

Integratie persoonsgebonden budget  
en zorg in natura  
in één contracteerruimte

**Voor- en nadelen vier scenario's onderzocht**

5 november 2009

## Inhoud

	Samenvatting.....	4
1	Pgb in huidige situatie niet in wetgeving geborgd .....	12
	Pgb ingezet via subsidieregeling, zorg in natura via contracteerruimte .....	12
	Kloof tussen formele en feitelijke toegang tot zorg belangrijkste nadeel huidige situatie .....	14
	Tempoverschil afspraken over pgb en zorg in natura heeft gevolgen voor integraliteit contracteerruimte.....	16
2	Scenario 1 'recht op pgb' biedt formele borging positie cliënt .....	18
	Scenario recht op pgb leidt tot beperkte taakverschuiving .....	20
	Grote rol voor ministerie bij kostenbeheersing .....	22
	Borgen positie cliënt belangrijkste voordeel eerste scenario .....	22
3	Scenario 2 'centrale regels' leidt tot gedeelde verantwoordelijkheid.....	24
	Taakverschuiving richting NZa zichtbaar.....	26
	Grote rol NZa in kostenbeheersing.....	27
	Positie cliënt minder geborgd, risico ten aanzien van onbedoelde prikkels .....	27
4	Scenario 3 'regels zorgkantoor' sterk afhankelijk van keuzes zorgkantoren.....	29
	Toename taken zorgkantoren.....	31
	Grote rol voor zorgkantoor in kostenbeheersing .....	31
	Voor- en nadelen afhankelijk van keuzes zorgkantoor.....	32
5	Scenario 4 'nieuwe uitvoeringsstructuur' legt accent op zorgverzekeraar .....	34
6	Aanpassing wetgeving noodzakelijk voor samenvoegen pgb en zorg in natura in één contracteerruimte .....	36
	Aanpassing AWBZ in alle scenario's vereist .....	36
	Aanpassing WTZi wenselijk, maar wellicht niet opportuun in verband met komende wijzigingen .....	40
	Pgb-zorg past niet in systematiek WMG .....	41
	Geen aanpassing Kwaliteitswet zorginstellingen vereist.....	43
	Wet BIG ook van toepassing op professionele aanbieders pgb-zorg .....	44
7	Voorkeursscenario omvat recht op pgb en gedeelde bevoegdheden nadere regelgeving .....	45
	Scenario 2 en 3 niet uitvoerbaar bij wettelijk recht op pgb .....	45
	Scenario 1 of 4 als enige uitvoerbaar, uitvoeringsmodaliteit nader te kiezen .....	45
	Positie cliënt en taakverdeling kostenbeheersing belangrijke keuzecriteria .....	46
	Inzicht in zorgvraag cliënt richtinggevend voor keuze modaliteit .....	47
8	Invoeringstraject vereist twee tot vier jaar .....	51
	Doorlooptijd juridisch traject afhankelijk van instapmoment.....	51
	Kennis CVZ benutten bij invoeringstraject.....	52
	Inzicht zorgverzekeraars in pgb-ontwikkelingen nodig voor adequate taakuitvoering .....	52

	Splitsing productie zorgaanbieders en oriëntatie op nieuwe traject vereist .....	53
	Cliënten en cliëntenorganisaties leveren inbreng in invoeringstraject .....	53
	Aanpassing wetgeving en splitsing productie bepalend voor doorlooptijd .....	53
	Tijdens invoeringstraject kan huidige situatie worden gecontinueerd .....	53
A	Enkele feiten over het pgb .....	54
B	Overzicht verschillen pgb en zorg in natura .....	57

## Samenvatting

Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) overweegt de AWBZ-middelen voor het persoonsgebonden budget (pgb) en voor zorg in natura samen te brengen in één contracteerruimte. Op dit moment is er sprake van twee gescheiden geldstromen: Doel van samenvoeging is om de substitutie tussen beide vormen van zorg te vereenvoudigen en meer instrumenten te bieden om op een afgewogen wijze tot kostenbeheersing te komen.

Het ministerie en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) hebben daarom besloten een verkennend onderzoek uit te laten voeren met als vragen:

1. Welke voor- en nadelen heeft het onderbrengen van pgb en zorg in natura in één contracteerruimte?
2. Wat zijn de consequenties van samenvoeging voor de juridische inbedding van het pgb?
3. Hoe dient het proces van integratie in één contracteerruimte te verlopen (dus welk scenario verdient de voorkeur) en welke stappen kunnen al op korte termijn worden gezet?

Het onderzoek is uitgevoerd door PricewaterhouseCoopers. De benodigde informatie hebben wij verkregen via documentstudie maar vooral door gesprekken met cliëntenorganisaties, brancheorganisaties, zorgverzekeraars, het College voor zorgverzekeringen (CVZ), de NZa en het ministerie van VWS.

Op dit moment is de toegang tot pgb geregeld via een subsidieregeling. Het ministerie stelt het subsidieplafond vast, het CVZ verdeelt de middelen over de zorgkantoren; deze kennen vervolgens de pgb's toe. Kostenbeheersing van de pgb-zorg is formeel mogelijk via het subsidieplafond, maar in de praktijk wordt bij overschrijding het budget opgehoogd. De toegang tot zorg in natura is wettelijk geregeld via de AWBZ. De NZa verdeelt de middelen over de zorgkantoren op basis van een aanwijzing van het ministerie. De zorgkantoren maken binnen deze zogenoemde contracteerruimte budgetafspraken met de zorgaanbieders. Kostenbeheersing van zorg in natura verloopt in de praktijk via bewaking van de contracteerruimte. De AWBZ kent alleen zorg in natura en geen pgb.

### **Voor onderzoek naar voor- en nadelen vier scenario's geformuleerd**

Om een goed overzicht te krijgen van de voor- en nadelen van één contracteerruimte, zijn aanvankelijk vier scenario's geformuleerd:

1. Uitgangspunt is de huidige uitvoeringsstructuur - dus zorgkantoren voeren de AWBZ uit - , maar er komt een wettelijk verankerd recht voor de cliënt om een pgb te kiezen.
2. Uitgangspunt is de huidige uitvoeringsstructuur, er komt geen wettelijk recht op pgb, maar er komen wel landelijke regels ten aanzien van de toegang tot pgb.
3. Uitgangspunt is de huidige uitvoeringsstructuur, er komt geen wettelijk recht op pgb en er

- komen geen landelijke regels, maar de afzonderlijke zorgkantoren stellen regels ten aanzien van de toegang tot pgb;
4. Uitgangspunt is de nieuwe uitvoeringsstructuur, dus er is niet langer bepaald dat zorgkantoren de AWBZ uitvoeren.

Bij het begrip 'één contracteerruimte' moet een kanttekening gemaakt worden. In alle vier scenario's is namelijk speciale aandacht nodig voor de verdeling van de middelen tussen pgb en zorg in natura. Productieafspraken over zorg in natura worden grotendeels al vroeg in het jaar van levering - of met ingang van 2010 zelfs voorafgaand aan het jaar van levering - gemaakt: de zorgaanbieder moet zich immers kunnen inrichten op de te verlenen zorg. Dit betekent dat ook al voorafgaand aan het jaar van levering moet worden vastgesteld welk deel van de contracteerruimte wordt ingezet voor zorg in natura, en welk deel voor pgb en welk deel wordt gereserveerd als substitutieruimte om in de loop van het jaar nader te verdelen op basis van de behoefte en productie. Daardoor kan er flexibiliteit worden ingebouwd, maar blijft er deels toch ook sprake van twee gescheiden systemen.

#### *Scenario 1: pgb-budget blijft gekoppeld aan besluitvorming ministerie*

Scenario 1, een wettelijk recht op pgb, biedt voor de cliënt de formele zekerheid die in de huidige subsidieregeling nog ontbreekt. Een recht op pgb betekent echter nog niet een recht op onmiddellijke verstrekking. Het pgb wordt immers bekostigd vanuit de ene contracteerruimte en pgb-cliënten zullen – zolang er sprake is van kostenbeheersing via budgettering van deze contracteerruimte - dus in dezelfde positie komen als cliënten van zorg in natura. In het uiterste geval zal worden gekozen voor plaatsing op een wachtlijst<sup>1</sup>, al dan niet aangevuld met een beperkt zorgaanbod in natura, vergelijkbaar met de huidige overbruggingszorg die nu van toepassing is op urgent wachtenden op intramurale zorg.

In dit scenario 1, met het accent op de wettelijke verankering, ligt het voor de hand dat het ministerie in nadere regelgeving de middelen zal verdelen - gezien het voorafgaande - over pgb, zorg in natura en substitutieruimte. Daarmee blijft de hoogte van het pgb-budget direct gekoppeld aan het ministerie.

#### *Scenario 2: ministerie deelt taken met NZa*

Scenario 2 is het scenario waarin geen wettelijk recht op pgb zou bestaan, maar waarin wel landelijke regels ten aanzien van de toegang tot pgb worden gesteld. Dit scenario biedt de cliënt minder formele bescherming. Wel is er de zekerheid van landelijke regelgeving die de toegang tot het pgb vastlegt. Bedacht moet worden dat vrijwel zeker het ministerie ook een rol zal moeten spelen in deze landelijke regelgeving; als bijvoorbeeld de NZa een beleidsregel zou moeten ontwerpen, is een aanwijzing van het ministerie nodig. In dit opzicht verschillen de scenario's niet veel. Wel is het zo dat het ministerie hier de taken van budgetverdeling en kostenbewaking meer kan delen met de NZa. Een voordeel van dit scenario ten opzichte van het eerste zou kunnen zijn (maar zie verderop in deze samenvatting) dat er een minder lang invoeringstraject nodig is, omdat geen wettelijk recht gecreëerd hoeft te worden.

---

<sup>1</sup> Wij spreken hier over de situatie die zich in de praktijk zal kunnen voordoen, niet over de gewenste situatie. Het is de vraag of de constructie, die zich nu voor wat betreft de zorg in natura voordoet als alle mogelijkheden om de contracteermiddelen te benutten zijn uitgeput, juridisch houdbaar is.

### *Scenario 3: ministerie deelt taken met, NZa en zorgkantoren*

Scenario 3, geen wettelijk recht op pgb en vrijheid voor zorgkantoren om de toegang tot het pgb te regelen, biedt de cliënt evenmin formele bescherming. Voor de zorgkantoren kan er het voordeel van de grotere uitvoeringsvrijheid zijn. Wel hebben ook zij te maken met het feit dat productieafspraken grotendeels al voorafgaand aan het uitgavenjaar gemaakt moeten worden. Verder moet worden bedacht dat de uitvoeringsvrijheid van zorgkantoren ergens op moet steunen; het ligt voor de hand dat toch ook in dit scenario kaders geschapen moeten worden door de NZa of het CVZ en dat ook het ministerie daarbij zal zijn betrokken via bijvoorbeeld een aanwijzing.

### *Scenario 4: meerdere varianten mogelijk*

Scenario 4, de nieuwe uitvoeringsstructuur, is op dit moment nog op meerdere manieren in te vullen. Het enige dat zeker is, is dat het huidige besluit tot aanwijzing van de zorgkantoren als uitvoerders van de AWBZ eind 2011 expireert. Op dit moment is de verwachting dat er sprake zal zijn van een geleidelijk overgangstraject naar uitvoering van de AWBZ door zorgverzekeraars. De risico's voor de verzekeraar zullen in de tijd toenemen, gekoppeld aan instrumenten waarmee de zorgverzekeraars deze risico's kunnen beheersen. In de aanvangsfase zijn de risico's nog afwezig voor zorgverzekeraars en wordt aangesloten bij de regionale benadering. Binnen scenario 4 kan gekozen worden voor het neerleggen van de verdeling tussen pgb en zorg in natura en de budgetbewaking bij het ministerie, bij de NZa of bij de zorgverzekeraars. Ook hier geldt echter dat het ministerie hoe dan ook betrokken blijft.

In alle scenario's wordt de subsidieregeling pgb beëindigd. Het ligt dan voor de hand dat ook de rol van het CVZ, dat nu de regeling uitvoert, in dit opzicht kleiner wordt.

#### Tussenconclusie:

- Bij het samenvoegen van pgb en zorg in natura in één contracteerruimte ontstaat er substitutieruimte, maar grotendeels moet de verdeling tussen pgb en zorg in natura op voorhand worden vastgelegd.
- Het ministerie blijft hoe dan ook betrokken bij de verdeling van middelen tussen pgb en zorg in natura

### **Wettelijke verankering pgb in alle scenario's vereist**

Nadat de voor- en nadelen van de verschillende scenario's in kaart waren gebracht, hebben wij onderzocht wat de juridische consequenties zouden zijn.

De oorspronkelijke gedachte was dat alleen in het eerste scenario een wettelijk recht op de keuze tussen pgb en zorg in natura zou bestaan. Echter, uit de juridische analyse bleek dat dit in alle scenario's het geval zou moeten zijn. Als het pgb onder de contracteerruimte wordt gebracht, dan komt daarmee het pgb ook onder het AWBZ-regime. Aangezien het pgb in de AWBZ niet wordt genoemd, is het noodzakelijk de wet (de AWBZ) aan te passen.

Tussenconclusie:

- In alle scenario's is aanpassing van de AWBZ vereist.
- Scenario 2 en 3 (geen wettelijk recht op pgb) zijn daarmee niet als zodanig uitvoerbaar. Wel kan nog steeds worden gekozen tussen een variant waarin het ministerie zelf de verdeling tussen zorg in natura regelt, deze taak deelt met de NZa of deze taak deelt met de NZa en de zorgkantoren.

### **Gemengd scenario verdient de voorkeur**

Het zoveel als mogelijk samenvoegen van pgb en zorg in natura, gebaseerd op een wettelijk recht, is dan de meest logische stap. Dat zal gezien de termijn die nodig is voor de wetsaanpassing pas mogelijk zijn in de situatie dat het besluit tot aanwijzing van de zorgkantoren als uitvoerder van de AWBZ is geëxpireerd. Het scenario zal zich dus afspelen in de nieuwe uitvoeringsstructuur, maar naar verwachting wordt een overgangssituatie gecreëerd waarin de huidige regionale benadering blijft bestaan.

Wij adviseren in elk geval te kiezen voor de modaliteit waarin vooralsnog het ministerie of de NZa via aanwijzingen van het ministerie de verdeling van de middelen tussen pgb en zorg in natura inclusief ruimte voor substitutie aangeven. Geleidelijk kunnen de zorgverzekeraars bevoegdheden overnemen, mede afhankelijk van de ontwikkeling van adequate instrumenten om kosten te beheersen (in onze visie een vraagvoorspelmodel). Een van de belangrijkste voorwaarden om tot een goed voorspelmodel te komen is dat zorgkantoren/zorgverzekeraars inzicht krijgen in de productie die ten behoeve van hun verzekerden wordt gemaakt.

### **Invoeringstraject vergt twee tot vier jaar**

Omdat voor alle scenario's een aanpassing in de AWBZ is vereist en hiermee de nodige tijd gemoeid zal zijn, lijkt het weinig haalbaar om op korte termijn te komen tot één contracteerruimte voor pgb en zorg in natura. De noodzaak daartoe wordt ook beperkt doordat de subsidieregeling in de praktijk de toegang tot het pgb borgt. Het subsidieplafond dat in de regeling is opgenomen, kan worden gebruikt als kostenbeheersingsinstrument indien dat nodig is.

Een invoeringstraject van twee tot vier jaar vanaf dit moment lijkt niet irreëel gezien de noodzakelijke aanpassingen in de regelgeving en gezien de noodzaak om de productie ten behoeve van de eigen verzekerden beter in beeld te krijgen.

In de tussentijd kan de huidige pgb-regeling worden gecontinueerd en kan zo nodig het subsidieplafond daadwerkelijk als budgettaire grens worden ingezet.

## Inleiding

Dit rapport beschrijft de consequenties van het onderbrengen van het persoonsgebonden budget (pgb) en zorg in natura in één contracteerruimte.

Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft besloten om in samenwerking met de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) een verkennend onderzoek te laten uitvoeren met de volgende vraagstelling:

- a Welke voor- en nadelen heeft het onderbrengen van pgb en zorg in natura in één contracteerruimte?
- b Wat zijn de consequenties voor de juridische inbedding van het pgb?
- c Hoe dient het proces van integratie in één contracteerruimte te verlopen en welke stappen kunnen al op korte termijn worden gezet?

Voor- en nadelen van één contracteerruimte kunnen betrekking hebben op vele betrokken partijen: cliënten, zorgaanbieders, zorgverzekeraars/zorgkantoren, College voor zorgverzekeringen (CVZ), NZa, ministerie van VWS en ten slotte de maatschappij, deze laatste vanuit het perspectief van de beheersbaarheid van de AWBZ-kosten. Wat voor de ene partij een voordeel is, kan voor de andere een nadeel zijn, en dat maakt het vraagstuk van de integratie tot één contracteerruimte gevoelig. Daar speelt nog doorheen de discussie over de wettelijke verankering van het pgb. Op dit moment is pgb nog een subsidieregeling, maar al zolang het pgb bestaat, wordt over een wettelijke status gesproken.

### Waarom dit onderzoek?

Het pgb is een instrument waarmee de cliënt de regie over zijn eigen leven kan blijven voeren. Om die reden is het pgb niet meer weg te denken uit een modern zorgstelsel en wil het ministerie het voortbestaan zeker stellen. Tegelijkertijd is de huidige juridische vorm van het pgb, de subsidieregeling dus, een vorm die minder goed past bij het huidige verzekeringsstelsel waarin financiering van (geïndiceerde) zorg verloopt via verzekerde rechten. Bovendien blijkt dat de huidige situatie onbedoelde prikkels voor een 'onzuiver' pgb-gebruik bevat. Tot nog toe heeft de staatssecretaris elke keer als de vraag naar een pgb groter was dan uit het subsidiebudget kon worden gedekt, het budget verhoogd. Daarmee werd een soort open einde gecreëerd, daar waar in de zorg in natura gewerkt werd met wachtlijsten wanneer de contracteerruimte was opgebruikt. Er zijn signalen dat cliënten zijn gestimuleerd om te kiezen voor een pgb alleen omdat dat de enige mogelijkheid zou zijn om een wachtlijst te ontlopen.

De staatssecretaris heeft daarop de Tweede Kamer een aantal onderzoeken toegezegd (brief d.d. 12 juni 2009 betreffende de nadere uitwerking van de toekomst van de AWBZ, pagina 19). Een daarvan is het nu voorliggende onderzoek.



### **Afbakening onderzoek**

Hoewel het onderzoek zo concreet mogelijk de voor- en nadelen in kaart wil brengen, blijft het een verkennend onderzoek. Er zijn geen formele standpunten van partijen gevraagd.

De juridische analyse richt zich op de hoofdlijnen voor een nieuw kader inclusief de waardering daarvan in termen van reikwijdte en doorlooptijd; concrete (wets)teksten zijn niet geformuleerd.

