

Persoonsgebonden budget solide en houdbaar

Scenario's en maatregelen

**Interdepartementale werkgroep: Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport en Ministerie van Financiën**

Concept rapport

25 maart 2011

Inhoudsopgave rapport solide en houdbare PGB regeling

Versie: 25 maart 2011

Samenvatting	3
Hoofdstuk 1 Opdracht werkgroep	5
Hoofdstuk 2 PGB regeling in de tijd	7
2.1 Vormgeving PGB in historisch perspectief: van experimentfase tot nu.....	7
2.2 Ontwikkeling PGB-houders en uitgaven door de tijd.....	8
2.3 Wie zijn de PGB-houders anno 2010?	11
Hoofdstuk 3 PGB regeling in de praktijk	15
3.1 Inleiding	15
3.2 Breed geformuleerde AWBZ aanspraken leidden tot ontwikkeling nieuwe zorgvraag	15
3.3 Omvang budget en aanwendingsmogelijkheden mede verklaring populariteit PGB.....	16
3.4 Weinig garanties dat met PGB kwalitatief goede zorg wordt ingekocht	18
3.5 Relatief geringe verantwoordingslasten voor de PGB-houders	19
3.6 Fraude maatregelen leveren tot nu toe onvoldoende resultaat	19
3.7 Sterke groei PGB voor jeugd kent specifieke oorzaken	20
Hoofdstuk 4 Naar een solide en houdbare PGB regeling.....	22
4.1 Inleiding	22
4.2 Perspectief	22
4.3 Perspectief in doelgroep en geld.....	23
4.4 Uitgangspunten en scenario's solide PGB met wettelijke verankering	23
Hoofdstuk 5: Scenario's en maatregelen voor een solide en houdbare PGB	25
5.1 Inleiding en overzicht	25
5.2 Invalshoek: toegang.....	27
5.3 Invalshoek: tarieven.....	34
5.4 Verantwoordings- en uitvoeringsstructuur	37
Bijlage A: Additionele PGB kerncijfers	39
Bijlage B: Vaststellen bedragen PGB	41
Bijlage C: Financiële tabellen besparingen scenario's	43
Bijlage D: Verantwoordings- en uitvoeringsstructuur	47

Samenvatting

Aanleiding

Sinds de invoering van het Persoonsgebonden budget (PGB) nieuwe stijl in 2003 is de regeling explosief gegroeid van 414 mln in 2002 naar 2,2 mrd in 2010, ondanks ingrepen zoals de pakketmaatregel begeleiding in 2009. Medio 2010 is zelfs een PGB subsidiestop afgekondigd omdat het - opgehoogde - subsidieplafond opnieuw was bereikt.

In opdracht van de bewindspersonen van de ministeries van VWS en Financiën heeft een gezamenlijke ambtelijke werkgroep een analyse gemaakt om antwoord te geven op de volgende vragen:

- Op welke wijze kan de PGB-regeling per 2012 worden herzien, zodat deze vanaf 2012 past binnen het structureel beschikbare budget?;
- Op welke wijze kan – voorafgaand aan de verankering van het wettelijk recht per 2014 – voorzien worden in de structurele houdbaarheid van de PGB-regeling?;
- Welke mogelijkheden zijn er om de PGB-regeling weer terug te brengen naar de oorspronkelijke doelstellingen en doelgroepen van het persoonsgebonden budget?

Budgettaire opgave

Bij het in beeld brengen van de budgettaire opgave zijn de voorgenomen regeerakkoordmaatregelen ten aanzien van de AWBZ, waaronder de overheveling van de functie begeleiding naar de gemeenten niet meegenomen. Dit, omdat het uitgangspunt is dat de PGB-regeling solide moet zijn ongeacht deze overheveling. Uit de doorrekeningen blijkt dat de (budgettaire) opgave om de PGB-regeling houdbaar en solide te maken een forse is. Op korte termijn belooft het tekort in de PGB-regeling zonder verdere maatregelen naar schatting €312 mln in 2012 en €576 mln in 2013 bij een maandelijkse toename van het aantal budgethouders van 1.900. Bij een toename van 1.500 budgethouders bedraagt het tekort €176 mln in 2012 en €374 mln in 2013. Het rapport maakt ook helder dat de impact van de te nemen maatregelen verder dient te reiken om de groei van de PGB-regeling in lijn te brengen met die in de overige AWBZ, zodat aan de voorwaarde voor invoering van de wettelijke verankering van het PGB wordt voldaan. De geraamde overschrijding in 2015 bedraagt circa €1,2 miljard bij 1.900 budgethouders en circa €864 mln. bij 1.500 budgethouders, met een opwaartse trend naar de toekomst. Het gaat hierbij om forse ombuigingen van respectievelijk 42% en 30% ten opzichte van de beschikbare PGB-middelen. Bij deze doorrekening is er vooralsnog van uitgegaan dat hele PGB-wachtlIJst van circa 10.000 personen instroomt in de PGB-regeling 2011.

Uitkomsten van de analyse

De groei van de PGB-regeling heeft niet geleid tot lagere uitgaven elders in de AWBZ en kan slechts voor een klein deel worden verklaard uit het toenemende aantal ouderen. Met de PGB-regeling zijn nieuwe doelgroepen aangeboord, die anders geen AWBZ-zorg zouden hebben gebruikt. Positieve effecten van de PGB-regeling zijn het ontstaan van innovatieve zorgconcepten en het in handen geven van eigen regie bij de cliënt.

Als verklaring voor de populariteit van de PGB-regeling zijn de volgende oorzaken aan te wijzen:

- Flexibele inzet van het budget qua tijdstippen en zorgverleners, maar ook tussen of zelfs buiten de voor hen geïndiceerde functies (eigen regie);
- Het budget is inzetbaar voor het betalen van mantelzorgers (monetarisering), bijv. ook van ouders die zichzelf financieren voor de zorg voor hun kinderen;
- Toenemende bekendheid (mond-tot-mond-reclame) en actieve toeleiding (belanghebbende intermediairs of non-profitorganisaties), alsook prikkels tot afwenteling door zorgkantoren;
- Groter beroep op AWBZ door lastig af te bakenen grondslagen/functies in combinatie met sterk verbeterde mogelijkheden diagnosticering; en,

- Ruime tarieven: naast onderbesteding (gemiddeld circa 9%) slagen cliënten erin om vanuit hun budget gemiddeld meer uren zorg in te kopen tegen een lagere prijs. Het netto uitbetalen van PGB's leidt er veelal toe dat er feitelijk geen eigen bijdrage wordt betaald.

Dit alles maakt de PGB-regeling aantrekkelijk en zorgt voor een aanzuigende werking die in potentie nog kan leiden tot een groei van de regeling met circa 50%.

Als keerzijden van de PGB-regeling zijn de volgende aspecten geïdentificeerd:

- Geen zicht op geleverde kwaliteit en suboptimale (zorginhoudelijke) situaties;
- Urgentie tot ontwikkelen (innovatief) zorg in natura aanbod ontbreekt vanwege populariteit en afwenteling naar PGB-regeling;
- Fraudegevoeligheid van de regeling, o.a. door het storten van relatief hoge budgetten op rekening en een gepercipieerd lage pakkans door fraudeurs;
- Oneigenlijk gebruik door het inzetten van PGB-gelden voor zorgvormen die niet binnen de AWBZ-aanspraken horen;
- Beheerskosten van de regeling liggen relatief hoog (28%) en zijn stijgend.

Conclusie

De gezamenlijke ambtelijke werkgroep heeft een aantal scenario's opgesteld op basis waarvan de betrokken bewindspersonen keuzes kunnen maken. Deze keuze moeten ertoe leiden dat de PGB-regeling zowel op korte als op langere termijn houdbaar en solide wordt.

Hoofdstuk 1 Opdracht werkgroep

Met het persoonsgebonden budget (PGB) wordt gemeenschapsgeld beschikbaar gesteld voor de inkoop van AWBZ zorg in de vorm van professionele en niet professionele hulp. Het PGB is nu nog een aparte regeling met een subsidieplafond¹. Het kabinet heeft tot doel de keuzevrijheid van een cliënt middels het PGB te versterken en is daarom voornemens het PGB voor cliënten per 1 januari 2014 wettelijk te verankeren.

Sinds de invoering van het PGB-nieuwe stijl heeft het gebruik van deze regeling een explosieve groei vertoond. Zo zijn de uitgaven tussen 2002 en 2010 gestegen van €414 mln naar €2,2 miljard. Dit, ondanks maatregelen die al zijn genomen zoals de pakketmaatregel begeleiding in 2009. Medio 2010 gold er zelfs een PGB-stop omdat het (opgehoogde) subsidieplafond was bereikt en er geen middelen waren het plafond nogmaals te verhogen.

De wettelijke verankering van het PGB kan pas plaatsvinden wanneer de PGB-regeling² houdbaar en solide is gemaakt, wat inhoudt dat de groei van de PGB-uitgaven beheersbaar, en vergelijkbaar is met de groei van de uitgaven voor AWBZ-zorg in natura. Daartoe is een ambtelijke werkgroep ingesteld, zie box 1.1 voor de beschrijving van de taakopdracht. De wettelijke verankering moet in samenhang worden gezien met verschillende Regeerakkoord maatregelen zoals: het verschuiven van de IQ grens naar 70; het overhevelen van de functie begeleiding naar de Wmo en het overhevelen van de jeugdzorg naar gemeenten. Door de wettelijke verankering niet eerder te laten ingaan dan de overheveling van de functie begeleiding naar de WMO, wordt voorkomen dat cliënten wettelijk recht krijgen op een PGB in de AWBZ voor begeleiding die kort daarna komt te vervallen. Ook moet bij de wettelijke verankering rekening worden gehouden met de afspraak dat de AWBZ dan inmiddels wordt uitgevoerd door zorgverzekeraars voor eigen verzekerden.

Box 1.1 Taakopdracht werkgroep PGB

Een gezamenlijke werkgroep van VWS en Financiën levert uiterlijk 1 maart 2011 een rapportage op, zodat de resultaten gebruikt kunnen worden bij de Voorjaarsbesluitvorming 2011, zodat de wijzigingen in de PGB-regeling 2012 tijdig ingevoerd en bekend gemaakt kunnen worden. In deze rapportage wordt in ieder geval antwoord gegeven op de volgende vragen³:

- Op welke wijze kan de PGB-regeling per 2012 worden herzien, zodat deze vanaf 2012 past binnen het structureel beschikbare budget;
- Op welke wijze kan – voorafgaand aan de verankering van het wettelijk recht per 2014 - voorzien worden in de structurele houdbaarheid van de PGB-regeling;
- Welke mogelijkheden zijn er om de PGB-regeling weer terug te brengen naar de oorspronkelijke doelstellingen en doelgroepen van het persoonsgebonden budget?

Financiële taakstelling PGB regeling solide en houdbaar

De (financiële) taakstelling om de PGB regeling houdbaar en solide te maken is stevig. In onderstaande tabellen wordt de financiële opgave in beeld gebracht aan de hand van de volgende twee varianten, te weten:

- Variant 1: een maandelijkse toename van 1.900 budgethouders;
- Variant 2: een maandelijkse toename van 1.500 budgethouders.

¹ Een subsidieplafond betekent dat de wetgever niet onbeperkt financiële middelen voor het verstrekken van de subsidie beschikbaar wil stellen. De aanvrager weet zo van het begin af aan dat de betreffende regeling geen open-einde is en dat hij dus het risico van een weigering wegens uitputting van de gelden loopt. Wanneer de beschikbare middelen zijn uitgegeven, kunnen voor het restant van dat kalenderjaar geen budgetten meer worden toegekend. Verzekerden die dan een PGB aanvragen, komen op een wachtlijst. Zij kunnen op dat moment nog steeds een beroep doen op zorg in natura.

² De opdracht van de werkgroep is afgebakend tot de PGB-regeling van de AWBZ.

³ Met deze taakopdracht wordt ook voldaan aan motie 45 van 15 december 2010 om een alternatieve dekking te vinden voor het afbouwtraject zzp tarieven (TK 2010-2011, 25657-45).

Uitgangspunt bij het in beeld brengen van de financiële problematiek is dat de voorgenomen regeerakkoordmaatregelen in de AWBZ, zoals de overheveling van de functie begeleiding naar de gemeenten, niet zijn meegenomen. Als uitgangspunt geldt dat de PGB-regeling beheersbaar gemaakt moet worden ook zonder deze geplande overheveling en bovendien dat gemeenten niet mogen worden opgezadeld met een onbeheersbare groei in de PGB-regeling, in het bijzonder een groei van de uitgaven voor de functie begeleiding.

Variant 1: 1900 budgethouders (gebaseerd op de groei in de eerste helft van 2010, voor de PGB-stop)

Uitgaande van een maandelijkse toename van 1.900 budgethouders zijn op korte termijn maatregelen nodig die een reductie van uitgaven van ten minste € 312 mln opleveren in 2012 en € 576 mln in 2013. Daarnaast zijn, in ieder geval voorafgaand aan de wettelijke verankering en om de PGB groei in lijn met de AWBZ groei te krijgen, maatregelen nodig die oplopen tot circa € 1,2 miljard in 2015, met een opwaartse trend. Dat betekent in 2015 een forse ombuiging van 42% ten opzichte van het beschikbare PGB-budget.

Tabel 1.1: Financiële opgave PGB, 2012-2015 (bij ongewijzigd beleid)¹

Verwachte PGB- uitgaven en beschikbaar	Korte termijn			Lange termijn	
	2011	2012	2013	2014	2015
PGB verwacht		2.942	3.321	3.700	4.077
PGB beschikbaar	2.445	2.630	2.745	2.867	2.879
PGB-problematiek (waarvan motie 45) ²		312 (50)	576 (100)	832 (100)	1.198 (100)

¹Er is geen rekening gehouden met de geplande overhevelingen, bijvoorbeeld van de functie begeleiding.

²Met deze motie is de maatregel aangehouden om het PGB-budget te verlagen voor cliënten met een budgetgarantie en instromers van kleinschalige PGB-gefinancierde wooninitiatieven

Variant 2: 1.500 budgethouders (gebaseerd op de groei in de periode 1 januari 2007 tot 1 juli 2010)

Uitgaande van een maandelijkse toename van 1.500 budgethouders zijn op korte termijn maatregelen nodig die een reductie van uitgaven van ten minste € 176 mln opleveren in 2012 en € 374 mln in 2013. Daarnaast zijn, in ieder geval voorafgaand aan de wettelijke verankering en om de PGB groei in lijn met de AWBZ groei te krijgen, maatregelen nodig die oplopen tot bijna € 864 mln. in 2015, met een opwaartse trend. Dat is in 2015 een forse ombuiging van 30% ten aanzien van het beschikbare PGB-bedrag.

Tabel 1.2: Financiële opgave PGB, 2012-2015 (bij ongewijzigd beleid)¹

Verwachte PGB- uitgaven en beschikbaar	Korte termijn			Lange termijn	
	2011	2012	2013	2014	2015
PGB verwacht		2.806	3.119	3.431	3.743
PGB beschikbaar	2.445	2.630	2.745	2.867	2.879
PGB-problematiek (waarvan motie 45) ²		176 (50)	374 (100)	564 (100)	864 (100)

¹Er is geen rekening gehouden met de geplande overhevelingen, bijvoorbeeld van de functie begeleiding.

²Met deze motie is de maatregel aangehouden om het PGB-budget te verlagen voor cliënten met een budgetgarantie en instromers van kleinschalige PGB-gefinancierde wooninitiatieven.

Bij beide varianten is ermee rekening gehouden dat de gehele wachtlijst van circa 10.000 personen op 1 januari 2011 zal instromen in de PGB-regeling. Op grond van recente, eerste gegevens van het CVZ over het aantal budgethouders op 31 januari 2011 en aanvullende signalen van de zorgkantoren lijkt deze mate van instroom uit de wachtlijst zich niet voor te doen. Begin april komen nadere cijfers beschikbaar.

Hoofdstuk 2 PGB regeling in de tijd

2.1 Vormgeving PGB in historisch perspectief: van experimentfase tot nu

De PGB regeling is gegroeid van enkele afzonderlijke experimenteermaatregelen om knelpunten voor duidelijk omschreven doelgroepen op te lossen, tot een brede regeling nu die ingezet kan worden voor vrijwel alle AWBZ aanspraken. Het PGB is nauw verbonden met de modernisering van de AWBZ en met maatschappelijke ontwikkelingen, zoals opvattingen over eigen regie en eigen verantwoordelijkheid.

De vraag naar langdurige zorg en het PGB hangt samen met, onder andere, de verdergaande individualisering en toenemende complexiteit van de maatschappij. Het hoge tempo in de samenleving en de grotere werkdruk van ouders en partners leidt ertoe dat problemen die vroeger informeel, binnen bestaande sociale structuren, werden opgevangen nu in het publieke domein worden opgelost. Daarnaast heeft er een omslag plaatsgevonden van meer collectief gerichte arrangementen naar meer individueel gerichte voorzieningen. Een positief effect is dat mensen met deze regelingen meer flexibele zorg kunnen organiseren op bijvoorbeeld tijdstippen wanneer hun dat het beste uitkomt. Keerzijde is dat de vanzelfsprekendheid van de samenleving om problemen van individuen te ondervangen afneemt. Mensen die voorheen informele zorg leverden, kunnen daar nu vaak voor betaald worden (monetarisering van mantelzorg).

PGB-regeling oude stijl

Het PGB is begonnen als experiment in 1989 met als doel knelpunten op te lossen in de reguliere hulpverlening voor een groep thuiswonende personen die langer dan 3 maanden thuiszorg nodig hadden, voor verstandelijk gehandicapten en voor positief geïndiceerde ouderen die waren geplaatst op de wachtlijst van een verzorgingshuis. Vervolgens is in 1994 het PGB breder ingevoerd als één van de maatregelen om vraag en aanbod beter bij elkaar aan te laten sluiten. Uit evaluatie van de experimenteerfase was namelijk gebleken dat het PGB gaten had gedicht in de reguliere hulpverlening en er waren positieve effecten gemeten op zelfstandigheid, welbevinden, vitaliteit en tevredenheid.

Er werd gekozen voor sectorale subsidieregelingen met een strikte budgettering: een PGB voor verstandelijk gehandicapten, een subsidieregeling 'zorg op maat geestelijke gezondheidszorg (paragraaf PGB-ggz)' en een subsidieregeling voor zorgvernieuwing in de verpleging en verzorging (paragraaf PGB verpleging en verzorging). De afzonderlijke regelingen hadden een aantal gezamenlijke kenmerken en toetredingsdrempels: grenzen naar leeftijd, niet toegankelijk voor verblijfsgeïndiceerden (met uitzondering van wachtenden op opname in een bejaardenoord), verplicht lidmaatschap van een budgethoudersvereniging, budget deels uitgekeerd in contanten en rest in trekkingsrechten, en duidelijke motivatie van de benodigde zorg en hoe de cliënt het budget wenst te besteden. De hoogte van het PGB werd berekend op basis van budgetcategorieën.

PGB-nieuwe stijl

Met de Modernisering van de AWBZ in 2003 is de "PGB nieuwe stijl" ingevoerd. Met de modernisering werd onder andere beoogd de cliënt meer centraal te stellen in de AWBZ. De aanspraken werden geformuleerd in termen van functies en niet meer gekoppeld aan type instelling. Idee daarachter was dat dit concurrentie en vernieuwing zou stimuleren en de efficiëntie van bestaande instellingen zou vergroten. Toegang tot AWBZ is voor cliënten met een bepaalde grondslag⁴, op basis waarvan zij kunnen worden geïndiceerd voor een of meerdere functies⁵.

⁴ Grondslagen voor AWBZ-zorg zijn: 'somatische, psychogeriatrische of psychiatrische aandoening of beperking' en een 'verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap'.

⁵ Persoonlijke verzorging, verpleging, begeleiding, behandeling, verblijf, voortgezet verblijf op psychiatrische grondslag. Een PGB mag niet worden gebruikt voor behandeling.

Een belangrijk verschil met de situatie voor 2003 is dat geïndiceerden een vrije keuze voor leveringsvorm hebben gekregen. Dit betekent dat een cliënt per geïndiceerde AWBZ aanspraak, behalve voor de functie behandeling, een keuze heeft tussen zorg in natura en een PGB⁶. Beheersing werd niet gezocht in de countervailing power van de uitvoerder (zoals bijvoorbeeld bij zorg die valt onder de Zvw) maar via een strenge en onafhankelijke indicatiestelling. En anders dan voor 2003 kunnen verblijfsgeïndiceerden ook kiezen voor een PGB. Een verzekerde mag in dit geval zelf kiezen of hij de aanspraak op verblijf wel of niet verzilverd.

