

Zelf zorg inkopen: persoonsgebonden bekostiging
*Is het volledig invoeren van persoonsgebonden bekostiging in de
AWBZ haalbaar?*

1	Inleiding.....	2
2	Definities	3
3	Internationale context.....	4
4	Voor- en nadelen zorginkoop door de cliënt	6
5	Volledig doorvoeren van pgb vanuit cliënt-, verzekerings-, aanbieders- en maatschappelijk perspectief	7
5.1	De (rand)voorwaarden waaraan moet worden voldaan bij volledig invoeren van pgb..	7
5.2	Wat zijn de gevolgen, de voor- en nadelen van het volledig invoeren van een pgb-systeem?	8
5.3	Rol van de verzekeraar	8
5.4	Wenselijkheid volledig invoeren van pgb of pgb als modaliteit	8
6	Conclusie.....	9
6.1	Aanbevelingen voor vervolg	9
7	Reactie van consumenten zijde	10

Den Haag, november 2006

1 Inleiding

Sinds 1995 bestaat binnen het systeem van de AWBZ de mogelijkheid om zelf zorg in te kopen door middel van het persoonsgebonden budget (pgb). Nadat de zorgvrager een indicatiebesluit heeft ontvangen, heeft hij de keuze tussen zorg in natura en pgb. Het pgb is mogelijk voor AWBZ-functies huishoudelijke verzorging, persoonlijke verzorging, verpleging, ondersteunende begeleiding, activerende begeleiding en tijdelijk verblijf (maximaal 2 etmalen per week)¹. Voor de functies behandeling en langdurig verblijf is geen pgb mogelijk.

De cliënt heeft met het pgb grotere keuzevrijheid gekregen. Het is aan de cliënt zelf om te bepalen bij wie hij zijn zorg inkoopt, dit kunnen ook niet toegelaten aanbieders zijn. Ook heeft de cliënt in eigen hand welke functies hij inkoopt, dat hoeven niet de geïndiceerde functies te zijn, maar het moet wel altijd om verzekerde zorg gaan. Het pgb is succesvol, zo'n 10% van alle zorgvragers maakt gebruik van het pgb.

Dit succes blijft dan ook niet onopgemerkt, in de brief met het kabinetsstandpunt over het IBO-rapport *Toekomst AWBZ, eindrapportage van de Werkgroep Organisatieromp AWBZ*, geeft het kabinet aan dat het volledig invoeren van persoonsgebonden bekostiging nader moet worden onderzocht. Het volledig doorvoeren van persoonsgebonden bekostiging betekent dat de cliënt geen keuze meer heeft tussen zorg in natura en een pgb. Sterker nog, zorg in natura bestaat dan in het geheel niet meer en het pgb geldt dan ook voor behandeling en wonen. Dit is een wezenlijke verandering van het huidige AWBZ-systeem waarin de keuze tussen pgb en zorg in natura wel bestaat. In vervolg op het kabinetsstandpunt is besloten een werkgroep opdracht te geven het principe van volledig persoonsgebonden bekostiging in de AWBZ nader te verkennen.

De werkgroep IBO-bouwsteen pgb is met de volgende opdracht aan de slag gegaan: *breng in kaart wat de gevolgen en de voor- en nadelen zijn voor de verschillende doelgroepen² in de AWBZ van het volledig doorvoeren van het principe dat mensen zelf zorg in kopen*. In deze werkgroep zaten naast ambtenaren van het ministerie van VWS ook vertegenwoordigers van de ministeries van Financiën en Economische Zaken. De werkgroep heeft een viertal deskundigen gevraagd een bijdrage te leveren, elk vanuit een andere invalshoek: de verzekerde, de verzekeringen, de aanbieder en het maatschappelijk perspectief³. Daarnaast is gebruik gemaakt van een literatuuronderzoek naar het zelf zorg inkopen in het buitenland⁴ en van gegevens die beschikbaar zijn over de pgb-regeling zoals we die nu kennen.

De diverse bijdragen en de discussie in de werkgroep hebben geleid tot deze notitie, die in korte tijd tot stand is gekomen. De werkgroep is er zich dan ook van bewust dat het hier gaat om niet meer dan een eerste aanzet tot verdere discussie en uitwerking.

De opbouw van de notitie is als volgt. In paragraaf 2 staan de definities die de werkgroep heeft gehanteerd. In paragraaf 3 wordt de internationale context geschetst. De voor- en nadelen van vraagsturing volgen in paragraaf 4. In paragraaf 5 komen de bijdragen van vier deskundigen aan de orde, gevolgd door de conclusies in paragraaf 6. In paragraaf 7 is de reactie van consumentenzijde op dit rapport openomen.