De noodzaak om de kosten van de gezondheidszorg te beheersen, is door ons als een gegeven beschouwd. Voorstellen waarin de onderzochte scenario's geen verdelingsproblemen tussen pgb en zorg in natura opleveren alleen omdat er geen financiële grenzen zijn, hebben wij niet onderzocht.

Wij zijn er op verzoek van het ministerie van uitgegaan dat kostenbeheersing voorlopig nog niet mogelijk is zonder beheersing 'aan de achterkant' via een plafond, budget of contracteerruimte. Het alternatief zou zijn kostenbeheersing uitsluitend 'aan de voorkant'. De gedachte daarbij is dat de middelen beschikbaar komen als uitkomst van de geïndiceerde aanspraken vermenigvuldigd met het tarief. De kosten worden beheerst door beperking van de aanspraken.

### **Begripsbepaling**

- a In dit onderzoek wordt gesproken over 'één contracteerruimte'. Daarmee worden bedoeld de financiële middelen die zorgkantoren (en na 2012 zorgverzekeraars) beschikbaar hebben om zorg te contracteren met zorgaanbieders en pgb's te kunnen uitkeren aan budgethouders.
- b Met de AWBZ (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten) wordt de wet bedoeld.
- c Met zorg in natura wordt AWBZ-zorg bedoeld.
- d Met pgb wordt bedoeld het budget dat nu door cliënten wordt aangevraagd in het kader van de Regeling persoonsgebonden budget AWBZ (subsidieregeling), maar dat in de scenario's onderdeel vormt van de contracteerruimte. Pgb in het kader van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) of van de Zorgverzekeringswet (Zvw) valt dus buiten het onderzoek.

### **Vier scenario's**

De integratie van pgb en zorg in natura in één contracteerruimte wordt onderzocht in de huidige situatie en in de situatie vanaf 2012. Bij de start van het onderzoek zijn vier scenario's voor de huidige situatie benoemd, alle vier uitgaand van integratie van pgb en zorg in natura in één contracteerruimte.

Drie scenario's gaan uit van de huidige uitvoeringsstructuur, waarin de zorgkantoren de AWBZ uitvoeren:

- i scenario 1: een wettelijke verankering van het pgb en dus van de keuze tussen pgb en zorg in natura;
- ii scenario 2: geen wettelijke verankering van het pgb, maar landelijke regels die de keuze tussen pgb en zorg in natura regelen;

- iii scenario 3: geen wettelijke verankering van het pgb, maar bevoegdheden voor het zorgkantoor om de keuze tussen pgb en zorg in natura te regelen;

Het vierde scenario gaat uit van de nieuwe uitvoeringsstructuur, waarin de beschikking van de staatssecretaris van VWS tot aanwijzing van de zorgkantoren (Staatscourant 28 november 2008 nr. 1067) is geëxpireerd en dus niet meer is vastgelegd dat de zorgkantoren de AWBZ uitvoeren. Of in dit scenario het pgb wettelijk is verankerd en hoe de bevoegdheden zijn verdeeld, is niet op voorhand vastgelegd.

Tijdens het onderzoek bleek dat in feite voor alle scenario's een wettelijke verankering van het pgb voor de hand zou liggen. Daarbij kan vervolgens worden gekozen voor nadere regeling op centraal niveau of via het toekennen van bevoegdheden aan zorgkantoren/zorgverzekeraars. In die zin is dan ook het uiteindelijke advies geformuleerd.

### **Uitvoering onderzoek**

Het onderzoek is uitgevoerd door PricewaterhouseCoopers.

Om tot een goed beeld te komen, is gesproken met:

- a het ministerie;
- b het CVZ;
- c de NZa;
- d Zorgverzekeraars Nederland;
- e twee zorgkantoren;
- f de CG-Raad;
- g de Nederlandse Patiënten- en ConsumentenFederatie;
- h Per Saldo;
- i ActiZ;
- j GGZ Nederland;
- k de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland.

Al deze gesprekken hadden een informeel karakter, waarbij vooral is verkend wat de consequenties van integratie in één contracteerruimte zouden zijn. De gesprekken zijn gevoerd aan de hand van een notitie waarin de scenario's waren geschetst. In de gesprekken zijn meer onderwerpen aan de orde gekomen dan in dit rapport konden worden opgenomen. Zo is gesproken over de kwaliteit van pgb-zorg, over onbedoelde prikkels en over de reikwijdte van het pgb (alleen zorg of uitgaand van meerdere levensdomeinen). De inbreng vanuit de interviews is voor zover het de zojuist aangestipte onderwerpen betreft wel besproken in de begeleidingscommissie, maar niet verder opgenomen in dit rapport.

Ter begeleiding van het onderzoek is een commissie ingesteld, waaraan naast de beide opdrachtgevers ook het CVZ deelnam.

Het onderzoek moest in zeer korte tijd en bovendien in de vakantieperiode worden uitgevoerd,

maar dankzij de inspanning van alle betrokkenen is het toch mogelijk gebleken om tijdig alle interviews en bijeenkomsten van de begeleidingscommissie te houden. Wij spreken daar graag onze dank voor uit.

### **Opbouw van het rapport**

Het rapport begint met een beschrijving van de huidige situatie. In de hoofdstukken 2 tot en met 5 staat steeds een van de scenario's centraal. In hoofdstuk 6 volgt de juridische analyse.

In hoofdstuk 7 vergelijken we de scenario's met elkaar en geven wij aan welk voorkeursscenario wij kiezen. Voor dit scenario beschrijven wij in hoofdstuk 8, het laatste hoofdstuk, een invoeringstraject.

Het rapport heeft twee bijlagen. De eerste bevat enkele recente gegevens over het pgb-gebruik, de tweede een overzicht van verschillen tussen pgb en zorg in natura.

Het rapport veronderstelt bij de lezer kennis op hoofdlijnen van het AWBZ-stelsel en het pgb.

## 1 Pgb in huidige situatie niet in wetgeving geborgd

1.01 Voor een goed begrip van de onderzochte scenario's is het zinvol om ook de huidige situatie te beschrijven. Hoe verloopt het proces van vaststelling van de budgetten tot en met het verantwoorden van de zorglevering en het handelen bij dreigende overschrijding van de budgettaire ruimte? Daaraan is het eerste deel van dit hoofdstuk gewijd. In het tweede deel benoemen we enkele voor- en nadelen.

### Pgb ingezet via subsidieregeling, zorg in natura via contracteerruimte

1.02 De gang van zaken in de huidige situatie is als volgt<sup>2</sup>.

Tabel 1-1: Procedure in huidige situatie

Nr	Pgb	Zorg in natura
1	VWS stelt subsidieplafond pgb-regeling vast	VWS stelt macrobudget AWBZ-zorg in natura vast
2	VWS stelt maximumtarieven vast	NZa stelt maximumtarieven vast
3		NZa stelt contracteerruimte per regio vast <sup>3</sup>
4	Zorgkantoren dienen subsidieverzoek in bij CVZ	Zorgkantoren en zorgaanbieders dienen aanvraag voor productieafspraken in bij NZa, ronde 1
5	CVZ verdeelt subsidie over zorgkantoren	NZa toetst productieafspraken aan contracteerruimte en legt afspraken over tarief en aantallen vast; als de aanvragen de contracteerruimte overschrijden, brengt de NZa de aanvragen terug tot het beschikbare niveau
6		Productieafspraken in volgende ronde(s)
7	Cliënt wordt geïndiceerd door CIZ of Bureau Jeugdzorg en kiest voor leveringsvorm pgb	Cliënt wordt geïndiceerd door CIZ of Bureau Jeugdzorg en kiest voor leveringsvorm zorg in natura; cliënt geeft voorkeur voor zorgaanbieder aan
8	Zorgkantoor wijst pgb toe	Zorgkantoor wijst zorg toe
9	Zorgkantoor meldt toewijzing aan CAK en geeft persoonsgegevens en BSN door ten behoeve van vaststelling eigen bijdrage cliënt	Zorgkantoor meldt zorgtoewijzing intramurale zorg aan CAK ten behoeve van vaststellen eigen bijdrage cliënt. Zorgaanbieders leveren voor dit doel gegevens extramurale zorg aan CAK.
10	CAK controleert, vraagt inkomen op bij Belastingdienst en stuurt gegevens naar zorgkantoor	
11	Zorgkantoor stelt eigen bijdrage vast	CAK stelt eigen bijdrage vast
12		Zorgkantoor verzoekt CAK om zorgaanbieder te

<sup>2</sup> Voor deze tabel en de vergelijkbare tabellen in de volgende hoofdstukken geldt dat het proces op hoofdlijnen wordt weergegeven. Elk proces zal weer bestaan uit deelprocessen, die elk op zich kunnen wijzigen in een ander scenario.

<sup>3</sup> Inclusief bovenregionale zorginkoop.

		bevoorschotten
13	Zorgkantoor keert voorschot pgb uit na aftrek van eigen bijdrage	CAK keert voorschotten zorgaanbieder uit
14	Cliënt zoekt passend aanbod	
15	Cliënt sluit overeenkomst met – al of niet toegelaten - zorgaanbieder	Zorgaanbieder sluit overeenkomst met cliënt
16	Zorgaanbieder levert zorg	Zorgaanbieder levert zorg
17		CAK int eigen bijdrage
18	Zorgaanbieder verantwoordt zorg aan cliënt	Zorgaanbieder verantwoordt zorg aan zorgkantoor
19	Cliënt verantwoordt uitgaven aan zorgkantoor, zorgkantoor vordert eventueel te veel betaalde bedragen terug	
20	Zorgkantoor verantwoordt uitgaven aan CVZ	Zorgkantoor verantwoordt uitgaven aan CVZ
21	CVZ toetst pgb-uitgaven zorgkantoor maandelijks aan subsidieplafond	
Bij (dreigende) overschrijding van de beschikbare middelen		
22	CVZ signaleert (dreigende) overschrijding en informeert VWS	Zorgkantoor signaleert (dreigende) overschrijding, na eerste en na tweede ronde
23	VWS beslist over verhogen plafond	
24	Leidt dit tot verhoging plafond, zie verder bij nr. 8. Zo niet, dan verstrekt het zorgkantoor geen pgb	
25		Zorgkantoor doet een beroep op de 100,5%-regeling <sup>4</sup> (of eerst 27 en daarna 25)
26		NZa beslist over 100,5%-regeling
27		Leidt dit tot extra contracteerruimte, zie verder bij nr. 8. Zo niet, dan zoekt zorgkantoor ruimte bij andere zorgkantoren; NZa beslist over gezamenlijke aanvraag
28		Leidt dit tot extra contracteerruimte, zie verder bij nr. 8. Zo niet, dan kan het zorgkantoor bij aantoonbare knelpunten een beroep doen op knelpuntenmiddelen. De NZa adviseert VWS hierover, VWS beslist

<sup>4</sup> De 100,5%-regeling is opgenomen in de beleidsregel Contracteerruimte van de NZa en houdt in dat een zorgkantoor, anticiperend op onderuitputting, productieafspraken kan maken tot 100,5% van de reguliere contracteerruimte, dat is de contracteerruimte exclusief geoormerkte gelden.

29		Leidt dit tot extra contracteerruimte, zie verder bij nr. 8. Zo niet, dan honoreert het zorgkantoor de extra productie niet. Eventueel wordt een wachtlijst ingesteld en overbruggingszorg ingekocht
----	--	--

Bron: Verkenning integratie pgb en zorg in natura in één contracteerruimte, PricewaterhouseCoopers 2009

## Kloof tussen formele en feitelijke toegang tot zorg belangrijkste nadeel huidige situatie

1.03 Het pgb is op dit moment niet vastgelegd in de AWBZ of enige andere wet. In de praktijk kan de cliënt kiezen voor een pgb doordat hij – na indicatie - een beroep kan doen op de Regeling pgb AWBZ, maar een recht is dat niet. Wel heeft de cliënt op grond van de AWBZ een recht op zorg, maar de AWBZ kent vervolgens alleen de zorg in natura. In die zin is de pgb-client dus in het nadeel ten opzichte van de cliënt van zorg in natura. Een subsidieregeling biedt formeel minder zekerheid dan een wettelijke vastlegging.

1.04 Als het gaat om de kostenbeheersing, is het beeld als volgt. De Regeling pgb AWBZ kent een subsidieplafond. Als dat bereikt is, mag het zorgkantoor geen pgb uitkeren. De praktijk is anders: tot nog toe heeft de staatssecretaris telkens als de vraag naar pgb-zorg groter bleek dan het beschikbare bedrag, het plafond verhoogd. Voor cliënten van zorg in natura geldt min of meer het omgekeerde: formeel hebben zij recht op zorg zonder dat daaraan een budgettaire grens is gesteld, maar in de praktijk komt het voor dat zij dit recht niet direct kunnen verzilveren, maar worden geconfronteerd met een wachttijd en (als zij op intramurale zorg wachten) overbruggingszorg.

1.05 De discrepantie tussen de formele en feitelijke gang van zaken en de positieverschillen tussen pgb-clienten en cliënten van zorg in natura zijn de belangrijkste nadelen van de huidige situatie.

1.06 Daar komt bij dat de huidige situatie onbedoelde prikkels bevat. Soms worden cliënten min of meer naar een pgb toe geleid, ook als zij daar in eerste instantie niet voor zouden kiezen. Dat kan het geval zijn als passende zorg in natura wel wordt aangeboden, maar vanwege het bereiken van de financiële grenzen aan de contracteerruimte niet op korte termijn beschikbaar is. Er zijn signalen dat zorgaanbieders of zorgkantoren cliënten die aanvankelijk geen pgb wilden aanvragen of die minder goed in staat zijn om een pgb in te zetten, toch in de richting van een pgb dringen. (bron: onder meer brief van de staatssecretaris aan de Tweede Kamer betreffende de toekomst van de AWBZ 30 597 nr. 46). Er is ook sprake van andere prikkels richting het pgb, maar die zijn in de context van dit rapport minder relevant:

- a Een keuze voor pgb is de enig mogelijke oplossing als passende zorg in natura niet of te weinig wordt aangeboden, bijvoorbeeld begeleiding van kinderen met stoornissen in

het autistische spectrum (bron: Persoonsgebonden budget nieuwe stijl 2007, Vervolgonderzoek ITS).

- b Een keuze voor pgb is ook aan de orde als passende zorg in natura wel wordt aangeboden, maar naar de mening van de cliënt kwalitatief onvoldoende is (bron: interviews, in het bijzonder werd gedacht aan onvoldoende flexibiliteit van zorg in natura).

1.07 Andersom worden er ook cliënten naar zorg in natura geleid, terwijl zij mogelijk wel een pgb hadden willen kiezen. Dat kan het geval zijn als:

- a Zij onvoldoende op de hoogte zijn van de mogelijkheden van een pgb, bijvoorbeeld omdat het zorgkantoor of de indicatiestellers hen te weinig actief op die mogelijkheden wijzen (bron: interviews);
- b Zij willen inkopen bij reguliere aanbieders (of in elk geval zorginstellingen) en dan ervaren dat zij voor het pgb-tarief – dat over het algemeen lager is dan dat voor zorg in natura – minder zorg kunnen inkopen<sup>5</sup>.

1.08 Mede door deze onbedoelde prikkels is substitutie tussen pgb's en zorg in natura niet op die wijze gerealiseerd als was beoogd. In de praktijk blijken de bedoelde 'communicerende vaten' niet aantoonbaar. Als redenen daarvoor worden genoemd (bron: interviews) het feit dat sommige vormen van zorg alleen via pgb te verkrijgen zijn of dat cliënten soms alleen een indicatie aanvragen met het oog op een pgb. Zou er alleen zorg in natura zijn, dan zouden zij geen indicatie aanvragen. Uit het ITS-onderzoek Persoongebonden budget nieuwe stijl 2007 blijkt dat 33% van de pgb-houders als er geen pgb zou zijn, de zorg in natura zou hebben gekozen. 25% zou de hulp zelf hebben betaald en 18% zou hebben afgezien van hulp. Sinds 2009 is een deel van de functie begeleiding als indicatiemogelijkheid geschrapt; vermoedelijk gaat het daarbij om zorg die relatief vaak met een pgb werd ingekocht, namelijk de 'participatiebegeleiding' (begeleiding met het doel te kunnen participeren in de maatschappij). Zorg in natura bood deze mogelijkheden altijd al minder. Nu ook de pgb deze mogelijkheden niet meer biedt, is er voor de pgb-zorg die wel kan worden ingekocht, relatief vaker ook een alternatief in zorg in natura beschikbaar. Dat betekent dat de percentages uit 2007 wellicht niet actueel meer zijn.

1.09 Al met al is er zeker reden om de huidige situatie te veranderen, al is het zo dat in de praktijk deze noodzaak in onze ogen niet zeer dringend is. De staatssecretaris heeft maatregelen getroffen en meer maatregelen aangekondigd om de onbedoelde prikkels te elimineren, en de kostenbeheersing kan in potentie via het subsidieplafond verlopen. Daar staat dus tegenover dat er op dit moment sprake is van positieverschillen tussen pgb-clieuten en cliënten van zorg in natura en van onvoldoende substitutiemogelijkheden (grenzen aan de contracteerruimte voor zorg in natura) met als gevolg onbedoelde prikkels.

---

<sup>5</sup> De NZa voert op verzoek van het ministerie momenteel een onderzoek uit naar de hoogte van pgb-tarieven. De reden dat het pgb-tarief lager is gesteld, is dat met de hulp die een pgb-houder inkoopt, over het algemeen minder overheadkosten zijn gemoeid.

Tabel 1-2: Voor- en nadelen huidige situatie

Voordeel	Nadeel
<p>Voor de cliënt:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• keuzevrijheid zorg in natura of pgb in de praktijk geborgd</li> <li>• cliënt kan ook bij niet-toegelaten aanbieders inkopen</li> <li>• pgb kent in praktijk open einde: geen wachttijd</li> </ul>	<p>Voor de cliënt:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• keuzevrijheid pgb in subsidieregeling formeel niet geborgd</li> <li>• bij schaarste zorg in natura prikkel richting pgb, ook als cliënt daar liever niet voor kiest</li> <li>• cliënt zorg in natura door wachtlijst in het nadeel</li> </ul>
	<p>Voor de zorgaanbieder:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• lager tarief pgb (in bepaalde gevallen)<sup>6</sup></li> </ul>
<p>Voor het zorgkantoor:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• niet risicodragend</li> </ul>	
<p>Voor de maatschappij (kostenbeheersing):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• kostenbeheersing pgb formeel geborgd in regeling</li> <li>• kostenbeheersing zorg in natura in de praktijk geborgd via contracteerruimte</li> </ul>	<p>Voor de maatschappij (kostenbeheersing):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• pgb in de praktijk open einde</li> <li>• grens contracteerruimte voor zorg in natura formeel wellicht niet houdbaar (zie h.6)</li> </ul>

## Tempoverschil afspraken over pgb en zorg in natura heeft gevolgen voor integraliteit contracteerruimte

1.10 Eén element uit de huidige situatie verdient nog nadere bespreking, omdat het in alle vier scenario's naar voren zal komen. Het gaat om het tempoverschil waarin afspraken over pgb en zorg in natura worden gemaakt.

