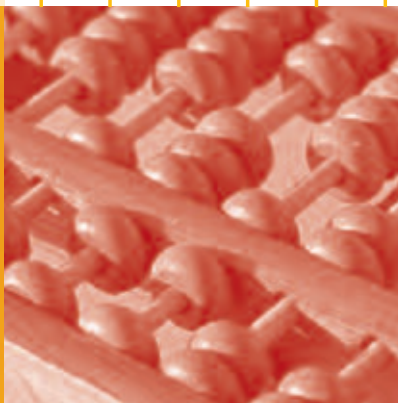


# Uitvoeringsverslag PGB-AWBZ

juli 2006 - juli 2007



**CVZ** College voor zorgverzekeringen



*Rapport*

## **Uitvoeringsverslag PGB-AWBZ** juli 2006 – juli 2007

Op 22 oktober 2007 uitgebracht aan de staatssecretaris van  
Volksgezondheid, Welzijn en Sport

*Publicatienummer*    **252**

***Uitgave***                      College voor zorgverzekeringen  
Postbus 320  
1110 AH Diemen  
Fax                      (020) 797 85 00  
E-mail                  info@cvz.nl  
Internet                [www.cvz.nl](http://www.cvz.nl)

***Volgnummer***                27051157

***Afdeling***                      VZU

***Auteur***                        J. Knollema

***Doorkiesnummer***        Tel. (020) 797 86 22

***Bestellingen***                Extra exemplaren kunt u bestellen via onze website  
([www.cvz.nl](http://www.cvz.nl)) of telefonisch bij de servicedesk onder nummer  
(020) 797 88 88.



## Inhoud:

*pag.*

	Samenvatting
1	1. Inleiding
3	2. Basisgegevens budgethouders
3	2.1. Aantal budgethouders
5	2.2. Aantal budgethouders per zorgkantoor
6	2.3. Aantal budgethouders in meerjarenperspectief
7	2.4. Evaluatie-onderzoek VWS
8	3. Toegekende bedragen
8	3.1. PGB-AWBZ 2006
9	3.2. PGB-AWBZ 2007
9	3.3. Oorzaak van de groei
10	3.4. AZR
12	4. Wet maatschappelijke ondersteuning
12	4.1. Inleiding
12	4.2. Overgangsmaatregel
14	4.3. Kosten huishoudelijke verzorging
16	5. Terugdringing administratieve lasten
16	5.1. Inleiding
16	5.2. Verhoging van het verantwoordingsvrije bedrag
18	5.3. Verlaging van het verantwoordingsritme
18	5.4. Digitalisering van de verantwoording
19	5.5. Afschaffing van de 10%-regeling
20	5.6. Verruiming van de zgn. tweedagenregeling
21	5.7. Verbetering van de communicatie
22	6. Langdurig verblijf
22	6.1. Inleiding
22	6.2. Uitgangspunten PGB-regeling
22	6.3. Uitvoeringspraktijk tot 1 juli 2007

23	6.4.	Uitvoeringspraktijk vanaf 1 juli 2007
25	6.5.	Toekenningen van € 300 of meer per dag
27	7.	Eigen bijdragen
27	7.1.	Inleiding
27	7.2.	Wijziging bijdragebesluit
28	7.3.	Samenloop eigen bijdrage
30	7.4.	Definitieve vaststelling eigen bijdrage
31	7.5.	Eigen bijdrage bij beroepsziekten
31	7.6.	Daling opbrengst eigen bijdrage
33	8.	SVB Servicecentrum PGB
33	8.1.	Taken
33	8.2.	Omvang werkzaamheden
34	8.3.	Wet maatschappelijke ondersteuning

***Bijlage(n)***

1. Gegevenstabellen
2. Overzicht van gebruikte afkortingen

## Samenvatting

### ***PGB nieuwe stijl in 8 stappen***

Op 1 april 2003 is de PGB-regeling nieuwe stijl ingevoerd.

Het PGB nieuwe stijl werkt schematisch als volgt:

1. De verzekerde vraagt een indicatie aan bij het CIZ of, voor jeugdigen met een psychiatrische aandoening, Bureau Jeugdzorg;
2. Het CIZ of Bureau Jeugdzorg stelt vast hoeveel zorg de verzekerde nodig heeft;
3. De verzekerde kiest tussen zorg in natura en PGB;
4. Het zorgkantoor kent PGB toe;
5. Het zorgkantoor betaalt PGB op de bank- of girorekening van de verzekerde;
6. De verzekerde koopt zorg in;
7. De verzekerde legt verantwoording af;
8. De verzekerde betaalt niet uitgegeven geld terug aan het zorgkantoor.