Ook al heeft een geïndiceerde AWBZ cliënt recht op zorg, er is geen recht op 'leveringsvorm'⁷. Het PGB is in de huidige regeling een premiegefinancierde subsidie met een plafond. Dat betekent dat ieder zorgkantoor een vast bedrag beschikbaar heeft om uit te geven aan PGB. Als dat bedrag volledig is uitgegeven kan het zorgkantoor geen PGB meer toekennen. In geval van een toekenningstop kan een cliënt kiezen om op de wachtlijst geplaatst te worden, gebruik te maken van tijdelijke zorg in natura -overbruggingszorg of om tot de opheffing van de toekenningstop geen zorg te ontvangen.

In ons omringende landen bestaat ook een de mogelijkheid tot een PGB. Internationale ervaringen kunnen inzicht geven in de factoren die een rol spelen in de aantrekkelijkheid van gebruik van een PGB. In het algemeen geldt dat Nederland een zeer ruime regeling heeft, zowel in de aanspraken als in de hoogte van de tariefstelling, zie box 2.1.

Box 2.1 Het persoonsgebonden budget internationaal

De toegankelijkheidscriteria voor AWBZ-voorzieningen zijn in Nederland in het algemeen veel breder dan in andere landen. In Duitsland, bijvoorbeeld, krijgt men alleen een indicatie als de zorgbehoefte langer dan 6 maanden duurt en als de cliënt een ernstige beperking heeft. Uit studies blijkt dat de hoogte van het budget een positief effect heeft op het gebruik ervan. In Duitsland is de hoogte van het bedrag waarop cliënten recht hebben ongeveer de helft van het bedrag waarop zij recht hebben als zij zorg in natura kiezen. In Nederland bestaat de mogelijkheid om inwonende familieleden te betalen voor de zorg (buiten de gebruikelijke zorg om), terwijl deze mogelijkheid in bijvoorbeeld Engeland niet bestaat. Daarnaast speelt een mogelijk cultuurverschil in de acceptatie van beloning voor mantelzorg: terwijl dit in Nederland in het algemeen niet als bezwaarlijk wordt ervaren, heeft men daar in andere landen zoals Engeland wel moeite mee. In Engeland wordt een duidelijk inkomenscriterium gebruikt, waardoor sommigen (ouderen en ouders) met hoge inkomens, geen toegang hebben tot publiek gefinancierde langdurige zorg. In andere landen is ook de toegang meer beperkt tot bepaalde doelgroepen. Zo is in Denemarken en Vlaanderen alleen een PGB voor extra kosten beschikbaar voor mensen jonger dan 65 jaar.

2.2 Ontwikkeling PGB-houders en uitgaven door de tijd

Er zijn geen aanwijzingen dat de PGB regeling in lagere totale AWBZ uitgaven of lagere AWBZ zorg in natura uitgaven heeft geresulteerd. Sinds 2002 zijn de PGB uitgaven jaarlijks gemiddeld met 23% gestegen, in vergelijking met een corresponderende groei van de AWBZ uitgaven van 4%⁸. In 2002 werd er nog 414 mln aan de PGB regeling uitgegeven, in 2010 was dit opgelopen tot bijna 2,2 mld⁹, wat een vervijfvoudiging is in acht jaar tijd. Het aandeel van de PGB regeling in de totale AWBZ uitgaven is in deze periode opgelopen van 2,5% tot 9,3%.

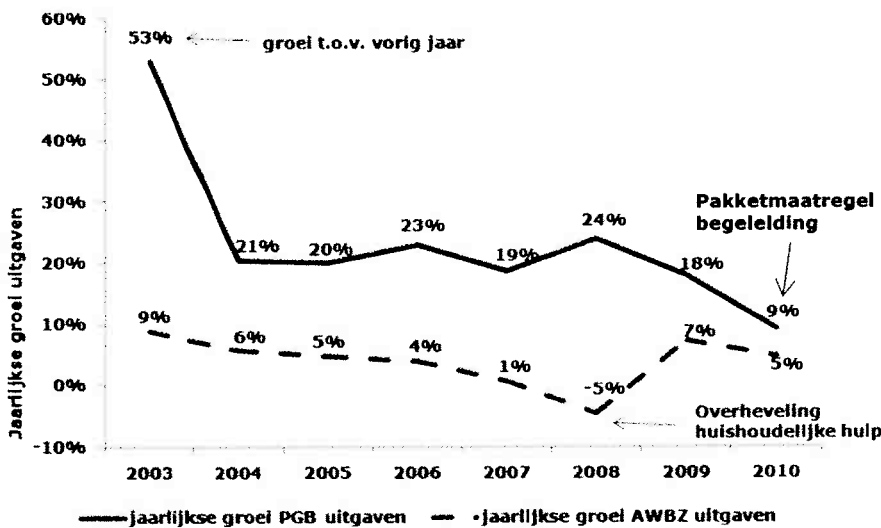
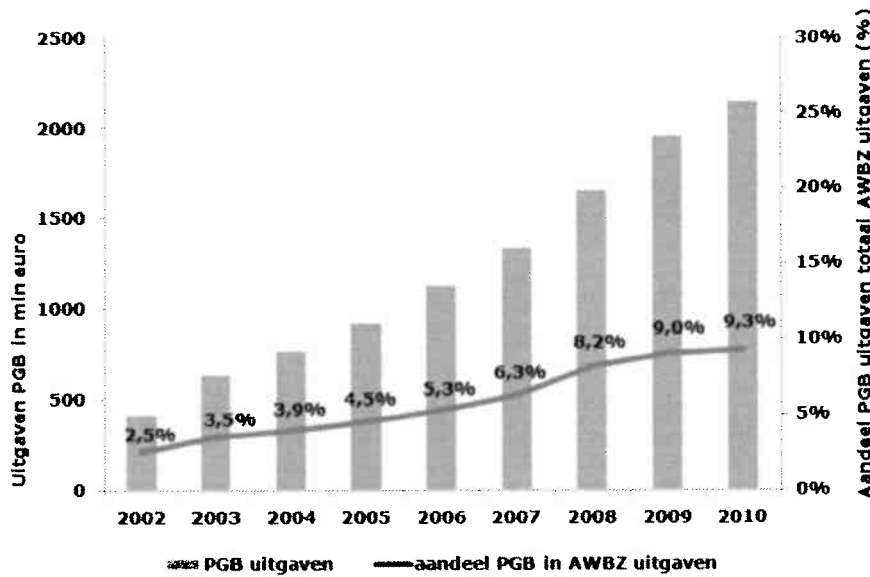
⁶ Met ingang van 2011 is een eerste voorzichtige stap gezet ten aanzien van het beperken van de toegang tot de PGB zoals het uitsluiten van specifieke zorgzwaartepakketen (zzp's).

⁷ Naast het PGB in de AWBZ bestaan er ook andere PGB mogelijkheden binnen de Wmo (huishoudelijke hulp) en de Wet sociale werkvoorziening.

⁸ Ook bleken de PGB uitgaven op jaarbasis moeilijk te ramen zijn, zie bijlage A voor ramingen, realisaties en verschillen PGB-uitgaven 2002-2010.

⁹ Inclusief nominale bijstelling van het budget

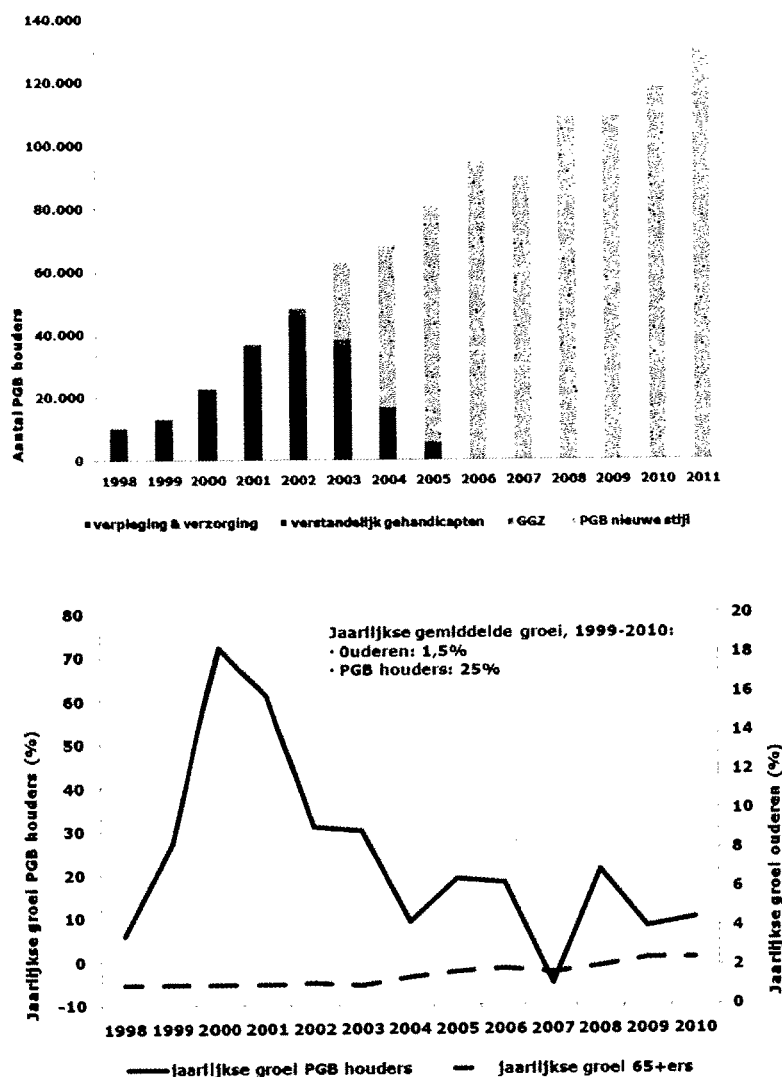
Figuur 2.1 Sterke groei PGB uitgaven ten opzichte van de AWBZ uitgaven, 2002-2010



Zowel het aantal gebruikers van de PGB-regeling als van de zorg in natura zijn sinds 1998 sterk gestegen. De groei van zorggebruik kan slechts voor een (klein) deel worden verklaard door het toenemende aantal ouderen. De stijging van het aantal 65-plussers is gemiddeld 1,5% per jaar, terwijl het aantal PGB-houders gemiddeld met 25% jaarlijks is gegroeid¹⁰. Van alle AWBZ cliënten kiest nu ongeveer 90% voor zorg in natura en 10% voor een PGB als leveringsvorm. Deze groei sluit aan bij de bevindingen van het SCP: hoewel de vergrijzing het stijgende zorggebruik deels verklaart, biedt dit geen verklaring voor het verschil in groei in het aantal indicaties voor PGB en zorg in natura (SCP, 2010).

¹⁰ Helaas is het niet mogelijk om de groei van unieke AWBZ cliënten te berekenen.

Figuur 2.2 Sterke groei aantal PGB-houders, 1998-2010



De gemiddelde maandelijkse netto groei van het aantal PGB-houders is vanaf 2004 circa 1900 budgethouders. In 2007 en 2009 is de groei tijdelijk afgevlakt door respectievelijk de overheveling van huishoudelijke hulp naar de Wmo en de pakketmaatregel begeleiding, waarna de groei zich weer in bijna hetzelfde tempo voortzette¹¹.

Op basis van toekenningsbedragen van januari 2008 tot en met december 2010 kunnen een aantal trends worden opgemaakt (zie bijlage B). In deze periode zijn de toekenningsbedragen voor volwassen tussen de 18 en 65 het hardst gegroeid met 17% per jaar; de jaarlijkse groei voor kinderen was van 12% en voor ouderen 11%. Uit de jaarlijkse groei gesplitst naar functies valt op dat tijdelijk verblijf de snelste groeier is (18%), gevolgd door persoonlijke verzorging (14%) en begeleiding (10%).

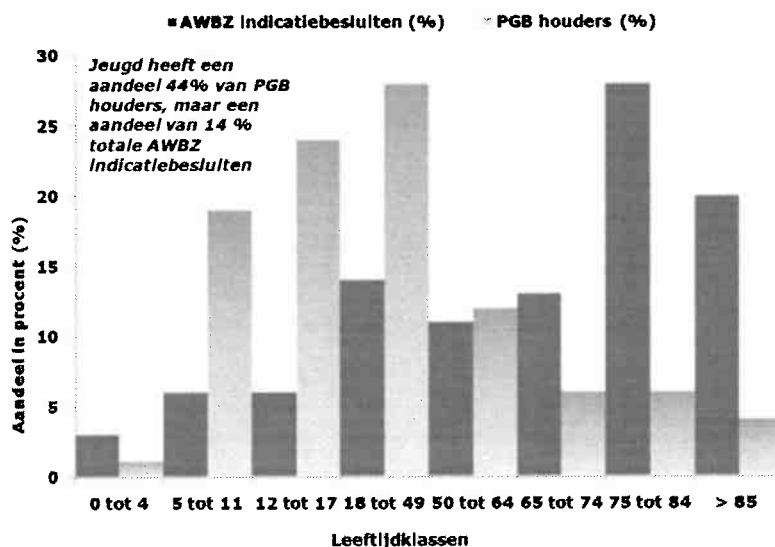
¹¹ Tot aan de toekenningenstop medio 2010, deze toekenningenstop is inmiddels per 1 januari 2011 opgeheven.

2.3 Wie zijn de PGB-houders anno 2010?

Op basis een gepseudonimeerd bestand verkregen van een zorgverzekeraar bestand¹² is het mogelijk te beschrijven wie de PGB houders anno 2010 zijn. Waar mogelijk wordt een vergelijking gemaakt met de AWBZ-populatie¹³. Wat direct opvalt is dat de populatie PGB-houders niet representatief is voor de totale AWBZ populatie. De populatie van de PGB-houders is relatief jong, heeft relatief vaak een psychiatrische grondslag en de functie begeleiding enkelvoudig wordt het meest geïndiceerd. Twee derde van de totale AWBZ-populatie heeft een somatische grondslag en de functie verpleging enkelvoudig wordt het vaakst geïndiceerd.

Figuur 2.3 laat zien dat jeugdigen (< 18 jaar) een aandeel hebben van 44% van de totale PGB houders, terwijl zij maar 14% van de totale AWBZ uitmaken. In de totale AWBZ hebben ouderen (> 65 jaar) een aandeel van 61% terwijl dit aandeel in de PGB-houders maar 16% is.

Figuur 2.3: Leeftijdklassen en aandeel AWBZ indicatiebesluiten en PGB houders totale populatie (benadering)



De PGB-houders met een dominante grondslag psychiatrie vormen het grootste aandeel (43%), gevolgd door mensen met een verstandelijke handicap (23%) en een somatische aandoening (20%). Meer dan een kwart van alle PGB-houders is een jeugdige met een psychiatrische aandoening. Jeugd kan worden geïndiceerd door zowel het CIZ als het Bureau jeugdzorg. Jeugdigen die via het Bureau jeugdzorg worden geïndiceerd, hebben in de regel een psychiatrische grondslag, terwijl het CIZ jeugdigen vooral geïndiceerd worden in verband met een verstandelijke handicap¹⁴. Onder volwassenen (leeftijd 18-64) is psychiatrie ook de belangrijkste grondslag, terwijl maar heel weinig ouderen deze grondslag hebben. Het grootste aandeel van ouderen die een PGB kiest heeft een somatische grondslag.

Zowel qua verdeling leeftijd en verdeling dominante grondslag, ziet de populatie van de PGB-houders er anders uit dan de AWBZ-populatie. De laatste kolom in tabel 2.1 toont het aandeel grondslagen van AWBZ-indicatiebesluiten door het CIZ van het eerste halfjaar in 2010. Daaruit blijkt dat van het totaal aantal AWBZ-indicatiebesluiten nog geen 10% een dominante grondslag

¹² Dit gepseudonimeerde bestand bevat 23.000 records. Elk record bevat informatie over leeftijd, omvang van het toegekende budget en geïndiceerde grondslag en functies. Het bestand is van oktober 2010.
¹³ De vergelijking met de totale AWBZ-populatie is niet exact maar een benadering. Voor een (ruwe) schatting van de karakteristieken van de totale AWBZ-populatie zijn CIZ indicaties van de eerste helft van 2010 gebruikt.
¹⁴ Dit is te verklaren doordat BZJ vaak niet AWBZ-zorg /licht verstandelijke gehandicapten indiceren maar daarvoor doorverwijzen naar het CIZ.

psychiatrie heeft en meer dan twee derde van alle AWBZ-geïndiceerden een somatische grondslag heeft.

Tabel 2.1 Grondslagen PGB-houders, 2010

Grondslag	Jeugd		18-64	65 en ouder	Totaal aandeel grondslag	CIZ indicatie- besluiten AWBZ
	BJZ	CIZ				
Somatisch	<1%	2%	8%	11%	20%	66%
Psychogeriatrisch	<1%	<1%	<1%	2%	3%	9%
Psychiatrisch	26%	1%	16%	1%	43%	9%
Lichamelijke handicap	<1%	2%	5%	1%	9%	4%
Verstandelijke handicap	<1%	13%	10%	<1%	23%	10%
Zintuiglijke handicap	<1%	1%	1%	<1%	1%	2%
Psychosociale problemen ¹⁵	<1%	<1%	<1%	<1%	<1%	0%
<i>Totaal aandeel BJZ jeugd</i>	26%					
<i>Totaal aandeel CIZ jeugd</i>		18%				
Totaal aandeel leeftijdsgroep	44%		40%	16%	100%	100%

Cliënten kunnen geïndiceerd worden voor (een combinatie van) de functies persoonlijke verzorging, verpleging, begeleiding en tijdelijk verblijf. Tijdelijk verblijf wordt altijd in combinatie met een andere functie geïndiceerd. De meeste voorkomende functies/combinatie van functies bij het PGB is alleen begeleiding (35%), gevolgd door de combinatie begeleiding en tijdelijk verblijf (19%) en alleen persoonlijke verzorging (13%). Deze verdeling komt niet direct overeen met het aandeel van de PGB-uitgaven. Terwijl meer dan een derde van alle PGB houders enkel voor begeleiding is geïndiceerd, beslaat dit maar 16% van alle PGB uitgaven. Zie tabellen in bijlage B voor informatie over aandeel budgethouders en uitgaven per functie-combinatie van functies.

Tabel 2.2: aandeel PGB houders verspreid over functies

Functie/functiecombinatie	Aandeel PGB houders	Aandeel totale PGB uitgaven	AWBZ totaal, CIZ indicatie aandelen
01. Alleen PV	13%	7%	36%
02. Alleen VP	1%	1%	9%
03. Alleen Beg	35%	16%	15%
04. Alleen TV	<1%	<1%	...
05. PV + VP	4%	6%	14%
06. PV + Beg	9%	11%	...
07. PV + TV	<1%	<1%	...
08. VP + Beg	<1%	<1%	...
09. VP + TV	<1%	<1%	...
10. Beg + TV	19%	17%	...
11. PV + VP + Beg	3%	7%	...
12. PV + VP + TV	10%	19%	...
13. PV + Beg + TV	<1%	1%	...
14. VP + Beg + TV	<1%	<1%	...
15. VP + PV + Beg + TV	5%	15%	...
TOTAAL	100%	100%	...

PV= persoonlijke verzorging; VP = verpleging; Beg= begeleiding; TV= tijdelijk verblijf

¹⁵ Dit zijn enkel nog oude gevallen, psychosociale zorg is overgeheveld en niet langer een AWBZ-aanspraak.

Alhoewel het grootste aandeel van de PGB houders een psychiatrische grondslag heeft, gaat het grootste aandeel van het totale PGB budget naar de grondslag verstandelijke handicap (32%).

Omvang toegekende bruto PGBs op basis van grondslag en leeftijd

Onderzoek naar de omvang van toegekende bruto PGBs biedt een aantal interessante inzichten. De grondslag met de grootste omvang van totale (geschatte) PGB uitgaven is verstandelijke handicap; het hoogste gemiddelde PGB wordt toegekend aan mensen met een lichamelijke handicap; kinderen geïndiceerd door CIZ krijgen gemiddeld het hoogste PGB toegekend; en 8% van de mensen met het hoogste toegekende PGB-bedrag verklaren meer dan een kwart van de totale omvang van toegekende PGBs.

Tabel 2.3 presenteert de totale omvang en aandeel van toegekende budgetten per grondslag. De verdeling van totale uitgaven is gemaakt op basis van de PGB begroting uit 2010 en is dus een schatting. De grondslag verstandelijke handicap heeft het grootste aandeel van de totale PGB uitgaven (32%), gevolgd door de grondslag psychiatrie (29%) en somatische aandoeningen (19%). Nog geen 2% van de totale omvang van toegekende budgetten gaat naar mensen met een zintuiglijke handicap of met psychosociale problemen.