1.11 Productieafspraken over zorg in natura worden – in elk geval grotendeels – in het begin van het jaar van zorglevering gemaakt en met ingang van 2010 zelfs voorafgaand aan het jaar van levering. De zorgaanbieder moet immers in de gelegenheid worden gesteld om zijn personeelsformatie en eventuele intramurale capaciteit af te stemmen op de te leveren zorg. Dat betekent dat op voorhand duidelijk moet zijn hoeveel financiële ruimte er is om deze afspraken te maken.

1.12 De subsidie voor pgb-zorg wordt in het huidige systeem in de loop van het jaar van zorglevering toegekend, telkens wanneer een pgb-aanvraag wordt goedgekeurd.

1.13 Als er sprake is van een integrale contracteerruimte, zal dit tempoverschil niet veranderen. Omdat de ruimte voor zorg in natura grotendeels voorafgaand aan het jaar van zorglevering wordt vastgelegd, wordt in feite ook de ruimte voor pgb grotendeels vastgelegd en is er dus sprake van een verdeling op voorhand tussen middelen voor zorg in natura en middelen voor pgb. Wel kan in

<sup>6</sup> In de situatie dat een zorgaanbieder het pgb kan beschouwen als extra inkomstenstroom zonder dat er veel extra kosten gemaakt behoeven te worden voor de overhead, is het lagere pgb-tarief geen nadeel. Als echter de overheadkosten niet worden gedekt door de inkomsten uit zorg in natura, zal het wél een probleem zijn dat het pgb-tarief lager is.



een systeem van integrale contracteerruimte een deel van de ruimte worden benoemd als 'substitutieruimte' die flexibel wordt ingevuld op geleide van de behoefte aan pgb dan wel zorg in natura. In de huidige situatie is dat niet mogelijk.

1.14 Het ligt voor de hand dat ten aanzien van het verdelen van de integrale ruimte over pgb en zorg in natura kaders worden gesteld. Als dit niet gebeurt, kan dit leiden tot onbedoelde prikkels. Bijvoorbeeld de toepassing van het principe 'wie het eerst komt, het eerst maalt', met als risico dat er geen middelen over pgb overblijven. Of andersom, voor de zekerheid wordt extra ruimte voor het pgb gereserveerd om te voorkomen dat daar een tekort ontstaat, en als die ruimte niet wordt ingevuld leidt dit tot onderuitputting van het totale budget, terwijl mogelijk de behoefte aan zorg in natura groter is dan het aanbod. Met andere woorden: zonder kaders dreigt een onevenwichtige verdeling.

Conclusie: bij een integrale contracteerruimte ontstaat ruimte voor substitutie tussen pgb en zorg in natura. Wel worden de financiële middelen grotendeels op voorhand toegedeeld aan pgb of zorg in natura.

## 2 Scenario 1 ‘recht op pgb’ biedt formele borging positie cliënt

2.01 Hoofdstuk 2 beschrijft de gang van zaken, de consequenties en de voor- en nadelen van het eerste scenario. Dit scenario is gedefinieerd als een wettelijk verankerd recht op pgb in de huidige uitvoeringsstructuur.

2.02 In de nu volgende tabel, die de gang van zaken in dit scenario schetst, zijn de wijzigingen ten opzichte van de huidige situatie cursief en rood gedrukt. Wij zijn ervan uitgegaan (dit geldt ook voor de andere scenario's) dat er geen wijzigingen optreden in andere regelingen zoals de indicatiestelling of de eigenbijdrageregeling.

Tabel 2-1: Procedure in scenario 1: één contracteerruimte, recht op pgb

Nr	Pgb	Zorg in natura
1	VWS stelt macrobudget AWBZ vast	<i>en regelt verdeling tussen pgb en zorg in natura</i>
2		<i>NZa stelt maximumtarieven pgb en zorg in natura vast</i>
3		<i>NZa stelt integrale contracteerruimte per regio vast<sup>7</sup></i>
4	Vervallen: zorgkantoren dienen subsidieverzoek in bij CVZ	Zorgkantoren en zorgaanbieders dienen aanvraag voor productieafspraken zorg in natura in bij NZa, ronde 1. <i>Het zorgkantoor houdt hierbij rekening met de ruimte voor pgb</i>
5	Vervallen: CVZ verdeelt subsidie over zorgkantoren	NZa toetst productieafspraken aan contracteerruimte en legt afspraken over tarief en aantallen vast; als de aanvragen de contracteerruimte overschrijden, brengt de NZa de aanvragen terug tot het beschikbare budget-niveau. Het pgb-budget wordt daardoor niet aangetast
6		Productieafspraken in volgende ronde(s)
7	Cliënt wordt geïndiceerd door CIZ of Bureau Jeugdzorg en kiest voor leveringsvorm pgb	Cliënt wordt geïndiceerd door CIZ of Bureau Jeugdzorg en kiest voor leveringsvorm zorg in natura; cliënt geeft voorkeur voor zorgaanbieder aan
8	Zorgkantoor wijst pgb toe	Zorgkantoor wijst zorg toe
9	Zorgkantoor meldt toewijzing aan CAK en geeft persoonsgegevens en BSN door ten behoeve van vaststelling eigen bijdrage cliënt	Zorgkantoor meldt zorgtoewijzing intramurale zorg aan CAK ten behoeve van vaststellen eigen bijdrage cliënt. Zorgaanbieders leveren voor dit doel gegevens extramurale zorg aan CAK.
10	CAK controleert, vraagt inkomen op bij Belastingdienst en stuurt gegevens naar zorgkantoor	CAK stuurt gegevens cliënt naar zorgkantoor
11	Zorgkantoor stelt eigen bijdrage vast	CAK stelt eigen bijdrage vast

<sup>7</sup> Rekening houdend met bovenregionale zorginkoop.

12		Zorgkantoor verzoekt CAK om zorgaanbieder te bevoorschotten
13	Zorgkantoor keert voorschotten pgb uit na aftrek van eigen bijdrage	CAK keert voorschotten zorgaanbieder uit
14	Cliënt zoekt passend aanbod	
15	Cliënt sluit overeenkomst met – al of niet toegelaten - zorgaanbieder	Zorgaanbieder sluit overeenkomst met cliënt
16	Zorgaanbieder levert zorg	Zorgaanbieder levert zorg
17		CAK int eigen bijdrage cliënt
18	Zorgaanbieder verantwoordt zorg aan cliënt	Zorgaanbieder verantwoordt zorg aan zorgkantoor
19	Cliënt verantwoordt uitgaven aan zorgkantoor, zorgkantoor vordert eventueel te veel betaalde bedragen terug	
20	Zorgkantoor verantwoordt uitgaven aan CVZ	
21	Vervallen: CVZ toetst pgb-uitgaven zorgkantoor maandelijks aan subsidieplafond	
Bij (dreigende) overschrijding van de beschikbare middelen		
22	Zorgkantoor signaleert (dreigende) overschrijding <i>in pgb en/of zorg in natura</i>	
23	Vervallen: VWS beslist over verhogen plafond	
24	Vervallen: leidt dit tot verhoging plafond, zie verder bij nr. 8. Zo niet, dan verstrekt het zorgkantoor geen pgb	
25	Zorgkantoor doet een beroep op de 100,5%-regeling <sup>8</sup> , <i>ook voor pgb</i> (of eerst 27 en dan 25)	
26	NZa beslist over 100,5%-regeling	
27	Leidt dit tot extra contracteerruimte, zie verder bij nr. 8. Zo niet, dan zoekt zorgkantoor ruimte bij andere zorgkantoren, <i>ook voor pgb</i> ; NZa beslist over gezamenlijke aanvraag, die moet passen binnen de verdeling pgb en zorg in natura van stap 1	
28	Leidt dit tot extra contracteerruimte, zie verder bij nr. 8. Zo niet, dan kan het zorgkantoor bij aantoonbare knelpunten een beroep doen op knelpuntenmiddelen <i>ook voor pgb</i> . De NZa adviseert VWS hierover, VWS beslist	
29	Leidt dit tot extra contracteerruimte, zie verder bij nr. 8. Zo niet, dan honoreert het zorgkantoor extra productie niet. Eventueel wordt een wachtlijst ingesteld ( <i>ook voor pgb</i> ) en overbruggingszorg ingekocht	

Bron: Verkenning integratie pgb en zorg in natura in één contracteerruimte, PricewaterhouseCoopers 2009

<sup>8</sup> De 100,5%-regeling is opgenomen in de beleidsregel Contracteerruimte van de NZa en houdt in dat een zorgkantoor, anticiperend op onderuitputting, productieafspraken kan maken tot 100,5% van de reguliere contracteerruimte, dat is de contracteerruimte exclusief geoormerkte gelden.

## Scenario recht op pgb leidt tot beperkte taakverschuiving

2.03 Bij de bespreking van taakverschuivingen en consequenties gaan wij er voor dit scenario van uit dat het wettelijk recht op een pgb niet inhoudt dat er een opneemfinanciering voor deze vorm van zorg zal komen.

2.04 De rol van het ministerie van VWS is in dit scenario bij de uitvoering niet veel kleiner dan op dit moment. De taken die het ministerie nu heeft in het kader van de subsidieregeling – vaststellen plafond en tarieven, beslissen over verhogen plafond – vervallen. Daar staat tegenover dat het ministerie tot taak heeft om de wetgeving voor te bereiden en te onderhouden die scenario 1 mogelijk moet maken.

2.05 Een belangrijk element is dat het ministerie<sup>9</sup> – via een aanwijzing aan de NZa – regels zal moeten stellen voor de verdeling van de middelen over het pgb-segment en het naturasegment van de contracteerruimte per regio. Dat lijkt in tegenspraak met de gedachte dat integratie juist meer mogelijkheden tot substitutie geeft. Als echter geen verdeling wordt gemaakt zal de verdeling het principe volgen van ‘wie het eerst komt, het eerst maalt’. Omdat afspraken over zorg in natura grotendeels al voorafgaand aan het jaar van levering moeten worden gemaakt, zal dat de zorg in natura zijn.

2.06 Een verdeling van de middelen over pgb en zorg in natura betekent niet dat álle middelen op voorhand moeten worden verdeeld. Bij de verdeling kan juist rekening worden gehouden met een (beperkte) buffer om in de loop van het jaar in te zetten voor pgb of zorg in natura, al naar gelang de behoefte.

2.07 Het feit dat nieuwe regelgeving moet worden opgesteld, biedt tevens de kans om de onbedoelde prikkels die in de huidige situatie aanwezig zijn, te elimineren. De onzuivere afweging die nu soms wordt gemaakt omdat de contracteerruimte voor zorg in natura verbruikt is terwijl het pgb nog ruimte biedt, kan worden voorkomen door een zorgvuldige afstemming op de regionale vraagverhoudingen. Daarvoor zal het ministerie behoefte hebben aan een zo goed mogelijk inzicht in de huidige en toekomstige vraag en productie per regio<sup>10</sup>. Dit des te meer omdat het openeindekarakter dat de pgb-regeling in de praktijk heeft, in de contracteerruimte ontbreekt en er dus geen ventiel meer is.

2.08 Inzicht in de regionale productie is op dit moment moeilijk te krijgen. Dat komt onder meer omdat zorgkantoren niet alleen zorg inkopen voor hun eigen regio, maar via zorgaanbieders met een bovenregionaal werkgebied ook voor andere regio's. Het initiatief dat de NZa heeft genomen om de zorgaanbieders te vragen hun productie uit te splitsen naar regio, kan het inzicht vergroten.

2.09 De taak van de NZa wordt uitgebreid, omdat de NZa nu ook de tarieven voor het pgb moet vaststellen en bovendien de integrale contracteerruimte per regio. Daarbij zal de NZa rekening

---

<sup>9</sup> Tenminste, in dit scenario zal dat het ministerie zijn. De alternatieven, vastleggen door andere centrale regelgeving dan wel door de zorgkantoren, komen immers pas in de volgende scenario's aan de orde.

<sup>10</sup> In de andere scenario's geldt overigens ook dat er behoefte zal zijn aan een goed regionaal inzicht, alleen zijn daar respectievelijk de NZa en de zorgkantoren de actoren.

moeten houden met de verdeling die het ministerie heeft aangegeven. Desgewenst kan een procedure worden ingelast waarbij de zorgkantoren op voorhand aangeven hoeveel pgb-middelen zij denken nodig te hebben. De NZa neemt ook de taak van het CVZ over als het gaat om het tegemoet treden van dreigende budgetoverschrijding. Wij gaan ervan uit dat het traject bij dreigende budgetoverschrijding in een situatie van een integrale contracteerruimte gelijk is aan het huidige traject bij budgetoverschrijding van zorg in natura. De NZa zal dus ook als de budgetoverschrijding zich voordoet in het pgb-deel van de middelen, moeten adviseren over oplossingen als gebruik maken van ruimte bij andere zorgkantoren, korten op het budget of gebruik maken van knelpuntenmiddelen. Daarbij zal rekening gehouden moeten worden met de landelijke verdeling die door het ministerie is vastgesteld.

2.10 Het ministerie zal op voorhand na dienen te gaan of een besluit over overschrijding in het pgb-segment op dezelfde gronden wordt genomen als een besluit over overschrijding in het naturasegment, of dat bij een pgb-overschrijding eerder tot budgetverruiming wordt overgegaan. Dat laatste raden wij overigens niet aan. De onbedoelde prikkel om de cliënt te leiden naar een keuze voor een pgb zal erdoor in stand blijven, en bovendien komt de cliënt van zorg in natura dan in een andere positie te verkeren dan een pgb-client.

2.11 Nader uit te werken is in hoeverre bij dreigende overschrijding in het ene segment, bijvoorbeeld het pgb-segment en tegelijk onderuitputting van het andere segment substitutie mag plaatsvinden. Met andere woorden: hoe hard is de grens tussen pgb-middelen en zorg in natura? Dat in scenario 1 het ministerie de verdeling vastlegt, betekent niet dat er per definitie een harde grens zal zijn. Een zekere flexibiliteit is zelfs nuttig om te voorkomen dat in scenario 1 dezelfde onbedoelde prikkels optreden als in de huidige situatie, zoals een druk op cliënten om pgb te kiezen omdat de ruimte voor zorg in natura opgebruikt is en er nog wel pgb-budget beschikbaar is. Dit alles kan wijzen in de richting van een verdeling van het grootste deel van de middelen naar pgb en zorg in natura, onder aanhouding van een beperkte buffer waarvan de verdeling op een later moment in het jaar wordt vastgesteld.

2.12 Het CVZ zal niet langer de subsidieregeling pgb uitvoeren. Zijn taken vervallen en worden overgenomen door de NZa. Dit geldt overigens ook voor de andere scenario's (daar niet opnieuw benoemd).

2.13 De taken van het CAK veranderen niet.

2.14 Voor de zorgkantoren verandert er op hoofdlijnen niet veel. Zij richten zich tot de NZa waar dat voorheen voor het pgb het CVZ was. Wel zullen zij zelf meer taken krijgen in het geval van dreigende budgetoverschrijding in het pgb-segment. Voorheen was dit een taak van het CVZ, nu zullen zij zelf voorstellen voor de NZa moeten formuleren.

2.15 Voor de reguliere zorgaanbieders heeft het scenario als voordeel dat een op voorhand vastgelegde verdeling meer zekerheid biedt over de te maken productieafspraken. Bovendien

wordt voorkomen dat zorgkantoren de prikkel voelen om vanwege het lagere pgb-tarief zoveel mogelijk pgb-zorg te realiseren.

2.16 Cliënten kunnen hun keuze voor pgb nu afdwingen, maar moeten daarbij rekening houden met het feit dat de contracteerruimte grenzen zal stellen aan het verzilveren van dit recht, anders dus dan nu in de praktijk het geval is.

### **Grote rol voor ministerie bij kostenbeheersing**

2.17 Via de begrenzing van de contracteerruimte en de bijbehorende procedures als de 100,5%-regeling, de knelpuntenmiddelen en als uiterste middel het instellen van een wachtlijst met overbruggingszorg (of een vergelijkbaar aanbod van zorg in natura voor de pgb-houder) kan kostenoverschrijding worden voorkómen. Het ministerie blijft een grote rol spelen door de verdeling tussen pgb- en naturasegment vast te stellen. In de praktijk zullen de mogelijkheden tot kostenbeheersing groter zijn dan in de huidige situatie, omdat het subsidieplafond in de pgb-regeling in de praktijk niet als zodanig functioneert en de contracteerruimte wel.

### **Borgen positie cliënt belangrijkste voordeel eerste scenario**

2.18 Het belangrijkste voordeel van scenario 1 is de beter beschermde formele positie van de cliënt die voor een pgb wil kiezen. Voor het ministerie kan het nadeel zijn dat nog steeds het aangeven van de budgettaire grenzen aan de pgb – een politiek gevoelige taak – bij het ministerie wordt neergelegd. Voor de NZa kan de taakverzwaring een nadeel zijn.

2.19 Een mogelijk nadeel voor de pgb-cliënt, dat in een aantal interviews werd belicht, is dat wettelijke verankering van het pgb *in de AWBZ* het pgb nog meer in de sfeer van de zorgvoorziening zou trekken dan nu al het geval is. De cliënt is echter ondeelbaar en heeft in geval van een ziekte of handicap te maken met behoeftes op meer levensdomeinen dan alleen de zorg. Het verankeren van het pgb in de AWBZ bemoeilijkt volgens de betreffende geïnterviewden de substitutiemogelijkheden en de afstemming op bijvoorbeeld pgb's in de Wmo of in het onderwijs.

2.20 In enkele interviews werd verder aangegeven dat in geval van overschrijding van de contracteerruimte (zodat cliënten hun recht niet kunnen verzilveren en bijvoorbeeld op een wachtlijst worden geplaatst) pgb-cliënten hun AWBZ-recht eenvoudiger kunnen afdwingen dan de cliënt van zorg in natura. Het is volgens de betreffende geïnterviewden gemakkelijker om aan te tonen dat er geen geld naar de rekening van de cliënt is overgemaakt, dan dat er geen zorg in natura beschikbaar is. Dit laatste is een ingewikkelder proces, waarin bijvoorbeeld moet worden aangetoond dat ook andere aanbieders in de regio geen mogelijkheden hebben, dat andere zorgkantoren geen mogelijkheden meer hebben en dat geen beroep op knelpuntenmiddelen kan worden gedaan.

2.21 Belangrijkste vraag in dit scenario zal zijn of het ministerie de taak op zich zal nemen om

de verdeling tussen pgb-middelen en middelen voor zorg in natura vast te leggen.