### ***Aantal budgethouders***

Het aantal budgethouders in de regeling PGB-AWBZ is tussen 1 juli 2006 en 31 december 2006 met 9,4% gestegen van 86.618 naar 94.740. Als gevolg van de overheveling van de huishoudelijke verzorging naar de Wmo is het aantal budgethouders gedaald naar 65.549 op 1 februari 2007. Op 1 juli 2007 bedroeg het aantal budgethouders 75.204, een stijging van 14,7%.

### ***Kosten***

Door de zorgkantoren is in 2006 voor € 1.250 miljoen aan budgetten toegekend. Hiervan is € 1.136 miljoen (90,5%) feitelijk besteed door de budgethouders.

Volgens de meest recente ramingen zullen de zorgkantoren in 2007 € 1.455 miljoen toekennen.

### ***Wmo***

Door de invoering van de Wmo op 1 januari 2007 is de functie huishoudelijke verzorging niet langer een aanspraak op grond van de AWBZ. In 2007 was voor de huidige budgethouders nog een overgangsmaatregel van kracht die door de zorgkantoren namens de gemeenten is uitgevoerd. Zorgkantoren hebben daardoor bijgedragen aan een soepele invoering van het PGB-Wmo.

***Administratieve lasten***

Om de administratieve lasten voor de budgethouder te verminderen zijn de volgende maatregelen genomen:

- het verantwoordingsvrije bedrag is verhoogd naar € 2.500 per jaar;
- de verantwoordingsritmes zijn verlaagd;
- er wordt gewerkt aan de mogelijkheid om digitaal te verantwoorden;
- de 10%-regeling is, met ingang van de jaarovergang 2007-2008, afgeschaft;
- de zgn. tweedagenregeling is verruimd;
- betrokken partijen werken aan verbetering van de communicatie met de budgethouder.

***Langdurig verblijf***

Sinds 1 juli 2007 gaat een indicatie voor verblijf gepaard met de aanduiding voor een zorgzwaartepakket. Het CVZ heeft de zorgkantoren laten weten hoe zij een dergelijke indicatie kunnen 'vertalen' naar een PGB-toekenning. Op verzoek van de Tweede Kamer is voor de huidige budgethouders een budgetgarantie tot 31 december 2007 van toepassing.

***Eigen bijdragen***

Door een wijziging in de berekening van de eigen bijdrage zijn budgethouders later dan andere jaren geïnformeerd over de definitieve hoogte van de eigen bijdrage. Zorgkantoren moeten rekening houden met de eigen bijdrage die de budgethouder in het kader van zorg in natura en de Wmo verschuldigd is. Dat leidt tot verdere vertraging bij het vaststellen van de definitieve eigen bijdrage.

***SVB Servicecentrum PGB***

Het SVB Servicecentrum PGB verzorgde op 1 juli 2006 de salarisadministratie voor 16.496 budgethouders. Op 1 juli 2007 waren dat 19.090 budgethouders (inclusief 4.237 gebruikers van de overgangsmaatregel Wmo). Het SVB Servicecentrum PGB verzorgde op 1 juli 2006 de salarisadministratie voor 27.968 zorgverleners. Op 1 juli 2007 waren dat er 32.915. Het Servicecentrum is daarmee in één jaar tijd met 18% gegroeid.

## 1 Inleiding

### ***Zorg in natura of PGB***

AWBZ-verzekerden die aanspraak maken op zorg kunnen die aanspraak op twee verschillende manieren effectueren:

- a. De verzekerde maakt gebruik van het zorgaanbod van de tot de AWBZ toegelaten instellingen en ontvangt de zorg waarvoor hij geïndiceerd is 'in natura'.
- b. De verzekerde ontvangt een 'persoonsgebonden budget' (PGB) waarmee hij zelf de zorg inkoopt bij een zorgaanbieder naar eigen keuze.