Tabel 2.3 Toekenningsbedragen per grondslag (schatting), 2010¹⁶

Grondslag	Toegekende budget in €mln, o.b.v. voorlopige realisatiecijfers PGB 2010 (schatting)		Aandeel totale PGB uitgaven
Somatisch	410		19%
Psychogeriatrisch	90		4%
Psychiatrisch	630		29%
Lichamelijke handicap	300		14%
Verstandelijke handicap	690		32%
Zintuiglijke handicap	20		1%
Psychosociale problemen	0		<1%
TOTAAL	2.160		100%

Het gemiddelde toegekende PGB is in 2010 ruim €19.000. Gemiddeld genomen wordt het hoogste PGB toegekend aan mensen met een lichamelijke handicap, gevolgd door mensen met een psychogeriatrische aandoening en mensen met een verstandelijke handicap (zie tabel 2.4). Deze cliënten hebben relatief vaker een PGB op basis van een verblijfsindicatie. De kleinste omvang van het gemiddelde PGB is voor mensen met psychosociale problemen en psychiatrische aandoeningen. Deze cliënten hebben vaak alleen een PGB op basis van de AWBZ-functie begeleiding. De doelgroep, jeugdigen met een AWBZ-indicatie geïndiceerd door het BJZ, hebben een PGB van gemiddeld €13.000. Een jeugdige geïndiceerd door het CIZ met een lichamelijke handicap krijgt gemiddeld het hoogste PGB toegekend. Van alle leeftijdsgroepen krijgt gemiddeld een jeugdige geïndiceerd door het CIZ het hoogste budget toegekend. Opvallend is dat ouderen over het algemeen een minder hoog budget krijgen toegekend dan volwassenen jonger dan 65 jaar.

Tabel 2.4 Gemiddelde hoogte PGB uitgesplitst naar grondslag en leeftijdsklasse (€), 2010

Grondslag	Jeugd				Gemiddelde hoogte budget, per grondslag
	BJZ	CIZ	18-64	65 en ouder	
Somatisch	€21.806	€29.321	€19.314	€15.786	€18.272
Psychogeriatrisch	€12.374	€15.962	€25.458	€27.793	€26.920
Psychiatrisch	€13.015	€14.437	€12.853	€16.771	€13.049
Lichamelijke handicap	€12.857	€33.448	€29.792	€25.517	€30.112
Verstandelijke handicap	€25.630	€20.632	€33.125	€28.472	€26.211

¹⁶ Totale toekenningsbedragen zijn berekend per benadering op basis van aandelen per grondslag van het bestand verkregen van de zorgverzekeraar. Deze aandelen zijn vervolgens toegepast op de totale omvang begroting PGB in 2010. De bedragen zijn afgerond op tientallen miljoenen.

Grondslag	Jeugd	18-64	65 en ouder	Gemiddelde hoogte budget, per grondslag	
Zintuiglijke handicap		€16.783	€19.891	€14.159	€17.295
Psychosociale problemen			€23.000	€2.923	€12.961
<i>Totaal aandeel BJZ jeugd</i>	€13.019				
<i>Totaal aandeel CIZ jeugd</i>		€22.797			
Totaal hoogte budget, leeftijdsgroep		€21.744	€18.576		€19.162

Bijna 70% van het aantal toegekende budgetten betreft een bruto PGB bedrag kleiner dan €20.000, terwijl dat maar 35% van de totale uitgaven aan PGB budgetten verklaart. Meer dan een kwart van de totale toegekende PGB bedragen gaat naar mensen met een toegekend budget dat bruto groter is dan €50.000 per jaar, terwijl het nog geen 8% van het totaal aantal PGB-houders betreft. Het hoogste toegekende PGB had in 2010 een bruto omvang van €273.796, het laagste een omvang van €1.209.

Tabel 2.5 Hoogte toegekende bruto PGB budgetten per jaar

Grootte toegekende bruto PGB per jaar	Aandeel budgethouders	Aandeel toegekende budgetten
<€10.000	36%	11%
€10.000 - €19.999	32%	24%
€20.000 - €29.999	13%	17%
€30.000 - €39.999	6%	12%
€40.000 - €49.999	5%	11%
€50.000 - €74.999	6%	19%
€75.000 - €99.999	1%	4%
>€100.000	0,5%	3%
Totaal	100%	100%

Hoofdstuk 3 PGB regeling in de praktijk

3.1 Inleiding

De PGB-regeling heeft een aantal positieve effecten gehad. Zo heeft het een belangrijke impuls gegeven aan het ontstaan van innovatieve zorgconcepten. Daarnaast heeft de PGB-regeling een belangrijke bijdrage geleverd aan de emancipatie van de zorgvraag: de cliënt kreeg eigen regie. Tegelijkertijd heeft de regeling er niet toe geleid dat de macro-uitgaven voor AWBZ zorg in natura zijn verminderd, of minder hard zijn gegroeid. Er zijn nieuwe doelgroepen aangeboord, waarvan een deel aangeeft geen gebruik zullen hebben gemaakt van de AWBZ als er geen PGB-mogelijkheid zou zijn. Dit hoofdstuk beschrijft de oorzaken waarom de PGB regeling - zowel qua aantallen PGB-houders als qua uitgaven - in de afgelopen periode zo fors is gegroeid. Doel is om aanknopingspunten te identificeren voor de scenario's en maatregelen om de regeling houdbaar en solide te maken alvorens zij wettelijk verankerd kan worden.

3.2 Breed geformuleerde AWBZ aanspraken leiden tot ontwikkeling nieuwe zorgvraag

Door de vormgeving van de PGB-regeling is een grote groep zorgvragers in de collectieve voorziening gekomen, met name sinds de modernisering van de AWBZ. Dit kan mede worden verklaard door de wijze waarop de verzekerde aanspraken zijn geformuleerd. In de praktijk blijkt dat een aantal AWBZ grondslagen en functies moeilijk is af te bakenen, zoals psychiatrische aandoeningen. De functie begeleiding is bijvoorbeeld breed omschreven. Ook valt iemand bij een IQ grens van 85 in de categorie 'verstandelijk gehandicapt' terwijl dat in ons omringende landen pas bij een grens van 70 zo is. Dit in combinatie met de sterk verbeterde mogelijkheden in diagnosticering leidt tot een toenemend beroep op de AWBZ.

De groei van het PGB is ook voor een deel te verklaren door aanzuigende werking: doordat de mogelijkheid van een PGB bestaat vragen cliënten met een beperking een indicatie aan, terwijl zij dat niet gedaan zouden hebben als er geen mogelijkheid zo zijn geweest om te kiezen voor PGB als leveringsvorm (SCP, 2011)¹⁷. Dit lijkt vooral te gelden voor de minder zware doelgroepen, zie box 3.1. De aanzuigende werking heeft nog niet zijn maximale omvang bereikt. Het SCP heeft berekend dat wanneer alle "latente zorgvragers" die qua profiel goed vergelijkbaar zijn met de huidige PGB-houders, een indicatie aanvragen, het aantal PGB-houders zelfs nog kan groeien naar bijna 200.000, wat een stijging van nog eens ongeveer 50% zou betekenen ten opzichte van nu.

Box 3.1: Verbetering in het aanbod van zorg in natura dé oplossing voor het beheersbaarheidsprobleem van het PGB?

Een verklaring voor de grote populariteit van het PGB wordt vaak gezocht in ontoereikendheid van zorg in natura. De gedachte is dat door verbeteringen in zorg in natura de onstuimige groei van de PGB uitgaven is op te lossen. Onderzoek laat zien dat dit niet noodzakelijkerwijs het geval is; er is in feite een nieuwe "zorgmarkt" en doelgroep ontstaan. Zoals aangetoond in hoofdstuk 2 is de PGB-populatie namelijk niet representatief voor de AWBZ-populatie.

Verschillende studies hebben bij PGB-houders getoetst (en mensen op de wachtlijst voor een PGB) of zij voor het PGB zouden kiezen als er passende naturazorg zou zijn. Research voor beleid (2010) heeft de achtergronden en motieven onderzocht van personen op de wachtlijst voor een PGB. Uit inventarisatie van gegevens van zorgkantoren is gebleken dat 70% van de cliënten op deze wachtlijst een aanbod van het zorgkantoor om te bemiddelen voor zorg-in-natura had afgeslagen. Reden daarvoor is dat een groot deel van deze groep hun huidige zorgverlener met een PGB wil betalen (37%). In de meeste gevallen gaat het om het betalen van de mantelzorg; een deel wil ook de huidige privé-hulp betalen. Zorg in natura heeft voor hen geen meerwaarde omdat zij de zorg die zij nodig hebben al krijgen. Opvallend is dat een deel van deze groep

¹⁷ Deze SCP studie heeft betrekking op de groep PGB-houders met een somatische aandoening en die ouder zijn dan 30 jaar. Hierbij moet worden bedacht dat de SCP-data geen jeugd bevat en dat tevens PGB-houders voor Wmo-verstrekkingen zijn betrokken. Daarnaast is niet duidelijk of een analyse op de groep die voor zorg in natura koos dezelfde uitkomsten heeft.

bestaat uit kinderen waarvoor hun mantelzorger (veelal de ouders) geld willen ontvangen. Het gaat hier dus vooral om het *monetiseren van mantelzorg*. Concreet betekent dit dat er *collectieve middelen* worden aangewend om inwonende en uitwonende familieleden, vrienden, buren en goede bekenden te betalen voor de door hen geleverde zorg.

De groep uit dit onderzoek die zegt dat zorg in natura niet passend of beschikbaar is stelt hoge eisen en heeft specifieke wensen: zij zijn op zoek naar maatwerk (zoals 'opvang'), naar op de persoon toegesneden zorg, op het moment dat zij dat willen, verleend door een vaste hulpverlener. Een deel van hen wil vooral ondersteuning voor sociale activiteiten. Uit de beschrijving die deze cliënten geven van de beoogde in te kopen zorg, is duidelijk waarom deze zorg niet in natura beschikbaar is: deze valt niet onder de aanspraken van de AWBZ. Hierbij is in feite sprake van (beoogd) *oneigenlijk gebruik (misbruik)*.

Deze studie sluit aan bij recent onderzoek van Partners in Jeugdbeleid (2010): ruim driekwart van de ondervraagde ouders zou toch voor het PGB blijven kiezen, zelfs als er passende naturazorg voorhanden zou zijn.

Voor cliënten met een verblijfsindicatie (de "zware zorgvragers") ligt dit mogelijk anders. De PGB-regeling heeft voor deze groep geresulteerd in innovatieve nieuwe zorgconcepten zoals zorgboerderijen, kleinschalige woonconcepten en de Thomashuizen die alleen beschikbaar zijn via een PGB. Een mogelijke verklaring daarvoor is dat voor zorgaanbieders toetreding tot de PGB-markt laagdrempeliger is dan voor de zorg in natura markt. Zorg in natura aanbieders hebben te maken met kwaliteitseisen, maatschappelijke verantwoording en aanbestedings- en gunningprocedures van zorgkantoren. Dat zou een reden zijn waarom deze initiatieven niet snel een toelating voor het bieden van AWBZ-verblijfszorg aanvragen en alleen cliënten met een PGB toelaten. Zorgkantoren kunnen daarom vaak geen zorg inkopen bij nieuwe zorgconcepten. De keerzijde daarvan kan zijn dat zorgkantoren doorverwijzen naar PGB-gefinancierde voorzieningen in plaats van het realiseren van inkoop van naturazorg AWBZ.

De bekendheid van de PGB-regeling is de laatste jaren sterk toegenomen. Oorzaak hiervan is mond-tot-mond reclame en promotie door organisaties. In de laatste categorie gaat het enerzijds om non-profitorganisaties als MEE, Per Saldo en scholen en anderzijds om commerciële organisaties zoals PGB-bureaus en PGB-zorgaanbieders die rechtstreekse belangen hebben¹⁸. Door de toename van de bekendheid bedenkt de aanvrager, daarbij geholpen door deze intermediairen, steeds vaker vooraf voor welke zorg hij geïndiceerd wenst te worden. De aanvrager komt dan een indicatie claimen waarop hij recht denkt te hebben. Wanneer de indicatie lager uitvalt dan verwacht, wordt in veel gevallen een bezwaarprocedure gestart wat de indicatiestellers als een zware last ervaren.

3.3 Omvang budget en aanwendingsmogelijkheden mede verklaring populariteit PGB

Het PGB dat een cliënt ontvangt wordt berekend op basis van de klassen van een functie waarvoor de cliënt is geïndiceerd. Voor deze klassen worden bruto-PGB-bedragen vastgesteld die zijn afgeleid van de NZa tarieven voor de zorg in natura. Vervolgens wordt er een eigen bijdrage berekend¹⁹. Voor de hoogte van het budget maakt het niet uit of de cliënt professionele of niet-professionele zorg wil inkopen.

Bij de modernisering van de AWBZ zijn de PGB-bedragen vastgesteld op circa 75% van de zorg in natura tarieven, exclusief overhead en andere instellingskosten. Gemiddeld genomen geldt deze samenhang nu nog steeds, hoewel er per AWBZ-functie sprake is van enige variatie. Zo is het gemiddelde bedrag voor de functie begeleiding 82% van het tarief voor zorg in natura, voor verpleging is dat 74% en voor persoonlijke verzorging is dat 69%, zie tabel 3.1. Omdat de

¹⁸ PGB-bureaus zijn organisaties die ondersteuning bieden bij het aanvragen van een PGB, en soms ook bij het inkopen van de zorg en het afwickelen van de verantwoording hiervan. PGB-zorgaanbieders zijn organisaties die geen AWBZ-erkenning hebben, maar zorg leveren aan PGB-houders. Ook deze bureaus en aanbieders zijn onderdeel van de nieuwe markt die is ontstaan door de PGB-regeling.

¹⁹ Voor PGB's wordt een eigen bijdrage vastgesteld, waarmee het bruto bedrag wordt verrekend. Cliënten krijgen het netto PGB uitbetaald. Er geldt een inkomensafhankelijk maximum. Dit is hetzelfde maximum als dat voor de eigen bijdrage voor naturazorg en voor individuele maatschappelijke ondersteuning in het kader van de Wmo.

gemiddelde bedragen lager zijn dan die voor zorg in natura zou het kunnen zijn dat PGB-houders in de knel komen met de inkoop van zorg. De belangenvereniging van PGB-houders, Per Saldo, heeft in een brief naar de Tweede Kamer in februari 2011 geschreven dat "veel budgethouders geconfronteerd worden met gestegen prijzen voor dienstverlening aan huis en in wooninitiatieven. De rekeningen gaan omhoog, terwijl de PGBs naar beneden zijn gegaan. Mensen moeten bij familie aankloppen om de gestegen rekeningen te betalen". Uit analyse van het CVZ blijkt echter dat PGB-houders gemiddeld tussen de 8% en 10% van hun toegekende budget niet besteden²⁰. Ook blijkt uit een onderzoek van de SVB onder budgethouders die daar hun administratie hebben ondergebracht dat de gemiddelde uitbetaalde bedragen zelfs nog flink onder die van de PGB-bedragen liggen (en dus ver onder die van zorg in natura)²¹. Het gemiddeld uitbetaalde bedrag voor verpleging is bijvoorbeeld slechts 58% van het PGB bedrag en komt uit op 43% is van het zorg in natura tarief. Overigens is uit het SVB-onderzoek niet bekend of deze personen meer uren zorg inkopen. De in dit opzicht relatieve beperkte onderbesteding van 8-10% wijst daar wel op. De resultaten van deze onderzoeken roepen de vraag op in hoeverre het PGB-budget dat de cliënt ontvangt meer dan noodzakelijk is, zeker als de budgethouder de zorg inkoopt bij personen uit zijn informele netwerk.

Tabel 3.1: Overzicht relatie tussen de verschillende tarieven, 2009

	Zorg in natura tarief	PGB-tarief (% t.o.v. zorg in natura)	Gemiddeld uitbetaalde tarief ¹ (% t.o.v. PGB)
Persoonlijke verzorging	€ 42,96	€ 28,64 (69%)	€ 18,42 (65%)
Verpleging	€ 67,02	€ 49,70 (74%)	€ 28,49 (58%)
Begeleiding	€ 46,08	€ 38,00 (82%)	€ 18,43 - € 23,44 ² (55%)
Tijdelijk verblijf		€ 100,-	

¹Op basis van een SVB-onderzoek onder budgethouders die hun administratie bij SVB laten vertopen (niet bekend is of het gaat om een representatieve steekproef).

² € 18,43 heeft betrekking op ondersteunende begeleiding; € 23,44 heeft betrekking op activerende begeleiding.

SVB onderzoek naar uitbetaalde bedragen in 2006 en 2009 leidt tot een aantal inzichten. De gemiddelde uitbetaalde bedragen zijn vrijwel niet gestegen tussen beide jaren. Uit het SVB onderzoek van 2006 blijkt dat in het algemeen de gemiddelde uitbetaalde uurbedragen aan familieleden lager zijn dan aan een particuliere hulpverlener of instelling. Dit gaat echter niet op voor de functie begeleiding. Een particuliere hulpverlener krijgt voor de functie verpleging door PGB-houders gemiddeld meer betaald dan een verpleegkundige in een instelling. Uit een PGB 'hoge uren' en 'hoge maandsalarissen' dossieronderzoek in de regio Utrecht in 2009, blijkt dat het bij hoge uurbedragen (variërend van 54 tot 332 euro) meestal gaat om weekend- en slaapdiensten en om begeleiding van kinderen. In een paar gevallen gaat het om dochters die hun vader verzorgen, oplopend tot een uurbedrag van 150 euro. Bij maandsalarissen dossiers, variërend van 5.100 tot 9.300 euro gaat het meestal om zorg verstrekt door directe familie. Deze voorbeelden zijn niet representatief voor de hele populatie PGB-houders, maar dat uurbedragen en maandsalarissen van deze omvang voorkomen wijst erop dat het relatief makkelijk is dat zeer hoge bedragen betaald kunnen worden voor informele zorg. Vanaf 2011 zou dat in principe niet meer mogelijk moeten zijn omdat in de PGB-regeling 2011 maximum bedragen zijn opgenomen die de budgethouder in rekening kan brengen.

Flexibele aanwending van het PGB

De populariteit van het PGB komt mede door de flexibele inzetbaarheid van het instrument. Cliënten zijn volledig vrij in de aanwending van het PGB zolang het verzekerde AWBZ-zorg betreft, zij kunnen het PGB ook gebruiken voor functies waarvoor zij niet zijn geïndiceerd. Bijvoorbeeld, wanneer de cliënt is geïndiceerd voor verpleging mag hij het PGB ook gebruiken voor de betaling van persoonlijke verzorging. Cliënten kunnen zelf beslissen wie hulp komt bieden, waar en

²⁰ Het komt voor dat cliënten het PGB gestort krijgen zonder dat er op dat moment arbeidscontracten beschikbaar zijn op basis waarvan de zorg wordt ingekocht.

²¹ Dit is geen representatieve groep budgethouders, omdat bijvoorbeeld de groep budgethouders die enkel bij zorginstellingen hun zorg inkopen (volgens het ITS onderzoek uit 2010: 21%) niet zijn vertegenwoordigd. Deze budgethouders betalen bij zorginstellingen het geldende (hogere) NZa tarief voor de zorg in natura.

wanneer. Vaak kan dat iemand zijn uit de familie of kenniskring. De cliënt mag het PGB ook besteden aan bemiddelingskosten²² voor het organiseren van de zorg. Dit is de invulling van "eigen regie" wat ten grondslag ligt aan de PGB-regeling.

Recent onderzoek van ITS naar de zorginkoop van PGB houders wijst uit dat slechts 21% enkel inkoopt bij een zorgstelling, 27% alleen bij mantelzorgers en 24% alleen bij zelfstandig werkende hulpverleners. Een kwart van de budgethouders koopt in bij een combinatie van zorgverleners. Zie tabel 3.2 voor detaillering van de zorginkoop naar type zorgverlener. Uit hetzelfde onderzoek blijkt dat het informele netwerk van budgethouders (in- en uitwonende familieleden en vrienden, burens en goede bekenden) een aandeel heeft op de PGB-markt van zo'n 31%.

Tabel 3.2 Zorginkoop bij combinaties van zorgverleners/aanbieders, in procenten en gemiddeld aantal uren per week

	%	gemiddeld aantal uur per week
alleen mantelzorg	27	13,6
alleen zorginstelling	21	13,1
alleen zelfstandig werkende hulpverlener	24	10,4
mantelzorg plus zorginstelling	9	16,5
mantelzorg plus zelfstandig werkende hulpverlener	4	19,8
zorginstelling plus zelfstandig werkende hulpverlener	8	22,8
mantelzorg plus zorginstelling plus zelfstandig werkende hulpverlener	6	25,8
Totaal (n=142)	100	14,7

Bron: ITS (2010)

3.4 Weinig garanties dat met PGB kwalitatief goede zorg wordt ingekocht

Een uitgangspunt van het PGB is dat de cliënt eigen regie heeft en dus zelf kan beoordelen of de geleverde zorg ook daadwerkelijk goede zorg is. Als de cliënt ontevreden is kiest hij voor een andere aanbieder, is de gedachte. Volgens verschillende enquêtes is de cliënt tevreden over de met een PGB ingekochte zorg, vooral wanneer het gaat om door wie en wanneer de zorg geleverd wordt.