2.22 Samenvattend: voor- en nadelen scenario huidige uitvoeringsstructuur met wettelijk verankerd recht op pgb

Tabel 2-2: Voor- en nadelen scenario 1: één contracteerruimte, recht op pgb

Voordeel	Nadeel
Voor de cliënt: keuzevrijheid zorg in natura of pgb nu ook formeel geborgd	Voor de cliënt: <ul style="list-style-type: none"> <li>• pgb-recht begrensd door contracteerruimte<sup>11</sup></li> <li>• mogelijke toename wachtlijsten zorg in natura, óf ontstaan wachtlijsten voor pgb</li> </ul>
	Voor de zorgaanbieder: <ul style="list-style-type: none"> <li>• mogelijk lagere productieafspraken zorg in natura omdat buffer voor pgb aangehouden wordt</li> </ul>
	Voor het zorgkantoor: <ul style="list-style-type: none"> <li>• politiek gevoelige taak om budgettaire grenzen pgb te moeten hanteren</li> </ul>
	Voor de NZa: <ul style="list-style-type: none"> <li>• politiek gevoelige taak om budgettaire grenzen pgb te bewaken</li> </ul>
Voor het ministerie: <ul style="list-style-type: none"> <li>• politiek gevoelige taak om budgettaire grenzen te stellen aan pgb kan worden gedeeld met NZa en zorgkantoor</li> </ul>	Voor het ministerie: <ul style="list-style-type: none"> <li>• politiek gevoelige taak om budgettaire ruimte voor pgb vast te stellen blijft bij ministerie</li> </ul>
Voor de maatschappij (kostenbeheersing): <ul style="list-style-type: none"> <li>• mogelijkheid om formele borging financiële grens pgb en zorg in natura in wet goed te regelen</li> </ul>	

Bron: Verkenning integratie pgb en zorg in natura in één contracteerruimte, PricewaterhouseCoopers 2009

<sup>11</sup> En daardoor mogelijk meer beroepszaken ten aanzien van het pgb, waardoor de cliënt zorg in natura volgens sommige geïnterviewden in het nadeel komt. Hiermee hangt samen het volgens sommige geïnterviewden ongewenste doorbreken van de integrale behoefte van de cliënt door het pgb nog meer in het zorgstelsel te trekken. Deze nadelen vallen echter wat buiten de scope van dit rapport.

### 3 Scenario 2 ‘centrale regels’ leidt tot gedeelde verantwoordelijkheid

3.01 In dit hoofdstuk gaan wij in op het tweede scenario. Het scenario is geformuleerd als het ontwikkelen van centrale regelgeving voor de toegang tot pgb, zonder een wettelijk recht. Ten opzichte van scenario 1 zou dat een sneller invoeringstraject mogelijk zou maken omdat er geen wetswijziging nodig is. Scenario 2 is bedoeld als scenario in de huidige uitvoeringsstructuur.

3.02 Net als in scenario 1 is in scenario 2 een verdeling tussen het pgb-segment en het naturasegment op voorhand en centraal wordt vastgelegd, alleen nu niet steunend op een wettelijk recht. Gedacht kan worden aan regelgeving door de NZa. Nader uit te werken is of deze regels de volledige verdeling inclusief handelwijze bij dreigende overschrijding vastleggen, of dat deze regels alleen enkele kaders aangeven, bijvoorbeeld:

- a het vaststellen van een minimumpercentage pgb's per regio;
- b het stellen van regels voor het inzetten van pgb bij toegelaten zorgaanbieders (kan een pgb-houder worden verplicht om in bepaalde gevallen zorg in te kopen bij de informele zorg of juist bij een reguliere aanbieder);
- c het vaststellen van tarieven voor pgb;
- d het al of niet geven van een mogelijkheid aan zorgaanbieders om pgb-cliënten op financiële gronden te weigeren.

3.03 De gang van zaken is weergegeven in de navolgende tabel. De wijzigingen ten opzichte van de huidige situatie zijn weer cursief en rood gedrukt.

Tabel 3-1: Procedure in scenario 2: één contracteerruimte, geen recht op pgb, centrale regels ten aanzien van toegang tot pgb

Nr	Pgb	Zorg in natura
1	VWS stelt macrobudget AWBZ vast	
2	<i>NZa</i> stelt maximumtarieven pgb en zorg in natura vast	
3	NZa stelt <i>integrale</i> contracteerruimte per regio vast <sup>12</sup> <i>en regelt verdeling in pgb- en naturasegment (aanneمة, er zijn ook andere opties denkbaar)</i>	
4	Vervallen: zorgkantoren dienen subsidieverzoek in bij CVZ	Zorgkantoren en zorgaanbieders dienen aanvraag voor productieafspraken zorg in natura in bij NZa, ronde 1. <i>Het zorgkantoor houdt hierbij rekening met de ruimte voor pgb</i>

<sup>12</sup> Rekening houdend met bovenregionale zorginkoop.



5	Vervallen: CVZ verdeelt subsidie over zorgkantoren	NZa toetst productieafspraken aan contracteerruimte en legt afspraken over tarief en aantallen vast; als de aanvragen de contracteerruimte overschrijden, brengt de NZa de aanvragen terug tot het beschikbare budgetniveau. De verdeling tussen pgb en zorg in natura blijft intact
6		Productieafspraken in volgende ronde(s)
7	Cliënt wordt geïndiceerd door CIZ of Bureau Jeugdzorg en kiest voor leveringsvorm pgb	Cliënt wordt geïndiceerd door CIZ of Bureau Jeugdzorg en kiest voor leveringsvorm zorg in natura; cliënt geeft voorkeur voor zorgaanbieder aan
8	Zorgkantoor wijst pgb toe	Zorgkantoor wijst zorg toe
9	Zorgkantoor meldt toewijzing aan CAK en geeft persoonsgegevens en BSN door ten behoeve van vaststelling eigen bijdrage cliënt	Zorgkantoor meldt zorgtoewijzing intramurale zorg aan CAK ten behoeve van vaststellen eigen bijdrage cliënt. Zorgaanbieders leveren voor dit doel gegevens extramurale zorg aan CAK.
10	CAK controleert, vraagt inkomen op bij Belastingdienst en stuurt gegevens naar zorgkantoor	CAK stuurt gegevens cliënt naar zorgkantoor
11	Zorgkantoor stelt eigen bijdrage vast	CAK stelt eigen bijdrage vast
12		Zorgkantoor verzoekt CAK om zorgaanbieder te bevoorschotten
13	Zorgkantoor keert voorschotten pgb uit na aftrek van eigen bijdrage	CAK keert voorschotten zorgaanbieder uit
14	Cliënt zoekt passend aanbod	
15	Cliënt sluit overeenkomst met – al of niet toegelaten - zorgaanbieder	Zorgaanbieder sluit overeenkomst met cliënt
16	Zorgaanbieder levert zorg	Zorgaanbieder levert zorg
17		CAK int eigen bijdrage cliënt
18	Zorgaanbieder verantwoordt zorg aan cliënt	Zorgaanbieder verantwoordt zorg aan zorgkantoor
19	Cliënt verantwoordt uitgaven aan zorgkantoor, zorgkantoor vordert eventueel te veel betaalde bedragen terug	
20	Zorgkantoor verantwoordt uitgaven aan CVZ	
21	Vervallen: CVZ toetst pgb-uitgaven zorgkantoor maandelijks aan subsidieplafond	

Bij (dreigende) overschrijding van de beschikbare middelen	
22	Zorgkantoor signaleert (dreigende) overschrijding <i>in pgb en/of zorg in natura</i>
23	Vervallen: VWS beslist over verhogen plafond
24	Vervallen: leidt dit tot verhoging plafond, zie verder bij nr. 8. Zo niet, dan verstrekt het zorgkantoor geen pgb
25	Zorgkantoor doet een beroep op de 100,5%-regeling <sup>13</sup> , <i>ook voor pgb</i> ((of eerst 27 en dan 25)
26	NZa beslist over 100,5%-regeling
27	Leidt dit tot extra contracteerruimte, zie verder bij nr. 8. Zo niet, dan zoekt zorgkantoor ruimte bij andere zorgkantoren, <i>ook voor pgb</i> ; NZa beslist over gezamenlijke aanvraag. De vastgestelde verdeling tussen pgb en zorg in natura blijft intact
28	Leidt dit tot extra contracteerruimte, zie verder bij nr. 8. Zo niet, dan kan het zorgkantoor bij aantoonbare knelpunten een beroep doen op knelpuntenmiddelen <i>ook voor pgb</i> . De NZa adviseert VWS hierover, VWS beslist
29	Leidt dit tot extra contracteerruimte, zie verder bij nr. 8. Zo niet, dan honoreert het zorgkantoor extra productie niet. Eventueel wordt een wachtlijst ingesteld ( <i>ook voor pgb</i> ) en overbruggingszorg ingekocht

Bron: Verkenning integratie pgb en zorg in natura in één contracteerruimte, PricewaterhouseCoopers 2009

### Taakverschuiving richting NZa zichtbaar

3.04 Een vergelijking tussen de gang van zaken in scenario 1 en 2 leidt tot de conclusie dat er weinig verschillen zijn. Wat in het vorige hoofdstuk is gesteld over de gevolgen van scenario 1, geldt hier ook, met uitzondering van de eerste stappen van het proces. In scenario 2 is het niet het ministerie dat de verdeling van de middelen tussen pgb en zorg in natura vaststelt, maar de NZa (of eventueel een andere instantie, maar dat ligt minder voor de hand). Echter, het ministerie zal de bevoegdheid van de NZa op dit punt moeten regelen en op basis van het macrobudget een aanwijzing aan de NZa verstrekken. Daarmee is het de vraag in hoeverre de verschuiving op dit punt ook werkelijk een verschuiving is; wij nemen aan dat dit hooguit zal gaan om een accentverschuiving waarin de NZa binnen de kaders die het ministerie stelt, keuzes kan maken. In elk geval kan wel worden gesteld dat het ministerie de politiek gevoelige taak om het pgb-budget vast te stellen en te bewaken in dit scenario deelt met de NZa.

3.05 Daarbij zal de NZa in zijn rol als bewaker van de totale contracteerruimte moeten beslissen hoe zwaar de wens of noodzaak tot het vergroten van het volume aan zorg moet meewegen. Zolang de tarieven van pgb substantieel lager zijn dan die voor zorg in natura, kan immers met hetzelfde totaalbudget meer zorg worden gerealiseerd dan met zorg in natura. Dit kan leiden tot de

<sup>13</sup> De 100,5%-regeling is opgenomen in de beleidsregel Contracteerruimte van de NZa en houdt in dat een zorgkantoor, anticiperend op onderuitputting, productieafspraken kan maken tot 100,5% van de reguliere contracteerruimte, dat is de contracteerruimte exclusief geoormerkte gelden.

onbedoelde prikkel dat cliënten in de richting van een pgb worden geleid, alleen omdat daar meer ruimte is dan in de zorg in natura.

### **Grote rol NZa in kostenbeheersing**

3.06 De gevolgen voor de kostenbeheersing zijn niet anders dan in scenario 1: via de begrenzing van de contracteerruimte en de bijbehorende procedures als de 100,5%-regeling, de knelpuntenmiddelen en als uiterste middel het instellen van een wachtlijst met overbruggingszorg kan kostenoverschrijding worden voorkómen. In dit scenario speelt de NZa een grotere rol bij de kostenbeheersing dan in de huidige situatie, waarin het ministerie de partij is die de kostenoverschrijding voor het pgb moet bewaken.

### **Positie cliënt minder geborgd, risico ten aanzien van onbedoelde prikkels**

3.07 Ook hier geldt dat de voor- en nadelen van scenario 1 ook die van scenario 2 zijn, met een aantal uitzonderingen.

3.08 Een belangrijk verschil is dat de cliënt nu niet het recht op een pgb kan afdwingen. Wel biedt de centrale regelgeving duidelijkheid en zeker ook bescherming. Een nadeel kan de genoemde prikkel richting pgb-keuze zijn.

3.09 Voor het ministerie kan het een voordeel zijn dat de politiek gevoelige vaststelling van de middelenverdeling tussen pgb en zorg in natura nu een taak wordt waarbij ook de NZa nadrukkelijk wordt betrokken. Voor de NZa kan dat een nadeel zijn.

3.10 Een prikkel tot onzuiver gebruik van pgb-zorg (doordat te weinig zorg in natura wordt ingekocht) zal ook nadelig zijn voor zorgaanbieders. Zij krijgen te maken met productieverlaging of met langere wachtlijsten. De tweede onbedoelde prikkel is – zo bleek uit interviews - de te verwachten neiging van een zorgaanbieder om een pgb-cliënt te weigeren op financiële gronden.

3.11 Samenvattend de voor- en nadelen. De belangrijkste verschillen met scenario 1 zijn vet gedrukt.

Tabel 3-2: Voor- en nadelen scenario 2: één contracteerruimte, geen recht op pgb, centrale regels ten aanzien van toegang tot pgb

Voordeel	Nadeel
Voor de cliënt: <ul style="list-style-type: none"> <li>• bescherming door landelijke regelgeving</li> </ul>	Voor de cliënt: <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>keuzevrijheid pgb niet formeel geborgd</b></li> <li>• prikkel tot 'gedwongen' keuze voor pgb</li> <li>• verdere voor- en nadelen sterk afhankelijk van op te stellen regels</li> </ul>
Voor de zorgaanbieder: <ul style="list-style-type: none"> <li>• productieafspraken zorg in natura blijven vooraf helder</li> </ul>	Voor de zorgaanbieder: <ul style="list-style-type: none"> <li>• mogelijk lagere productieafspraken zorg in natura</li> <li>• mogelijk inkomensverlies door veel pgb</li> </ul>
	Voor het zorgkantoor: <ul style="list-style-type: none"> <li>• politiek gevoelige taak om budgettaire grenzen pgb te moeten hanteren</li> </ul>
	Voor de NZa: <ul style="list-style-type: none"> <li>• politiek gevoelige taak om budgettaire grenzen pgb vast te stellen en te bewaken</li> </ul>
Voor het ministerie: <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>politiek gevoelige taak om budgettaire ruimte voor pgb vast te stellen kan worden gedeeld met NZa</b></li> <li>• <b>minder ingrijpende herzieningen nodig dan bij recht op pgb</b></li> </ul>	
Voor de maatschappij (kostenbeheersing): <ul style="list-style-type: none"> <li>• kosten kunnen via de landelijke regelgeving worden gebudgetteerd</li> </ul>	

Bron: Verkenning integratie pgb en zorg in natura in één contracteerruimte, PricewaterhouseCoopers 2009

## 4 Scenario 3 ‘regels zorgkantoor’ sterk afhankelijk van keuzes zorgkantoren

4.01 Het derde scenario is het scenario waarin de zorgkantoren de bevoegdheid krijgen om regels te stellen ten aanzien van de toegang tot het pgb en ook om de middelen uit de contracteerruimte naar eigen inzicht te verdelen over pgb-zorg en zorg in natura. Wij gaan ervan uit dat de vaststelling van de maximumtarieven een centrale aangelegenheid blijft.

4.02 De gang van zaken is weergegeven in de navolgende tabel. De wijzigingen ten opzichte van de huidige situatie zijn weer cursief en rood gedrukt.

Tabel 4-1: Procedure in scenario 3: één contracteerruimte, geen recht op pgb, zorgkantoor stelt regels ten aanzien van toegang tot pgb

Nr	PGB	Zorg in natura
1	VWS stelt macrobudget AWBZ vast	
2	<i>NZa</i> stelt maximumtarieven pgb en zorg in natura vast	
3	NZa stelt <i>integrale</i> contracteerruimte per regio vast	
	<i>Zorgkantoor regelt verdeling in pgb- en naturasegment en stelt overige regels ten aanzien van toegang vast</i>	
4	Vervallen: zorgkantoren dienen subsidieverzoek in bij CVZ	Zorgkantoren en zorgaanbieders dienen aanvraag voor productieafspraken zorg in natura in bij NZa, ronde 1. <i>Het zorgkantoor houdt hierbij rekening met de vastgestelde verdeling pgb en natura</i>
5	Vervallen: CVZ verdeelt subsidie over zorgkantoren	NZa toetst productieafspraken aan contracteerruimte <i>rekening houdend met het gedeelte dat het zorgkantoor voor pgb heeft gereserveerd</i> en legt afspraken over tarief en aantallen vast; als de aanvragen de contracteerruimte overschrijden, brengt de NZa de aanvragen terug tot het beschikbare budgetniveau
6		Productieafspraken in volgende ronde(s)
7	Cliënt wordt geïndiceerd door CIZ of Bureau Jeugdzorg en kiest voor leveringsvorm pgb	Cliënt wordt geïndiceerd door CIZ of Bureau Jeugdzorg en kiest voor leveringsvorm zorg in natura; cliënt geeft voorkeur voor zorgaanbieder aan
8	Zorgkantoor wijst pgb toe	Zorgkantoor wijst zorg toe
9	Zorgkantoor meldt toewijzing aan CAK en geeft persoonsgegevens en BSN door ten behoeve van vaststelling eigen bijdrage cliënt	Zorgkantoor meldt zorgtoewijzing intramurale zorg aan CAK ten behoeve van vaststellen eigen bijdrage cliënt. Zorgaanbieders leveren voor dit doel gegevens extramurale zorg aan CAK.