### ***CVZ coördineert uitvoering***

Het College voor zorgverzekeringen (CVZ) coördineert de uitvoering van de PGB-regeling. De zorgkantoren kennen de persoonsgebonden budgetten toe op basis van de ministeriële regeling subsidies AWBZ. De persoonsgebonden budgetten worden betaald uit het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten (AFBZ).

### ***“PGB AWBZ”***

Zowel de Zorgverzekeringswet als de Wmo kennen mogelijkheden voor het toekennen van een PGB. De AWBZ is daarmee niet langer de enige wet die de mogelijkheid van een PGB kent.

Deze ontwikkelingen leidden er toe dat het CVZ vanaf 1 januari 2006 in het taalgebruik de term “PGB nieuwe stijl” heeft vervangen door de term “PGB-AWBZ”.

### ***Uitvoeringsverslag***

Het uitvoeringsverslag heeft betrekking op de periode van 1 juli tot 1 juli. Door voor deze periode te kiezen kan het uitvoeringsverslag tegelijkertijd én actueel zijn én dienen als voorbereiding op wijzigingen in de regelgeving voor het volgende subsidiejaar.

Het nu voorliggende verslag heeft in principe betrekking op de periode 1 juli 2006 tot 1 juli 2007. Daar waar relevant treedt dit uitvoeringsverslag overigens buiten de oevers van deze tijdsbegrenzing.

Het begrip 'uitvoering' is breed bedoeld. Dit verslag heeft niet alleen betrekking op de uitvoering van de PGB-regeling door de zorgkantoren en de SVB, maar ook op beleidsdiscussies en -ontwikkelingen met betrekking tot de uitvoering.



***Prestatiemeting  
Nza***

De NZa beoordeelt de uitvoering van de AWBZ door de zorgkantoren. In deze “prestatiemeting AWBZ 2006” meet de NZa ook de uitvoering van de PGB-regeling door de zorgkantoren. De NZa besteedt daarbij aandacht aan de volgende aspecten:

- consumentgerichtheid van de PGB-processen;
- juistheid van de vaststelling;
- tijdigheid van toekenning;
- de uitvoering van de globale en intensieve controles.

De NZa zal de “Prestatiemeting AWBZ 2006” in december 2007 uitbrengen.

***Regiegroep PGB***

Het nu voorliggende rapport is in concept voorgelegd aan de regiegroep PGB. In deze regiegroep, die onder voorzitterschap staat van het CVZ, zijn alle bij de uitvoering van de PGB-regeling betrokken organisaties vertegenwoordigd, te weten:

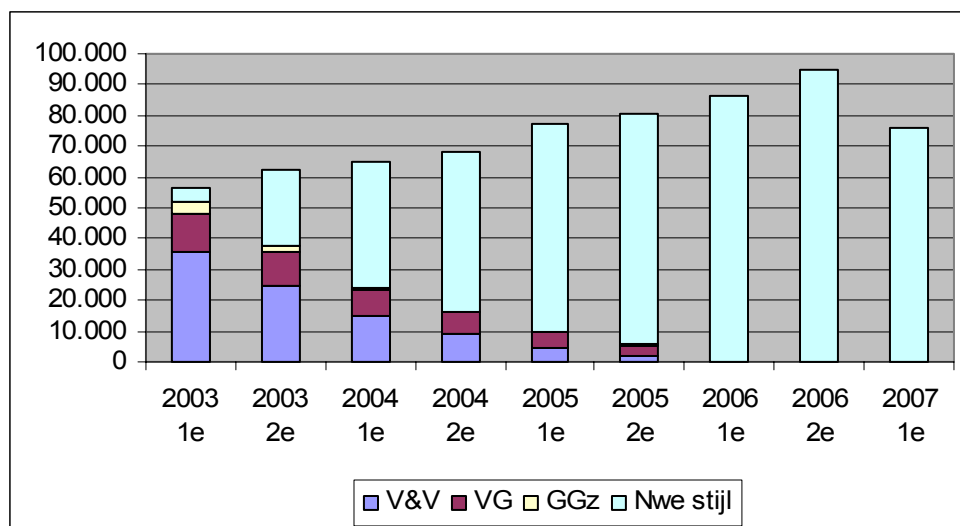
- Ministerie van VWS
- Per Saldo
- CG-raad
- MEE-Nederland
- Zorgverzekeraars Nederland (ZN)
- Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ)
- SVB Servicecentrum PGB

## 2 Basisgegevens budgethouders

### 2.1 Aantal budgethouders

**Gestage groei** Op 1 januari 2007 is de functie huishoudelijke verzorging overgeheveld van de AWBZ naar de Wmo. Dit heeft geleid tot een duidelijke knik in het aantal budgethouders. Op 31 december 2006 waren er 94.740 budgethouders. Op 30 juni 2007 waren er 75.204.

