is een coalitie tussen de gebruikers en de zorgaanbieders die elkaar vinden via de marktwerking. De markt is wel vrij maar er wordt erg beroep gedaan op de individuele verantwoordelijkheid van mensen om hun zorg te betalen. Dit is een pleidooi om meer met een verzekeringsstelsel te gaan werken. Knelpunt hierbij is echter de toegankelijkheid. Belangenorganisaties krijgen in dit scenario de rol van consumentenorganisaties.

Deze recente publicatie van het Health Management Forum verdient een aanbeveling voor wie niet alleen een blik in de toekomst wil werpen maar vooral ook in de hoofden van de beleidsmakers, onderzoekers, gebruikersorganisaties en verzekeraars en andere diensten en organisaties die van zeer dichtbij betrokken zijn op het PGB in Nederland.

8. CONCLUSIE

Het PGB bestaat in Nederland niet alleen een stuk langer dan in Vlaanderen, het is ook van een totaal andere grootteorde. Met meer dan 111.000 gebruikers kunnen we spreken van een goed ingeburgerd systeem waar honderdduizenden mensen dagelijks bij betrokken zijn. Hoewel het PGB duidelijk in de lift zit, staat het niet op gelijke voet met de zorg in natura.

Zowel het aantal gebruikers als de budgetgrootte maken het PGB nog steeds tot het kleine broertje van de zorg in natura. Maar dit is ontegensprekelijk in evolutie.

Het PGB en de Zorg in Natura groeien naar elkaar toe. De indicatiestelling was al gelijk, de wijze waarop de budgetten voor de zorg in natura berekend worden, evolueerde ook naar een individuele berekening op basis van zorgzwaarte.

De gevolgen van de invoering van het PGB bleven in Nederland niet beperkt tot de budgethouders zelf en de mensen die als persoonlijke assistenten tewerkgesteld worden. Nieuwe initiatieven zagen het levenslicht, steeds meer mensen gaan in de sector als zelfstandige aan de slag, bestaande zorgvoorzieningen bieden nieuwe diensten aan en nieuwe initiatieven zien het licht. Het PGB als aanjager van de zorgvernieuwing.

De gebruikers van het PGB als vernieuwers in de zorg. Om die rol te kunnen waarmaken kunnen zij beroep doen op degelijk uitgebouwde budgethoudersverenigingen, de Sociale Verzekersings Bank en zorgbemiddelingsbureaus. Die laatste kwamen het afgelopen jaar niet altijd positief in het nieuws. Zeker wanneer zij zelf ook diensten aanbieden, blijkt de kans op belangenvermenging reëel. Opvallend is dat naast de invoering van een gedragscode en een keurmerk dit ook aanleiding geeft tot een pleidooi om mensen de keuze te laten. Mensen moeten de keuze hebben in welke mate ze zelf de regie over hun eigen leven willen voeren.