Dit betekent niet per definitie dat de geleverde zorg ook van voldoende kwaliteit is conform de normen voor verantwoorde zorg. Voor zorg geleverd door mantelzorgers en informele zorgverleners bestaat geen wet- en regelgeving ten aanzien van kwaliteit en valt daarom dus niet onder toezicht van de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Er zijn niet of nauwelijks garanties dat er verantwoorde zorg wordt geleverd, door de weinig effectieve verantwoording en doordat de mantelzorger of informele zorgverlener zich niet hoeft te verantwoorden over de geleverde zorg. Door de weinig effectieve verantwoording is kwaliteitscontrole lastig. Incidenten zijn dus altijd mogelijk en blijven grotendeels onzichtbaar. De kwaliteit van de ingezette PGB's voor jeugdigen komt apart aan de orde in 3.7.

De laatste jaren zijn er aanwijzingen dat de kwaliteit van PGB ingekochte zorg niet altijd op orde is, vooral de zorg die door zogeheten niet-jaardocumentplichtige zorgaanbieders (particuliere jeugdzorg, thuiszorg, verblijfsvoorzieningen en zorgboerderijen) wordt geleverd. Een recente casus is WWR Charis. Een klacht van ouders van cliënten van dit PGB-wooninitiatief bij de IGZ heeft, na langdurige juridische procedures ertoe geleid dat deze instelling in 2010 is gesloten. Ook zijn er recent diverse Kamervragen en spoeddebatten geweest naar aanleiding van meldingen (via de publieke media) over de (slechte) kwaliteit van PGB-zorg (in 2010 bijvoorbeeld over zorgboerderijen en over de particuliere jeugdzorgorganisatie Salida). Deze voorbeelden illustreren een ontwikkeling waarbij de overheid en Inspectie geacht worden zich actiever op te stellen ten aanzien van de kwaliteit van de door PGB ingekochte zorg.

²² Vanaf 1 januari 2011 zijn de bemiddelingskosten gemaximeerd.

3.5 Relatief geringe verantwoordingslasten voor de PGB-houders

Er zijn nauwelijks prikkels in het systeem om de uitgaven van het PGB te beheersen, noch voor het zorgkantoor noch voor de budgethouder. Voor de zorgkantoren is een PGB aantrekkelijk omdat het niet ten laste komt van de contracteerruimte. Voor de budgethouder heeft de eigen bijdrage nauwelijks remwerking, vanwege enkel de verplichting tot netto verantwoording. Budgethouders blijken over het algemeen niet meer uit te geven aan zorg dan het netto bedrag. Voor de eigen bijdrage wordt daarom vaak geen zorg ingekocht, hetgeen wel automatisch het geval is bij zorg in natura.

Vanuit de huidige uitvoeringsstructuur is weinig effectieve verantwoording en zicht of cliënten hun PGB verstandig aanwenden. In de zorg in natura wordt AWBZ zorg geleverd op basis van een zorgplan. Dit plan ontbreekt bij PGB-houders. Het is nauwelijks door bijvoorbeeld een zorgkantoor na te gaan aan welke zorg een cliënt zijn budget heeft uitgegeven omdat er vaak geen zorgplan of zorgovereenkomst is²³. Door een derde partij is daarom lastig te controleren of met de ingekochte zorg het gewenste doel is gerealiseerd.

Toch zijn de administratieve lasten niet gering

Administratieve lasten zijn een aandachtspunt, voor zowel de cliënt maar ook voor het zorgkantoor. Het PGB brengt voor de zorgkantoren relatief zware administratieve lasten mee. Uit CVZ's Monitor beheerskosten AWBZ 2009 blijkt dat 28% van de totale beheerskosten van zorgkantoren voor rekening van het PGB zijn. Deze beheerskosten stijgen al jaren fors. Het aantal dossiers op peildatum 30 juni 2010 is met 13% gestegen in vergelijking met een jaar eerder, terwijl de beheerskosten met 29% zijn gestegen. Deze stijging wordt door een belangrijk deel veroorzaakt door de vele herindicaties, toegenomen klantcontacten en de inspanningen van het zorgkantoor die voortkomen uit het in 2010 ingevoerde controleprotocol. Aan de hand van dit protocol zoekt het zorgkantoor gericht naar mogelijke onrechtmatigheden bij de inzet van het PGB. Op dit moment wordt 5% van de budgethouders jaarlijks intensief bekeken.

3.6 Fraude maatregelen leveren tot nu toe onvoldoende resultaat

Gezien de beperkte verantwoordingsstructuur kan fraude en oneigenlijk gebruik relatief makkelijk ontstaan. Fraude tast de wortels van het PGB-beleid aan en creëert een negatief imago rondom de PGB-regeling. De recente fraudezaak met in de hoofdrol twee BIG-geregistreerde psychiaters in Rotterdam die medewerking hebben verleend aan bepaalde medische beoordelingen waardoor mensen onterecht uitkeringen (WAO of WIA) en/of een PGB hebben gekregen is daar een voorbeeld van.

Er is verschil tussen fraude en oneigenlijk gebruik. Bij fraude gaat het om opzettelijk gepleegde onrechtmatige feiten zoals besteding van het budget aan andere dingen dan zorg binnen de (ruime) toegestane categorieën. Onder 'oneigenlijk gebruik' wordt de inzet van het PGB tegen de geest van de regeling verstaan zoals zorg die overbodig is of buiten de AWBZ-verzekerde zorg valt. Hoewel er indicaties zijn van 'oneigenlijk gebruik' (zie box 3.1) is de totale omvang niet bekend. De omvang van fraude is ook niet goed in te schatten, maar op grond van een beperkte inspanning is in 2010 door zorgkantoren ongeveer 6 miljoen euro aan fraude opgespoord. Uit signalen kan worden opgemaakt dat budgethouders die niet goed in staat zijn de regie over hun zorgvraag en budget te voeren, slachtoffer kunnen worden van malafide bemiddelaars. Dat budgetten worden overgemaakt op de rekening van de budgethouder maakt fraude relatief makkelijk. Verder is de (gepercipieerde) pakkans voor fraudeurs laag.

Om fraude met PGB's te voorkomen is in de afgelopen tijd al een reeks maatregelen getroffen, maar deze lijken nog onvoldoende resultaat op te leveren. Zo is onder andere geregeld dat het PGB alleen nog rechtstreeks op rekening van de budgethouder of diens vertegenwoordiger mag worden

²³ In het verantwoordingsformulier verklaart de PGB-houder per zorgverlener naam, adres, BSN en in dat kalenderjaar betaalde bedrag per zorgverlener.

overgemaakt en moet het verantwoordingsformulier door de budgethouder of haar vertegenwoordiger getekend te worden. Ook is een keurmerk voor bemiddelingsbureaus in ontwikkeling en heeft het CIZ een richtlijn opgesteld, die indicatiestellers aangeeft hoe te handelen bij druk van PGB-bureaus om een indicatie af te geven die meer zorg inhoudt dan waar feitelijk behoefte aan bestaat. Met ingang van 2011 geldt een landelijke vergoedingslijst, waarin is opgenomen waaraan het PGB wel en niet mag worden besteed. Deze en additionele maatregelen zijn in voorbereiding gericht op preventie, detectie en repressie.

3.7 Sterke groei PGB voor jeugd kent specifieke oorzaken

De PGB-regeling nieuwe stijl biedt vanaf 2003 de toegang tot het PGB voor deze groep. Dit heeft geleid tot een forse instroom van deze doelgroep in de PGB-regeling. Ongeveer 85% van de (ouders van) jeugdigen kiest voor het PGB als leveringsvorm. Recente onderzoeken over deze doelgroep bieden de volgende verklaringen voor deze sterke groei:

- *Actieve toeleiding naar PGB:* veel ouders gaan op aanraden van de GGZ-instelling, MEE of huisarts naar een Bureau Jeugdzorg voor een AWBZ-indicatie. Het PGB is een breed bekende regeling geworden.
- *Gebrek aan oriëntatie op geschikte natura zorg:* uit het onderzoek van Partners in jeugdbeleid komt naar voren dat het aanbod in natura bij veel ouders (60%). Ouders laten hun kind indiceren met als doelstelling om een PGB aan te vragen.
- *Gebrek aan beschikbaarheid van natura zorg:* recent onderzoek van Partners in jeugdbeleid bevestigt eerdere vermoedens dat niet voor iedereen er passende zorg in natura is; vooral de begeleiding die wordt geboden na afronding van een behandelingstraject in de Zvw is niet voldoende beschikbaar. Daarnaast speelt mee dat ouders kiezen voor een PGB omdat de door hun gewenste zorg uitsluitend via een PGB beschikbaar is. Te denken valt aan zorgboerderij, logeerweekend of flexibele begeleiding thuis van niet toegelaten aanbieders. Uit het onderzoek blijkt het ook te gaan om zorg die feitelijk buiten de AWBZ-aanspraken valt (oneigenlijk gebruik) zoals de inzet van het PGB voor opvang.
- *Gebrek aan prikkels bij GGZ-instellingen en zorgkantoren om natura-aanbod te ontwikkelen:* mede gelet op het gegeven dat cliënten aan het PGB zijn gehecht zijn er weinig stimuli om een natura-aanbod te creëren. De situatie lijkt op een vicieuze cirkel: cliënten kiezen voor een PGB omdat er weinig naturazorg is of omdat men voorbaat een sterke voorkeur voor het PGB heeft, aanbieders ontwikkelen geen aanbod omdat cliënten veelal voor het PGB kiezen en het zorgkantoor ondervindt geen prikkel om natura zorg aan te bieden als alternatief voor het PGB (PGB kan zelfs interessant zijn als afwentelingsmechanisme).
- *Flexibiliteit van PGB als instrument:* met een PGB kunnen ouders zorg inkopen van aanbieders naar keuze, op de plaats en tijd dat het hen uitkomt. Uit het onderzoek van Partners in jeugdbeleid komt naar voren dat slechts 28% van de respondenten zou gebruik hebben gemaakt van aanbod in natura indien dat beschikbaar zou zijn. Ook hier moet worden bedacht dat het hier voor een deel gaat om zorg die feitelijk buiten de AWBZ-aanspraken valt (oneigenlijk gebruik) en daarmee alleen via een PGB gerealiseerd kan worden.

- *Wmo-domein niet ontwikkeld*: er is een gedeeltelijke overlap is tussen AWBZ-begeleiding en Wmo²⁴. Een deel van de zorgvraag gemeenten in de nabije toekomst kunnen oppakken omdat zij past in het taakveld pedagogische hulp. Het gaat specifiek om begeleiding gericht op participatie en begeleiding van personen met lichte problematiek.

Toegang tot de AWBZ

Omdat het vermoeden was dat de opbrengst van de pakketmaatregelen begeleiding van 2009 bij de jeugd met psychiatrische grondslag sterk afhing van de wijze van indiceren door de Bureaus Jeugdzorg, werd de Taskforce Linschoten in het leven geroepen. Een van de adviezen was de indicatiestelling van BJZ op CIZ te uniformeren door de beleidsregels indicatiestelling AWBZ leidend te laten zijn voor de AWBZ-indicatiestelling door de bureaus jeugdzorg. Deze exercitie is thans voltooid, de BJZ werken inmiddels met vergelijkbare methodiek (weliswaar op jeugdigen toegesneden) als het CIZ. Uit recent onderzoek van bureau HHM komt naar voren dat het niet waarschijnlijk is dat de resterende verschillen in werkwijze substantiële invloed hebben op de hoogte van de AWBZ-indicatie.

...maar heeft ook zijn keerzijde

Conclusie van de onderzoeken is dat ondanks de grote populariteit van het PGB en de tevredenheid van budgethouders er, naast een budgettaire problematiek, ook een suboptimale zorginhoudelijke situatie aan de orde is.

In de praktijk blijkt soms de rol van de ouders met betrekking tot het aanwenden van het PGB lastig. Sommige ouders blijken niet capabel voor het beheer van een PGB. Schulden en verslavingsproblematiek kunnen daarbij ook een rol spelen. Omdat ouders zichzelf mogen inhuren voor bijvoorbeeld respijtzorg, is de PGB-regeling gevoelig voor oneigenlijk gebruik en fraude.

Ook als er wel een passend aanbod in natura is, wordt in veel gevallen gekozen voor PGB als leveringsvorm. Dit ondermijnt het verder ontwikkelen van passende naturazorg en in sommige gevallen een optimale inzet van zorg vanuit het oogpunt van het kind. Uit oogpunt van kwaliteit ontstaat een suboptimale situatie aangezien de inzet van het PGB vaak geen enkele koppeling heeft met een zorgplan. Volgens de Taskforce Linschoten wordt hierdoor de trend van toenemende medicalisering en zorgafhankelijkheid versterkt.

Vaak zetten ouders het PGB in om het gezin te ontlasten en niet primair op begeleiding van het kind dat moet leren omgaan met de beperking. Ook de gebrekkige aansluiting tussen behandeling en de daaropvolgende begeleiding is een probleem. Partners in jeugdbeleid beveelt aan om actief gezamenlijk beleid te ontwikkelen gericht op de levensloop van de jeugd. Als de via PGB ingezette begeleiding onvoldoende anticipeert op een volgende levensfase verergeren de problemen en is intensieve behandeling opnieuw noodzakelijk. Dit veroorzaakt onnodig leed en onnodige zorgkosten. Met op levensloop gerichte begeleiding, waarbij wordt geanticipeerd op de overgang naar de basisschool, pubertijd of zelfstandig wonen, kan dit worden voorkomen. Urgentie om dit aanbod te ontwikkelen ontbreekt echter zolang de mogelijkheid er is te kiezen voor het PGB.

²⁴ De AWBZ is voorliggend op de Wmo. Gemeenten handelen vanuit dat perspectief correct door niet te voorzien in de functie begeleiding waar de AWBZ reeds in voorziet.

Hoofdstuk 4 Naar een solide en houdbare PGB regeling

4.1 Inleiding

Uit de analyse in de voorgaande hoofdstukken is te concluderen dat zonder ingrijpen de huidige PGB-regeling zowel op korte als op langere termijn niet toekomstbestendig is. Dit hoofdstuk begint eerst met het perspectief van de regeling, rekening houdend met de vergaande maatregelen binnen de AWBZ die het kabinet reeds in voorbereiding heeft, zoals overheveling van jeugdzorg en de functie begeleiding naar gemeenten en de IQ maatregel. Vervolgens beschrijft het de invalshoeken (toegang en tarifiering) op basis waarvan verschillende scenario's op korte termijn en langere termijn zijn in te richten.

Hoofdstuk 5 presenteert mogelijke scenario's en maatregelen die betrekking hebben op de doelgroepen, die betrokken zijn bij de overheveling jeugdzorg en functie begeleiding naar gemeenten. Ook worden er maatregelen gepresenteerd die nodig zijn om de PGB-regeling – voorafgaand aan de verankering van het wettelijk recht per 2014 - structureel houdbaar te maken (waarbij de groei van de uitgaven van de PGB regeling in lijn is met die van de AWBZ).

4.2 Perspectief

De toekomst van het PGB kan niet los worden gezien van de andere ontwikkelingen binnen de AWBZ. Het kabinet heeft, naast het solide en houdbaar maken van de PGB regeling, vergaande maatregelen in voorbereiding om de AWBZ toekomstbestendig te maken. Daarbij kiest dit kabinet voor een AWBZ die is gericht op de zorg voor de meest kwetsbaren, wat betekent dat een deel van de bestaande rechten verdwijnt en de aanspraken verminderen. Dit werkt door in de aanspraken op het PGB.

Zo wordt per 2012 het IQ-criterium voor de aanspraak op AWBZ-zorg voor verstandelijk gehandicapten verlaagd van 85 naar 70, waarmee het gelijk wordt gesteld aan dat van ons omringende landen. De functie begeleiding en de zorg voor jeugdige licht verstandelijk gehandicapten worden in 2014²⁵ uit de AWBZ gehaald en overgeheveld naar de gemeenten. Dit betekent dat mensen eerder aangewezen zullen zijn op ondersteuning vanuit hun naaste omgeving of van vrijwilligers. Daar waar het echt nodig is, kan straks de zorg (in een andere vorm of voorziening) worden verkregen vanuit de Wmo of de jeugdzorg. Het individuele recht op zorg voor deze grondslagen en functies, zoals we dat kennen in de AWBZ, komt daarmee te vervallen. Gemeenten worden bij de Wmo geacht verbindingen te leggen tussen huishoudelijke hulp, begeleiding, vrijwilligerswerk en andere (niet-)gemeentelijke domeinen. Bij de jeugdzorg is het doel om de huidige versnipperde taken te bundelen in één wettelijk kader en onder te brengen bij de gemeenten. Hierdoor kan integraal gekeken worden naar de zorgbehoefte van het kind inclusief de context van het gezin.

Het kabinet wil daarnaast de somatische revalidatiezorg onderbrengen in de Zvw. In het regeerakkoord is ook opgenomen dat de taken van de zorgkantoren en de risico's op het gebied van AWBZ worden overgenomen door de zorgverzekeraars.

Tenslotte is het kabinet voornemens om het PGB wettelijk te verankeren met ingang van 2014. Met een wettelijke verankering van het PGB wordt de huidige subsidieregeling zonder individuele rechten omgezet in een aanspraak. Daaraan voorafgaand moet de PGB-regeling solide en financieel houdbaar worden gemaakt. Daarbij is het wenselijk dat de zorgkosten vanuit zorg in natura en het PGB binnen één budgettair kader worden gebracht, waardoor zorgkantoren/-verzekeraars een integralere afweging zullen maken tussen naturazorg en het PGB en waarmee ook afwenteling van naturazorg naar de PGB-regeling wordt tegengegaan. Een aantal punten vergt nog nadere

²⁵ Voor nieuwe cliënten komt de functie AWBZ-functie begeleiding per 1 januari 2013 te vervallen. Nieuwe cliënten kunnen zich bij hun gemeente melden in het kader van de Wmo.

uitwerking, zoals de zeggenschap van zorgverzekeraars bij de PGB-toekenning en de vormgeving van het zorginkoopproces, omdat zorgverzekeraars dan rekening moeten houden met budgethouders die zelf zorg inkopen en met individuele zorgaanbieders voor zorg in natura.

4.3 Perspectief in doelgroep en geld

Het doorvoeren van de maatregelen uit het Regeerakkoord zal een substantiële impact hebben op de PGB regeling. Uitgaande van de huidige groep budgethouders (circa 130.000 personen) zal de omvang en samenstelling van de groep flink veranderen.

Omvang groep budgethouders na overheveling jeugdzorg en functie begeleiding naar gemeenten²⁶
Overheveling van jeugdzorg en functie begeleiding naar de gemeenten heeft tot gevolg dat 60.000 van de huidige 130.000 budgethouders in de AWBZ blijven. Van de overige 70.000 budgethouders gaan 43.000 personen (vooral jeugdigen met een psychiatrische beperking) naar de jeugdzorg en 27.000 personen (vooral volwassenen met een psychiatrische beperking) naar de gemeenten.

Van de resterende 60.000 budgethouders in de AWBZ doen 35.000 budgethouders enkel een beroep op de AWBZ en krijgen 25.000 budgethouders naar verwachting zorg en begeleiding vanuit meerdere domeinen. Van deze 25.000 budgethouders krijgen: (i) 18.000 personen te maken met een overlap met het domein van de Wmo; het gaat vooral om ouderen met een somatische beperking en personen met een lichamelijke en een verstandelijke beperking (ii) 7.000 jeugdigen is er een overlap met het domein van de jeugdzorg: het gaat vooral om jeugdigen met een verstandelijke beperking.

Samenstelling groep resterende budgethouders in de AWBZ

Vooral door het verdwijnen van de groep jeugdigen met een psychiatrische beperking verandert de samenstelling van de groep PGB-houders aanzienlijk. Ouderen met een somatische beperking wordt de grootste doelgroep (24.000 personen), gevolgd door mensen met een verstandelijke beperking (15.000 personen) en een lichamelijke beperking (10.000 personen). Het aandeel budgethouders met een verblijfsindicatie neemt toe van ongeveer 10% naar 20%. Deze veranderingen betekenen dat het gemiddeld PGB per cliënt toeneemt.

Budgettaire impact overheveling begeleiding en jeugdzorg naar gemeenten

De overheveling van deze zorg vanuit de AWBZ naar de gemeenten beslaat op dit moment € 1,1 miljard van de huidige € 2,2 miljard PGB-middelen. Van deze €1,1 miljard heeft € 0,6 miljard betrekking op jeugdzorg en € 0,5 miljard op de functie begeleiding die naar de gemeenten worden overgeheveld.