10	CAK controleert, vraagt inkomen op bij Belastingdienst en stuurt gegevens naar zorgkantoor	CAK stuurt gegevens cliënt naar zorgkantoor
11	Zorgkantoor stelt eigen bijdrage vast	CAK stelt eigen bijdrage vast
12		Zorgkantoor verzoekt CAK om zorgaanbieder te bevoorschotten
13	Zorgkantoor keert voorschotten pgb uit na aftrek van eigen bijdrage	CAK keert voorschotten zorgaanbieder uit
14	Cliënt zoekt passend aanbod	
15	Cliënt sluit overeenkomst met – al of niet toegelaten - zorgaanbieder	Zorgaanbieder sluit overeenkomst met cliënt
16	Zorgaanbieder levert zorg	Zorgaanbieder levert zorg
17		CAK int eigen bijdrage cliënt
18	Zorgaanbieder verantwoordt zorg aan cliënt	Zorgaanbieder verantwoordt zorg aan zorgkantoor
19	Cliënt verantwoordt uitgaven aan zorgkantoor, zorgkantoor vordert eventueel te veel betaalde bedragen terug	
20	Zorgkantoor verantwoordt uitgaven aan CVZ	
21	Vervallen: CVZ toetst pgb-uitgaven zorgkantoor maandelijks aan subsidieplafond	
Bij (dreigende) overschrijding van de beschikbare middelen		
22	Zorgkantoor signaleert (dreigende) overschrijding <i>in pgb en/of zorg in natura en besluit over wel of niet substitueren</i>	
23	Vervallen: VWS beslist over verhogen plafond	
24	Vervallen: leidt dit tot verhoging plafond, zie verder bij nr. 8. Zo niet, dan verstrekt het zorgkantoor geen pgb	
25	Zorgkantoor doet een beroep op de 100,5%-regeling <sup>14</sup> , <i>ook voor pgb</i> (kan ook na 27)	
26	NZa beslist over 100,5%-regeling	
27	Leidt dit tot extra contracteerruimte, zie verder bij nr. 8. Zo niet, dan zoekt zorgkantoor ruimte bij andere zorgkantoren, <i>ook voor pgb</i> ; NZa beslist over gezamenlijke aanvraag	
28	Leidt dit tot extra contracteerruimte, zie verder bij nr. 8. Zo niet, dan kan het zorgkantoor bij aantoonbare knelpunten een beroep doen op knelpuntenmiddelen <i>ook voor pgb</i> . De NZa	

<sup>14</sup> De 100,5%-regeling is opgenomen in de beleidsregel Contracteerruimte van de NZa en houdt in dat een zorgkantoor, anticiperend op onderuitputting, productieafspraken kan maken tot 100,5% van de reguliere contracteerruimte, dat is de contracteerruimte exclusief geoormerkte gelden.

	adviseert VWS hierover, VWS beslist
29	Leidt dit tot extra contracteerruimte, zie verder bij nr. 8. Zo niet, dan honoreert het zorgkantoor extra productie niet. Eventueel wordt een wachtlijst ingesteld ( <i>ook voor pgb</i> ) en overbruggingszorg ingekocht

Bron: Verkenning integratie pgb en zorg in natura in één contracteerruimte, PricewaterhouseCoopers 2009

## Toename taken zorgkantoren

4.03 De meeste consequenties van scenario 2 gelden ook voor scenario 3. Het verschil is dat niet de NZa, maar de zorgkantoren beslissen hoe de toegang tot pgb wordt geregeld. Hier is dus sprake van een verschuiving in taken en bevoegdheden. De zorgkantoren verdelen de middelen uit de contracteerruimte over een pgb-segment en een naturasegment, dit vanwege het eerder besproken tempoverschil bij het maken van afspraken over zorg in natura en pgb. De zorgkantoren beslissen in dit scenario zelf of zij al dan niet een reserveruimte aanhouden die later in het jaar aan een van de segmenten wordt toegekend. Overigens kan deze bevoegdheid niet onbeperkt groot zijn. Op zijn minst zal door het ministerie en de NZa de totale landelijke ruimte verdeeld moeten worden over de zorgkantoren.

4.04 In het verlengde van de verdeling van de middelen over pgb en zorg in natura hebben de zorgkantoren in dit scenario tevens meer vrijheid bij dreigende overschrijding van de contracteerruimte. Zij kunnen dan eerst zelf nagaan of substitutie tussen pgb en zorg in natura een oplossing biedt. Als bijvoorbeeld in het pgb-segment een overschrijding dreigt en in het naturasegment is een onderschrijding, kan budget worden overgeheveld.

4.05 Om dit scenario te kunnen uitvoeren, is het noodzakelijk dat het zorgkantoor inzicht heeft in de productie voor zijn eigen regio. Het pgb is immers volledig regionaal gebonden, terwijl het zorgkantoor ook zorg in natura in andere regio's contracteert. Het zorgkantoor moet echter bij substitutie wel een zuivere afweging kunnen maken, en dat is moeilijk voorstelbaar als het zorgkantoor moet kiezen tussen pgb voor inwoners uit de eigen regio en zorg in natura in een andere regio. Het huidige systeem van bovenregionale contractering werkt dus verstorend. De NZa heeft dit onderkend en heeft daarom de zorgaanbieders een gedifferentieerde productieverantwoording gevraagd.

## Grote rol voor zorgkantoor in kostenbeheersing

4.06 De gevolgen voor de kostenbeheersing zijn niet anders dan in scenario 1 en 2: via de begrenzing van de contracteerruimte en de bijbehorende procedures als de 100,5%-regeling, de knelpuntenmiddelen en als uiterste middel het instellen van een wachtlijst met overbruggingszorg kan kostenoverschrijding worden voorkómen. In dit scenario spelen de zorgkantoren een grotere rol bij de kostenbeheersing dan in de eerdere scenario's.

## Voor- en nadelen afhankelijk van keuzes zorgkantoor

4.07 In dit scenario is net als in scenario 2 de keuzevrijheid van de cliënt formeel niet vastgelegd. Of in de praktijk het recht bestaat om een keuze tussen pgb en zorg in natura te maken, is afhankelijk van de keuzes van het zorgkantoor. Het zorgkantoor staat op grotere afstand van de politieke arena, en gelet op de populariteit van het pgb in de politiek kan dit voor de cliënt een nadeel zijn. Anderzijds kan het voor de cliënt een voordeel zijn als het zorgkantoor maximaal rekening houdt met de regionale kenmerken en de wens van de cliënt.

4.08 Scenario 3 kan mogelijk nog sterker dan scenario 2 de prikkel bevatten om zoveel mogelijk middelen via pgb in te zetten, omdat met dezelfde contracteerruimte dan meer zorg kan worden ingekocht. Deze prikkel is voor reguliere zorgaanbieders nadelig, maar ook voor cliënten als zij liever voor zorg in natura hadden willen kiezen. Omgekeerd is ook voorstelbaar (dit werd in enkele interviews genoemd) dat zorgkantoren vooral zijn ingesteld op het inkopen van zorg in natura; dit zou kunnen leiden tot een nadeel voor pgb-cliënten.

4.09 Voor het ministerie en de NZa kan het een voordeel zijn dat de politiek gevoelige taak van het vaststellen en bewaken van de budgettaire grenzen gedeeld wordt met het zorgkantoor. Voor het zorgkantoor kan dit een nadeel zijn. Als voordeel voor de zorgkantoren zien wij de grotere uitvoeringsvrijheid.

4.10 Samenvattend zien wij de volgende voor- en nadelen voor dit scenario. De belangrijkste verschillen met scenario 2 zijn vet gedrukt

Tabel 4-2: Voor- en nadelen scenario 3: één contracteerruimte, huidige uitvoeringsstructuur en accent op bevoegdheden zorgkantoor

Voordeel	Nadeel
<p>Voor de cliënt:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>zorgkantoor kan met eigen keuzes inspelen op regionale situatie</b></li> <li>• verdere voor- en nadelen sterk afhankelijk van keuzes zorgkantoor</li> </ul>	<p>Voor de cliënt:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• keuzevrijheid niet formeel geborgd</li> <li>• <b>ongelijke positie pgb-houders in het hele land</b></li> <li>• ongewenste druk op keuze voor pgb</li> <li>• verdere voor- en nadelen sterk afhankelijk van keuzes zorgkantoor</li> </ul>



<p>Voor het zorgkantoor:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>uitvoeringsvrijheid</b></li> </ul>	<p>Voor het zorgkantoor:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>politiek gevoelige taak om budget voor pgb vast te stellen en te bewaken</b></li> </ul>
	<p>Voor de zorgaanbieder:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• mogelijk lagere productieafspraken zorg in natura</li> <li>• mogelijk inkomensverlies door veel pgb</li> <li>• onbedoelde prikkel richting pgb</li> </ul>
<p>Voor het ministerie:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• politiek gevoelige taak om budgettaire ruimte voor pgb vast te stellen kan worden gedeeld met NZa <b>en zorgkantoor</b></li> <li>• minder ingrijpende herzieningen nodig dan bij recht op pgb</li> </ul>	
<p>Voor de maatschappij (kostenbeheersing):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• kosten kunnen via de landelijke regelgeving worden gebudgetteerd</li> </ul>	

Bron: Verkenning integratie pgb en zorg in natura in één contracteerruimte, PricewaterhouseCoopers 2009

## 5 Scenario 4 ‘nieuwe uitvoeringsstructuur’ legt accent op zorgverzekeraar

5.01 In de vorige drie hoofdstukken stonden de scenario's centraal die uitgingen van de huidige uitvoeringsstructuur van de AWBZ, dus de structuur waarin de zorgkantoren de AWBZ uitvoeren. In dit hoofdstuk gaat het om de situatie vanaf 2012, als het besluit om de zorgkantoren aan te wijzen als uitvoerder van de AWBZ, is geëxpireerd.

5.02 Het is nog niet duidelijk hoe de situatie vanaf 2012 eruit zal zien. Er zijn meerdere varianten denkbaar, zoals:

- a De staatssecretaris besluit opnieuw de zorgkantoren voor een bepaalde periode aan te wijzen.
- b Er komt geen nieuw aanwijzingsbesluit, maar de verzekeraars handhaven de huidige uitvoeringsstructuur.
- c Er komt geen nieuw aanwijzingsbesluit en de verzekeraars gaan de AWBZ uitvoeren voor eigen verzekerden.

5.03 Omdat de eerste twee varianten voor het vraagstuk van het samenvoegen van pgb en zorg in natura in één contracteerruimte in feite geen nieuwe inzichten op lijken te leveren (de scenario's 1, 2 en 3 zijn van toepassing), concentreren wij ons op de derde variant, die waarin de verzekeraars de AWBZ gaan uitvoeren voor eigen verzekerden. Wij hebben daarbij conform het verzoek van het ministerie geabstraheerd van verdere wijzigingen in het systeem, zoals risicodragendheid van de zorgverzekeraars of de invoering van een persoonsvolgende bekostiging.

5.04 Het scenario waarin de zorgverzekeraars de AWBZ gaan uitvoeren voor eigen verzekerden, kan als het gaat om integratie van pgb en zorg in natura in één contracteerruimte worden gecombineerd met de principes van een van de eerste drie scenario's, dus:

- a verankering van het recht op pgb in de AWBZ en verdeling van de middelen over pgb en zorg in natura via regelgeving door het ministerie;
- b geen verankering van het recht op pgb in de AWBZ, regelen van de toegang tot het pgb via centrale regelgeving (NZa);
- c geen verankering van het recht op pgb in de AWBZ, regelen van de toegang tot het pgb door de individuele zorgkantoren (in scenario 4 worden dat de zorgverzekeraars).

5.05 De taakverschuiving en consequenties en daarmee de voor- en nadelen van elk van deze drie varianten komen nauw overeen met de scenario's 1, 2 en 3. Dat is de reden waarom wij ze op deze plaats als variant niet verder uitwerken. In hoofdstuk 7, waar wij een voorkeursscenario adviseren (scenario 4 met een mix van regelgeving door zorgverzekeraars en ministerie) en in hoofdstuk 8, waar het invoeringstraject aan de orde komt, doen wij dit wel. Wij verwijzen daar

graag naar.

5.06 Het grote verschil van scenario 4 met de eerste drie scenario's is dat de zorgverzekeraars de taken uitvoeren die in de eerdere scenario's als taak van het zorgkantoor waren aangegeven.

5.07 Het is op dit moment moeilijk te overzien welke consequenties en voor- en nadelen dit verschil zal hebben. In de interviews werd aangegeven dat zorgverzekeraars meer dan zorgkantoren een band moeten opbouwen met hun cliënten, omdat cliënten ook voor een andere verzekeraar kunnen kiezen.

5.08 De exacte consequenties zijn echter afhankelijk van keuzes die nog gemaakt moeten worden als het gaat om de uitvoering van de AWBZ. Bijvoorbeeld de keuze tussen een model waarin de regiobenadering uitgangspunt is (en de meest dominante verzekeraar in een regio dan ook voor de anderen de AWBZ uitvoert) of een model waarin de verzekeraar in principe voor zijn verzekerden de AWBZ uitvoert, waar zij ook wonen.

5.09 Naar verwachting zal bij de overgang van de uitvoering door zorgverzekeraars sprake zijn van geleidelijkheid, waarbij de risico's voor de verzekeraar in de tijd gaan toenemen gekoppeld aan instrumenten waarmee de zorgverzekeraars deze risico's kunnen beheersen. In de aanvangsfase zijn de risico's nog afwezig voor zorgverzekeraars en wordt aangesloten bij de regionale benadering. Bij deze veronderstelling kan technisch worden aangesloten bij het beheersingsmodel dat nu ook voor zorgkantoren wordt toegepast. Dit vereist wel dat de zorgverzekeraars zich aansluiten bij een regiovertegenwoordiger. Hierbij dient bedacht te worden dat het natuurlijke niveau van zorgkantoren niet meer aanwezig is (via de WMG) en een model van regiovertegenwoordiging daardoor instabieler en complexer is in relatie tot kostenbeheersing dan een model met zorgkantoren.

5.10 In tegenstelling tot het zorgkantoormodel dienen zorgverzekeraars wel zicht te krijgen op de uitgaven van hun verzekerden zowel voor zorg in natura als pgb. Declaratie op individueel niveau is dan noodzakelijk om dit mogelijk te maken. Ook moet worden geïnvesteerd in een zuiver beeld over het zorggebruik in de regio per verzekerde. Bovenregionale afspraken (voor cliënten buiten de regio) die nu nog in de contracteerruimte van het zorgkantoor zijn opgenomen moeten dan verdwijnen, zodat het regiobudget alleen wordt aangewend voor de zorgvraag in die regio.

5.11 Zoals aangegeven wordt in hoofdstuk 7 en 8 ook een aantal van deze aspecten aangestipt.

## 6 Aanpassing wetgeving noodzakelijk voor samenvoegen pgb en zorg in natura in één contracteerruimte

6.01 In dit hoofdstuk worden de juridische aspecten van het vraagstuk ‘pgb en zorg in natura in één contracteerruimte’ op een rij gezet. Besproken wordt welke aanpassingen in wet- en regelgeving vereist zijn om tot deze transactie te komen. Achtereenvolgens gaan wij in op de AWBZ, de WTZi, de WMG, de Kwaliteitswet en de wet BIG.

### Aanpassing AWBZ in alle scenario's vereist

6.02 De AWBZ kent op dit moment een recht op zorg in natura (artikel 6 jo. artikel 10). Het recht ontstaat na indicatie. Het recht op zorg wordt door de zorgkantoren (namens de zorgverzekeraars<sup>15</sup>) ingevuld door het sluiten van contracten met zorginstellingen. Contracten met zorginstellingen worden alleen gesloten als het gaat om zorg in natura.

6.03 Het pgb wordt via een subsidie ex artikel 44 AWBZ aan de zorgkantoren verleend, die vervolgens een pgb aan de verzekerde beschikbaar stellen. Pgb-houders zijn vrij om te bepalen bij wie zij hun zorgbehoefte inkopen.

6.04 De regeling Persoonsgebonden budget AWBZ 2009 voorziet in de mogelijkheid om een pgb te weigeren indien, onder andere, binnen de maximale subsidie, verleend aan het zorgkantoor, geen ruimte voor een pgb aanwezig is (én de subsidieperiode waarvoor het pgb wordt aangevraagd niet onmiddellijk aansluit op een eerdere subsidieperiode).

6.05 De vier scenario's voor het onderbrengen van pgb en zorg in natura in één contracteerruimte gaan alle vier uit van expliciete regelgeving ten aanzien van het pgb. In alle scenario's moet immers de toegang tot het pgb en dus een keuzemogelijkheid voor de cliënt worden geregeld: de cliënt *moet* – onder voorwaarden – voor een pgb kunnen kiezen. Het verschil is dat in scenario 1 de regelgeving de vorm van een wet heeft, in scenario 2 de vorm van landelijke regels en scenario 3 de vorm van regels van het zorgkantoor. In scenario 4 kunnen al deze varianten aan de orde zijn.

6.06 Echter: landelijke regels (niet zijnde wetten) en regels van het zorgkantoor kunnen niet zomaar bepalen dat een cliënt *moet* kunnen kiezen voor een AWBZ-gefinancierd pgb. De AWBZ kent immers alleen een recht op zorg in natura. Er zou dan iets worden geregeld dat formeel niet bestaat, en die vrijheid is er niet. De landelijke regels en regels van het zorgkantoor moeten dus kunnen steunen op hogere regelgeving die het pgb als vorm van AWBZ-zorg kent. Dat kan alleen maar de AWBZ zelf zijn.

---

<sup>15</sup> Feitelijk kent de AWBZ alleen het begrip zorgverzekeraars. De zorgkantoren voeren de AWBZ namens de zorgverzekeraars uit. In dit rapport en in dit hoofdstuk wordt echter wel het begrip zorgkantoren gebruikt, om de verschillen tussen de scenario's in de huidige situatie (zorgkantoren voeren AWBZ uit) en in de toekomstige (zorgverzekeraars voeren AWBZ uit) helder aan te kunnen duiden.

6.07 Omzetting van het pgb van een subsidieregeling naar een AWBZ-recht vereist een aanpassing van de AWBZ en onderliggende regelgeving. Er ontstaat dus in de AWBZ een keuze voor het tot gelding brengen van de aanspraak: via zorg in natura of door zelf in de zorg te voorzien door middel van een beschikbaar te stellen bedrag. Dit lijkt in zekere zin op de keuze zoals deze in de Zorgverzekeringswet (Zvw) bestaat tussen zorg in natura of restitutie (artikel 11, lid 1, Zvw). In scenario 1 wordt de keuzemogelijkheid verder geregeld in de wet en eventueel verder in Algemene Maatregelen van Bestuur (AMvB's) of ministeriële regelingen. In scenario 2 wordt de keuzemogelijkheid verder geregeld door andere landelijke regelgeving en in scenario 3 door regelgeving van het zorgkantoor.

6.08 Een additionele overweging die pleit voor het regelen van het keuzerecht in de wet is de harmonisatie van wettelijke structuren. Ook in de Zvw is op het niveau van de wet bepaald tussen welke leveringsvorm (zorg in natura of restitutie, artikel 11) de cliënt kan kiezen. Vergelijk ook de aanspraak op jeugdzorg in de Wet op de Jeugdzorg (tot gelding te brengen bij een zorgaanbieder die subsidie van de provincie ontvangt, aldus artikel 3 van deze wet).

6.09 In feite gaan wij dus uit van het formeel benoemen van het keuzerecht in de AWBZ, met vervolgens drie mogelijkheden voor uitwerking/beperking van het keuzerecht:

- a eveneens in de wet zelf dan wel in AMvB's of ministeriële regelingen (scenario 1);
- b via andere landelijke spelregels (scenario 2);
- c via regelgeving vanuit de zorgkantoren (scenario 3)

6.10 De constructie is dan als volgt. De verzekerde heeft een recht op prestaties, bestaande uit:

- a de zorg waarvoor hij geïndiceerd is; daartoe wendt hij zich tot de zorgaanbieder waarmee de zorgverzekeraar een overeenkomst heeft gesloten: zorg in natura;
- b een door de zorgverzekeraar beschikbaar te stellen bedrag waarmee hij vervolgens zelf in zijn zorgbehoefte voorziet: pgb.

6.11 Omdat het een recht betreft, kan de verzekerde dit recht in beginsel afdwingen. Daar waar het pgb thans formeel een subsidieplafond kent en daarmee in beginsel een harde grens wordt gesteld, kent de aanspraak op prestaties deze grens niet. Grenzen daarin dienen in beginsel gesteld te worden door de aard en omvang van de zorg te beperken, in combinatie met een indicatiestelling. De begrenzing via de contracteerruimte in de NZa-beleidsregel op basis van de WMG is in dat opzicht naar wij verwachten uiteindelijk juridisch niet houdbaar. Praktisch gezien levert dat overigens nog weinig problemen op.

