

## **Bijlage 8: Monitor pgb-maatregelen januari t/m september 2012**

De staatssecretaris heeft de Tweede Kamer toegezegd de effecten van de pgb-maatregelen die op 1 januari 2012 zijn ingegaan nauwgezet te volgen. In de bijlage bij de tweede voortgangsrapportage Hervorming Langdurige zorg van 24 juni 2012 heeft zij u geïnformeerd over de opzet van de monitor en het beeld over de periode 1 januari tot 1 april 2012.<sup>1</sup> De resultaten uit de monitor worden periodiek besproken in het pgb-expertisecentrum, waarin alle bij deze maatregelen betrokken partijen zijn vertegenwoordigd.<sup>2</sup> Deze bijlage maakt de balans op van de eerste 9 maanden van 2012.

Voor wat betreft het contracteren van nieuwe zorgaanbieders verwijst de staatssecretaris u naar mijn brief van 25 september jl.<sup>3</sup>

Op basis van de monitor komt de staatssecretaris tot het volgende beeld:

### *1) Cliënten vinden passende zorg*

De helpdesk bij Per Saldo en het cliëntenonderzoek zijn de belangrijkste bronnen op basis waarvan kan worden vastgesteld of cliënten vanwege het hanteren van de 10-uursgrens geen passende zorg kunnen krijgen. Tot en met eind september hebben ruim 1.000 personen de helpdesk gebeld. De meeste bellers hebben algemene vragen (309 telefoongesprekken) of zijn verontrust over wat er met hun pgb gaat gebeuren (237 telefoongesprekken). Daarnaast geven bellers aan (in 147 telefoongesprekken) dat er voor hen geen passend zorgaanbod beschikbaar is. Tijdens dit telefoongesprek blijkt dat deze mensen nog niet eerder contact gezocht hebben met het zorgkantoor. Vanuit de helpdesk worden deze mensen naar de zorgkantoren verwezen, omdat zij verantwoordelijk zijn voor de zorgbemiddeling. Medewerkers van de Helpdesk blijven daarna deze cliënten volgen. Daaruit blijkt dat de doorverwijzing naar het zorgkantoor ertoe leidt dat bijna iedereen uit deze groep passende zorg krijgt. Eind september zijn er 26 cliënten die al langer worden gevolgd. In een gezamenlijke bijeenkomst met alle zorgkantoren, Per Saldo en medewerkers van mijn ministerie op 29 oktober zijn deze cliënten doorgesproken.

Aan het onderzoek onder cliënten met een CIZ-indicatie van minder dan 10 uur per week hebben tot dusverre 809 cliënten deelgenomen. Cliënten met een indicatie van de Bureaus Jeugdzorg zijn nog niet in dit onderzoek meegenomen. Zij worden in het vervolgonderzoek betrokken. Voor zover het gaat om cliënten met een CIZ-indicatie komt uit het onderzoek het volgende naar voren:

- Het merendeel van de cliënten (80%) heeft hun zorg geregeld. De andere cliënten zijn hier nog niet aan begonnen, bezig met het kiezen van een zorgaanbieder of staan op de wachtlijst bij hun aanbieder van eerste voorkeur en willen hun zorg niet elders ontvangen.
- Van de groep cliënten die hun zorg heeft geregeld, krijgt 90% de volledige zorg en deze is bij het merendeel helemaal naar wens (76%) of grotendeels naar wens (11%). Cliënten zijn vooral tevreden over de deskundigheid van de medewerkers, de bejegening (gelijkwaardig en met voldoende respect) en het luisterende oor. Bij 7% van de cliënten is de zorg niet naar wens, waarbij als belangrijkste reden wordt aangegeven dat medewerkers van zorginstellingen niet over specifieke kennis beschikken, de cliënt behoefte heeft aan een vaste medewerker of niet de medewerker zelf kan kiezen. Deze groep cliënten heeft vaker een voorkeur voor een pgb.

Deze uitkomsten laten duidelijk zien dat het overgrote deel van de cliënten met een CIZ-indicatie tevreden is.

Op grond van bovengenoemde uitkomsten is er geen aanleiding om de huidige 10-uursgrens, vooruitlopend op de wijziging per 1 januari 2013 vanwege het Begrotingsakkoord 2013, te herzien. Het blijft wel belangrijk om de komende periode te blijven volgen of personen passende zorg krijgen. Dat doe ik door de helpdesk bij Per Saldo te continueren en het cliëntenonderzoek te herhalen en uit te breiden met ook de cliënten met een AWBZ-indicatie van de Bureaus Jeugdzorg.