4.4 Uitgangspunten en scenario's solide PGB met wettelijke verankering

Wanneer alle maatregelen uit het Regeerakkoord zijn geïmplementeerd is er nog geen sprake van een solide en houdbare PGB regeling. Ook in de periode 2012-2013 is er nog een flinke budgettaire opgave, die in samenhang moet worden gezien met de maatregelen uit het regeerakkoord. Daarvoor zijn structurele maatregelen nodig, zowel op lange als op korte termijn. Om tot een regeling te komen die financieel houdbaar is, zijn keuzes nodig met betrekking tot de toegang en de tarieven.

Daarbij moet een onderscheid worden gemaakt tussen die maatregelen die betrekking hebben op de doelgroepen die betrokken zijn bij de overheveling jeugdzorg en functie begeleiding naar gemeenten en die in de AWBZ blijven. Deze maatregelen beperken de financiële problematiek op korte termijn evenals de hoogte van het bedrag dat betrokken is bij de overheveling. Daarnaast moeten er maatregelen worden genomen die betrekking hebben op de overige doelgroepen. Deze maatregelen dienen zowel een bijdrage te leveren aan de financiële problematiek op korte termijn

²⁶ Of op basis van de IQ-maatregel nog een extra besparing te verwachten valt op de PGB-toekenning (persoonlijke verzorging en verpleging) is twijfelachtig. Daarom wordt de impact van de IQ maatregel niet verder meegenomen.

als aan de financiële houdbaarheid op lange termijn. Dit betekent dat naast het verlagen van het niveau van de PGB uitgaven ook de groei van de uitgaven in lijn moet worden gebracht met de groei van de rest van de AWBZ. Zo wordt voorkomen dat vanaf 2015 nieuwe overschrijdingen optreden.

Conceptueel begint de keuze voor een scenario bij de *toegang*: op welke groepen cliënten moet de PGB regeling zich richten? Vervolgens kunnen varianten gekozen worden met betrekking tot de tarifiering. Daarnaast zijn er mogelijkheden verkend om de verantwoordings- en uitvoeringsstructuur te versterken.

Invalshoek 1: Toegang

Met de invalshoek toegang wordt ook bedoeld de PGB-regeling a priori te beperken tot bepaalde doelgroepen op basis van bijvoorbeeld functies, grondslagen en leeftijd. Daarbij kan rekening worden gehouden met de 'eigen regie', wat de kerngedachte is van de PGB-regeling, zie box 4.1.

Box 4.1 Eigen regie en de PGB-regeling

Bij eigen regie gaat het om de zelfredzaamheid van de cliënt en of er een weloverwogen keuze voor het PGB wordt gemaakt. Kern daarbij is de handelingsbekwaamheid van de cliënt. Bij het beoordelen van de eigen regie gaat het om een individuele beoordeling.

Aspecten die daarbij aan de orde kunnen komen: Is de cliënt of ouder goed in staat om hulp zelf te regelen, aan te geven wat voor soort zorg en ondersteuning nodig is, het eigen dagritme te bepalen, etc? Weet de cliënt of ouder waar zorg ingekocht kan worden, is hij in staat te onderhandelen over prijs en kwaliteit? Is de cliënt in staat om zelf een overzicht te hebben van de uitgaven, de administratie te voeren en de verantwoording te doen; of dit uit te besteden en in dat geval te beoordelen of dit op een verantwoorde manier is gedaan. Als het gaat om het toetsen van de individuele handelingsbekwaamheid zijn keuzes nodig met betrekking tot: wie wordt beoordeeld? (opties: cliënt, wettelijke vertegenwoordiger, iemand uit de naaste omgeving of professioneel ingehuurde kracht); op basis waarvan vindt de beoordeling plaats?; en wie beoordeelt?

In het debat wordt wel eens het criterium "levensbrede en levenslange" zorgvraag genoemd. Bij 'levenslange' zorg gaat het om het definiëren van de duur van de zorgvraag; bij levensbrede zorg kan het gaan om de omvang van de aandoeningen zoals grondslagen en het aantal functies.

Invalshoek 2: Tarieven

De kernvraag bij de hoogte van het toekenningsbedrag is in hoeverre het PGB een alternatief moet is voor zorg in natura. Wanneer er met een PGB een volwaardig alternatief voor zorg in natura wordt ingekocht, ligt het in de rede dat de bedragen zijn afgestemd met wat de zorg zou kosten in een professionele organisatie (geschoond voor overhead en andere instellingskosten). Daarnaast is ook de vraag aan de orde of er voor informele (mantel)zorg dezelfde bedragen moeten gelden als voor professionele zorg. En als deze bedragen verschillend zijn dan is een kernvraag: welk bedrag is toereikend om in de meer informele PGB-omgeving verantwoorde zorg in te kopen. De eigen bijdrage is hier ook onderdeel van de bedragen. Het verdient aanbeveling te bezien naar de wijze waarop de eigen bijdrage binnen het PGB zo kan worden vormgegeven dat deze ook daadwerkelijk voor zorg wordt aangewend.

Uitvoerings- en verantwoordingsstructuur

Naast keuzes met betrekking tot de toegang en tarifiering van het PGB zijn er mogelijkheden om de uitvoering- en verantwoordingsstructuur te versterken. Het gaat om maatregelen met betrekking tot de toekenning, besteding, verantwoording en controle die fraude en oneigenlijk gebruik terug moeten dringen. In het algemeen kunnen deze maatregelen worden toegepast ongeacht de keuze voor een scenario. De omvang van besparingen door deze maatregelen zijn niet substantieel, de totale kosten van de uitvoeringsstructuur zouden zelfs enigszins kunnen stijgen.

Hoofdstuk 5: Scenario's en maatregelen voor een solide en houdbare PGB

5.1 Inleiding en overzicht

In dit hoofdstuk worden verschillende scenario's gepresenteerd voor een solide en houdbare PGB-regeling. Deze scenario's gaan uit van het perspectief van het regeerakkoord, en zijn enkel toegespitst op de PGB-regeling²⁷. De scenario's zijn doorberekend op basis van een maandelijkse instroom van 1.900 en 1.500 budgethouders. Daarbij was de opdracht dat het moet gaan om kansrijke maatregelen; er is daarom rekening gehouden met de (technische) haalbaarheid van de maatregel, inclusief uitvoeringsaspecten en aansluiting met de AWBZ zorg in natura en zorg geleverd in andere domeinen.

De scenario's hebben over het algemeen gemeen dat de toegang tot het PGB wordt toegespitst op AWBZ-cliënten met een relatief zwaardere zorgvraag. Daarmee zijn de scenario's mede gericht op het inperken van de monetarisering van de mantelzorg. Deze scenario's pogen onder andere de PGB-regeling weer terug te brengen naar de geest van de oorspronkelijke doelgroepen en doelstellingen: het aanmoedigen van de eigen regie en het stimuleren van innovatieve zorgconcepten.

Tabel 5.1 presenteert een overzicht van mogelijke besparingen in de periode 2012-2015. Deze periode is opgedeeld in een:

- *korte termijn* waarbij mogelijke scenario's en maatregelen worden gepresenteerd die betrekking hebben op de overheveling van jeugdzorg en de functie begeleiding naar gemeenten en de IQ maatregel (2012, 2013); en,
- *langere termijn* waarbij het gaat om mogelijke scenario's en maatregelen die de PGB-regeling – voorafgaand aan de verankering van het wettelijk recht per 2014 - structureel houdbaar maken (2014, 2015)

De kolom 'tariefskorting' geeft de additionele tariefskorting aan, voor de korte en langere termijn, die nodig zou zijn om de financiële opgave te realiseren als enkel het desbetreffende scenario genomen zou worden. Per scenario is ook doorgerekend wat de kosten (ofwel de minderopbrengsten van de maatregel) zijn als de groep verblijfsgeïndiceerden wordt ontzien. In bijlage C zijn meer gedetailleerde berekeningen te vinden van de scenario's.

Scenario's met betrekking tot de verantwoordings- en uitvoeringstructuur zijn niet doorgerekend. Dit is omdat deze op korte termijn niet of nauwelijks een substantiële besparing opleveren, en in sommige gevallen additionele (uitvoerings)kosten met zich mee brengen. Dat betekent echter niet dat deze scenario's niet overwogen kunnen worden. Het verbeteren van de verantwoordings- en uitvoeringsstructuur is belangrijk flankerend beleid om ervoor te zorgen dat partijen hun rol en verantwoordelijkheden goed kunnen uitvoeren. Scenario's in deze categorie zijn nauw verbonden met het voornemen de zorgverzekeraars de AWBZ te laten uitvoeren.

Tabel 5.1. Overzicht besparingen scenario's – varianten 1500 en 1900 netto instroom per maand

(in Cmln)	korte termijn		Tariefskorting 2012-13	langere termijn		Tariefskorting 2014-15
	2012	2013		2014	2015	
Scenario's						
• variant 1.900 per maand						
• variant 1.500 per maand						
Financiële taakstelling PGB (variant 1.900)	€312	€576		€833	€1.198	
Financiële taakstelling PGB (variant 1.500)	€176	€374		€564	€864	
Toegang						
Begeleiding						
A1. Geen PGB <18 jaar, met enkel indicatie begeleiding, alleen nieuwe gevallen (<i>langzame variant</i>)	€12	€27	13,6%	€45	€66	24,7%
	€11	€25	8,7%	€41	€60	18,5%
A2. Geen PGB <18 jaar, met enkel indicatie	€60	€136	11,0%	€151	€167	22,0%

²⁷ Dat betekent dat er geen scenario's worden voorgesteld die betrekking hebben op de hele AWBZ.

(In Cmln)	korte termijn			langere termijn		
	2012	2013	Tariefs- korting 2012-13	2014	2015	Tariefs- korting 2014-15
Scenario's						
• variant 1.900 per maand						
• variant 1.500 per maand						
Financiële taakstelling PGB (variant 1.900)	€312	€576		€833	€1.198	
Financiële taakstelling PGB (variant 1.500)	€176	€374		€564	€864	
begeleiding, nieuwe gevallen & overgangperiode 1 jaar (<i>snelle variant</i>)	€56	€124	6,2%	€137	€149	15,9%
A3. Geen PGB < 18 jaar begeleiding, alleen nieuwe gevallen (<i>langzame variant</i>)	€43 €40	€96 €88	12,0% 7,1%	€161 €145	€237 €211	21,0% 14,9%
A4. Geen PGB < 18 jaar begeleiding, nieuwe gevallen & overgangperiode 1 jaar (<i>snelle variant</i>)	€213 €199	€482 €441	3,1% -1,5%	€537 €485	€592 €528	11,6% 5,8%
A5. Geen PGB met enkel indicatie begeleiding, alle leeftijden, alleen nieuwe gevallen (<i>langzame variant</i>)	niet berekend					
A6. Geen PGB met enkel indicatie begeleiding, alle leeftijden, nieuwe gevallen & overgangperiode 1 jaar (<i>snelle variant</i>)	niet berekend					
A7. Geen PGB voor begeleiding, alle leeftijden, alleen nieuwe gevallen (<i>langzame variant</i>)	€99 €92	€223 €205	9,0% 4,3%	€373 €337	€549 €490	14,3% 8,4%
A8. Geen PGB voor begeleiding, alle leeftijden, nieuwe gevallen & overgangperiode 1 jaar (<i>snelle variant</i>)	€495 €461	€1.117 €1.023	-11,6% -15,8%	€1.245 €1.124	€1.372 €1.225	-7,5% -12,8%
Tijdelijk verblijf						
B1: Geen PGB voor tijdelijk verblijf, alleen nieuwe gevallen (<i>langzame variant</i>)	€12 €11	€28 €25	13,5% 8,7%	€46 €42	€69 €61	24,6% 18,5%
B2: Geen PGB voor tijdelijk verblijf, nieuwe gevallen & overgangperiode 1 jaar (<i>snelle variant</i>)	€60 €56	€138 €125	11,0% 6,2%	€155 €139	€172 €152	21,9% 15,8%
Combinatie begeleiding en tijdelijk verblijf						
C1. Geen PGB <18 jaar, met enkel indicatie begeleiding, en geen tijdelijke verblijf voor alle leeftijdsklassen, alleen nieuwe gevallen (<i>langzame variant</i>)	€24 €22	€54 €49	12,9% 8,1%	€91 €82	€134 €119	23,2% 17,1%
C2. Geen PGB <18 jaar, met enkel indicatie begeleiding, en geen tijdelijke verblijf voor alle leeftijdsklassen, nieuwe gevallen & overgangperiode 1 jaar (<i>snelle variant</i>)	€119 €110	€270 €246	8,0% 3,3%	€303 €272	€335 €298	17,9% 12,0%
C3. Geen PGB < 18 jaar begeleiding, en geen tijdelijke verblijf voor alle leeftijdsklassen, alleen nieuwe gevallen (<i>langzame variant</i>)	€54 €50	€122 €111	11,4% 6,6%	€205 €184	€301 €268	19,6% 13,6%
C4. Geen PGB < 18 jaar begeleiding, en geen tijdelijke verblijf voor alle leeftijdsklassen, nieuwe gevallen & overgangperiode 1 jaar (<i>snelle variant</i>)	€269 €250	€610 €557	0,1% -4,4%	€682 €670	€753 €808	7,7% 2,0%
C5. Geen PGB met enkel indicatie begeleiding en geen tijdelijk verblijf voor alle leeftijden, alleen nieuwe gevallen (<i>langzame variant</i>)	niet berekend					
C6. Geen PGB met enkel indicatie begeleiding en geen tijdelijk verblijf voor alle leeftijden, nieuwe gevallen & overgangperiode 1 jaar (<i>snelle variant</i>)	niet berekend					
C7. Geen PGB voor begeleiding en geen tijdelijk verblijf voor alle leeftijden, alleen nieuwe gevallen (<i>langzame variant</i>)	€110 €103	€249 €228	8,4% 3,7%	€418 €376	€615 €548	12,8% 7,0%
C8. Geen PGB voor begeleiding en tijdelijk verblijf voor alle leeftijden, nieuwe gevallen & overgangperiode 1 jaar (<i>snelle variant</i>)	€551 €513	€1.247 €1.141	-14,5% -18,6%	€1.392 €1.255	€1.536 €1.369	-11,5% -16,7%
PGB toegespitst op cliënten met een zware zorgvraag						
D1. De PGB is alleen toegankelijk voor verblijfsgeïndiceerden (z.p. indicatie), ingang per 01.01.2013	€0 €0	€87 €80	12,8% 7,9%	€974 €878	€1.075 €958	-0,2% -5,7%
D2. De PGB is alleen toegankelijk voor verblijfsgeïndiceerden en cliënten met een zorgvraag van meer dan 10 uur verpleging en/of verzorging, ingang per 01.01.2013	€0 €0	€70 €64	13,1% 8,2%	€786 €708	€868 €773	4,8% -0,7%
D3. De PGB is alleen toegankelijk voor	€77	€873	-1,0%	€974	€1.075	-0,2%

(in Cmln) Scenario's	korte termijn			langere termijn		
	2012	2013	Tariefs- korting 2012-13	2014	2015	Tariefs- korting 2014-15
• variant 1.900 per maand • variant 1.500 per maand						
Financiële taakstelling PGB (variant 1.900)	€312	€576		€833	€1.198	
Financiële taakstelling PGB (variant 1.500)	€176	€374		€564	€864	
verblijfsgeïndiceerden (zpz Indicatie), Ingang per 01.01.2012	€72	€799	-5,4%	€878	€958	-5,7%
D4. De PGB is alleen toegankelijk voor verblijfsgeïndiceerden en cliënten met een zorgvraag van meer dan 10 uur verpleging en/of verzorging, Ingang per 01.01.2012	€62 €58	€704 €644	PM PM	€786 €708	€868 €773	4,8% -0,7%
Overige toegangsscenario's						
E1. De PGB optie vervalt voor cliënten ouder dan 65 jaar, die voor het eerst een AWBZ-indicatie krijgen	€94 €88	€213 €195	9,3% 4,5%	€237 €214	€262 €234	19,7% 13,7%
E2. Toegang PGB één jaar na Indicatiebesluit	niet berekend					
Tarifiering*						
Algemene tariefsmaatregelen						
F1. Algemene tariefsmaatregel van 30%	€916 €854	€1.034 €947	-16,9% -21,1%	€1.152 €1.040	€1.949 €1.133	-5,0% -10,4%
F2. Algemene tariefsmaatregel van 20%	€610 €569	€689 €631	-6,6% -11,0%	€768 €693	€846 €755	5,4% -0,3%
F3. Algemene tariefsmaatregel van 10%	€305 €285	€345 €284	3,8% -0,3%	€384 €347	€423 €378	15,7% 9,8%
G. Geen tariefsindexatie	€60					
Specifieke tariefsmaatregelen						
H. Tarieven voor de functie begeleiding met 25% verlaagd.	€412 €384	€465 €384	0,2% -3,7%	€519 €120	€572 €131	12,1% 16,4%
I. PGB houders mogen met hun budget geen informele zorgverleners betalen.	niet berekend					
J. PGB tarief gedifferentieerd naar professionele zorg en niet professionele zorg	niet berekend					
Overig						
K. Geen nieuwe instroom in de PGB-regeling (subsidiestop)	niet berekend					
Verantwoordings- en uitvoeringsstructuur						
L. Invoeren van een PGB-bestedingsplan (toets vooraf)	niet berekend					
M. CIZ ziet ten minste alle budgethouders die tot een risicogroep horen bij Indicatie	niet berekend					
N. Bruto-verantwoording PGB	niet berekend					
O. PGB niet langer gestort op eigen rekening, maar een trekkingsrecht	niet berekend					

* Bij de tariefsmaatregelen is nu een weglek van 0% naar zorg in natura verondersteld, het is onwaarschijnlijk dat bij een korting de weglek van elke functie 0% zal zijn. Bij de concrete uitwerking zal dit punt nader moeten worden bezien.

DISCLAIMER BIJ BESPARINGSOPBRENGSTEN:

- De omvang van de financiële taakstelling en de netto besparingsopbrengsten van de scenario's gaan er van uit dat de gerelateerde RA maatregelen (IQ maatregel en overheveling begeleiding en jeugdzorg naar de gemeenten) in volledigheid worden getroffen. Wanneer dit niet het geval is, moet de financiële opgave daarvoor worden gecorrigeerd, en wordt deze dan groter.
- De besparingen van de maatregelen kunnen niet direct bij elkaar opgeteld worden omdat individuele scenario's geen rekening houden met overlap met andere scenario's. Wanneer bijvoorbeeld de toegang al is beperkt, zal een tariefsmaatregel daarom een kleinere besparing inhouden.

5.2 Invalshoek: toegang

De PGB regeling is op dit moment breed toegankelijk. Geïndiceerde AWBZ cliënten hebben een vrije keuze tussen zorg in natura en het PGB (behalve behandeling) voor alle grondslagen en

functies. Er bestaan geen uitzonderingen op basis van leeftijd; er wordt in de toegang tot het PGB ook geen onderscheid gemaakt tussen: zware of lichte, kort of langdurende, of een smalle of brede zorgvraag.

De gepresenteerde toegangsmaatregelen versmallen de toegang tot de PGB regeling via geïndiceerde functies en niet via de grondslagen van de cliënt. Enkele scenario's brengen een leeftijdsgrens aan in de toegang. De scenario's zijn mede gericht op het beperken van de grootste risico's van de PGB regeling zoals het aantrekken van latente vraag en oneigenlijk gebruik. Bij de scenario's met betrekking tot begeleiding is de insteek om deze functie zo goed mogelijk op orde te brengen alvorens de overheveling naar het gemeentelijk domein in 2014. Alle gepresenteerde scenario's hebben gemeen dat zij, in meer of mindere mate, de toegang van het PGB beperken tot cliënten met een relatief zwaardere zorgvraag. Dat betekent dat de toegangsmaatregelen de eigen keuze voor sommige AWBZ-cliënten met betrekking tot de leveringsvorm van de zorg inperkt.

I. Scenario's met betrekking tot de functie begeleiding

Cliënten die geïndiceerd zijn voor begeleiding hebben over het algemeen geen complexe zorgvraag. Meer dan een-derde van de PGB houders is enkel geïndiceerd voor begeleiding voor een paar uur per week. Van deze cliënten is bijna de helft jonger dan 18. Daarvan heeft 76% een psychiatrische aandoening en 20% een verstandelijke handicap.