**Grafiek 1** Aantal budgethouders per half jaar per PGB-regeling<sup>1</sup>



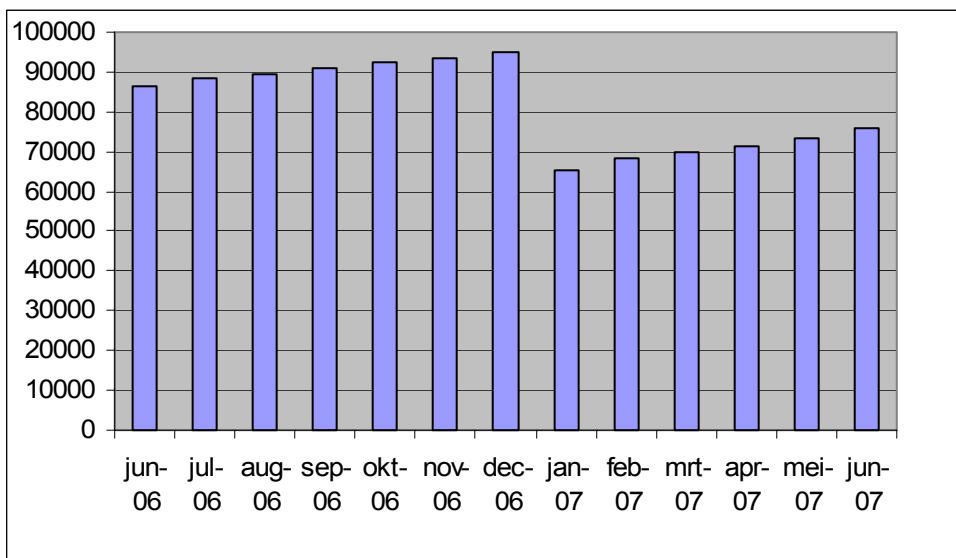
<sup>1</sup> De bij de grafieken behorende gegevenstabellen zijn opgenomen in bijlage 1.

**Groei van  
1 juli 2006 –  
1 juli 2007**

Uit onderstaande grafiek blijkt dat, afgezien van de knik door de invoering van de Wmo, sprake blijft van een gestage groei van het aantal budgethouders.

Het aantal budgethouders is tussen 1 juli 2006 en 31 december 2006 met 8.122 gestegen van 86.618 naar 94.740. De maandelijkse stijging was dus gemiddeld 1.354 budgethouders. Het aantal budgethouders is tussen 1 februari 2007 en 1 juli 2007 met 9.655 gestegen van 65.549 naar 75.204. De maandelijkse stijging was dus gemiddeld 1.931 budgethouders.

**Grafiek 2**                      *Aantal budgethouders per maand*



## 2.2 Aantal budgethouders per zorgkantoor

Tabel 1 *Het aantal budgethouders op 1 juli 2007 per zorgkantoor*

<b>Naam Zorgkantoor</b>	<b>Aantal budgethouders</b>	<b>Per 100.000 inwoners</b>
Groningen	5047	880
Friesland	3947	615
Drenthe	2721	560
Zwolle	2734	524
Twente	2963	479
Apeldoorn, Zutphen e.o.	1189	387
Arnhem	3851	425
Nijmegen	2168	431
Utrecht	4012	329
Flevoland	934	483
t Gooi	1566	363
Noord-Holland-Noord	2042	340
Kennemerland	1412	348
Zaanstreek/Waterland	847	269
Amsterdam	2619	342
Amstelland en Meerlanden	860	305
Zuid-Holland Noord	1990	385
Haaglanden	2606	353
Delft Westland Oostland	887	293
Midden Holland	918	385
Rotterdam	2129	314
Nieuwe Waterweg Noord	513	288
Zuid-Hollandse eilanden	1572	382
Waardenland	1551	396
Zeeland	2157	567
West-Brabant	3046	449
Midden Brabant	2021	474
Noordoost Brabant	4141	651
Zuidoost Brabant	5320	731
Noord en Midden Limburg	2493	511
Zuid Limburg	4307	701
Midden-IJssel	641	367
<b>Totaal</b>	<b>75204</b>	<b>460</b>