¹ Per 1 januari 2007 wordt de functie huishoudelijke verzorging vanuit de AWBZ overgeheveld naar de Wet maatschappelijke ondersteuning (uitgevoerd door gemeenten).

² De AWBZ kent zogenaamde grondslagen, die te herleiden zijn naar de volgende cliëntgroepen: cliënten met beperkingen van somatische, psychogeriatrische, psychiatrische en psychosociale aard en met een lichamelijke, verstandelijke of zintuiglijke handicap.

³ Bijdragen van resp. prof. Van Houten, prof. Keuzenkamp, prof. Groot en prof. Maassen van den Brink gezamenlijk en prof. Schut.

⁴ Literatuuronderzoek van mw. M. Pijl: "Zelf zorg inkopen. Hoe gaat dat in het buitenland?", beschikbaar op de VWS website.

2 Definities

Persoonsgebonden bekostiging is in dit kader gedefinieerd als de mogelijkheid van de cliënt om – onafhankelijk van het contracteer- en inkoopgedrag van het zorgkantoor – zelf zorg in te kopen. De cliënt krijgt een budget op zijn rekening gestort waarmee hij vervolgens zelf de zorg inkoopt en daartoe contracten sluit. Dit is hoe het huidige persoonsgebonden budget eruit ziet. In het kader van deze notitie dienen de termen persoonsgebonden bekostiging en persoonsgebonden budget als synoniemen te worden gezien. De werkgroep heeft dus niet gekeken naar persoonsvolgend budget en restitutie als mogelijkheden.

Mantelzorg wordt gezien als de zorg die de zogenaamde gebruikelijke zorg overstijgt. Gebruikelijke zorg is de zorg die van gezinsleden mag worden gevraagd en waarvoor geen professionele zorg wordt geïndiceerd. Of met andere woorden, gebruikelijke zorg is de normale, dagelijkse zorg die partners of ouders en inwonende kinderen geacht worden elkaar onderling te bieden omdat ze als leefeenheid een gezamenlijk huishouden voeren en op die grond een gezamenlijke verantwoordelijkheid hebben voor het functioneren van dat huishouden.

3 Internationale context

Ook in landen om ons heen kent men vormen van persoonsgebonden bekostiging. Wel is de ontstaansgeschiedenis anders en heeft het instrument zich op andere wijze ontwikkeld. Een één op één vergelijking is daarom niet gemakkelijk, er zijn essentiële verschillen tussen de verschillende landen. In het literatuuronderzoek van Pijl⁵ is gekeken naar enkele Europese landen namelijk Duitsland, Frankrijk, Zweden en Oostenrijk. Binnenkort komen daar nog Engeland en Vlaanderen bij.

Voor een plaatsbepaling van het pgb binnen een internationale context is het van belang te weten hoe de verantwoordelijkheid voor langdurige zorg is verdeeld tussen de overheid en de burgers. Pijl onderscheidt drie typen verzorgingsarrangementen in Europese landen. In een aantal landen is primair de familie verantwoordelijk voor zorg (Midden- en Zuid-Europese landen). Daarnaast is er een groep landen waar de overheid de verantwoordelijkheid voor langdurige zorg op zich heeft genomen (Nederland en de Scandinavische landen). In deze landen met een grote overheidsverantwoordelijkheid is een omvangrijk netwerk van zorgverlenende instellingen ontstaan. In de derde groep landen, waaronder Frankrijk, Oostenrijk en Duitsland was de overheid alleen in laatste instantie verantwoordelijk voor langdurige zorg, namelijk wanneer de zorgvrager en zijn naaste familie niet de volledige kosten van de zorg konden betalen. In deze landen hebben zich veel minder uitvoerende instellingen ontwikkeld. Aan het eind van de vorige eeuw werd in deze landen duidelijk dat het gebrek aan langdurige of sociale zorg tot veel problemen leidden. In een aantal landen is daarom een nieuwe voorziening gecreëerd in de vorm van een financiële tegemoetkoming. Dat betekent dat er extra geld voor zorgbehoevenden beschikbaar kwam op een wijze die als persoonsgebonden budget kan worden gekarakteriseerd.