6.12 Van belang bij de invoering van een recht op pgb is de vraag of de pgb-houder in dat geval nog steeds de keuzevrijheid heeft bij wie hij de zorg inkoop: de al dan niet professionele zorgaanbieder. Dat is een beleidsmatige keuze, met juridische consequenties. Uitgangspunt voor deze notitie is het behoud van de keuzevrijheid voor de pgb-houder. Elk ander uitgangspunt zou naar onze mening te veel strijden met het wezen van het pgb: regie van de cliënt.

### *Scenario 1: Een wettelijk verankerd recht op de keuze tussen zorg in natura en pgb*

6.13 In dit scenario wordt in de AWBZ, de wet in formele zin, de keuze tussen zorg in natura en pgb verankerd. Het keuzerecht wordt ook in de wet of in AMvB's of ministeriële regelgeving nader geregeld. In het laatste geval wordt in de AWBZ een artikel(lid) opgenomen waarin wordt bepaald dat bij nadere regeling beperkingen aan de keuzemogelijkheid kunnen worden gesteld. In het artikel(lid) zal moeten worden opgenomen met betrekking tot welke onderwerpen beperkingen in de keuzemogelijkheid kunnen worden aangebracht.

6.14 Bij AMvB kunnen deze beperkingen nader worden vastgelegd. Bij deze nadere regeling kunnen tevens spelregels voor het pgb zoals thans in de subsidieregeling zijn neergelegd, worden bepaald, met inbegrip van te verstrekken bedragen (dit laatste in ieder geval op het niveau van een ministeriële regeling).

6.15 Verderop in dit hoofdstuk gaan wij in op de vraag of het hanteren van één contracteerruimte voor de AWBZ met inbegrip van het pgb via de WMG uitvoerbaar zou zijn. In de contracteerruimte wordt de zorg in natura, te contracteren door zorgkantoren, begrensd. Indien het pgb niet onder de contracteerruimte kan worden gebracht, dan kan het pgb begrensd worden door de zorgverzekeraars te budgetteren. Dat is mogelijk door het treffen van een maatregel in de AWBZ zelf, met dien verstande dat daarmee de aanspraak op zorg niet illusoir gemaakt mag worden. Het recht op een keuze voor pgb zou bijvoorbeeld aan een macrobudget gekoppeld kunnen worden, jaarlijks vast te stellen bij ministeriële regeling en te verdelen over de zorgverzekeraars. Bij uitputting van het budget valt de verzekerde automatisch terug op zorg in natura. Een dergelijke terugvaloptie dient in de wet zelf vastgelegd te worden. Dit leidt wel tot gescheiden budgetten voor pgb en zorg in natura, iets dat nu juist niet wordt beoogd

6.16 Voor cliënten die kiezen voor een pgb en een bijbehorend bedrag is daarmee hun aanspraak op zorg vervuld (het gaat immers om een recht op een prestatie, en de prestatie is in dit geval het verstrekken van het bedrag). Zij lopen vervolgens zelf risico op het wel of niet kunnen contracteren van een zorgaanbieder. Wettelijk zou kunnen worden vastgelegd dat de zorgverzekeraar desgevraagd een bemiddelingsplicht heeft, indien de cliënt zijn zorgbehoefte niet of moeilijk zelf kan contracteren. Een dergelijke bemiddelingsplicht is ook vastgelegd in artikel 11, lid 1, Zvw.

6.17 Voor wat betreft de zorg in natura kan het contracteersysteem blijven gelden zoals dat nu in de AWBZ geregeld is. De betreffende artikelen in de AWBZ dienen aangepast te worden door toe te voegen dat contracten met zorgaanbieders worden gesloten voor zover het zorg in natura betreft. Of nog sprake kan zijn van een mogelijkheid van restitutie bij niet-gecontracteerde zorgaanbieders (artikel 10, lid 2) is een beleidsmatige vraag. Een optie is dat voor niet-gecontracteerde zorgaanbieders alleen een pgb verkregen kan worden.

6.18 Het verankeren van het recht op pgb in de AWBZ biedt desgewenst tegelijkertijd

gelegenheid om keuzes vast te leggen ten aanzien van het recht op zorg in het algemeen. Als de wetgever van mening is dat het recht begrensd moet worden door het beschikbare budget, kan dit worden vastgelegd. Als de wetgever dit juist niet wil, kan ook dat worden vastgelegd.

#### *Scenario 2: geen recht op pgb, keuze regelen via landelijke spelregels*

6.19 In dit scenario zou er in de AWBZ wel sprake zijn van een recht op zorg, maar niet van een recht op pgb. Met andere woorden: de leveringsvorm (zorg in natura of pgb) wordt niet in de wet geregeld. Dat zou in 'landelijke spelregels' niet zijnde AMvB's of ministeriële regelingen, bepaald moeten worden. Zoals hiervoor echter is betoogd, is wettelijke verankering wél nodig.

6.20 Vervolgens rijst ten aanzien van dit scenario de vraag aan welke landelijke spelregels dan nog gedacht zou kunnen worden. Het zou kunnen gaan om regelingen die uitgaan van bijvoorbeeld de NZa of het CVZ. Ook deze moeten echter wel steunen op een vastgelegde bevoegdheid daartoe. Inhoudelijk gezien zou het kunnen gaan om een beperking van het keuzerecht door het stellen van grenzen aan het macrobudget door pgb en zorg in natura afzonderlijk.

6.21 Al met al concluderen wij dat in juridisch opzicht scenario 2 weinig verschilt van scenario 1.

#### *Scenario 3: Een wettelijk verankerd recht op zorg, keuze door de zorgverzekeraar*

6.22 In dit scenario zou er in de AWBZ sprake zijn van een recht op zorg, echter de leveringsvorm (zorg in natura of pgb) wordt niet geregeld. Aan de zorgverzekeraar wordt uitvoeringsvrijheid gegeven om een eigen mix aan zorg in natura en pgb vorm te geven.

6.23 Voor dit scenario geldt dezelfde opmerking als voor scenario 2. Op welke wijze een aanspraak tot gelding kan worden gebracht, dient in de wet in formele zin bepaald te worden. Er zijn echter wel mogelijkheden om de zorgverzekeraar bevoegdheden te geven.

#### *Bevoegdheid zorgverzekeraar: aan regels gebonden*

6.24 Aan de zorgverzekeraar kan in de AWBZ de bevoegdheid worden toegekend om voor zijn verzekerden de keuze in de aanspraak nader in te vullen. Uit het oogpunt van rechtszekerheid en ter voorkoming van willekeur, dienen naar onze mening op wetsniveau bepaalde grenzen aan deze bevoegdheid gesteld te worden. Gedacht kan worden aan bijvoorbeeld een verbod om een van beide keuzemogelijkheden categorisch uit te sluiten en een non-discriminatiebeginsel. Tevens kan een mogelijkheid van een budget in de wet worden opgenomen, nader uit te werken bij AMvB (zie scenario 1). De zorgverzekeraar dient zijn bevoegdheid met inachtneming van deze bij wet en AMvB gestelde eisen uit te oefenen.

6.25 Verder is het mogelijk de zorgverzekeraars in de wet te verplichten beleidsregels op te stellen voor invulling van de hen toegekende bevoegdheid. Indien gewenst kan in de wet bepaald

worden dat deze beleidsregels bepaalde onderwerpen moeten regelen en eventueel goedkeuring van de minister (of de NZa) vereisen. Daarnaast kan een verwaarlozingsregeling worden opgenomen indien de zorgverzekeraar geen beleidsregels vaststelt of in strijd met de wettelijke eisen handelt.

#### *Keuzerecht vereist duidelijkheid over juridische status zorgkantoor*

6.26 Op dit moment wordt de AWBZ uitgevoerd door zorgkantoren. De wet kent geen zorgkantoren, maar spreekt van zorgverzekeraars. Op basis van artikel 40, lid 1, AWBZ en het Administratiebesluit Bijzondere Ziektekostenverzekering kunnen verbindingkantoren worden aangewezen die belast zijn met administratie- en controletaken. Bij beschikking van de staatssecretaris van VWS worden verbindingkantoren per regio aangewezen. Bij een mandaat- en volmachtovereenkomst tussen zorgverzekeraars en zorgkantoren (de door de staatssecretaris aangewezen verbindingkantoren) wordt afgesproken welke taken de zorgkantoren namens de zorgverzekeraars uitvoeren. Het betreft onder meer zorginkoop.

6.27 De hierboven beschreven constructie is juridisch onduidelijk. Onduidelijk is waar en aan wie verantwoording wordt afgelegd. Dat stuit nu al op bezwaren. Introductie in de AWBZ van een recht op pgb noodzaakt nadrukkelijk een standpunt over de juridische positie van het zorgkantoor. Doorgaan met de huidige constructie lijkt ongewenst. Zoals de aanspraken in de AWBZ worden vastgelegd, dient ook de verantwoordelijke uitvoerder rechtstreeks in de wet verankerd te zijn en aanspreekbaar te zijn op zijn wettelijke taken. Dit geldt voor alle scenario's zoals hiervoor geschetst, maar knelt het meest bij scenario 3. Invoering van een recht op pgb vereist naar onze mening duidelijkheid over de status van het zorgkantoor.

### **Aanpassing WTZi wenselijk, maar wellicht niet opportuun in verband met komende wijzigingen**

6.28 De AWBZ-verzekerde wendt zich in het huidige systeem voor het tot gelding brengen van zijn aanspraak op zorg tot een zorgaanbieder waarmee de zorgverzekeraar een contract heeft gesloten (artikel 10 AWBZ). Op dit moment gaat het dan altijd een om aanspraak op zorg in natura. Een zorgaanbieder waarmee de zorgverzekeraar een contract heeft gesloten, moet beschikken over een toelating op grond van artikel 5 van de WTZi. Nb: Dit geldt alleen voor zorgaanbieders die te kenmerken zijn als organisatorisch verbanden. *Individueen* die zorg aanbieden vallen niet onder de WTZi; daarbij is het overigens niet van belang of deze individuen zorg in natura of pgb-zorg bieden.

6.29 Als het pgb in de AWBZ wordt verankerd en dus ook pgb-zorg een aanspraak wordt, rijst de vraag of ook voor pgb-zorgaanbieders een toelating op grond van de WTZi nodig is. Een strikte lezing van de huidige formulering lijkt die verplichte toelating voor pgb-zorgaanbieders niet te dekken, maar het ligt voor de hand om aan te nemen dat ook voor pgb-zorgaanbieders een



toelating nodig is. Artikel 5 van de WTZi verwijst namelijk niet alleen naar de AWBZ, maar ook naar de Zorgverzekeringswet, en daar geldt al het restitutiesysteem, dat ook een toelating vereist.

6.30 Als echter voor pgb-zorgaanbieders een toelating vereist is, betekent dit een breuk met het huidige systeem waarin pgb-houders nu juist ook voor niet-toegelaten instellingen kunnen kiezen. Dit beperkt dus de huidige keuzevrijheid van de cliënt.

6.31 Een mogelijkheid om deze consequentie te voorkomen is om zorgaanbieders die alleen pgb-zorg bieden, uit te zonderen van de toepassing van artikel 5 van de WTZi. Daarbij dient dan wel te worden bedacht dat voor zorgaanbieders een rechtsongelijkheid ontstaat. Zorg in natura en pgb zijn dan immers beide AWBZ-aanspraken, maar aanbieders van zorg in natura moeten aan toelatingseisen voldoen en aanbieders van pgb-zorg niet.

6.32 Verder is van belang dat de minister het voornemen heeft om de WTZi op termijn (per 1 januari 2011) af te schaffen; daarmee vervalt het toelatingsvereiste. De vraag is of een aanpassing nog opportuun is en nog op tijd zou komen.

### **Pgb-zorg past niet in systematiek WMG**

6.33 De contracteerruimte voor de AWBZ-instellingen is neergelegd in een aanwijzing ex artikel 7 WMG en uitgewerkt in de NZa-beleidsregel Contracteerruimte. Deze beleidsregel bepaalt de maximale ruimte voor productieafspraken tussen zorgkantoor en zorgaanbieder ten aanzien van in de AWBZ benoemde aanspraken. De WMG definieert de zorgaanbieder als (voor zover hier van belang) de natuurlijke persoon of rechtspersoon die beroepsmatig of bedrijfsmatig zorg verleent (artikel 1 onder c1).

6.34 Op dit moment valt pgb-zorg niet onder de werkingssfeer van de WMG: pgb-zorg is uitgezonderd in artikel 3, lid 1 onder b, van het Besluit uitbreiding en beperking werkingssfeer WMG. Zodra echter pgb-zorg als recht in de AWBZ wordt geformuleerd, valt deze in principe ook onder de definitie van zorg als bedoeld in de WMG. Er ontstaan dan enkele aandachtspunten.

#### *Pgb past niet in de systematiek van contracteerruimte in de WMG*

6.35 De beleidsregel Contracteerruimte gaat uit van contracteren door het zorgkantoor met een zorgaanbieder (onderhandelingen tussen zorgverzekeraars/zorgkantoren en zorgaanbieders) in het kader van tariefregulering. Paragraaf 4.4. WMG is van toepassing. Voor zorg via een pgb contracteert het zorgkantoor echter niet, maar is het de geïndiceerde patiënt/verzekerde die zelf zijn zorg contracteert nadat hij van het zorgkantoor een pgb-budget heeft gekregen. Dat is een essentieel verschil. Het pgb past daarom niet in de systematiek van paragraaf 4.4 van de WMG (tariefregulering) en de daarop gebaseerde contracteerruimte.

6.36 Dit ligt anders indien een pgb-houder zich slechts tot een door het zorgkantoor

gecontracteerde zorgaanbieder zou mogen wenden. In dat geval kan het zorgkantoor met de zorgaanbieder ook afspraken maken over zorgverlening aan pgb-houders en zou dit binnen de contracteerruimte gebracht kunnen worden. Een verplichting voor de pgb-houder om alleen zorg in te kopen bij door het zorgkantoor gecontracteerde zorgaanbieders is echter zozeer in strijd met de opzet van een pgb, dat wij deze optie verder niet in bespreking nemen.

6.37 Dit betekent in de praktijk dat begrenzing van het pgb via de contracteerruimte niet mogelijk is. Als toch begrenzing gewenst is (en dit is het geval), moet er dus een oplossing worden gevonden. Binnen de huidige WMG is dit niet mogelijk.

#### *Budgettering van het zorgkantoor voor pgb: aanpassing WMG vereist*

6.38 Nu het pgb niet onder de contracteerruimte gebracht kan worden, is een optie het zorgkantoor separaat voor het pgb te budgetteren. De WMG kent de mogelijkheid van budgettering van verzekeraars niet en zal hiervoor moeten worden aangepast.

6.39 Het resultaat is dat er dan twee budgetsystemen naast elkaar (blijven) bestaan. Om deze met elkaar te verbinden en door zorgkantoren over en weer met het budget te laten schuiven, vereist uitwerking via nadere regels. Dat leidt tot extra regelgeving en daarmee naar verwachting tot extra administratieve lasten. Kostenbeheersing aan de pgb-kant wordt hiermee wel bereikt, maar vergt veel inspanning van betrokken partijen.

6.40 Overigens ligt budgettering van het zorgkantoor voor pgb-zorg, indien gewenst, meer voor de hand in de AWBZ. Het gaat immers om een beperking van het recht op pgb zoals in de AWBZ geformuleerd. Deze mogelijkheid is uitgewerkt in paragraaf 6.14. Ook dan ontstaan er echter twee gescheiden systemen. Het pgb zal dan buiten de werkingssfeer van de WMG moeten worden gebracht, en ook dat vereist aanpassing van de regelgeving, in casu het Besluit uitbreiding en beperking werkingssfeer WMG.

#### *De positie van de niet-professionele hulpverlener in de WMG*

6.41 In het geval de pgb-zorg niet van de werkingssfeer van de WMG wordt uitgezonderd, verdient de positie van de niet-professionele hulpverlener nadere aandacht. Uitgangspunt van het pgb is dat de pgb-houder zelf kan kiezen bij wie hij zijn zorg inkoop. Dat kan ook een niet-professionele hulpverlener zijn. Deze hulpverlener (bijvoorbeeld de mantelzorger) valt buiten de WMG. Hij is geen zorgaanbieder die beroepshalve zorg verleent, zoals de WMG bepaalt (artikel 1, onder c1). Dat is ook zo indien het pgb een recht wordt. Het is technisch mogelijk deze hulpverlener onder de WMG te brengen. Daarvoor staan twee mogelijkheden open:

- a aanpassing van de WMG-definitie van zorgaanbieder;
- b uitbreiding van de werkingssfeer via het Besluit uitbreiding en beperking werkingssfeer WMG; het gaat dan om pgb-zorg die wordt verleend door personen die niet zijn begrepen onder de definitie van zorgaanbieder in de wet.

6.42 Indien de niet-professionele hulpverlener onder de WMG wordt gebracht, is hij gebonden aan een vastgesteld pgb-(maximum)tarief dat voor een professionele zorgaanbieder geldt.<sup>16</sup> Dat strookt niet met het idee van behoud van de huidige uitgangspunten voor pgb, waarin pgb-zorg tariefvrij is. Deze hulpverlener wordt geconfronteerd met regelgeving die hem onbekend is. Bovendien mag verwacht worden dat dit leidt tot een toename van de administratieve lasten. Handhaving lijkt op voorhand lastig te realiseren. Het is zeer de vraag of een dergelijke stap realistisch is.

6.43 Indien echter de niet-professionele hulpverlener niet onder de WMG wordt gebracht, betekent het dat de door deze hulpverlener verleende zorg buiten de regulerende kaders van de WMG valt, terwijl het wel om een AWBZ-recht gaat. Het is de vraag of dit wenselijk is.

6.44 Beide mogelijkheden hebben dus nadelen. Voor de relevantie van het onderwerp is het van belang inzicht te hebben in het aantal niet-professionele pgb-hulpverleners en de bedragen die in deze vorm van hulpverlening omgaan. De RZV stelt (Zorginkoop 2008) dat circa 30% van het pgb-budget wordt ingezet voor mantelzorg en uit het onderzoek van de ITS blijkt dat 43% van het aantal budgethouders een combinatie van pgb en zorg in natura inkoopt, en 21% alleen mantelzorg. Het gaat dus om een substantieel deel van de pgb-zorg, waarmee de kwestie dus wel degelijk relevant geacht mag worden.

## Geen aanpassing Kwaliteitswet zorginstellingen vereist

6.45 De Kwaliteitswet zorginstellingen (Kwz) verstaat onder zorg (artikel 1, onder a):  
“zorg als omschreven bij of krachtens de Zorgverzekeringswet en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, met uitzondering van bij algemene maatregel van bestuur aangewezen zorg:”

6.46 In tegenstelling tot hetgeen hiervoor over de WTZi is beschreven, strekt de Kwaliteitswet zorginstellingen zich ook uit tot zorg die naar zijn aard dezelfde is als de zorg ingevolge de Zvw of AWBZ, maar op andere wijze gefinancierd wordt. Dit betekent dat pgb-zorg op dit moment ook al zorg is als bedoeld in de Kwaliteitswet. Het formuleren van het pgb als aanspraak op zorg, brengt hier geen verandering in.