### **Grote verschillen**

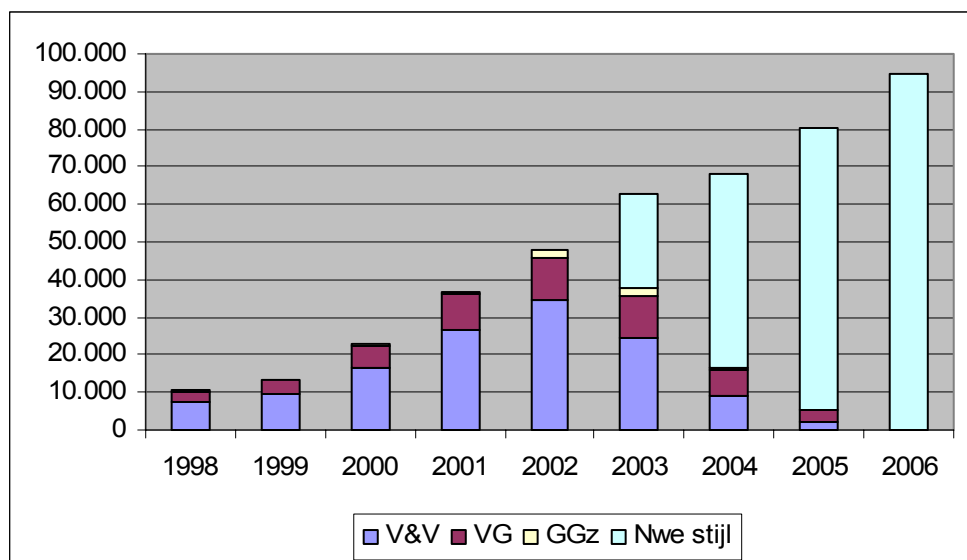
Uit deze tabel blijkt dat er een grote variatie is in het aantal budgethouders per zorgkantoor. In de regio Zuidoost Brabant zijn er 5.320 budgethouders, in de regio Nieuwe Waterweg Noord zijn er 513 budgethouders.

Deze spreiding is slechts ten dele te verklaren uit de omvang van het werkgebied. Uit de tabel blijkt immers ook een duidelijke spreiding naar het aantal budgethouders per 100.000 inwoners. In de regio Zaanstreek/Waterland zijn er 269 budgethouders per 100.000 inwoners. In de regio Groningen zijn dat er 879. Voor deze verschillen bestaat geen goede verklaring.

## **2.3 Aantal budgethouders in meerjarenperspectief**

**Grafiek 3**

*Aantal budgethouders per PGB-regeling sinds 1 januari 1998*



Uit deze grafiek blijkt duidelijk dat ook in meerjarenperspectief sprake is van een gestage stijging van het aantal budgethouders.

## **2.4 Evaluatie-onderzoek VWS**

Bij de invoering van PGB nieuwe stijl is met de zorgkantoren afgesproken dat ze slechts een beperkte gegevensset hoeven te registreren. In aanvulling op die gegevensset legt het CVZ incidenteel een gerichte onderzoeksvraag voor aan de zorgkantoren.

Het ministerie van VWS heeft in augustus 2006 aan ITS opdracht gegeven om een evaluatie-onderzoek uit te voeren naar het PGB-AWBZ.

Het onderzoek richt zich op de volgende thema's:

- Kwantitatieve ontwikkelingen;
- Mening van budgethouders.

Om overlap met dit onderzoek te voorkomen heeft het CVZ besloten om geen aanvullende kwantitatieve informatie te verzamelen.

### 3 Toegekende bedragen

#### 3.1 PGB-AWBZ 2006

##### *Toegekend*

Het subsidieplafond van het PGB-AWBZ bedroeg in 2006 exact € 1 miljard. Dit subsidieplafond was in januari 2006 reeds bereikt.

Omdat budgethouders hun PGB niet volledig besteden is aan de zorgkantoren aanvankelijk toestemming gegeven om toekenningsbeschikkingen af te geven tot 115% van het subsidieplafond. Het was daarbij de verwachting dat deze overschrijding bij de toekenning ongedaan zou worden gemaakt door een feitelijk lagere besteding door de budgethouders.