In de landen waar al een min of meer uitgebreid aanbod aan zorgvoorzieningen bestond, is het pgb ingevoerd als een alternatieve keuzemogelijkheid voor zorg in natura. In de regel is in deze landen het pgb minder in gebruik omdat het niet is gefinancierd met nieuw geld waardoor het dus in feite ten koste ging van de budgetten van bestaande organisaties, of, zoals in Nederland het geval is, gefinancierd met een beperkte hoeveelheid nieuw geld. In Zweden heeft men er bijvoorbeeld voor gekozen de intramurale zorg voor zwaar gehandicapten op te heffen en in plaats daarvan voor de doelgroep een pgb ter beschikking te stellen.

Alle landen hebben gemeen dat keuzevrijheid en betere mogelijkheden voor zorg op maat dé argumenten waren om een vorm van persoonsgebonden bekostiging in te voeren. Keuzevrijheid heeft echter geen waarde volgens Pijl als in een land niet een voldoende aanbod tot stand komt of als de uitgekeerde bedragen dusdanig laag zijn dat alleen gebruik gemaakt kan worden van mantelzorgers of, zoals in Oostenrijk, van buitenlanders die bereid zijn voor een lager loon te werken. Daarnaast blijft de vraag of iedere zorgvrager in staat is zelf zijn zorg in te kopen en daarin keuzes te maken. Voor zorgvragers die daartoe niet in staat zijn, dienen alternatieven aanwezig te zijn. Een stimulerende rol van de overheid is op al deze punten gewenst.

De algemene indruk is dat het pgb goede mogelijkheden biedt voor zorg op maat. Daarnaast wijst de onderzoekster op enkele neveneffecten van het pgb. Het blijkt dat het pgb in de vijf verschillende landen verschillende vormen van betaalde en onderbetaalde zorg met zich meebrengt. De zorg wordt daardoor goedkoper maar de kwaliteit komt in het geding. De vraag is in hoeverre het erg is dat de zorg deprofessionaliseert, immers voor veel arbeid in de zorg is

⁵ Deze paragraaf steunt geheel op het literatuuronderzoek van Marja Pijl en in deze paragraaf wordt de mening van de onderzoekster weergegeven.

geen hoog opleidingsniveau vereist. Wel zal een uitweg gevonden moeten worden zodat recht gedaan wordt aan de verschillende belangen en de kwaliteit van de zorg.

Een ander belangrijk punt zijn de mantelzorgers. Aangezien het pgb ook aan mantelzorg kan worden uitgegeven, kunnen mantelzorgers door middel van het pgb een vergoeding voor hun werkzaamheden krijgen. Meedoen op de arbeidsmarkt is voor iedereen van belang maar ook voor degenen die bij uitstek mantelzorg verlenen: ouderen en vrouwen. De onderzoekster concludeert dat hoewel de pgb's de positie van mantelzorgers verbetert, dit nog niet wil zeggen dat de mantelzorger gelijke kansen heeft op de arbeidsmarkt. Participatie op de arbeidsmarkt van mantelzorgers is alleen mogelijk als zij een deel van de zorg die zij verrichten door anderen kan worden overgenomen. Bij keuzevrijheid voor zorgvragers hoort daarom ook het bieden van reële keuzemogelijkheden aan de mantelzorgers.

4 Voor- en nadelen zorginkoop door de cliënt

Uit een literatuurscan van allerlei publicaties op het gebied van vraagsturing in de zorg distilleert de werkgroep de volgende voor- en nadelen van vraagsturing, cq. persoonsgebonden bekostiging.

De volgende nadelen komen naar voren:

- De inkoop vindt individueel plaats waardoor minder gebruik wordt gemaakt van schaalvoordelen of inkoopmacht wat vooral wenselijk is bij machtsposities van zorgaanbieders.
- De transactiekosten nemen veelal toe.
- De cliënt is niet op voorhand verzekerd van zorg.
- Vraagsturing vanuit zorginhoudelijke overwegingen is niet altijd mogelijk, bijvoorbeeld bij acute zorg of wanneer de cliënt wilsonbekwaam is.
- Cliënten kunnen niet alle relevante aspecten van zorg beoordelen.
- Vraagsturing leidt tot hoge(re) uitvoeringskosten.
- Vraagsturing kan leiden tot verzakelijking van verhoudingen.
- Er vindt juridisering plaats in de zin dat steeds nader zal moeten worden gepreciseerd wat men van elkaar mag verwachten; schendingen van het contract zullen sneller als wanprestatie worden gezien dan als een normaal risico.
- Gevaar voor kostenbeheersing (monetarisering mantelzorg en creëren latente vraag).
- Risico op misbruik door zaakwaarnemers.
- Risico op onderconsumptie of verkeerde consumptie.