Bij deze jeugdigen komt monetarisering van mantelzorg relatief vaak voor. Uit onderzoek van Partners in Jeugdbeleid (2010) is gebleken dat een groot deel van deze groep een PGB heeft aangevraagd om de huidige zorgverleners (veelal ouders of privé hulp) te betalen, zorg in natura heeft voor hen nauwelijks meerwaarde omdat zij de zorg die zij nodig hebben al ontvangen. Ook kan bij deze groep onbedoeld oneigenlijk gebruik makkelijk voorkomen. Uit de beschrijvingen die cliënten geven over de beoogd in te kopen zorg (zoals ondersteuning bij sociale activiteiten), valt op dat deze zorg niet verzekerd is onder de AWBZ. Deze trends komen ook voor bij volwassenen. De monetarisering van de mantelzorg komt onder andere tot uiting in de snelle groei van de uitgaven voor begeleiding in de afgelopen drie jaar: zelfs met de pakketmaatregel in 2009 zijn de uitgaven voor deze functie tussen 2008-2010 in totaal met 34% gestegen.

Omdat begeleiding vooral geleverd wordt door mantelzorgers en andere niet professionele zorgverleners zijn er nauwelijks prikkels geweest voor zorg in natura instellingen om kwalitatief goed aanbod begeleiding te ontwikkelen. Daarnaast zijn er nieuwe zorgconcepten begeleiding ontstaan die alleen beschikbaar zijn voor PGB-houders, doordat zij enkel hun financiering ontvangen via de PGB worden zij niet aangemoedigd om een registratie aan te vragen.

Begeleiding wordt per 1 januari 2014 overgeheveld naar de Wmo. Met maatregelen met betrekking tot begeleiding die ingezet kunnen worden per 2012 kan een eerste stap gezet worden in de richting van de overheveling van deze functie.

Scenario's

Er worden vier scenario's onderscheiden die zijn gericht op jeugdigen onder dan 18 jaar. In de eerste twee scenario's (A1 en A2) gaat het om jeugdigen die alleen geïndiceerd zijn voor begeleiding; in laatste twee scenario's (A3 en A4) betreft het jeugd die naast begeleiding ook nog voor andere functies geïndiceerd zijn. Bij A1 en A3 gaat de maatregel per 1 januari 2012 alleen in voor nieuwe gevallen (*langzame variant*); A2 en A4 gaan per 1 januari 2012 in voor alle nieuwe gevallen en herindicaties en er wordt een overgangperiode van 1 jaar ingesteld voor iedereen zodat per 1 januari 2013 de maatregel volledig in is gegaan (*snelle variant*). Scenario's A5 tot en met A8 hebben betrekking op begeleiding voor alle leeftijdsgroepen, waarbij de gepresenteerde scenario's onderscheid maken tussen (i) enkelvoudige begeleiding en begeleiding in combinatie met andere functies en (ii) een langzame en snelle variant (zoals hierboven beschreven). Per scenario is ook nog doorgerekend wat de kosten (ofwel de minderopbrengsten van de maatregel) zijn als de groep verblijfsgeïndiceerden wordt ontzien. Dit wordt onder de tabel gepresenteerd.

Effecten

Met de bovengenoemde maatregelen is de PGB optie uiteindelijk niet meer beschikbaar voor zo'n 16% van de huidige omvang van PGB-houders voor de scenario's A1 tot en met A4 (jeugd) en voor 35% van de huidige omvang van PGB-houders voor de scenario's A5 tot en met A8 (alle leeftijden).

Omdat de zorgkantoren wel een zorgplicht hebben voor AWBZ geïndiceerde functies zullen zij hun zorginkoop in 2012 en 2013 zo moeten inrichten dat zij voldoen aan de zorgbehoefte voor begeleiding van de jeugd tot 18 jaar. Nieuwe zorgconcepten die nu alleen toegankelijk zijn voor PGB-houders, zullen aangemoedigd moeten worden een registratie aan te vragen onder de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi). In de besparingsvariant is rekening gehouden met deze wegk. Voor zover maatregel A2, A4, A6 en A8 ook bestaande PGB houders raken, kan het voor deze groep leiden tot verlies van een vaste en vertrouwde hulpverlener. Met deze maatregel wordt overigens ook voorkomen dat effecten van de aangekondigde beleidswijziging op passend onderwijs deels worden afgewenteld op het PGB.

Tabel 5.2a Netto besparingsopbrengsten scenario's begeleiding

Scenario's begeleiding • variant 1.900 per maand • variant 1.500 per maand	korte termijn			langere termijn		
	2012	2013	Tariefs- korting 2012-13	2014	2015	Tariefs- korting 2014-15
Financiële taakstelling PGB (variant 1.900)	€312	€576		€833	€1.198	
Financiële taakstelling PGB (variant 1.500)	€176	€374		€564	€864	
A1. Geen PGB <18 jaar, met enkel indicatie begeleiding, alleen nieuwe gevallen (<i>langzame variant</i>)	€12 €11	€27 €25	13,6% 8,7%	€45 €41	€66 €60	24,7% 18,5%
A2. Geen PGB <18 jaar, met enkel indicatie begeleiding, nieuwe gevallen & overgangperiode 1 jaar (<i>snelle variant</i>)	€60 €56	€136 €124	11,0% 6,2%	€151 €137	€167 €149	22,0% 15,9%
A3. Geen PGB < 18 jaar begeleiding, alleen nieuwe gevallen (<i>langzame variant</i>)	€43 €40	€96 €88	12,0% 7,1%	€161 €145	€237 €211	21,0% 14,9%
A4. Geen PGB < 18 jaar begeleiding, nieuwe gevallen & overgangperiode 1 jaar (<i>snelle variant</i>)	€213 €199	€482 €441	3,1% -1,5%	€537 €485	€592 €528	11,6% 5,8%
A5. Geen PGB met enkel indicatie begeleiding, alle leeftijden, alleen nieuwe gevallen (<i>langzame variant</i>)	niet berekend					
A6. Geen PGB met enkel indicatie begeleiding, alle leeftijden, nieuwe gevallen & overgangperiode 1 jaar (<i>snelle variant</i>)	niet berekend					
A7. Geen PGB voor begeleiding, alle leeftijden, alleen nieuwe gevallen (<i>langzame variant</i>)	€99 €92	€223 €205	9,0% 4,3%	€373 €337	€549 €490	14,3% 8,4%
A8. Geen PGB voor begeleiding, alle leeftijden, nieuwe gevallen & overgangperiode 1 jaar (<i>snelle variant</i>)	€495 €461	€1.117 €1.023	-11,6% -15,8%	€1.245 €1.124	€1.372 €1.225	-7,5% -12,8%

Tabel 5.2b Kosten ontzien verblijfsgeïndiceerden

Scenario's begeleiding (in Cmln) • variant 1.900 per maand • variant 1.500 per maand	2012	2013	2014	2015
A1. Geen PGB <18 jaar, met enkel indicatie begeleiding, alleen nieuwe gevallen (<i>langzame variant</i>)	€0 €0	€0 €0	€0 €0	€0 €0
A2. Geen PGB <18 jaar, met enkel indicatie begeleiding, nieuwe gevallen & overgangperiode 1 jaar (<i>snelle variant</i>)	€0 €0	€0 €0	€0 €0	€0 €0
A3. Geen PGB < 18 jaar begeleiding, alleen nieuwe gevallen (<i>langzame variant</i>)	€4 €4	€9 €8	€15 €14	€22 €20
A4. Geen PGB < 18 jaar begeleiding, nieuwe gevallen & overgangperiode 1 jaar (<i>snelle variant</i>)	€20 €19	€45 €41	€50 €45	€55 €49
A5. Geen PGB met enkel indicatie begeleiding, alle leeftijden, alleen nieuwe gevallen (<i>langzame variant</i>)	niet berekend			

Scenario's begeleiding (in Cmln) • variant 1.900 per maand • variant 1.500 per maand	2012	2013	2014	2015
A6. Geen PGB met enkel indicatie begeleiding, alle leeftijden, nieuwe gevallen & overgangperiode 1 jaar (<i>snelle variant</i>)	niet berekend			
A7. Geen PGB voor begeleiding, alle leeftijden, alleen nieuwe gevallen (<i>langzame variant</i>)	€25 €24	€57 €52	€96 €86	€141 €126
A8. Geen PGB voor begeleiding, alle leeftijden, nieuwe gevallen & overgangperiode 1 jaar (<i>snelle variant</i>)	€127 €118	€287 €262	€320 €288	€358 €314

II. Maatregelen met betrekking tot de functie tijdelijk verblijf

Tijdelijk verblijf (respijtzorg) is kortdurende opvang, voornamelijk om de mantelzorger te ontlasten. Tijdelijk verblijf wordt altijd geïndiceerd in combinatie met andere functies. In totaal hebben 35% van alle PGB houders een indicatie voor tijdelijk verblijf, meer dan de helft van deze groep alleen in combinatie met begeleiding. Van alle cliënten die geïndiceerd zijn voor tijdelijk verblijf, is tweederde jonger dan 18 jaar.

Tijdelijk verblijf kent vergelijkbare problematiek als die voor begeleiding, zoals monetarisering van mantelzorg. Dit is op te maken uit de constatering dat tijdelijk verblijf regelmatig wordt geleverd door familie en kennissen van de mantelzorgers van de AWBZ-cliënt (een voorbeeld zijn logeerpartijen bij grootouders, zorgboerderijen en vakantieadressen). De aanzuigende werking van de optie PGB voor tijdelijk verblijf komt mede tot uiting in de stijging van de uitgaven voor deze functie in totaal met 66% in de afgelopen drie jaar.

Omdat cliënten met een complexe en zware zorgvraag vaak ook een indicatie hebben voor tijdelijk verblijf, kan het wenselijk zijn om meer zicht op de kwaliteit van de geleverde zorg te verkrijgen. Net zoals bij begeleiding zijn er met de introductie PGB-regeling nieuwe stijl, nieuwe zorgconcepten ontstaan die enkel toegankelijk zijn met een PGB. Deze zorgconcepten zijn in het algemeen niet geregistreerd.

Deze functie kan mogelijk bij de gemeente worden ondergebracht. Daarnaast geldt dat vanaf 1 januari 2012 de aanspraak op deze functie voor het eerst in regelgeving is vastgelegd. Er is alleen beroep op kortdurend verblijf mogelijk als er sprake is van permanent toezicht. Op basis van deze aanscherping zal naar verwachting een op de drie van de huidige jeugdige AWBZ-cliënten hun aanspraak verliezen.

Scenario's

Er worden twee scenario's onderscheiden. In het eerste scenario (B1) is er geen PGB meer mogelijk voor nieuwe gevallen die tijdelijk verblijf geïndiceerd krijgen (*langzame variant*). In het tweede scenario (B2) gaat het om nieuwe gevallen en herindicaties en er wordt een overgangsmaatregel ingesteld voor iedereen zodat per 1 januari 2013 de maatregel volledig in is gegaan (*snelle variant*). Er gelden voor deze scenario's geen leeftijduitsonderingen. Per scenario is ook nog doorgerekend wat de kosten (ofwel de minderopbrengsten van de maatregel) zijn als de groep verblijfsgeïndiceerden wordt ontzien. Dit wordt onder de tabel gepresenteerd.

Effecten

Met de bovengenoemde maatregelen is de PGB optie voor tijdelijk verblijf uiteindelijk niet meer beschikbaar voor zo'n 35% van de huidige omvang van PGB-houders. Dit betekent niet dat al deze cliënten geen toegang tot de PGB meer hebben, tijdelijk verblijf wordt namelijk altijd in combinatie met andere functies geïndiceerd. Voor deze andere functies, mits geïndiceerd, kan nog steeds een PGB worden verkregen.

Omdat tijdelijk verblijf wel een aanspraak is onder de AWBZ, moet deze functie wel beschikbaar zijn in zorg in natura. Dit betekent dat nieuwe zorginitiatieven aangemoedigd moeten worden zich

tot de natura-zorg moeten te wenden, met alle bijkomende verplichtingen (zoals maatschappelijk jaarverslag, individueel declareren en transparantie-eisen). Voordeel van deze keuze is dat de er meer waarborgen worden ingebouwd voor een verantwoorde zorglevering. In de besparingsvariant is rekening gehouden met deze weglek.

Tabel 5.3 Netto besparingsopbrengsten scenario's tijdelijk verblijf

(in Cmln) Scenario's tijdelijk verblijf • variant 1.900 per maand • variant 1.500 per maand	korte termijn		Tariefs- korting 2012-13	langere termijn		Tariefs- korting 2014-15
	2012	2013		2014	2015	
Financiële taakstelling PGB (variant 1.900)	€312	€576		€833	€1.198	
Financiële taakstelling PGB (variant 1.500)	€176	€374		€564	€864	
B1. Geen PGB voor tijdelijk verblijf, alleen nieuwe gevallen (<i>langzame variant</i>)	€12 €11	€28 €25	13,5% 8,7%	€46 €42	€69 €61	24,6% 18,5%
B2. Geen PGB voor tijdelijk verblijf, nieuwe gevallen & overgangperiode 1 jaar (<i>snelle variant</i>)	€60 €56	€138 €125	11,0% 6,2%	€155 €139	€172 €152	21,9% 15,8%

Tabel 5.3b Kosten ontzien verblijfsgeïndiceerden

Scenario's tijdelijk verblijf (in Cmln) • variant 1.900 per maand • variant 1.500 per maand	2012	2013	2014	2015
B1. Geen PGB voor tijdelijk verblijf, alleen nieuwe gevallen (<i>langzame variant</i>)	€4 €4	€10 €9	€16 €14	€24 €21
B2. Geen PGB voor tijdelijk verblijf, nieuwe gevallen & overgangperiode 1 jaar (<i>snelle variant</i>)	€21 €19	€48 €43	€53 €48	€59 €52

III. Combinatie maatregelen begeleiding en tijdelijk verblijf

Omdat de functies begeleiding en tijdelijk verblijf vaak in elkaars verlengde liggen en het om vergelijkbare doelgroepen gaat, ligt het voor de hand om maatregelen met betrekking tot deze groepen in combinatie met elkaar te nemen. De besparingen van deze combinatie maatregelen worden hieronder gepresenteerd; uitleg van de maatregelen is hierboven al omschreven. Per scenario is ook nog doorgerekend wat de kosten (ofwel de minderopbrengsten van de maatregel) zijn als de groep verblijfsgeïndiceerden wordt ontzien. Dit wordt onder de tabel gepresenteerd.

Tabel 5.4 Netto besparingsopbrengsten scenario's combinatie begeleiding en tijdelijk verblijf

(in Cmln) Scenario's combinatie begeleiding en tijdelijk verblijf • variant 1.900 per maand • variant 1.500 per maand	korte termijn		Tariefs- korting 2012-13	langere termijn		Tariefs- korting 2014-15
	2012	2013		2014	2015	
Financiële taakstelling PGB (variant 1.900)	€312	€576		€833	€1.198	
Financiële taakstelling PGB (variant 1.500)	€176	€374		€564	€864	
C1. Geen PGB <18 jaar, met enkel indicatie begeleiding, en geen tijdelijke verblijf voor alle leeftijdsklassen, alleen nieuwe gevallen (<i>langzame variant</i>)	€24 €22	€54 €49	12,9% 8,1%	€91 €82	€134 €119	23,2% 17,1%
C2. Geen PGB <18 jaar, met enkel indicatie begeleiding, en geen tijdelijke verblijf voor alle leeftijdsklassen, nieuwe gevallen & overgangperiode 1 jaar (<i>snelle variant</i>)	€119 €110	€270 €246	8,0% 3,3%	€303 €272	€335 €298	17,9% 12,0%
C3. Geen PGB < 18 jaar begeleiding, en geen tijdelijke verblijf voor alle leeftijdsklassen, alleen nieuwe gevallen (<i>langzame variant</i>)	€54 €50	€122 €111	11,4% 6,6%	€205 €184	€301 €268	19,6% 13,6%
C4. Geen PGB < 18 jaar begeleiding, en geen tijdelijke verblijf voor alle leeftijdsklassen, nieuwe gevallen & overgangperiode 1 jaar (<i>snelle variant</i>)	€269 €250	€610 €557	0,1% -4,4%	€682 €670	€753 €808	7,7% 2,0%
C5. Geen PGB met enkel indicatie begeleiding en geen tijdelijk verblijf voor alle leeftijden, alleen nieuwe gevallen (<i>langzame variant</i>)	niet berekend					
C6. Geen PGB met enkel indicatie begeleiding en	niet					

(in Cmln) Scenario's combinatie begeleiding en tijdelijk verblijf • variant 1.900 per maand • variant 1.500 per maand	korte termijn			langere termijn		
	2012	2013	Tariefs- korting 2012-13	2014	2015	Tariefs- korting 2014-15
Financiële taakstelling PGB (variant 1.900)	€312	€576		€833	€1.198	
Financiële taakstelling PGB (variant 1.500)	€176	€374		€564	€864	
geen tijdelijk verblijf voor alle leeftijden, nieuwe gevallen & overgangperiode 1 jaar (<i>snelle variant</i>)	berekend					
C7. Geen PGB voor begeleiding en geen tijdelijk verblijf voor alle leeftijden, alleen nieuwe gevallen (<i>langzame variant</i>)	€110 €103	€249 €228	8,4% 3,7%	€418 €376	€615 €548	12,8% 7,0%
C8. Geen PGB voor begeleiding en tijdelijk verblijf voor alle leeftijden, nieuwe gevallen & overgangperiode 1 jaar (<i>snelle variant</i>)	€551 €513	€1.247 €1.141	-14,5% -18,6%	€1.392 €1.255	€1.536 €1.369	-11,5% -16,7%

Tabel 5.4b Kosten ontzelen verblijfsgeïndiceerden

Scenario's combinatie begeleiding en tijdelijk verblijf (in Cmln) • variant 1.900 per maand • variant 1.500 per maand	2012	2013	2014	2015
C1. Geen PGB <18 jaar, met enkel Indicatie begeleiding, en geen tijdelijke verblijf voor alle leeftijdsklassen, alleen nieuwe gevallen (<i>langzame variant</i>)	€5 €5	€12 €11	€21 €19	€31 €27
C2. Geen PGB <18 jaar, met enkel Indicatie begeleiding, en geen tijdelijke verblijf voor alle leeftijdsklassen, nieuwe gevallen & overgangperiode 1 jaar (<i>snelle variant</i>)	€27 €25	€62 €57	€70 €62	€77 €68
C3. Geen PGB < 18 jaar begeleiding, en geen tijdelijke verblijf voor alle leeftijdsklassen, alleen nieuwe gevallen (<i>langzame variant</i>)	€10 €9	€22 €21	€38 €34	€56 €49
C4. Geen PGB < 18 jaar begeleiding, en geen tijdelijke verblijf voor alle leeftijdsklassen, nieuwe gevallen & overgangperiode 1 jaar (<i>snelle variant</i>)	€50 €46	€112 €103	€126 €113	€139 €123
C5. Geen PGB met enkel Indicatie begeleiding en geen tijdelijk verblijf voor alle leeftijden, alleen nieuwe gevallen (<i>langzame variant</i>)	niet berekend			
C6. Geen PGB met enkel Indicatie begeleiding en geen tijdelijk verblijf voor alle leeftijden, nieuwe gevallen & overgangperiode 1 jaar (<i>snelle variant</i>)	niet berekend			
C7. Geen PGB voor begeleiding en geen tijdelijk verblijf voor alle leeftijden, alleen nieuwe gevallen (<i>langzame variant</i>)	€30 €28	€69 €62	€115 €103	€169 €150
C8. Geen PGB voor begeleiding en tijdelijk verblijf voor alle leeftijden, nieuwe gevallen & overgangperiode 1 jaar (<i>snelle variant</i>)	€151 €141	€343 €312	€382 €344	€422 €375

IV. PGB is alleen toegankelijk voor cliënten met een (levenslange en levensbrede) zware zorgvraag

Bij een levenslange en levensbrede zorgvraag gaat het om cliënten met een zware en complexe zorgvraag. Dit zijn vrijwel altijd mensen met een verblijfsindicatie. Een reden om het PGB te beperken tot de doelgroep met een levenslange en levensbrede zorgvraag is dat er een prikkel uitgaat naar de huidige zorginstellingen om hun aanbod te vernieuwen voor cliënten met een lichtere zorgvraag.

In totaal heeft nog geen 10% van de huidige PGB-houders een verblijfsindicatie (ongeveer 11.500 cliënten). De helft (54%) van de verblijfsgeïndiceerden heeft een verstandelijke handicap; 20% heeft een psychiatrische grondslag 9% heeft een somatische grondslag en 8% heeft een lichamelijke handicap. Jeugdigen lijken maar bij uitzondering een verblijfsindicatie te hebben: van

de verblijfsgeïndiceerden met een verstandelijke handicap is nog geen 1% jonger dan 18 jaar, voor die met een psychiatrische grondslag is dat 7%.