6.47 De Kwaliteitswet ziet alleen op instellingen, dus organisatorische verbanden (zie de definitie van instelling in artikel 1, onder b). Instellingen die pgb-zorg verlenen, vallen nu en in de toekomst onder de reikwijdte van de Kwaliteitswet zorginstellingen. Het onderbrengen van het pgb en zorg in natura in één contracteerruimte vereist dus geen aanpassing van de Kwaliteitswet.

6.48 Het feit dat ook individuele beroepsbeoefenaren (ook niet-gekwalificeerd) pgb-zorg verlenen en dat deze niet onder de Kwaliteitswet vallen, is een gegeven dat buiten de reikwijdte van dit onderzoek valt.

---

<sup>16</sup> Een dergelijk tarief zou slechts ambthalfve door de NZa kunnen worden vastgesteld, aangezien zoals eerder gemeld in het kader van een pgb geen contractuele relatie bestaat tussen zorgkantoor en zorgaanbieder.

## Wet BIG ook van toepassing op professionele aanbieders pgb-zorg

6.49 De wet BIG ziet op handelingen op het gebied van de individuele gezondheidszorg. Zonder uitgebreid op de definitie van deze handelingen in de wet BIG in te gaan, kunnen we stellen dat sommige handelingen in het kader van pgb-zorg als handelingen op het gebied van de individuele gezondheidszorg kwalificeren en andere niet. Dat geldt ook indien het pgb als aanspraak in de AWBZ wordt geformuleerd.

6.50 Aan het tuchtrecht van de wet BIG zijn onderworpen de zogenaamde BIG-beroepen waarvoor een register bestaat (zoals arts, tandarts, apotheker e.d., zie artikel 3 jo. artikel 47 wet BIG). Voor BIG-beroepers bestaat ook een algemene kwaliteitsbepaling voor zorgverlening (artikel 40). Strafrechtelijke vervolging is mogelijk voor degenen, al dan niet ingeschreven in genoemd register, die buiten noodzaak schade of een aanmerkelijke kans op schade veroorzaken bij het verrichten van handelingen op het gebied van de individuele gezondheidszorg. Dit geldt dus voor een ieder die deze handeling verricht. Pgb-zorgverleners die niet BIG-geregistreerd zijn, vallen buiten de kwaliteits- en tuchtrechtbepalingen van de Wet BIG. Ze zijn, zoals iedereen, wel strafbaar bij schadeveroorzakend handelen. Bij het introduceren van een recht op pgb in de AWBZ is beleidsmatig de vraag of het wenselijk is dat niet BIG-geregistreerden pgb-zorg verlenen, zoals nu in de subsidieregeling mogelijk is.

## 7 Voorkeursscenario omvat recht op pgb en gedeelde bevoegdheden nadere regelgeving

7.01 Nu alle vier scenario's en de juridische consequenties zijn besproken, willen wij in dit hoofdstuk aandacht besteden aan de vraag hoe een systeem van één contracteerruimte eruit zou kunnen zien.

### Scenario 2 en 3 niet uitvoerbaar bij wettelijk recht op pgb

7.02 In de eerste plaats is uit de juridische analyse gebleken dat voor alle scenario's een wijziging van de AWBZ (en de WMG) voor de hand ligt. Er zal hoe dan ook een wetaanpassing moeten komen. De scenario's 2 en 3 zijn daarmee niet meer uitvoerbaar, omdat deze geen wettelijk recht op pgb kennen.

7.03 Nu in ieder geval wetswijziging nodig is, moeten we rekening houden met een traject dat de nodige tijd kost, zelfs als de wijziging kan worden gecombineerd met een wijziging die op dit moment al wordt doorgevoerd. Het zal in elk geval niet meer mogelijk zijn om deze wijziging in 2010 te laten ingaan, en het is maar zeer de vraag of het zou lukken om de wijziging in 2011 te laten ingaan. Niet alleen vanwege het formele traject, maar ook omdat de NZa en de zorgkantoren zich erop moeten voorbereiden (zie het volgende hoofdstuk). Op zijn minst vóór het maken van de productieafspraken over 2011, dus in het voorjaar van 2010, zou de wetswijziging en de bijbehorende lagere regelgeving gereed moeten zijn.

### Scenario 1 of 4 als enige uitvoerbaar, uitvoeringsmodaliteit nader te kiezen

7.04 Scenario 1 (huidige uitvoeringsstructuur, recht op pgb) en scenario 4 (nieuwe uitvoeringsstructuur, recht op pgb) blijven dan als enige over.

7.05 Reëel is om te verwachten dat de wetswijziging die het recht op pgb vastlegt, niet eerder dan in 2012 in kan gaan. Op dat moment is het besluit tot aanwijzing van de zorgkantoren dus al geëxpireerd en is de nieuwe uitvoeringsstructuur een feit. Daarmee lijkt ook scenario 1 niet meer uitvoerbaar en blijft scenario 4 als enige over.

7.06 Echter, de verwachting is dat in de nieuwe uitvoeringsstructuur een overgangperiode wordt gecreëerd waarin materieel de huidige structuur nog wordt gehandhaafd en de zorginkoop regionaal geregeld blijft. Daarmee is ook scenario 1 (recht op pgb maar in de huidige uitvoeringsstructuur) nog uitvoerbaar.

7.07 Wel moet in beide gevallen nog uitvoeringsmodaliteit worden gekozen als het gaat om de verdeling van de bevoegdheden. Wij doelen op de bevoegdheid om het keuzerecht nader te

bepalen en dus door het stellen van budgettaire grenzen dit recht te beperken. Met andere woorden, over de bevoegdheid om de verdeling van de AWBZ-middelen over pgb en zorg in natura vast te stellen. De drie modaliteiten zijn:

- a Het ministerie neemt deze verdeling op zich en legt deze vast in bijvoorbeeld een ministeriële regeling;
- b De NZa bepaalt de verdeling en legt deze neer in een beleidsregel;
- c De zorgverzekeraars bepalen elk voor hun verzekerden de verdeling.

## **Positie cliënt en taakverdeling kostenbeheersing belangrijke keuzecriteria**

7.08 Hoe komen we nu tot een keuze tussen deze drie opties? Allereerst moet worden opgemerkt dat de drie varianten minder ver uit elkaar liggen dan het wellicht op het eerste gezicht lijkt. Als bijvoorbeeld gekozen zou worden voor landelijke regelgeving door de NZa, dan geldt dat het ministerie via een aanwijzing nog steeds kan en soms ook zal moeten sturen.

Uitvoeringsvrijheid van de zorgverzekeraars, optie c, vereist evenzeer regelgeving vanuit het ministerie en de NZa. Het zal dus meer gaan om accentverschillen, waarin het ministerie zijn huidige taken ten aanzien van het pgb (met name de kostenbeheersing) in meerdere of mindere mate deelt met de NZa en de zorgverzekeraars. De keuze van de mate waarin het ministerie deze taken wenst te delen, is een belangrijk criterium voor de keuze tussen de varianten.

7.09 Een tweede criterium is de positie van de cliënt: in welke variant wordt deze maximaal versterkt? De optie dat de vrijheid maximaal bij de zorgverzekeraars berust, lijkt hier op het eerste gezicht de beste kaarten te hebben omdat cliënten kunnen kiezen voor de verzekeraar die naar hun mening het pgb-beleid het beste uitvoert. In de praktijk is het de vraag of dit al zo kan werken. Hebben cliënten voldoende informatie om een goede keuze te kunnen maken? Bovendien is het pgb natuurlijk maar een van de afwegingen die ten grondslag liggen aan een keuze voor een verzekeraar.

7.10 Een derde criterium is de mate waarin de gekozen variant gevoelig is voor onbedoelde prikkels, dus een onterechte druk op het pgb. In de variant dat NZa en/of de zorgkantoren de verdeling bepalen is dit risico groter dan in de variant dat het ministerie dit doet, omdat de zorgverzekeraars en via de productieafspraken ook de NZa directer worden geconfronteerd met de problematiek rond budgetoverschrijdingen. Voor hen zal het argument dat met pgb-zorg binnen dezelfde contracteerruimte meer zorg kan worden ingekocht, zwaarder meetellen.

7.11 Tot slot is er nog het criterium van de toekomstbestendigheid. Als bijvoorbeeld voor het pgb een variant wordt gekozen terwijl een jaar later zou blijken dat een heel andere variant in de rede ligt, zou dit een probleem kunnen zijn. Wij duiden met name op de aansluiting bij de te ontwikkelen persoonsvolgende bekostiging. Omdat het echter op dit moment nog niet duidelijk is hoe deze persoonsvolgende bekostiging zich zal ontwikkelen, hebben wij dit criterium buiten beschouwing moeten laten. Wel adviseren wij om bij de uitwerking van het samenvoegen van pgb

en zorg in natura tot één contracteerruimte in een later stadium nogmaals de samenhang met de persoonsvolgende bekostiging te toetsen.

### **Inzicht in zorgvraag cliënt richtinggevend voor keuze modaliteit**

7.12 Idealiter zouden het totale budget en de verdeling van middelen tussen pgb en zorg in natura moeten worden ingegeven door de zorgvraag en de regievraag van de cliënt. Wij spreken over een situatie waarin het mogelijk zou zijn om de benodigde zorg en de verdeling over pgb en zorg in natura op voorhand goed in te schatten, met als basis wettelijk verankerde rechten. Dit veronderstelt een transparant en betrouwbaar voorspelmodel.

7.13 In die situatie zouden wij kiezen voor de derde modaliteit, maximale vrijheid voor de zorgverzekeraars. Cliënten kunnen de zorgverzekeraar kiezen die binnen dit voorspelmodel het meest aantrekkelijke pakket biedt. De positie van de cliënt is voldoende verzekerd omdat zijn behoefte leidend is en omdat een wettelijk recht op zorg en op keuze tussen pgb en zorg in natura bestaat. Kostenbeheersing verloopt via het reguleren van de zorgaanspraken. Het risico ten aanzien van onbedoelde prikkels is beheersbaar, omdat het behoeftemodel aangeeft wat de verdeling zou moeten zijn.

7.14 Tot zover de ideale situatie. Echter: een voorspelmodel is er nog niet, en zal er ook niet op korte termijn zijn, hoezeer er ook wordt gewerkt aan sturing via indicaties. Als de kosten moeten worden beheerst, is beheersing aan de achterkant voorlopig nog nodig. Zolang dat het geval is, achten wij het voor de hand te liggen dat het ministerie dan ook de kaders stelt voor het macrobudget én de verdeling tussen pgb en zorg in natura. Het ministerie is de partij die het beste in staat is om de verdeling tussen pgb en zorg in natura aan te geven, omdat zorgverzekeraars de onbedoelde prikkel richting pgb het meest voelen. Het ministerie kan een verplichte substitutieruimte aangeven.

7.15 Vervolgens is van belang hoe de nieuwe uitvoeringsstructuur eruit zal zien. Eerder in het rapport is al aangegeven dat in de aanvangsfase vermoedelijk wordt aangesloten bij de regionale benadering. Zorgverzekeraars sluiten zich dan aan bij een regiovertegenwoordiger. Ook dit gegeven pleit voor een tussenfase met een groter accent op regelgeving door het ministerie of door de NZa via aanwijzingen van het ministerie. Als zorgverzekeraars het pgb-beleid elk op een andere manier uitvoeren, is het immers minder eenvoudig om het model van de regiovertegenwoordiger te hanteren. De zorgverzekeraars kunnen wel een taak vervullen bij de bewaking van het eenmaal afgegeven budget voor pgb, net als zij dat voor zorg in natura zullen doen.

7.16 Geleidelijk kunnen meer bevoegdheden worden overgedragen aan de zorgverzekeraars, mogelijk parallel met een ontwikkeling naar uitvoering van de AWBZ door de verzekeraars voor eigen verzekerden. Op den duur kunnen de verzekeraars binnen landelijke kaders zelf een verdeling aanbrengeen tussen pgb en zorg in natura.

7.17 Dit alles leidt tot de volgende taakverdeling. In rood en cursief weer de wijzigingen ten opzichte van de huidige situatie.

Tabel 7-1: Procedure in voorkeursscenario één contracteerruimte, recht op pgb, ministerie/NZa stellen kaders, zorgverzekeraars bewaken budget (overgangssituatie)

Nr	PGB	Zorg in natura
1	VWS stelt macrobudget AWBZ vast	
1a	<i>VWS stelt kaders vast voor toegang tot pgb en verdeling budget over pgb en zorg in natura, inclusief substitueruimte; per regio, later mogelijk per verzekeraar; verzekeraar levert onderbouwende gegevens</i>	
2	<i>NZa stelt maximumtarieven pgb en zorg in natura vast (alternatief: VWS voor pgb en NZa voor zorg in natura)</i>	
3	NZa stelt contracteerruimte per regio en <i>verdeling over pgb en zorg in natura</i> vast	
4	Vervallen: zorgkantoren dienen subsidieverzoek in bij CVZ	Zorgverzekeraars en zorgaanbieders dienen aanvraag voor productieafspraken zorg in natura in bij NZa, ronde 1. <i>De verzekeraar houdt hierbij rekening met de vastgestelde verdeling pgb en natura</i>
5	Vervallen: CVZ verdeelt subsidie over zorgkantoren	NZa toetst productieafspraken aan contracteerruimte <i>rekening houdend met het gedeelte dat voor pgb is gereserveerd</i> en legt afspraken over tarief en aantallen vast; als de aanvragen de contracteerruimte overschrijden, brengt de NZa de aanvragen terug tot het beschikbare budgetniveau
6		Productieafspraken in volgende ronde(s)
7	Cliënt wordt geïndiceerd door CIZ of Bureau Jeugdzorg en kiest voor leveringsvorm pgb	Cliënt wordt geïndiceerd door CIZ of Bureau Jeugdzorg en kiest voor leveringsvorm zorg in natura; cliënt geeft voorkeur voor zorgaanbieder aan
8	Zorgverzekeraar wijst pgb toe	Zorgverzekeraar wijst zorg toe
9	Zorgverzekeraar meldt toewijzing aan CAK en geeft persoonsgegevens en BSN door ten behoeve van vaststelling eigen bijdrage cliënt	Zorgkantoor meldt zorgtoewijzing intramurale zorg aan CAK ten behoeve van vaststellen eigen bijdrage cliënt. Zorgaanbieders leveren voor dit doel gegevens extramurale zorg aan CAK.
10	CAK controleert, vraagt inkomen op bij Belastingdienst en stuurt gegevens naar zorgverzekeraar	CAK stuurt gegevens cliënt naar zorgverzekeraar
11	Zorgverzekeraar stelt eigen bijdrage vast	CAK stelt eigen bijdrage vast



12		Zorgverzekeraar verzoekt CAK om zorgaanbieder te bevoorschotten
13	Zorgverzekeraar keert voorschotten pgb uit na aftrek van eigen bijdrage	CAK keert voorschotten zorgaanbieder uit
14	Cliënt zoekt passend aanbod	
15	Cliënt sluit overeenkomst met zorgaanbieder	Zorgaanbieder sluit overeenkomst met cliënt
16	Zorgaanbieder levert zorg	Zorgaanbieder levert zorg
17		CAK int eigen bijdrage cliënt
18	Zorgaanbieder verantwoordt zorg aan cliënt	Zorgaanbieder verantwoordt zorg aan zorgverzekeraar
19	Cliënt verantwoordt uitgaven aan zorgverzekeraar	
20	Zorgverzekeraar verantwoordt uitgaven aan CVZ	
21	Vervallen: CVZ toetst pgb-uitgaven zorgkantoor maandelijks aan subsidieplafond	
Bij (dreigende) overschrijding van de beschikbare middelen		
22	Zorgverzekeraar signaleert (dreigende) overschrijding <i>in pgb en/of zorg in natura en besluit over substitutie</i>	
23	Vervallen: VWS beslist over verhogen plafond	
24	Vervallen: leidt dit tot verhoging plafond, zie verder bij nr. 8. Zo niet, dan verstrekt het zorgkantoor geen pgb	
25	Zorgverzekeraar doet een beroep op de 100,5%-regeling <sup>17</sup> , <i>ook voor pgb</i> (of eerst 27 en daarna 25)	
26	NZa beslist over 100,5%-regeling	
27	Leidt dit tot extra contracteerruimte, zie verder bij nr. 8. Zo niet, dan zoekt zorgverzekeraar ruimte bij andere zorgkantoren, <i>ook voor pgb</i> ; NZa beslist over gezamenlijke aanvraag	
28	Leidt dit tot extra contracteerruimte, zie verder bij nr. 8. Zo niet, dan kan de zorgverzekeraar bij aantoonbare knelpunten een beroep doen op knelpuntenmiddelen <i>ook voor pgb</i> . De NZa adviseert VWS hierover, VWS beslist	
29	Leidt dit tot extra contracteerruimte, zie verder bij nr. 8. Zo niet, dan honoreert de zorgverzekeraar extra productie niet. Eventueel wordt een wachtlijst ingesteld ( <i>ook voor pgb</i> ) en overbruggingszorg ingekocht	

Bron: Verkenning integratie pgb en zorg in natura in één contracteerruimte, PricewaterhouseCoopers 2009

<sup>17</sup> De 100,5%-regeling is opgenomen in de beleidsregel Contracteerruimte van de NZa en houdt in dat een zorgkantoor, anticiperend op onderuitputting, productieafspraken kan maken tot 100,5% van de reguliere contracteerruimte, dat is de contracteerruimte exclusief geormerkte gelden.

7.18 Tot slot nog het volgende. Het behoorde niet tot onze opdracht om argumenten voor het samenvoegen van pgb en zorg in natura in één contracteerruimte te vinden of te wegen, maar wel zou de vraag kunnen rijzen, waarom alles overziend de huidige situatie eigenlijk moet worden veranderd. Immers, de mogelijkheid om te kiezen tussen pgb en zorg in natura is materieel ook nu al aanwezig en ontstaat dus niet pas door samenvoegen van de contracteerruimte. Sterker nog, een wettelijke verankering van het pgb ook kan worden gerealiseerd zonder samenvoegen van de contracteerruimte (andersom kan dit niet, zoals we hebben gezien). Ook voor de kostenbeheersing is samenvoegen niet noodzakelijk: in de huidige subsidieregeling is een instrument tot kostenbeheersing opgenomen. En ten slotte is door het verschil in budgetcyclus tussen zorg in natura en pgb ook in een situatie van 'één contracteerruimte' grotendeels nog sprake van twee afzonderlijke systemen. Daardoor kunnen prikkels tot oneigenlijk gebruik blijven bestaan.