De volgende voordelen worden genoemd:

- De cliënt heeft meer vrijheid.
- In het geval van een pgb koopt een cliënt zelf zorg in; prijs-kwaliteitsvergelijkingen zijn hiervoor relevant. Vanuit het cliëntenperspectief heeft zelf zorg inkopen de voorkeur, dan leidt de vraag immers bij uitstek het aanbod. Het pgb sluit het beste aan bij marktwerking.
- Meer keuzevrijheid: cliënten kunnen hun pgb ook uitgeven aan niet toegelaten zorgaanbieders en de cliënt heeft zelf in de hand welke functies hij inkoopt anders dan de geïndiceerde functies. In veel gevallen neemt de cliënttevredenheid toe.
- De dynamiek in de sector neemt toe hetgeen kan leiden tot een betere prijs en/of kwaliteit van de geleverde zorg. Vragers zijn actiever in het articuleren van hun behoeften, aanbieders zien zich genooddaakt nieuwe of vernieuwde producten te leveren en nieuwe partijen verschijnen op de markt.
- Over het algemeen geldt dat vraagsturing positief werkt voor de burger als afnemer van publieke diensten.
- Voor de verbetering van de kwaliteit van veel (semi-) publieke diensten blijkt vraagsturing een reële optie te kunnen zijn. Vraagsturing kan positieve effecten hebben, zowel voor de vrager (meer keuze, meer maatwerk, meer eigen verantwoordelijkheid) als voor de aanbieder (meer ruimte voor ondernemerschap).
- Vormen van gebundelde inkoopmacht kunnen een belangrijke impuls geven aan de inkomensverbetering en maatschappelijke participatie van mensen met een chronische ziekte en/of handicap en aan de positie van patiënten- en cliëntenorganisaties.
- Van een wettelijk recht op een pgb gaat een welvaartsverhogend effect uit alsmede een kwaliteitsprikkel.

5 Volledig doorvoeren van pgb vanuit cliënt-, verzekerings-, aanbieders- en maatschappelijk perspectief

Aan vier deskundigen is een aantal specifieke vragen voorgelegd betreffende randvoorwaarden, gevolgen, wenselijkheid en vormgeving bij volledig invoeren van het pgb. Vervolgens is hen gevraagd deze vragen ieder vanuit een andere invalshoek te beantwoorden, namelijk die van de verzekerde, de verzekering, de aanbieder en het maatschappelijk perspectief⁶.

Aan de hand van vier thema's worden de reacties van de deskundigen besproken.

5.1 De (rand)voorwaarden waaraan moet worden voldaan bij volledig invoeren van pgb

Vanuit het perspectief van de cliënt is het van belang dat er voldoende informatie over prijs en kwaliteit beschikbaar is die ook nog toegankelijk en bruikbaar moet zijn. Voor mensen met een verstandelijke handicap is het van belang dat zij de beschikking krijgen over een coach die hen helpt bij het vinden van informatie aldus Van Houten.

Groot en Maassen van den Brink wijzen erop dat een objectieve en kwalitatief goede indicatiestelling van belang is. Daarnaast dient een onafhankelijke controle plaats te vinden op de kwaliteit van de zorg die met het pgb wordt ingekocht.

In de bijdrage van Schut komen vier randvoorwaarden naar voren: het bepalen van een adequaat budget per persoon, de cliënt moet bereid en in staat zijn zorg in te (laten) kopen, er moeten specificeerbare contracten zijn en er moet voldoende keuze zijn uit een voldoende aanbod. De eerst genoemde voorwaarde is van essentieel belang. Of aan de overige voorwaarden kan worden voldaan, hangt af van de vormgeving van het pgb-systeem.

Ook Keuzenkamp wijst erop dat het nodig is om onafhankelijke en objectieve indicatiestelling te hebben. Bovendien moet de systematiek niet leiden tot extra vraag van mensen die zich vroeger niet lieten indiceren. Beide voorwaarden zijn, volgens hem, onrealistisch. In een goed werkend stelsel van persoonsgebonden bekostiging zal het niet zo zijn dat een pgb voor iedere cliënt grotere vrijheid met zich meebrengt. Niet iedere cliënt is immers in staat zijn voorkeuren en keuzen te formuleren. Zaakwaarnemers kunnen een oplossing zijn maar laten zich ook leiden door hun eigen belangen. Een andere belangrijke voorwaarde ligt in het feit dat er ook wat te kiezen moet zijn. Hierover is Keuzenkamp optimistisch: zodra de vraagkant van de markt kritischer wordt, zal het aanbod zich aanpassen.