Scenario's

Omdat de grens tussen verblijfs- en niet verblijfsgeïndiceerden niet altijd even makkelijk is te maken in de praktijk, worden er twee varianten van het scenario zware zorgvraag gepresenteerd: (D1) cliënten met een verblijfsindicatie (met een zzp indicatie) en (D2) cliënten met gelijke omvang van zorg in aantallen uren geïndiceerd voor de functies verpleging en persoonlijke verzorging (>10 uur per week persoonlijke verzorging en/of verpleging). Voor cliënten die niet tot deze twee doelgroepen behoren, vervalt de PGB optie in 2013 voor nieuwe cliënten en in 2014 voor alle bestaande gevallen. Er gelden voor deze scenario's geen leeftijduitsonderingen. Voor scenario's D3 en D4 wordt de maatregel al ingevoerd in 2012.

Effecten

Beide maatregelen hebben een grote impact op het karakter van de PGB-regeling en het totaal aantal PGB houders: nog geen 10% van de huidige PGB houders heeft een verblijfsindicatie. Daarmee zou met maatregel D1 en D3 meer dan 90% van het huidige aantal budgethouders geen toegang meer hebben tot het PGB. Met maatregel D2 en D4 blijft voor een grotere groep de PGB optie behouden, ongeveer 20% van de huidige omvang. Met deze maatregel kan maar een beperkte doelgroep een wettelijk recht op een PGB in aanmerking komen. De groep PGB-houders zou met deze maatregelen vooral bestaan uit cliënten met een lichamelijke handicap en een somatische aandoening. Bijna geen cliënten jonger dan 18 jaar zullen toegang behouden tot PGB optie. Met deze maatregel vervalt de aanzuigende werking (o.a. monetarisering van de mantelzorg) van de regeling.

Omdat de maatregel volledig wordt gerealiseerd in 2014 is het noodzakelijk dat er in deze periode snel passend zorg in natura aanbod tot stand komt voor de doelgroep die niet meer voor de PGB-optie in aanmerking komt. Zorgkantoren hebben voor deze groep wel zorgplicht. Zorgkantoren zouden zich daarom meer kunnen toeleggen op het realiseren van zorg op afroep (binnen x aantal minuten aanwezig).

Tabel 5.5 Netto besparingsopbrengsten scenario's PGB alleen toegankelijk voor cliënten met een (levenslange en levensbrede) zware zorgvraag

(in Cmln)	korte termijn		langere termijn			
	2012	2013	Tariefs-korting 2012-13	2014	2015	Tariefs-korting 2014-15
Scenario's PGB toegankelijk voor cliënten met zware zorgvraag						
• variant 1.900 per maand						
• variant 1.500 per maand						
Financiële taakstelling PGB (variant 1.900)	€312	€576		€833	€1.198	
Financiële taakstelling PGB (variant 1.500)	€176	€374		€564	€864	
D1. De PGB is alleen toegankelijk voor verblijfsgeïndiceerden (zzp indicatie), Ingang per 01.01.2013	€0 €0	€87 €80	12,8% 7,9%	€974 €878	€1.075 €958	-0,2% -5,7%
D2. De PGB is alleen toegankelijk voor verblijfsgeïndiceerden en cliënten met een zorgvraag van meer dan 10 uur verpleging en/of verzorging, Ingang per 01.01.2013	€0 €0	€70 €64	13,1% 8,2%	€786 €708	€868 €773	4,8% -0,7%
D3. De PGB is alleen toegankelijk voor verblijfsgeïndiceerden (zzp indicatie), Ingang per 01.01.2012	€77 €72	€873 €799	-1,0% -5,4%	€974 €878	€1.075 €958	-0,2% -5,7%
D4. De PGB is alleen toegankelijk voor verblijfsgeïndiceerden en cliënten met een zorgvraag van meer dan 10 uur verpleging en/of verzorging, Ingang per 01.01.2012	€62 €58	€704 €644	PM PM	€786 €708	€868 €773	4,8% -0,7%

V. Overige toegangsscenario's

Scenario E1. De PGB optie vervalt voor cliënten ouder dan 65 jaar, die voor het eerst een AWBZ-indicatie ontvangen

Met deze maatregel verdwijnt de mogelijkheid tot PGB voor mensen boven de 65 jaar, tenzij zij eerder voor de AWBZ positief geïndiceerd zijn geweest. De maatregel kan per 1 januari 2012 ingevoerd worden. Cliënten die palliatieve zorg nodig hebben, worden bij deze maatregel uitgezonderd. Cliënten die op of na hun 65^e jaar voor het eerst gebruik wensen te maken van een PGB beschikken over het algemeen niet over een levenslange zorgbehoefte. De grondslag van deze cliënten is vooral somatisch. De zorg die deze doelgroep nodig heeft kan vaak geleverd worden door de thuiszorg. Deze maatregel beoogt daarom onder andere monetarisering van mantelzorg tegen te gaan. Voor dit scenario is ook nog doorgerekend wat de kosten (ofwel de minderopbrengsten van de maatregel) zijn als de groep verblijfsgeïndiceerden wordt ontzien. Dit wordt onder de tabel gepresenteerd.

Scenario E2. Toegang PGB één jaar na indicatiebesluit

Met deze maatregel hebben AWBZ cliënten pas toegang tot het PGB een jaar na het indicatiebesluit. Deze maatregel is er vooral op gericht om cliënten een meer bewuste keuze te laten maken voor het PGB. Ze worden hiermee als het ware gedwongen om eerst kennis te maken met het zorg in natura aanbod. Met deze maatregel wordt beoogd de aanzuigende werking van de PGB regeling te verkleinen. Per 1 januari 2012 kan deze maatregel worden ingevoerd voor alle nieuwe AWBZ cliënten.

De maatregel is niet doorgerekend. Wel brengt deze maatregel additionele administratieve kosten, vooral voor de zorgkantoren, met zich mee. De maatregel betekent ook een versmalling van de keuzevrijheid van de cliënt: iedereen moet eerst verplicht kennis maken met de zorg in natura.

Tabel 5.6 Netto besparingsopbrengsten scenario's PGB vervalt voor cliënten ouder dan 65 jaar, die voor het eerst een AWBZ-indicatie aanvragen

(in Cmln)	korte termijn			langere termijn		
	2012	2013	Tariefs-korting 2012-13	2014	2015	Tariefs-korting 2014-15
Scenario PGB vervalt voor cliënten ouder dan 65 die eerste keer AWBZ-indicatie aanvragen						
• variant 1.900 per maand						
• variant 1.500 per maand						
Financiële taakstelling PGB (variant 1.900)	€312	€576		€833	€1198	
Financiële taakstelling PGB (variant 1.500)	€176	€374		€564	€864	
E1. De PGB optie vervalt voor cliënten ouder dan 65 jaar, die voor het eerst een AWBZ-Indicatie aanvragen	€94 €88	€213 €195	9,3% 4,5%	€237 €214	€262 €234	19,7% 13,7%
E2. Toegang PGB één jaar na Indicatiebesluit	niet berekend					

Tabel 5.6b Kosten ontzien verblijfsgeïndiceerden

Scenario PGB vervalt voor cliënten ouder dan 65 die eerste keer AWBZ-indicatie aanvragen (in Cmln)	2012	2013	2014	2015
• variant 1.900 per maand				
• variant 1.500 per maand				
E1. De PGB optie vervalt voor cliënten ouder dan 65 jaar, die voor het eerst een AWBZ-indicatie aanvragen	€20 €18	€44 €40	€49 €44	€54 €48
E2. Toegang PGB één jaar na indicatiebesluit	niet berekend			

5.3 Invalshoek: tarieven

De twee kernvragen bij tarieven is in hoeverre het toekenningsbedrag een alternatief is voor zorg in natura, en of er voor informele (mantel)zorg dezelfde tarieven moeten gelden als voor professionele zorg. In de huidige PGB regeling lijkt het criterium "volwaardig" te gelden: er wordt geen onderscheid gemaakt tussen professionele en niet professionele zorgverleners. De tarieven nu zijn wel wat minder dan die voor zorg in natura omdat deze geschoond zijn voor overhead en andere instellingskosten, maar nog steeds ruim.

Uit cijfers van het CVZ blijkt dat gemiddeld budgethouders gemiddeld 8-10% van hun budget niet besteden en uit SVB onderzoek van de cliënten waarvoor zij hun budget beheren blijkt dat budgethouders gemiddeld zelfs veel minder hoge uurtarieven betalen. Deze bevindingen wijzen erop dat er aanleiding is om een PGB tarieven onderzoek te starten.

In deze paragraaf worden tariefsmaatregelen gepresenteerd, een aantal daarvan zijn doorgerekend en sommigen alleen beschreven, omdat er geen adequaat cijfermateriaal tijdig beschikbaar was of omdat de maatregel qua uitvoering lastig is.

De eerste set tariefmaatregelen berekenen een algemene korting op alle tarieven; de tweede set maatregelen betreffen een differentiatie in tarieven naar zorgverlener (deze zijn niet doorgerekend). Een besparing op tariefsdifferentiatie wordt wel benaderd door de maatregel die de tarieven voor begeleiding met 25% kort, omdat deze functie voor een groot deel geleverd wordt door mantelzorgers en andere niet-professionele zorgverleners. Per scenario is ook nog doorgerekend wat de kosten (ofwel de minderopbrengsten van de maatregel) zijn als de groep verblijfsgeïndiceerden wordt ontzien.

VI. Algemene tariefsmaatregelen*

Vier algemene tariefsmaatregelen worden gepresenteerd: algemene tariefsmaatregel van 30% (F1); algemene tariefsmaatregel van 20% (F2); algemene tariefsmaatregel van 10% (F3); en geen indexatie van de tarieven.

Tabel 5.7 Algemene tariefsmaatregelen

Scenario's algemene tariefsmaatregelen (in Cmln) • variant 1.900 per maand • variant 1.500 per maand	korte termijn			langere termijn		
	2012	2013	Tariefs- korting 2012-13	2014	2015	Tariefs- korting 2014-15
Financiële taakstelling PGB (variant 1.900)	€312	€576		€833	€1198	
Financiële taakstelling PGB (variant 1.500)	€176	€374		€564	€864	
F1. Algemene tariefsmaatregel van 30%	€916 €854	€1.034 €947	-16,9% -21,1%	€1.152 €1.040	€1.949 €1.133	-5,0% -10,4%
F2. Algemene tariefsmaatregel van 20%	€610 €569	€689 €631	-6,6% -11,0%	€768 €693	€846 €755	5,4% -0,3%
F3. Algemene tariefsmaatregel van 10%	€305 €285	€345 €284	3,8% -0,3%	€384 €347	€423 €378	15,7% 9,8%

* Bij de tariefsmaatregelen is nu een weglek van 0% naar zorg in natura verondersteld, het is onwaarschijnlijk dat bij een korting de weglek van elke functie 0% zal zijn. Bij de concrete uitwerking zal dit punt nader moeten worden bezien.

Tabel 5.7b Kosten ontzien verblijfsgeïndiceerden

Scenario's algemene tariefsmaatregelen (in Cmln) • variant 1.900 per maand • variant 1.500 per maand	2012	2013	2014	2015
F1. Algemene tariefsmaatregel van 30%	€205 €191	€232 €212	€258 €233	€284 €253
F2. Algemene tariefsmaatregel van 20%	€137 €127	€154 €141	€172 €155	€190 €169
F3. Algemene tariefsmaatregel van 10%	€68 €64	€77 €64	€86 €78	€95 €84

Scenario G. Geen tariefsindexatie

Deze maatregel betreft een indexatiekorting van ongeveer 2% per 1 januari 2012. Het financiële effect daarvan is in 2012 ongeveer 60 miljoen euro.

VII. Specifieke tariefsmaatregelen

Scenario H. Tarieven voor de functie begeleiding met 25% verlaagd.

Met deze maatregel worden de PGB tarieven voor de functie begeleiding met 25% gekort. Deze kan per 1 januari 2012 in gaan. De functie begeleiding wordt vaak door mantelzorgers en andere niet professionele zorgverleners geleverd. De redenering achter deze maatregel is dat mantelzorgers en niet professionele zorgverleners een lager uur tarief kunnen hebben dan mensen die een zorgdiploma hebben. Uit SVB-onderzoek in 2009 is gebleken dat budgethouders gemiddeld €20 per uur hiervoor betalen, terwijl in de PGB-regeling wordt uitgegaan van meer dan €45.

Voor dit scenario is ook nog doorgerekend wat de kosten (ofwel de minderopbrengsten van de maatregel) zijn als de groep verblijfsgeïndiceerden wordt ontzien.

Tabel 5.8 Specifieke tariefsmaatregelen

<i>(in Cmln)</i> Scenario verlaging tarieven begeleiding met 25% • variant 1.900 per maand • variant 1.500 per maand	korte termijn			langere termijn		
	2012	2013	Tariefs-korting 2012-13	2014	2015	Tariefs-korting 2014-15
Financiële taakstelling PGB (variant 1.900)	€312	€576		€833	€1198	
Financiële taakstelling PGB (variant 1.500)	€176	€374		€564	€864	
H. Tarieven voor de functie begeleiding met 25% verlaagd.	€412 €384	€465 €384	0,2% -3,7%	€519 €120	€572 €131	12,1% 16,4%

Tabel 5.8b Kosten ontzien verblijfsgeïndiceerden

<i>(in Cmln)</i> Scenario verlaging tarieven begeleiding met 25% • variant 1.900 per maand • variant 1.500 per maand	2012	2013	2014	2015
H. Tarieven voor de functie begeleiding met 25% verlaagd.	€106 €99	€120 €98	€133 €31	€147 €34

Scenario I. PGB houders mogen met hun budget alleen inzetten bij toegelaten zorginstellingen

PGB-houders mogen met deze maatregel geen informele zorgverleners (zoals familie), zzp-ers en zorg geboden door instellingen die niet zijn toegelaten, betalen. Hiermee wordt ingezet de monetaarisering van de mantelzorg zover mogelijk tegen te gaan. Een ander effect dat beoogd wordt is meer verantwoorde zorg. Met deze maatregel worden nieuwe zorginitiatieven gestimuleerd om een registratie aan te vragen. Dit kan de kwaliteit van de geleverde zorg ten goede komen omdat geregistreerde zorginitiatieven onder de reikwijdte van de kwaliteitswetgeving vallen.

De maatregel kan per 1 januari 2013 worden ingevoerd en gekoppeld worden aan integraal beleid ten aanzien van de mantelzorg bij de gemeente. Bij deze variant dient een cliënt met een zorgbehoefte die hij of zij met mantelzorg wil invullen, voor ondersteuning tot de gemeente te wenden. Het PGB komt alleen in beeld als gekozen wordt voor professionele zorgverlening.

Scenario J. PGB tarief gedifferentieerd naar professionele zorg en niet professionele zorg.

Met deze maatregelen wordt het PGB tarief gedifferentieerd naar professionele en niet-professionele zorgverleners. Een professionele zorgverlener ontvangt een hoger tarief. De uitvoeringskosten van deze maatregel kunnen aanzienlijk zijn. In de huidige PGB-regeling is, voor- en achteraf niet goed te achterhalen of de budgethouder zorg ontvangt van een professionele en/of ongediplomeerde zorgverlener. Qua uitvoering is deze maatregel complex. Het zorgkantoor zou bij deze maatregel: per functie het type zorgverlener na gaan en tussentijds op de hoogte gehouden moet worden of de PGB-houder overstapt van zorgverlener en vervolgens het budget daarop aanpassen.

Scenario K. Geen nieuwe instroom in de PGB-regeling (subdiestop)

Als geen keuze wordt gemaakt tussen op basis van de bovenstaande scenario's is een resterende een optie om, vergelijkbaar met de PGB-stop in de periode juli tot en met einde december 2010,

geen nieuwe instroom meer in de PGB-regeling toe te laten. Dit is geen structurele optie. De problematiek van de regeling wordt niet opgelost en doorgeschoven naar de gemeenten zoals bij de functie begeleiding. De PGB-regeling, kan met deze optie, niet wettelijk verankerd worden omdat het niet voldoet aan het criterium "structureel houdbaar".

5.4 Verantwoordings- en uitvoeringsstructuur

De uitvoeringsstructuur van de huidige PGB-regeling kenmerkt zich door de weinig effectieve verantwoording. Een aantal maatregelen in deze invalshoek zijn de moeite te waard om in te voeren los van de gekozen scenario's met betrekking tot de toegang en tariefstelling. Deze maatregelen zullen deels een overlap hebben met de voorstellen die in andere fora worden uitgewerkt, bijvoorbeeld de fraudewerkgroep. Deze maatregelen zijn niet doorgerekend. Deels omdat deze geen substantiële besparing opleveren, en in sommige gevallen additionele (uitvoerings)kosten met zich mee brengen.

Voor maatregelen met betrekking tot de verantwoordings- en uitvoeringsstructuur is het op korte termijn eigenlijk alleen mogelijk om het verantwoordingsformulier aan te passen, maatregelen voor de langere termijn zijn nauw verbonden met het traject "uitvoering AWBZ door zorgverzekeraars". Een aantal punten verdient daarbij nadere uitwerking, zoals de zeggenschap van zorgverzekeraars bij de PGB-toekenning en de vormgeving van het zorginkoopproces, omdat zorgverzekeraars dan rekening moeten houden met budgethouders die zelf zorg inkopen en met individuele zorgaanbieders voor zorg in natura.

Scenario L. Invoeren van een PGB-bestedingsplan (toets vooraf)

Elke aspirant-budgethouder levert een PGB-bestedingsplan in bij het zorgkantoor, waarin hij aangeeft bij wie hij of zij welke zorg wil inkopen. De maatregel kan per 1 januari 2012 worden ingevoerd voor nieuwe instroom en de herindicaties. De bestaande budgethouders vallen onder de maatregel zodra een herindicatie wordt aangevraagd.

Met het invoeren van een PGB-bestedingsplan wordt beoogd om de toegang tot het PGB aan de voorkant aan te pakken. Aan de hand van een PGB-bestedingsplan kan het zorgkantoor nagaan in hoeverre een aspirant-budgethouder over voldoende eigen regie beschikt en in hoeverre de aspirant-budgethouder naar behoren om kan gaan met het PGB.

Een bestedingsplan is een normaal onderdeel van vrijwel alle subsidieregelingen vanuit de overheid. Elke andere subsidieregeling vraagt van de ontvanger een plan met daarin ten minste beschreven wat het doel van het project is en waaraan de subsidie besteed zal worden. De PGB-regeling mist deze stap. Voor de PGB-subsidieverlener (het zorgkantoor) is het nu onduidelijk waaraan het budget besteed zal worden. Met het PGB-bestedingsplan als extra toetspunt kunnen eventuele misstappen van de budgethouder tijdig worden bijgestuurd.

Bij deze maatregel nemen de uitvoeringskosten van het CIZ toe. Hier staat tegenover dat het leidt tot een meer rechtmatig en doelmatiger AWBZ-gebruik. Deze maatregel kan er toe leiden dat zorgbemiddelingsbureaus dit plan voor de budgethouder gaan opstellen, waardoor de toetsing van de eigen regie slechts een beperkte waarde krijgt.

Scenario M. CIZ ziet ten minste alle budgethouders die tot een risicogroep horen bij indicatie

Deze maatregel houdt in dat het CIZ naast de gebruikelijke indicatie, ten minste de cliënten die tot een risicogroep²⁸ behoren, face-to-face ("warm") indiceert. Hierbij wordt geen onderscheid gemaakt in cliënten die kiezen voor een PGB of zorg in natura. Het CIZ toetst hierbij of de indicatie naar waarheid is ingevuld.

²⁸ Het is van belang dat de risicogroepen gebaseerd zijn op relatief objectief te bepalen categorieën om de kans op willekeur tot een minimum te beperken.

In principe zijn hier nog andere functies aan toe te voegen, te weten: de voorlichtingsfunctie over de keuze tussen zorg in natura en de PGB-optie en de toetsingsfunctie waarbij het CIZ vaststelt of de persoon wel geschikt is om een PGB te ontvangen. Op dit moment heeft het CIZ deze functies niet. Om het CIZ de bevoegdheid te geven om te adviseren of de persoon wel geschikt is voor een PGB is een AMvB noodzakelijk (doorlooptijd kan tot twee jaar in beslag nemen). Daarnaast betekent deze optie dat een toetsingskader moet worden ontwikkeld en moet worden vastgesteld bij wie de toetsing dient plaats te vinden (de cliënt, zijn vertegenwoordiger, een naaste etc.) Vooralsnog lijkt het raadzaam om het face-to-face contact te beperken tot een toetsing van de indicatie-aanvraag.

Bij deze maatregel nemen de uitvoeringskosten van het CIZ toe. Hier staat tegenover dat het meer rechtmatige AWBZ-gebruik wordt bevorderd.

Scenario N. Bruto-verantwoording PGB

De verantwoording van het PGB vindt met deze maatregel over het bruto-bedrag plaats. Het huidige PGB-verantwoordingsformulier moet daarvoor worden aangepast. Dit betekent dat budgethouders met deze maatregel ook de besteding van de eigen bijdrage moeten verantwoorden. Op dit moment worden signalen ontvangen dat budgethouders niet, zoals de bedoeling is, de eigen bijdrage inzetten tezamen met de middelen van het PGB voor de zorginkoop. ZIN-cliënten moeten wel altijd de eigen bijdrage betalen.