<sup>1</sup> Tweede Kamer, 2011-2012, 30597, nr. 255.

<sup>2</sup> Het gaat om Per Saldo, de CG Raad, MEZZO, Actiz, VGN, BTN, VNG, GGZ-Nederland, CIZ, IGZ, NZa, ZN, CVZ, MEE, de MO-groep en de BKZO voor ZZZP-ers.

<sup>3</sup> Tweede Kamer, 2012-2013, 30597, nr. 265.

2) *Het beroep op de vergoedingsregeling blijft beperkt.*

Vanaf 1 januari 2012 kunnen cliënten met een extramurale AWBZ-indicatie van minimaal 10 uur per week een beroep doen op de Vergoedingsregeling persoonlijke zorg. Dit kan als de cliënt zich eerst heeft georiënteerd op het zorgaanbod in natura en heeft vastgesteld dat dit niet toereikend is. De regeling is opgenomen in alle informatiebrochures van het bij de pgb betrokken organisaties (zoals zorgkantoren, CIZ, BJZ, Per Saldo, CVZ en de MEE). Eind augustus 2012 maken ruim 400 personen gebruik van de vergoedingsregeling. Het gaat vooral om cliënten met palliatieve terminale zorg en kinderen en jeugdigen die intensieve verzorging en/of begeleiding nodig hebben. Daarmee is het beroep op deze vergoedingsregeling lager dan verwacht. De belangrijkste verklaringen voor deze lagere instroom zijn:

- in de eerste maanden gold een overgangsregime, waardoor personen die voor 31 december 2011 een AWBZ-indicatie hebben aangevraagd in 2012 nog voor een pgb kunnen kiezen;
- een nieuwe regeling heeft altijd een bepaalde aanlooptijd nodig
- cliënten worden door de medewerkers van zorgkantoren, Bureaus Jeugdzorg en MEE nog te weinig op deze regeling gewezen;
- uit het pgb-expertisecentrum komt als signaal naar voren dat het veld zich steeds nadrukkelijker richt op volgend jaar, waarbij de vergoedingsregeling wordt geïntegreerd in de pgb-regeling. Daardoor krijgt de vergoedingsregeling minder aandacht.

Het beschikbare bedrag voor de vergoedingsregeling is € 50 mln. Tot dusverre is er circa € 10 mln. toegekend.

3) *Meer budgethouders met een indicatie voor verblijf in de pgb-regeling dan verwacht.*

Volgens opgave van het College voor zorgverzekeringen hebben eind januari 2012 bijna 17.000 cliënten een pgb op basis van een verblijfsindicatie. Dat is 12% van alle budgethouders. Inmiddels is het aantal mensen met een pgb op basis van een verblijfsindicatie eind augustus toegenomen naar ruim 19.800 cliënten. De pgb's van deze groep zijn bijna 40% van het beschikbare macro-budget. Deze toename van 2.800 cliënten is hoger dan waarmee in de pgb-raming rekening is gehouden. In de raming voor 2012 is uitgegaan van een groei van 2.000 cliënten over het hele jaar. Deze groei wordt deels veroorzaakt omdat bestaande pgb-houders hun extramurale indicatie hebben omgezet in een verblijfsindicatie en deels vanwege nieuwe instroom.

Vooraf vanwege deze hogere groei is het pgb-subsidieplafond van € 2.689 mln. met € 37,6 mln. overschreden. Gelet op de onderschrijding bij de vergoedingsregeling en het gegeven dat de komende periode mensen met een kortdurende zorgvraag uit de pgb-regeling zullen stromen heeft, het College voor zorgverzekeringen de verwachting uitgesproken dat de uitgaven binnen de financiële kaders van de pgb-regeling en de vergoedingsregeling kan worden opgevangen. Vandaar dat zij de zorgkantoren de ruimte hebben gegeven om tot het einde van dit jaar nieuwe pgb-beschikkingen te mogen afgeven.