⁶ Het gaat om de volgende bijdragen:

1. *Persoonsgebonden budgetten vanuit gebruikersperspectief*, Douwe van Houten, Hoogleraar Sociaal Beleid en organisatie, Universiteit voor Humanistiek, 11 september 2006.
2. *Mogelijkheden en onmogelijkheden van cliëntgebonden financiering van zorg*, Wim Groot & Henriëtte Maassen van den Brink, respectievelijk Hoogleraar Faculteit Gezondheidswetenschappen, Universiteit Maastricht en Hoogleraar Faculteit Economische Wetenschappen en Econometrie, Universiteit van Amsterdam, september 2006.
3. *Voor- en nadelen volledig persoonsgebonden bekostiging AWBZ*, Notitie in opdracht van ministerie VWS, Prof. Dr. F.T. Schut, Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg, Erasmus Universiteit Rotterdam, 2 oktober 2006.
4. *Wat is de reikwijdte van het persoonsgebonden budget in de zorg?* Hugo Keuzenkamp, oktober 2006.

5.2 Wat zijn de gevolgen, de voor- en nadelen van het volledig invoeren van een pgb-systeem?

In de diverse bijdragen wordt gewezen op hoge administratieve lasten en transactiekosten. Van Houten pleit er daarom voor om de verantwoordingsplicht van pgb-houders af te schaffen waarmee de administratieve lasten gelijk een stuk worden verminderd. Ook wijzen de deskundigen allen op het feit dat door het volledig invoeren van het pgb de mantelzorg zal worden verdrongen of in andere woorden de monetarisering van de mantelzorg neemt fors toe.

Wijzen Groot en Maassen van den Brink op het feit dat door de geringere onderhandelingsmacht van de pgb-houder er uiteindelijk minder zorg van mindere kwaliteit voor meer geld geleverd kan worden, Schut ziet dit anders. Hij wijst erop dat indien aan alle randvoorwaarden wordt voldaan er juist sterke prikkels zijn voor het leveren van de door de klant gewenste zorg tegen een gunstige prijs/kwaliteitverhouding.

Groot en Maassen van den Brink zijn het meest negatief gestemd over het volledig doorvoeren van het pgb. Zij menen dat het leidt tot beunhazerij, verlies aan kwaliteit bij de reguliere zorgaanbieders, onbeheersbare kostenexplosie, onbeheersbare groei en zelfs dat de economische ontwikkeling hieronder zal leiden.

Vanuit het perspectief van de cliënt wijst Van Houten erop dat een volledig pgb-systeem niet het uitgangspunt moet zijn omdat dat geen recht doet aan de keuzevrijheid van de cliënt. Hij vindt het erg van belang dat de cliënt de keuze blijft houden tussen zorg in natura en een pgb.

Keuzenkamp vindt het grote voordeel van een pgb de grotere consumentensoevereiniteit. Het aanbod wordt daardoor meer vraaggericht. Toch meent hij dat pgb niet de norm zal worden. De consumentenvrijheid kent beperkingen vanwege enerzijds het informatieprobleem en anderzijds doordat geen gebruik gemaakt wordt van de sterkere onderhandelingspositie die een verzekeraar heeft. Ook hij wijst erop dat het voor de verzekerde aantrekkelijker is dat er een systeem bestaat waarin keuze is tussen pgb en zorg-in-natura. Vervolgens wijst hij op het gevaar van overconsumptie.

5.3 Rol van de verzekeraar

Schut constateert dat bij een volledig pgb-systeem de rol van de verzekeraar is uitgespeeld. Volgens Van Houten is het de taak van de zorgverzekeraars om te bevorderen dat een breed, gevarieerd en kwalitatief hoogstaand aanbod van zorg beschikbaar is. Volgens hem kan de zorg het beste vergeleken worden met de dienstverleningsmarkt (service) en niet met productiebedrijven.

5.4 Wenselijkheid volledig invoeren van pgb of pgb als modaliteit

Van Houten bedrukt dat volledig invoeren wenselijk is in die zin dat het de keuze van de cliënt is om er gebruik van te maken. Schut wijst erop dat volledig invoeren niet wenselijk is omdat niet voor alle cliëntgroepen aan de noodzakelijke randvoorwaarden kan worden voldaan. Bij de invoering van pgb als modaliteit merkt Van Houten op dat het in het kader van marktwerking past om pgb's mogelijk te maken. Wel vindt hij dat in de zorg het management en de markt op de tweede plaats komen, de eerste plaats is voorbehouden aan de professional in dialoog met de cliënt. Schut vindt het pgb als modaliteit niet haalbaar voor chronisch psychiatrische patiënten. Voor de andere cliëntgroepen is nadere analyse noodzakelijk. De vormgeving van een en ander moet nader worden onderzocht en zal uiteindelijk ook afhangen van de politieke voorkeuren.