7.19 Wat echter in een situatie van één contracteerruimte wél en in de huidige situatie niet of moeilijker kan worden geregeld, is het creëren van een substitutieruimte waarin beleid kan worden geformuleerd ten aanzien van de keuze tussen pgb en zorg in natura. Dit biedt de mogelijkheid om, inspeland op de specifieke situatie in een regio, substitutie te stimuleren en daarmee de aansluiting tussen vraag en aanbod te verbeteren. Verder biedt de samenvoeging de mogelijkheid om de bevoegdheden opnieuw te verdelen tussen ministerie, ZBO's en zorgkantoren/zorgverzekeraars. Daarmee kan worden bereikt dat de bevoegdheidsverdeling meer aansluit bij de ieders kerntaken.

## 8 Invoeringstraject vereist twee tot vier jaar

8.01 In het vorige hoofdstuk hebben wij beargumenteerd waarom wij voorlopig kiezen voor scenario 4, samenvoegen van pgb en zorg in natura in één contracteerruimte in de nieuwe uitvoeringsstructuur, met een wettelijk recht op pgb, en met bevoegdheden van zorgkantoren binnen regelgeving door het ministerie. De taakverdeling is in het vorige hoofdstuk aangegeven. In dit hoofdstuk gaat het erom wat er op hoofdlijnen moet gebeuren om tot dit scenario te komen, en hoeveel tijd dit zal kosten. Daarbij richten we ons op de zaken die direct te maken hebben met het invoeren van één contracteerruimte voor pgb en zorg in natura.

### Doorlooptijd juridisch traject afhankelijk van instapmoment

8.02 Allereerst zullen de wijzigingen in de AWBZ, WMG en mogelijk WTZi moeten worden voorbereid en doorgevoerd. De doorlooptijd is afhankelijk van het feit of de wijziging kan worden meegenomen in een lopend traject (dan kan al snel in het traject worden ingestapt), maar wij schatten in dat rekening gehouden moet worden met minimaal twee jaar en maximaal vier jaar, te rekenen tot het moment waarop de wet in werking treedt. Met de voorbereiding kan direct worden gestart. Actor is het ministerie.

8.03 In dezelfde periode kan de regeling worden voorbereid waarin het wettelijke keuzerecht nader wordt uitgewerkt en waarin dus ook de kaders voor de verdeling van de budgetruimte tussen pgb en zorg in natura worden gegeven. Wij nemen aan dat dit een AMvB of een ministeriële regeling zal zijn, met mogelijk weer daarop gebaseerde lagere regelgeving. Actor is ook hier het ministerie, in samenwerking met de NZa en het CVZ. De doorlooptijd ramen wij op een jaar. De kaders zullen jaarlijks aangepast moeten worden.

8.04 De verdeling van middelen over pgb en zorg in natura kan op meerdere uitgangspunten worden gebaseerd. Het ministerie zal een keuze moeten maken.

- a De historische verdeling: de meest recente verdeling in het huidige systeem is leidend zijn voor de toevoeging aan de contracteerruimte.
- b Een mix van historische verdeling en verdeling op basis van beleidsuitgangspunten.
- c Bij de toevoeging van pgb-middelen aan de contracteerruimte wordt een nieuwe start gemaakt, waarbij de middelen worden verdeeld op basis van een in principe gelijke behoefte aan pgb in elke regio.
- d Idem, maar de middelen worden nu verdeeld op basis van inhoudelijke uitgangspunten, zoals indicaties, regiokenmerken (bijvoorbeeld verstedelijking) of gewenste substitutie van zorg in natura door pgb.

8.05 In de derde plaats moet worden onderzocht hoe de regelgeving zodanig moet worden ingericht dat zij de zorgverzekeraars bindt (het gaat immers niet om zorgkantoren maar om

zorgverzekeraars, die op een andere wijze juridisch verankerd zijn). Dit deel van het invoeringstraject loopt parallel met en zal moeten worden ingebed in de voorbereiding van het uitvoeren van de AWBZ door de zorgverzekeraars. Actor is het ministerie.

8.06 In de vierde plaats moet de Regeling pgb AWBZ worden ingetrokken. Actoren zijn het ministerie en het CVZ. Er is geen overgangsrecht nodig, omdat de regeling van rechtswege in stand blijft voor de afhandeling van het laatste subsidiejaar.

### **Kennis CVZ benutten bij invoeringstraject**

8.07 Omdat in alle scenario's grotendeels een einde komt aan de rol van het CVZ als het gaat om het pgb, zal op een zorgvuldige manier de overdracht van taken moeten worden geregeld. Gelet op de opgebouwde kennis ligt het voor de hand het CVZ nauw te betrekken bij de voorbereidingen van het gehele invoeringstraject. Doorlooptijd een jaar. Actoren zijn het CVZ, de NZa en de zorgverzekeraars.

8.08 Er zal een besluit genomen moeten worden over voortzetting van de landelijke monitoring van de pgb-ontwikkeling, die nu bij het CVZ ligt. Mogelijk kan die als taak bij het CVZ blijven, of kan de pgb-ontwikkeling worden ingesluit in de AWBZ-brede zorgregistratie (AZR). Doorlooptijd bij overheveling naar de AZR ramen wij op twee jaar. Actoren zijn het ministerie en het CVZ.

### **Inzicht zorgverzekeraars in pgb-ontwikkelingen nodig voor adequate taakuitvoering**

8.09 Zorgverzekeraars zullen niet alleen van de zorgkantoren de huidige taken moeten overnemen die zij (de zorgkantoren) voor het pgb uitvoeren, maar zij zullen ook nieuwe taken moeten uitvoeren:

- a het – jaarlijks - aanleveren van gegevens die voor het ministerie een onderbouwing vormen voor het vaststellen van de kaders voor de verdeling van de middelen over pgb en zorg in natura;
- b het - in het eindstadium - daadwerkelijk verdelen van de contracteerruimte over pgb en zorg in natura met inachtneming van deze kaders;
- c het – in het eindstadium - formuleren van overige regels ten aanzien van de toegang tot pgb;
- d het monitoren van het pgb-gebruik en het nemen van maatregelen om overschrijding te voorkomen, ook ten aanzien van pgb.

8.10 Om deze nieuwe taken te kunnen uitvoeren, moeten de verzekeraars inzicht hebben in het pgb-gebruik van hun verzekerden. Ook nu al registreren zij een aantal gegevens, maar het is niet uit te sluiten dat de registratie nu moet worden uitgebreid of dat er faciliteiten worden aangebracht om de benodigde doorsnedes ten behoeve van beleidsinformatie te kunnen maken. Wij denken

aan een doorlooptijd van een jaar

8.11 Daarnaast is het, zoals eerder toegelicht, gewenst dat verzekeraars zicht hebben op de productie van zorgaanbieders voor de eigen verzekerden. Dit zal een aanpassing van de registratiesystemen van de zorgverzekeraars vergen. Daarvoor ramen wij een doorlooptijd van een jaar, maar belangrijker voor de doorlooptijd is dat het uitsplitsen van de productie door de zorgaanbieder nog geen feit is. Dit proces vergt een langere voorbereidingstijd, inclusief passende regelgeving, doorvoeren en een proefjaar. In totaal zijn er mogelijk drie of vier jaar mee gemoeid.

### **Splitsing productie zorgaanbieders en oriëntatie op nieuwe traject vereist**

8.12 Aansluitend bij het voorafgaande: zorgaanbieders zullen hun productie moeten splitsen zodanig dat de productie per zorgverzekeraar zichtbaar wordt. Deze splitsing is overigens evenzeer noodzakelijk als pgb en zorg in natura niet worden samengevoegd. Voor de zorgaanbieders is een verzwaring van administratieve lasten te verwachten. Niet alle zorgaanbieders zullen hun registratie zo hebben ingericht dat splitsing eenvoudig mogelijk is.

8.13 Verder zullen de zorgaanbieders zich moeten positioneren in een systeem waarin voor het pgb andere regels gelden dan nu. Zorgaanbieders zullen op dit punt standpunten moeten formuleren. De doorlooptijd ramen wij op een half jaar tot een jaar.

### **Cliënten en cliëntenorganisaties leveren inbreng in invoeringstraject**

8.14 Ook cliënten(organisaties) moeten als partij hun rol kunnen spelen in het nieuwe pgb-systeem. Zij zullen hun inbreng leveren in de voorbereiding van de wettelijke regels en kaders die de positie van het pgb moeten vastleggen.

### **Aanpassing wetgeving en splitsing productie bepalend voor doorlooptijd**

8.15 De doorlooptijd in het traject wordt bepaald door de aanpassing van de wetgeving en de splitsing van de productie van zorgaanbieders, omdat deze elementen de langste doorlooptijd kennen. Eventueel kan worden overwogen het eerste jaar nog te werken zonder gesplitste productie. Het ministerie zal de verdeling per zorgverzekeraar van pgb en zorg in natura dan op andere gronden moeten baseren. Al met al gaan wij ervan uit dat de voorbereiding minimaal twee en maximaal vier jaar zal duren.

### **Tijdens invoeringstraject kan huidige situatie worden gecontinueerd**

8.16 Zolang er nog geen sprake is van één contracteerruimte, kan naar onze mening de huidige situatie worden gecontinueerd. De Regeling pgb blijft dan bestaan. Bij noodzaak van kostenbeheersing 'aan de achterkant' kan het ministerie desgewenst gebruik maken van de mogelijkheid die de regeling biedt om bij budgetoverschrijding geen pgb uit te keren.

## A Enkele feiten over het pgb

A.01 Het pgb wordt voor een deel (30%) besteed aan mantelzorg, vaak verleend door naaste van de pgb-houder (RVZ: Zorginkoop 2008). Uit het ITS-onderzoek Persoonsgebonden budget nieuwe stijl 2007, Vervolgonderzoek blijkt dat 43% van de budgethouders een combinatie van pgb en zorg in natura inkoopt, 36% alleen professionele zorg en 21% alleen mantelzorg.

A.02 Het pgb wordt het vaakst ingezet (cijfers over 2007) voor ondersteunende begeleiding (76% van de indicaties). Vervolgens voor persoonlijke verzorging (42%, de percentages tellen op tot boven de 100% omdat cliënten voor meerdere functies geïndiceerd kunnen worden), dan voor activerende begeleiding (28%) en voor kortdurend verblijf (27%).

A.03 De gemiddelde budgethouder koopt 14 uur per week hulp in, voor een gemiddeld uurtarief van 23 euro. Bron: Persoonsgebonden budget nieuwe stijl 2007, Vervolgonderzoek ITS.

A.04 Het gebruik van pgb's is niet evenredig verdeeld over het land. In de ene zorgkantorregio wordt er veel meer gebruik van gemaakt dan in de andere, zonder dat dit terug te voeren lijkt op verschillen in kenmerken van de inwoners. De aantallen variëren van 337 pgb-houders per 100.000 inwoners in Amstelland en de Meerlanden tot 1082 in Groningen, per 1 juli 2008 (bron: CVZ). Als reden voor deze verschillen zijn in de interviews genoemd de verschillen in communicatie over de mogelijkheden van het pgb. In regio's waar zorgkantoren of regionale cliëntenorganisaties het pgb actief stimuleren, is het gebruik hoger.

Tabel A-1: Aantal pgb's per zorgkantoor, per 1 juli 2008

<b>Naam Zorgkantoor</b>	<b>Aantal budgethouders</b>	<b>Per 100.000 inwoners</b>
Zuidoost Brabant	6244	855
Groningen	6205	1.082
Utrecht	5893	479
Zuid Limburg	5164	845
Friesland	5099	793
Arnhem	4947	544
Noordoost Brabant	4890	766
Drenthe	3976	815
Twente	3965	641
Haaglanden	3937	532
Amsterdam	3876	503
Zwolle	3858	736
West-Brabant	3565	525
Rotterdam	3137	464
Noord en Midden Limburg	3110	637
Noord-Holland-Noord	2961	492
Nijmegen	2672	530
Midden Brabant	2495	583
t Gooi	2445	563
Zeeland	2435	640
Zuid-Holland Noord	2385	460
Waardenland	1985	507
Kennemerland	1907	468
Zuid-Hollandse eilanden	1871	453
Apeldoorn, Zutphen e.o.	1845	600
Flevoland	1585	811
Delft Westland Oostland	1282	419
Midden Holland	1231	517
Zaanstreek/Waterland	1188	375
Amstelland en Meerlanden	966	337
Midden-IJssel	884	504
Nieuwe Waterweg Noord	798	450
<b>Totaal</b>	<b>98801</b>	<b>18926</b>

Bron: CVZ 2009

A.05 De groei van het aantal budgethouders lijkt wat af te vlakken. In de periode van 30 juni 2007 tot en met 31 juni 2008 steeg het aantal met gemiddeld 1901 per maand. In de periode van 30 juni 2008 tot en met 30 juni 2009 met 1084 per maand. .

Tabel A-2: Ontwikkeling aantal budgethouders pgb-AWBZ:

Maand/datum	Aantal budgethouders
30 juni 2007	75.983
31 december 2007	89.771
30 juni 2008	98.801
31 december 2008	108.998
Juni 2009	111.813

Bron: CVZ 2009



## B Overzicht verschillen pgb en zorg in natura

<b>A. Algemeen</b>	<b>Pgb</b>	<b>Zorg in natura</b>
Heeft cliënt afdwingbaar recht?	Nee, de cliënt heeft aanspraak op geïndiceerde verzekerde zorg, maar kan kiezen voor leveringsvorm pgb. Er is geen aanspraak op die keuze. Wel ontleent de cliënt recht op pgb als het zorgkantoor het pgb heeft toegekend.	Ja, op de geïndiceerde verzekerde zorg.
Juridische verankering van keuzemogelijkheid zorg in natura/pgb	AWBZ, Art 44, eerste lid onder b is bepaald dat per Ministeriele regeling subsidies (pgb) kan verstrekken. In de Regeling subsidies AWBZ Subsidieregeling PGB	AWBZ/BZA: omschreven is verzekerde zorg. Er is aanspraak op zorg (niet op kosten van zorg of pgb)
Voor welke zorg is keuze voor leveringsvorm mogelijk?	PV, VP, BGI, BGG (evt. met vervoer), TV maximaal 2 etmalen)	Idem, ook voor BH en VB-langdurig (en overige aanspraken)
Rol zorgkantoor	(Getrapte subsidieregeling) Zorgkantoren voeren subsidieregeling van CVZ uit.	Zorgkantoren kopen naturazorg in. ZK geeft betaalopdrachten aan CAK om instellingen te bevoorschotten.
Welke verplichtingen gaan zorgkantoren aan?	Toekennen pgb's <i>aan cliënt</i> .	Productieafspraken met aanbieders. Deze is onderdeel van de overeenkomst met zorgaanbieders.
Wie stelt tarieven vast?	VWS. Pgb = 75% van gewogen gem. naturatarief.	NZa.
<b>B. Vaststelling macrokader</b>	<b>Pgb</b>	<b>Zorg in natura</b>
Waaruit volgt macrokader	VWS (BKZ)	VWS (BKZ)

Waar is hoogte van kader in regelgeving vastgelegd	Subsidieplafond op basis van pgb-regeling	Via toepassing WMG. Hoogte van contracteerruimte Volgt uit aanwijzing van VWS/ beleidsregels NZa.
<b>C. Verdeling macrokader</b>	<b>Pgb</b>	<b>Zorg in natura</b>
Hoe wordt het financieel kader per zorgkantoor vastgesteld (verdeelsleutel)	Zie Art 2.6.2 PGB – regeling (op basis van aantal pgb-houders en gemiddeld pgb-bedrag per cliënt)	Historische uitgaven Groeiruimte naar rato en/of op basis van Onderzoek PwC/CIZ naar regionale ontwikkelingen indicatiestelling (herallocatie)
<b>D. Toetsing aan macrokader</b>	<b>Pgb</b>	<b>Zorg in natura</b>
Wie beheerst / toetst aan het kader?	CVZ	NZa
Wat wordt precies begrensd?	De totale bruto kosten van pgb's van cliënten (macro verplichtingenniveau).	De productieafspraken tussen ZK en <u>instellingen</u> die zijn gevestigd in de zorgkantoorregio.
Op welk niveau grijpt beheersing aan?	<i>Cliënten</i> woonachtig in een zorgkantoorregio	<i>Instellingen</i> gevestigd in een zorgkantoorregio
Frequentie van toetsing	Maandelijks (op basis van raming van verplichtingenniveau op 31 december)	Enkele x p.j. (Zie beleidsregel indieningstermijnen/nacalculatie: CA-362)
Wat blijft buiten de toetsing?	-	Zie onder
Hoe werkt beheersing: wat gebeurt bij overschrijding van het financieel kader (kt)?	Bij bereiken van het subsidieplafond krijgt het zorgkantoor instructie van CVZ om:  - Vanaf een datum geen nieuwe pgb's meer toe te kennen	Productieafspraken met instellingen worden gekort door NZa
<b>E. Instrumenten van het zorgkantoor</b>		
Heeft zorgkantoor invloed op aantal zorgvragers waarvoor zorg wordt ingekocht/vergoed	Nee, de cliënt kiest voor pgb	Nee, cliënt kiest zelf zorgaanbieder van voorkeur (AWBZ, art 10)

Heeft zorgkantoor invloed op aantal zorgaanbieders	Nee, de cliënt beslist	Ja, zorgkantoor heeft contracteerbeleid
Heeft zorgkantoor invloed op zorgvolume per cliënt?	Nee, hoogte van pgb volgt uit indicatie.	Ja, het zorgkantoor zoekt marges op van de f/k-systematiek
Heeft zorgkantoor invloed op de prijs?	Nee, de prijs volgt uit de subsidieregeling	Ja, zorgkantoor maakt prijsafpraak op basis van maxima van de NZa.
Is prioritering naar doelgroep mogelijk?	Nee, het zorgkantoor kan niet selectief pgb's toewijzen (prioriteren).	Nee
<b>F. Escapes</b>		
Escape voor zorgkantoren	Nee. ZK kunnen onderling geen ruimte onder het subsidieplafond overhevelen	Ja: zorgkantoor kan cliënt sturen naar aanbieder in andere regio ZK kunnen ook onderling CR overhevelen
Escape voor cliënt	Keuze maken voor zorg in natura (impliceert keuze voor toegelaten aanbieder met overeenkomst met ZK)	- Recht op zorg opeisen bij ZK - Keuze maken voor pgb - Keuze voor zorg in natura bij een aanbieder in andere zorgkantoorregio
Escape voor aanbieder	Zorg aanbieden op basis van zorg in natura	Zorg aanbieden op basis van pgb
Escape voor VWS bij dreigende macro-overschrijding (korte en lange termijn)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ophogen subsidieplafond;</li> <li>- Aanspraken aanscherpen;</li> <li>- Pgb tarieven verlagen</li> <li>- Eigen bijdragen verhogen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Contracteerruimte verhogen: NZa verzoeken om knelpuntenprocedure;</li> <li>- Aanspraken aanscherpen;</li> <li>- Tariefkorting;</li> <li>- Eigen bijdragen verhogen</li> </ul>

Bron: interne notitie ministerie van VWS