De maatregel is per 1 januari 2012 in te voeren. Bij de uitvoering van de AWBZ door zorgverzekeraars dient een meer fundamentele keuze te worden gemaakt over de routing van de eigen bijdrage.

Scenario O. PGB niet langer gestort op eigen rekening, maar een trekkingsrecht

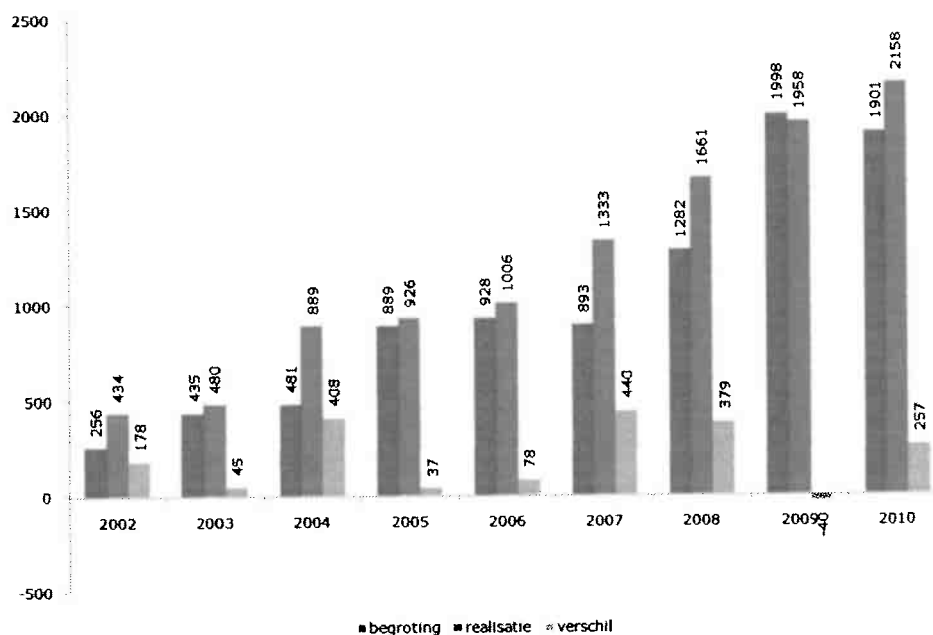
Met deze maatregel wordt het PGB niet meer op de eigen bankrekening van de budgethouder gestort. Het PGB wordt als trekkingsrecht ondergebracht bij een instantie. Dit kan het zorgkantoor, de zorgverzekeraar of een instantie als het SVB zijn. De zorgverlener stuurt de facturen van de geleverde zorg aan de instantie die het trekkingsrecht faciliteert. De instantie zal vervolgens het geld overmaken op de rekening van de zorgverlener. Hij keert alleen uit aan degenen die een arbeidscontract met de budgethouder hebben. Vanaf 1 januari 2014 kan deze maatregel voor alle doelgroepen uitgevoerd worden en per 1 januari 2013 voor nieuwe cliënten of voor bepaalde doelgroepen. Het introduceren van een trekkingsrecht is een ingrijpende systeemwijziging en vergt een goede voorbereiding.

Door het trekkingsrecht wordt het niet alleen makkelijker om toezicht te houden op besteding van deze middelen, maar zorgt ook voor minder administratieve lasten voor de budgethouder. De verantwoording is automatisch gekoppeld aan de uitbetaling van het PGB. Ook kan met deze optie de koppeling met de Belastingdienst geregeld worden.

Met een trekkingsrecht kan het PGB minder aantrekkelijk worden als optie. De verwachte winst zit vooral in het tegengaan van fraude.

Bijlage A: Additionele PGB kerncijfers

Figuur B.1: Begroting versus realisatie PGB uitgaven, 2002-2010 in €mln



Tabel B1: toekenningsbedragen in €mln per functie en aandeel totale uitgaven, 2010 (bij benadering), o.b.v. voorlopige realisatiecijfers PGB 2010 (schatting)

Functie/functiecombinatie	Toekenningsbedragen per functie/functiecombinatie (€mln) (schatting)	Aandeel totale PGB uitgaven
01. Alleen PV	150	7%
02. Alleen VP	20	1%
03. Alleen Beg	350	16%
04. Alleen TV	0	0%
05. PV + VP	130	6%
06. PV + Beg	240	11%
07. PV + TV	0	0%
08. VP + Beg	0	0%
09. VP + TV	0	0%
10. Beg + TV	370	17%
11. PV + VP + Beg	150	7%
12. PV + VP + TV	410	19%
13. PV + Beg + TV	20	1%
14. VP + Beg + TV	0	0%
15. VPV + PV + Beg + TV	320	15%
TOTAAL	2160	100%

PV= persoonlijke verzorging; VP = verpleging; Beg= begeleiding; TV= tijdelijk verblijf

Tabel B.2 Gemiddelde jaarlijkse groei toekenningsbedragen in de periode januari 2008 tot december 2010 in %, per leeftijdsgroep

Leeftijdsklasse	Jaarlijkse groei
<18 jaar	11%
18- 64 jaar	17%
65 plus	12%
Totaal	17%

Tabel B.3 Gemiddelde jaarlijkse groei aantal budgethouders op basis van grondslag in de periode januari 2008 tot december 2010 in %

Grondslag	Groei
Somatisch	<1%
Psychogeriatrisch	12%
Psychiatrisch	15%
Lichamelijke handicap	34%
Verstandelijke handicap	15%
Zintuiglijke handicap	6%
Psychosociale problemen	-62%

NB: Budgethouders met twee grondslagen zijn bij beide grondslagen opgenomen. De stijging bij de grondslag lichamenlijk gehandicapt wordt verklaard door een wijziging van de definitie van deze grondslag in het jaar 2008.

Tabel B.4 Gemiddelde jaarlijkse groei toekenningsbedragen in de periode januari 2008 tot december 2010 in %, per geïndiceerde functie

Functie	Groei
Persoonlijke verzorging	14%
Verpleging	4%
Individuele begeleiding	5%
Begeleiding in groepsverband	23%
Begeleiding totaal	10%
Tijdelijk verblijf	18%
Totaal	17%

Bijlage B: Vaststellen bedragen PGB

In deze bijlage wordt uiteen gezet hoe de hoogte van een PGB bedrag wordt vastgesteld en welke overwegingen daarbij spelen.

Berekening PGB bedragen

Het PGB dat een cliënt ontvangt wordt berekend op basis van benodigde uren van een functie waarvoor de cliënt is geïndiceerd. Voor deze klassen zijn door de Staatssecretaris van VWS bruto PGB-bedragen vastgesteld, zie tabel B.1 voor de tarieven voor 2011. Deze bedragen zijn afgeleid van de NZa-tarieven voor de zorg in natura.

Tabel B.1 Tarieven AWBZ-PGB 2011

Alle bedragen zijn jaarbedragen.

Op de tarieven voor persoonlijke verzorging, verpleging en begeleiding wordt voor budgethouders van 18 jaar en ouder een eigen bijdrage in mindering gebracht.

Persoonlijke verzorging			Verpleging		
Klasse	Uren per week	Tarief per jaar	Klasse	Uren per week	Tarief per jaar
1	0- 1,9	1.450	0	0- 0,9	1.251
2	2- 3,9	4.352	1	1- 1,9	3.735
3	4- 6,9	7.976	2	2- 3,9	7.465
4	7- 9,9	12.329	3	4- 6,9	13.684
5	10-12,9	16.679	4	7- 9,9	21.152
6	13-15,9	21.031	5	10-12,9	28.614
7	16-19,9	26.106	6	13-15,9	36.080
8	20-24,9	32.632	7	16-19,9	44.790

Begeleiding						
Individueel			Groep (zonder vervoer)		Groep (met vervoer)	
Klasse	Uren per week	Tarief per jaar	Klasse	Tarief per jaar	Klasse	Tarief per jaar
1	0- 1,9	1.924	1	2.378	1	2.664
2	2- 3,9	5.773	2	4.758	2	5.327
3	4- 6,9	10.585	3	7.136	3	7.992
4	7- 9,9	16.358	4	9.517	4	10.653
5	10-12,9	22.132	5	11.895	5	13.320
6	13-15,9	27.906	6	14.274	6	15.698
7	16-19,9	34.641	7	16.653	7	18.078
8	20-24,9	43.302	8	19.032	8	20.457
			9	21.411	9	22.836

Tijdelijk verblijf: € 99 per etmaal

Als het aantal geïndiceerde uren of dagdelen hoger is dan de bovengrens van de bovenste klasse, dan wordt het tarief van de hoogste klasse verhoogd met het volgende bedrag:

Klasse 1 vermenigvuldigd met het aantal uren of dagdelen waarmee de bovengrens van de hoogste klasse wordt overschreden.

Uitzondering 1: bij verpleging 'klasse 1' vervangen door '€ 2.493'.

Uitzondering 2: bij begeleiding met vervoer wordt deze verhoging gebaseerd op klasse 1 van begeleiding zonder vervoer.

Bron: CVZ, 2011, te vinden op www.cvz.nl

Er moet duidelijk onderscheid worden gemaakt tussen

- 1. de bedragen waarop de PGB-tarieven in de regeling zijn gebaseerd die de basis vormen voor de toekenning van het PGB;**
- 2. De maximumtarieven die het zorgkantoor betreft bij de besteding van het PGB door de budgethouder.**

De PGB-tarieven 2011 zijn gebaseerd op de volgende zorg in natura bedragen, per uur/dagdeel:

Persoonlijke verzorging:	€ 27,83 per uur
Verpleging:	€ 47,74 per uur
Begeleiding individueel:	€ 36,91 per uur
Begeleiding groep:	€ 45,60 per dagdeel

Eigen bijdrage systematiek

Voor PGB's wordt een eigen bijdrage vastgesteld, waarmee het bruto bedrag wordt verrekend. Clienten krijgen het netto PGB uitbetaald. Er geldt een inkomensafhankelijk maximum. Dit is hetzelfde maximum als dat voor de eigen bijdrage voor natura-zorg en voor individuele maatschappelijke ondersteuning in het kader van de Wmo. Er is dus anticumulatie tussen deze eigen bijdragen. Voor mensen met een inkomen op het sociaal minimum bedraagt het maximum in 2011 € 232,04 voor alleenstaanden en € 331,11 voor samenwonenden. Op de in rekening te brengen eigen bijdrage wordt nog een korting van 33% in mindering gebracht in verband met de invoering van de Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten. Verzekerden jonger dan 18 jaar zijn geen eigen bijdrage verschuldigd.

Maximumtarieven

Een cliënt mag de zorgverlener niet meer betalen dan €62 per uur of €57 per dagdeel. De cliënt mag alleen meer betalen voor zorg waarvoor de NZa bij zorg in natura een hoger tarief heeft vastgesteld. Ook voor bemiddelingskosten gelden maxima. Bij een bruto PGB op jaarbasis lager dan €25.000 mag maximaal €250 worden verantwoord voor bemiddelingskosten. Voor een bruto PGB op jaarbasis hoger dan €25.000 maximaal €500 per jaar. De maximumbedragen voor 2011 zijn gebaseerd op 125% van verpleging (uurtarief) en begeleiding groep (dagdeeltarief)²⁹³⁰.

²⁹ De naturatarieven zijn te vinden in de NZa-beleidsregels CA-300-459 en CA-451. Per functie kent de NZa meerdere tarieven.

³⁰ Voor logeren (in de PGB-regeling € 99 per etmaal) is geen maximumtarief omdat er ook bij ZIN onduidelijkheid bestaat over de vraag of het een integrale kostprijs betreft (alleen de verblijfscomponent of ook zorg).

Bijlage C: Financiële tabellen besparingen scenario's

Box C.1: leeswijzer besparingstabellen

De geraamde besparingen worden op eenzelfde wijze gepresenteerd voor alle scenario's:

- **"Besparing gecorrigeerd"**: Dit geeft de omvang van de totale doelgroep in €'s weer, zonder rekening te houden met invoeringstempo van de maatregel of weglek van de mogelijke besparing naar zorg in natura. Cijfers na 2014 betreft de doelgroep die resteert na de overheveling naar de gemeenten.
- **"Realisatie in %"**: Dit geeft het tempo van invoering van de maatregel aan. Bij een percentage van 100% is de maatregel geheel ingevoerd en is de maximale netto besparing bereikt.
- **"Bruto realisatie in €"**: De omvang van de totale doelgroep vermenigvuldigt met realisatie in %.
- **"Weglekpercentage totaal"**: Het weglek percentage houdt in het percentage dat zich tot AWBZ zorg in natura zal wenden. Een percentage van bijvoorbeeld 100% zou betekenen dat niemand zich meer tot de AWBZ zou wenden.
- **"Weglek in €"**: Bruto realisatie vermenigvuldigt met het weglekpercentage
- **"Daadwerkelijke opbrengst"**: "bruto realisatie in €" vermindert met "weglek in €"
- **"Totale opbrengsten periode 2012-2013"**: netto besparing over deze twee jaren opgeteld. Deze periode is gekozen omdat in 2013 een substantieel deel van de PGB wordt overgeheveld.
- **"Totale opbrengsten periode 2014-2015"**: De opbrengsten in de periode 2014-2015. Deze periode is apart genomen omdat dit gaat om de groep die na de overheveling nog een PGB ontvangt vanuit de AWBZ. Dit betekent dat sommige maatregelen, bijvoorbeeld die alleen ingrijpen in de functie 'begeleiding' geen extra opbrengsten genereren na 2013.
- **"Benodigde tariefskorting"**: om de financiële taakstelling te halen met enkel de desbetreffende maatregel, is een additionele korting van x% op de tarieven voor alle PGB budgetten nodig. Dit percentage is berekend voor de periode 2012-2013. En voor de periode 2014-2015. Een negatief percentage impliceert dat de maatregel meer oplevert dan benodigd. Als het percentage berekend zou zijn over elk jaar, zou de tariefskorting per jaar sterk uiteenlopen

Begeleiding

A1. Geen PGB <18 jaar, met enkel indicatie begeleiding, alleen nieuwe gevallen (*langzame variant*)

Instroom 1.900

Instroom 1.500

A2. Geen PGB <18 jaar, met enkel indicatie begeleiding, nieuwe gevallen & overgangperiode 1 jaar (*snelle variant*)

Instroom 1.900

Instroom 1.500

A3. Geen PGB < 18 jaar begeleiding, alleen nieuwe gevallen (*langzame variant*)

Instroom 1.900

Instroom 1.500

A4. Geen PGB < 18 jaar begeleiding, nieuwe gevallen & overgangperiode 1 jaar (*snelle variant*)

Instroom 1.900

Instroom 1.500

A5. Geen PGB met enkel indicatie begeleiding, alle leeftijden, alleen nieuwe gevallen (*langzame variant*)

Niet berekend

A6. Geen PGB met enkel indicatie begeleiding, alle leeftijden, nieuwe gevallen & overgangperiode 1 jaar (*snelle variant*)

Niet berekend

A7. Geen PGB voor begeleiding, alle leeftijden, alleen nieuwe gevallen (*langzame variant*)

Instream 1.900

Instream 1.500

A8. Geen PGB voor begeleiding, alle leeftijden, nieuwe gevallen & overgangperiode 1 jaar (*snelle variant*)

Instream 1.900

Instream 1.500

Tijdelijk verblijf

B1: Geen PGB voor tijdelijk verblijf, alleen nieuwe gevallen (*langzame variant*)

Instream 1.900

Instream 1.500

B2: Geen PGB voor tijdelijk verblijf, nieuwe gevallen & overgangperiode 1 jaar (*snelle variant*)

Instream 1.900

Instream 1.500

Combinatie begeleiding en tijdelijk verblijf

C1. Geen PGB <18 jaar, met enkel indicatie begeleiding, en geen tijdelijke verblijf voor alle leeftijdsklassen, alleen nieuwe gevallen (*langzame variant*)

Instream 1.900

Instream 1.500

C2. Geen PGB <18 jaar, met enkel indicatie begeleiding, en geen tijdelijke verblijf voor alle leeftijdsklassen, nieuwe gevallen & overgangperiode 1 jaar (*snelle variant*)

Instream 1.900

Instream 1.500

C3. Geen PGB < 18 jaar begeleiding, en geen tijdelijke verblijf voor alle leeftijdsklassen, alleen nieuwe gevallen (*langzame variant*)

Instream 1.900

Instream 1.500

C4. Geen PGB < 18 jaar begeleiding, en geen tijdelijke verblijf voor alle leeftijdsklassen, nieuwe gevallen & overgangperiode 1 jaar (*snelle variant*)

Instream 1.900

Instream 1.500

C5. Geen PGB met enkel indicatie begeleiding en geen tijdelijk verblijf voor alle leeftijden, alleen nieuwe gevallen (*langzame variant*)

Instroom 1.900

Instroom 1.500

C6. Geen PGB met enkel indicatie begeleiding en geen tijdelijk verblijf voor alle leeftijden, nieuwe gevallen & overgangperiode 1 jaar (*snelle variant*)

Instroom 1.900

Instroom 1.500

C7. Geen PGB voor begeleiding en geen tijdelijk verblijf voor alle leeftijden, alleen nieuwe gevallen (*langzame variant*)

Instroom 1.900

Instroom 1.500

C8. Geen PGB voor begeleiding en tijdelijk verblijf voor alle leeftijden, nieuwe gevallen & overgangperiode 1 jaar (*snelle variant*)

Instroom 1.900

Instroom 1.500

PGB toegespitst op cliënten met een zware zorgvraag

D1. De PGB is alleen toegankelijk voor verblijfsgeïndiceerden (zzp indicatie), ingang per 01.01.2013

Instroom 1.900

Instroom 1.500

D2. De PGB is alleen toegankelijk voor verblijfsgeïndiceerden en cliënten met een zorgvraag van meer dan 10 uur verpleging en/of verzorging, ingang per 01.01.2013

Instroom 1.900

Instroom 1.500

D3. De PGB is alleen toegankelijk voor verblijfsgeïndiceerden (zzp indicatie), ingang per 01.01.2012

Instroom 1.900

Instroom 1.500

D4. De PGB is alleen toegankelijk voor verblijfsgeïndiceerden en cliënten met een zorgvraag van meer dan 10 uur verpleging en/of verzorging, ingang per 01.01.2012

Instroom 1.900

Instroom 1.500

Overige toegangsscenario's

E. De PGB optie vervalt voor cliënten ouder dan 65 jaar, die voor het eerst een AWBZ-indicatie aanvragen

Instroom 1.900

Instroom 1.500

Algemene tariefsmaatregelen

F1. Algemene tariefsmaatregel van 30%

Instroom 1.900

Instroom 1.500

F2. Algemene tariefsmaatregel van 20%

Instroom 1.900

Instroom 1.500

F3. Algemene tariefsmaatregel van 10%

Instroom 1.900

Instroom 1.500

Specifieke tariefsmaatregelen

H. Tarieven voor de functie begeleiding met 25% verlaagd.

Instroom 1.900

Instroom 1.500

Bijlage D: Verantwoordings- en uitvoeringsstructuur

De verantwoordings- en uitvoeringsstructuur ziet er als volgt uit: (i) de verzekerde vraagt een indicatie aan bij het CIZ³¹ of BJZ; (ii) de indicatiesteller stelt vast hoeveel zorg de verzekerde nodig heeft; (iii) de verzekerde kiest tussen zorg in natura en PGB; (iv) het zorgkantoor kent het PGB dat is afgeleid van het indicatiebesluit; (v) het zorgkantoor betaalt het PGB op de bank- of girorekening van de verzekerde of diens ouders, voogd, curator of bewindvoerder; (vi) de verzekerde koopt zorg in; (vii) de verzekerde legt verantwoording af; en (viii) de verzekerde betaalt niet uitgegeven geld terug aan het zorgkantoor. Budgethouders dienen jaarlijks of halfjaarlijks aan het zorgkantoor door middel van een verantwoordingsformulier te verantwoorden waaraan het PGB is besteed. Het zorgkantoor controleert periodiek steekproefsgewijs of het PGB is besteed aan AWBZ-zorg. Het Servicecentrum PGB van de Sociale Verzekeringsbank is ingesteld om de budgethouder te ondersteunen, als hij dat zou willen. De SVB verstrekt informatie en heeft model overeenkomsten die met zorgverleners kunnen worden gesloten. Daarnaast kan de SVB de salarisadministratie overnemen. Ongeveer 20.000 van de 130.000 PGB houders maakt gebruik van de diensten van de SVB.

³¹ Het aanvragen van een indicatie bij het CIZ is relatief gemakkelijk; de meeste indicaties worden telefonisch afgegeven.