6 Conclusie

Zoals blijkt uit de literatuurstudie en de vier bijdragen zijn er vele voor- en nadelen aan het volledig doorvoeren van een pgb-systeem. Alhoewel de vier bijdragen elk een eigen perspectief hebben, komen er toch veel dezelfde zaken naar voren. Opmerkelijk is dat niemand een pleidooi houdt voor het volledig invoeren van persoonsgebonden bekostiging in de AWBZ. Iedereen benadrukt het belang van de keuzemogelijkheid tussen zorg-in-natura en een pgb en de werkgroep deelt deze mening. Het benadrukken van deze keuzemogelijkheid heeft te maken met de constatering dat een pgb niet voor iedereen is weggelegd uitgaande van de pgb-systematiek die we nu kennen. Niet elk individu beschikt immers over de kwaliteiten die nodig zijn om met een pgb zorg te kunnen inkopen. Van Houten en Schut pleiten daarom voor cliëntondersteuners / zaakwaarnemers.

De wijze waarop het huidige pgb is vormgegeven veronderstelt dat budgethouders in staat zijn zelf hun zorg in te kopen, contracten met hun zorgverleners af te sluiten, betalingen te verrichten, verantwoording af te leggen. Zorgvragers kunnen zich uiteraard hierin laten bijstaan, maar het is maar zeer beperkt toegestaan het budget voor iets anders te gebruiken dan voor het inkopen van zorg. Budgethouders hebben de beschikking, afhankelijk van de hoogte van hun budget, over een vrij besteedbaar bedrag van minimaal € 250 en maximaal € 1250 per jaar.

6.1 Aanbevelingen voor vervolg

Hoewel alle geraadpleegde deskundigen en ook de leden van de werkgroep momenteel unaniem van mening zijn dat het invoeren van persoonsgebonden bekostiging in de AWBZ als enig sturingsmechanisme niet wenselijk is, verdient het volgens de werkgroep wél aanbeveling verder te gaan met het onderwerp, maar dan met een andere focus. Niet de focus van het volledig doorvoeren van het pgb maar het nader bezien of de huidige pgb-regeling kan worden verbreed en/of aangepast: of het van een subsidieregeling een wettelijke aanspraak moet worden, wat de voor- en nadelen zijn van een pgb voor behandeling en verblijf (het wonen), of er een grotere rol van de cliëntenbeweging op het terrein van het creëren van inkoopmacht zou zijn weggelegd, en welke kansen een zogenaamd participatiebudget zou kunnen bieden.

De vele genoemde nadelen moeten het plegen van een dergelijke exercitie niet in de weg staan. Andere varianten zoals restitutie en persoonsvolgend budget zijn in het vervolgtraject tevens de moeite waard om betrokken te worden. De werkgroep is van mening dat het van belang is dit soort vragen aan een nadere beschouwing te onderwerpen om erachter te komen of het pgb een (grotere) rol zou kunnen spelen om het huidige aanbod in de AWBZ meer klantgericht, op maat, flexibel én doelmatig te maken.

In de komende tijd zou onderzoek gedaan kunnen worden naar de randvoorwaarden waaraan moet worden voldaan om het pgb (of varianten daarop) breder te kunnen invoeren. Informatie over prijs en kwaliteit, inkoopmacht, cliëntondersteuning e.d. zijn voorbeelden van belangrijke randvoorwaarden. De financiële aspecten zijn nog niet aan de orde geweest, het zou goed zijn om in de vervolgwerkzaamheden hier ook nader naar te kijken. Uiteindelijk zal een uitbreiding van de pgb-regeling moeten passen binnen de publieke belangen in de zorg: toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van de zorg.

7 Reactie van consumenten zijde

Aan de NPCF, de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie en aan Per Saldo, de vereniging van budgethouders voor hulp en hulpmiddelen, is gevraagd een reactie op het rapport van de ambtelijke werkgroep te geven. Hun gezamenlijke reactie volgt hieronder.