4) *Tot dusverre geen beroep op de landelijke commissie Vergoedingsregeling Persoonlijke zorg.*

Op verzoek van de Kamer heeft de staatssecretaris de landelijke commissie Vergoedingsregeling Persoonlijke zorg ingesteld.<sup>4</sup> De commissie heeft als taak om het zorgkantoor te adviseren bij bezwaarschriften die het zorgkantoor van plan is om af te wijzen. De commissie beoordeelt niet de bezwaren die gaan over toelatingscriteria die concreet en eenduidig zijn. Dit geldt bijvoorbeeld bij het 10-uurscriterium; de onderliggende rekenregels die zijn gebaseerd op het indicatiebesluit van de cliënt zijn eenduidig en transparant. Ook geldt bij de vergoedingsregeling, en straks ook bij de nieuwe pgb-regeling 2013, dat altijd de cliënt beslist of er sprake is van passende zorg. Dit criterium is dan ook geen onderdeel van de beoordeling van het zorgkantoor, en daarmee ook niet van deze landelijke commissie.

---

<sup>4</sup>Naar aanleiding van de motie van mevrouw Leijten en mevrouw Venrooy-van Ark (TK, vergaderjaar 2011-2012, 30597, nr. 234).

Tot op heden hebben de zorgkantoren de aanvragen van bijna 80 mensen afgewezen met als belangrijkste reden dat de persoon niet voldeed aan het 10-uurscriterium. Tegen deze beslissing hebben 22 cliënten bezwaar gemaakt. In de afhandeling van deze bezwaren is de landelijke commissie tot dusverre niet ingeschakeld, omdat het ging over het 10-uurscriterium. De verwachting van de zorgkantoren is dat dit beroep zal uitblijven, omdat alle criteria voor de vergoedingsregeling helder en eenduidig zijn. Op basis van deze constatering en het gegeven dat de vergoedingsregeling per 1 januari 2013 onderdeel wordt van de nieuwe pgb-regeling, stelt de staatssecretaris, na consultatie van ZN en Per Saldo, voor om deze commissie per 1 januari 2013 op te heffen. Zij vindt het wel waardevol om de Helpdesk bij Per Saldo en de daaruit voortvloeiende trajectbegeleiding van individuele cliënten volgend jaar voort te zetten. Het gaat dan om cliënten met een indicatie van minder dan 10 uur voor alleen de functie Begeleiding, die aangeven geen passende zorg te kunnen vinden.

*5) Het bewuste keuze-gesprek van het zorgkantoor met de cliënt heeft een meerwaarde.*

Op dit moment voeren alle zorgkantoren telefonische gesprekken met cliënten die hun zorg in de vorm van een pgb willen ontvangen of de keuze tussen zorg in natura of pgb nog niet hebben gemaakt. Volgens zorgkantoren voorzien deze gesprekken in een duidelijke behoefte. De cliënt wordt meer bewust gemaakt van de vaardigheden die nodig zijn om goed met een pgb om te kunnen gaan. Ook biedt dit gesprek het zorgkantoor de gelegenheid de verschillende mogelijkheden om de zorg in te vullen toe te lichten. Op basis van dit gesprek maken de meeste zorgkantoren een risico-inschatting welke toekomstige budgethouders voor ondersteuning in hun eerste periode als pgb-houder in aanmerking komen. Volgens de zorgkantoren is de meerwaarde van het budgetplan ten opzichte van dit gesprek beperkt. Dit is voor de staatssecretaris aanleiding geweest om het CVZ te vragen om het budgetplan, in overleg met Per Saldo en de zorgkantoren, te evalueren.

*6) De contractering van zelfstandige zorgverleners (zfp-ers) gaat naar een landelijk niveau.*

De eerder dit jaar gestarte VGZ-pilot is succesvol verlopen. De cliënten waren tevreden met de geleverde zorg. Dit rechtvaardigt een uitbreiding van de pilot naar een landelijk niveau. Ook op dit niveau is een zorgvuldige invoer van groot belang. Daarom blijven de partijen uit de VGZ-pilot, de zorgverzekeraars, Zorgverzekeraars Nederland, de NZa en het ministerie van Financiën/de Belastingdienst, ook bij de landelijke pilot betrokken. Vanaf 1 januari 2013 kunnen de zelfstandige zorgverleners in heel Nederland in de AWBZ-thuiszorg in natura aan de slag gaan. Dit is een belangrijke stap naar een nog beter flexibel aanbod in de thuissituatie.