PerSaldo

Vereniging van budgethouders voor hulp en hulpmiddelen

NEDERLANDSE PATIËNTEN CONSUMENTEN FEDERATIE



Datum: 27 november 2006-11-28

Kenmerk Per Saldo: 10307

Zelf zorg inkopen: persoonsgebonden bekostiging ***Met persoonsgebonden financiering de zorgvrager invloed geven op de AWBZ***

Het ministerie van VWS heeft Per Saldo en de NPCF gevraagd een bijdrage te leveren aan de discussie over de toekomst van de AWBZ. Onze bijdrage is mede een reactie op de afzonderlijke bijdragen van vijf professoren, te weten prof. dr. F.T. Schut, prof.dr. H.A. Keuzenkamp, prof. dr D.J. van Houten en de gezamenlijke bijdrage van prof. dr. W. Groot en mevrouw prof. dr. H. Maassen van den Brink.

In de brief met het kabinetsstandpunt over het IBO-rapport *Toekomst AWBZ, eindrapportage van de Werkgroep Organisatieromp AWBZ*, geeft het kabinet aan dat het volledig invoeren van persoonsgebonden bekostiging nader moet worden onderzocht.

Terecht stelt de IBOwerkgroep PGB dat het succes van het PGB niet onopgemerkt blijft en wakkert de discussie aan door vijf professoren te laten reageren op de vraag: *Welke gevolgen, voor- en nadelen ziet u voor de verschillende doelgroepen in de AWBZ van het volledig invoeren van het principe dat mensen zelf zorg moeten inkopen?*

De vraag aan de professoren vormt een goede aanleiding voor onze bijdrage aan de discussie. Wij zijn zeer teleurgesteld in de behoudende benadering van de AWBZ. In de vraagstelling ligt besloten dat de huidige ordening in de AWBZ-zorg uitgangspunt is: er is zorg in natura en het PGB is iets nieuws dat onder de loep genomen moet worden.

Wij willen een andere uitgangspositie innemen in de discussie. Wij vertrekken niet van de huidige situatie en de traditionele benadering in de AWBZ met haar keuze zorg in natura of PGB, maar vanuit de vraag op welke wijze we met persoonsgebonden financieringen de zorgvrager meer invloed en rechtszekerheid kunnen bieden in de AWBZverzekering. Dit is een visie die aansluit bij de maatschappelijke ontwikkelingen en biedt een nieuwe AWBZ die doelmatiger is. De titel van onze bijdrage is vanuit deze vraagstelling afgeleid.

Wij gaan dus niet uit van het huidige aanbod dat gedomineerd wordt door zorg in natura en haar aanbieders. Het succes van het PGB is zeker gelegen in het feit dat de verzekerden nieuw

aanbod creëren uitgaande van wat zij nodig vinden. Het PGB heeft aangetoond dat het traditionele aanbod niet voldoende is en er meer mogelijk is. We zien dat het PGB veel beter past bij maatwerk, flexibiliteit, doelmatigheid en individuele keuzes van mensen. Vandaar dat we willen voorstellen om de gehele AWBZ in PGBvorm beschikbaar te stellen en de keuze bij de verzekerde te leggen of hij iets anders wil.

We beperken ons in de AWBZ dus niet tot de keuze tussen zorg in natura en PGB, maar stellen voor dat iedere verzekerde een persoonsgebonden financiering aangeboden krijgt. Iedere verzekerde krijgt dus als eerste een PGB aangeboden van zijn verzekeraar. Mocht de verzekerde vinden dat een PGB voor hem niet de juiste oplossing is, dan kan de zorgverzekeraar een alternatief aanbieden. Dat kan een range van persoonsgebonden financieringen zijn die eindigt met zorg in natura. De verzekerde vraagt dan aan de zorgverzekeraar om zijn zorg te regelen en draagt het PGB over aan de verzekeraar ten behoeve van de financiering van de zorg. Tussen PGB en zorg in natura kunnen varianten van persoonsgebonden financieringen aangeboden worden, zoals restitutie, PGB's die collectief ingezet kunnen worden ten behoeve van groepswonen en het persoonsvolgend budget (pvh). Kenmerkend voor dit pvh is dat de verzekerde zelf kan aangeven welke vormen van zorg hij wil en in welke mate die gewenst is. Vervolgens geeft hij aan de verzekeraar door van welke aanbieder van zorg hij dit zorgarrangement wil ontvangen.

Op deze manier kan de AWBZ in zijn geheel een vraaggestuurde verzekering worden inclusief een zorg in natura onderdeel voor die verzekerden die geen PGB wensen of niet in staat zijn tot het zelf regelen van de zorg.

Deze nieuwe AWBZ biedt een aantal duidelijke voordelen:

1. Iedere verzekerde kan kiezen wie hij inhuurt voor het leveren van de zorg, wat die zorg inhoudt en waar en op welke tijden die zorg geleverd wordt. De huidige budgethouders vertellen ons dat zij hierdoor veel actiever, zelfverzekerder en zich meer mens voelen.
2. In de huidige AWBZ zien we nog altijd het probleem dat niet iedereen dat krijgt wat hij nodig heeft. We zien overconsumptie en onderconsumptie. Er zijn mensen die zorg krijgen die ze niet nodig hebben. In de nieuwe AWBZ lost dit probleem zich op doordat verzekerde geen belang hebben om meer of minder zorg in te kopen dan nodig, zij willen zorg die past, niet te veel en niet te weinig. Dit vormt een betere garantie voor een doelmatige AWBZ.
3. De komende decennia wordt het werven van voldoende goed personeel lastiger. De nieuwe AWBZ verlicht dit probleem doordat budgethouders een veel bredere markt bereiken dan de huidige zorg in natura aanbieders.
4. Door de vraagsturing zullen aanbieders van zorg scherper de kostprijs van hun diensten gaan berekenen. Niet langer kunnen zij uitgaan van een tarief dat zij vergoed kunnen krijgen, maar zullen zij uit moeten gaan van een kostprijs die concurrerend is.
5. Door van de AWBZ in zijn geheel een vraaggestuurde verzekering te maken zal de AWBZ beter in te voegen te zijn in een participatiebudget. In zo'n budget komen meerdere budgetten samen en de budgethouder is beter in staat om de eigen regie vorm te geven.
6. Een stelselherziening van de AWBZ is niet nodig als van het PGB een wettelijke aanspraak wordt gemaakt.

Randvoorwaarden nieuwe AWBZ

1. Een eenvoudig persoonsgebonden budget
Het proces van aanvraag tot verantwoording is tot een minimum teruggebracht.
In het kader van de administratieve lastenverlichting is er een ruime bestedingsvrijheid en hooguit een steekproefsgewijze controle of de financiële administratie van een budgethouder op orde is.

2. Een reële en onafhankelijke indicatiestelling
Bij de indicatiestelling wordt een recht op zorg vastgesteld op basis van functies en zorgzwaarte. Deze aanspraak wordt uitgedrukt in uren en zorgfuncties. Eenmaal verstrekte indicatiegegevens moeten niet nog eens worden aangeleverd.
3. Voldoende budget (PGB)
Het budget moet verzekeren in alle gevallen en zonder beperkingen in staat stellen een zorgarrangement te verwezenlijken.
Aan de zorgfuncties zijn landelijk vastgestelde tarieven gekoppeld. Voor het bepalen van de tarieven worden de reële loonkosten inclusief overhead als uitgangspunt genomen. De administratieve kosten die de zorginkoop en het werkgeverschap meebrengen, zijn in het budget verrekend.
4. Bestedingsruimte van het budget
Het budget wordt besteed binnen het zorgdomein. Dit is breder dan alleen de geïndiceerde zorg. De verzekerde heeft hierdoor een grotere keuzevrijheid en regie. Hij is verantwoordelijk voor (de kwaliteit van) de ingekochte zorg en het werkgeverschap.
5. Geen eigen bijdragen als rem
Eigen bijdragen als 'remmiddel' op zorggebruik wijzen we af. Alleen als er sprake is van besparing kunnen eigen bijdragen aan de orde zijn. Deze moeten dan naar draagkracht worden geheven.
6. Praktische informatie voor verzekerden
Een goede informatievoorziening aan de verzekerden is voorwaarde voor het goed functioneren van het PGB. Het gaat hier bijvoorbeeld om ondersteunende informatie bij het kiezen voor een PGB, om informatie over het werken met een PGB, maar ook informatie over de kwaliteit van zorgaanbieders. Deze informatie is gemaakt vanuit het perspectief van de verzekerde.
7. Gedegen ondersteuning voor verzekerden
Tijdens het gehele proces dienen verzekerden goede ondersteuning te kunnen krijgen. Deze ondersteuning is een recht. Het is geen plicht om er van gebruik te maken.
De verzekerde is zelf verantwoordelijk voor de kwaliteit van de ingekochte zorg en ondersteuning. Dat betekent dat hij handvatten moet hebben om die kwaliteit te vinden, te handhaven en bij te sturen.

Mede namens de NPCF, mevrouw. I. van Bennekom,
Mevrouw A. Saers, directeur Per Saldo