In september 2006 hebben de zorgkantoren vervolgens toestemming gekregen om tot 31 december 2006 door te gaan met het afgeven van toekenningsbeschikkingen.

Uiteindelijk is door zorgkantoren voor 2006 € 1.250 miljoen toegekend. Het voor 2006 beschikbare subsidieplafond is dus met 25% overschreden.

Omdat het in de regeling opgenomen plafond € 1 miljard bedroeg, kon het CVZ de zorgkantoren in 2006 geen aanvullend voorschot uitbetalen. In 2006 is een toekenningstop voorkomen door de bereidheid van de zorgkantoren, beter: de zorgverzekeraars, om € 250 miljoen voor te financieren.

##### *Vastgesteld*

Uit de door de zorgkantoren voor 2006 ingediende aanvragen voor subsidievaststelling blijkt, op basis van een voorlopige analyse, dat de feitelijke besteding door de budgethouders € 1.136 miljoen bedroeg, derhalve 90,5% van het toegekende bedrag.

### **3.2 PGB-AWBZ 2007**

**Aanvankelijk  
€ 1.064 miljoen**

Het subsidieplafond PGB-AWBZ bedroeg voor 2007 aanvankelijk € 1.064 miljoen.

De in 2006 gehanteerde uitvoeringspraktijk stond op gespannen voet met de in de Algemene wet bestuursrecht opgenomen bedoelingen van een subsidieplafond. Verder bleek bij de zorgkantoren, begrijpelijkerwijs, sprake te zijn van een afnemende bereidheid tot voorfinanciering.

De zorgkantoren hebben het subsidieplafond in 2007 daarom weer, in overeenstemming met de Awb, strikt bewaakt.

**Verhoogd naar  
€ 1.455 miljoen**

Omdat het subsidieplafond 2007 in februari was bereikt, hebben de zorgkantoren op 19 februari 2007 een toekenningstop ingesteld. Deze stop is op 1 maart 2007 opgeheven na de toezegging van de staatssecretaris dat zij het subsidieplafond zou verhogen. Door de korte duur is de toekenningstop materieel zonder gevolgen gebleven. In het kader van de Voorjaarsnota is het plafond vervolgens met € 314 miljoen verhoogd naar € 1.378 miljoen.

Dit verhoogde plafond was op 1 juli 2007 bereikt.

Omdat de staatssecretaris het plafond vervolgens nog weer met € 77 miljoen heeft verhoogd naar € 1.455 miljoen is een toekenningstop voorkomen.

### **3.3 Oorzaak van de groei**

De groei van het aantal budgethouders lijkt veroorzaakt te worden door een veelheid aan factoren waarbij het niet eenvoudig is om het gewicht van de afzonderlijke factoren aan te geven.



### ***Peiling onder PGB-managers***

Om toch een globaal beeld te krijgen van de oorzaak van de sterke groei van het aantal budgethouders is door het ministerie van VWS en het CVZ een inventarisatie gemaakt van mogelijke factoren. Dat overzicht is aangevuld door de managers van de PGB-afdelingen van de zorgkantoren. Vervolgens is aan hen gevraagd om een gewicht aan deze factoren te geven.

De 10 belangrijkste factoren, in volgorde van belangrijkheid:

1. Er is AWBZ-breed sprake van een stijging van het aantal AWBZ-geïndiceerden;
2. Het aantal indicaties door het Bureau Jeugdzorg neemt toe;
3. Het PGB wordt steeds bekender;
4. Bestaande budgethouders krijgen, bij herindicatie, vaker dan vroeger aanvullend een indicatie voor ondersteunende en/of activerende begeleiding;
5. Verzekerden wijken uit naar PGB omdat zij hun aanspraak niet in natura niet kunnen effectueren wegens het bereiken van het productieplafond;
6. Ouders van kinderen met een psychiatrische aandoening (m.n. autisme en daaraan verwante stoornissen) kiezen voor het PGB omdat dat de enige mogelijkheid is om te voorzien in hun specifieke zorgbehoefte;
7. Bemiddelingsbureaus en zorgaanbieders wijzen (potentiële) cliënten actief op de mogelijkheden voor een PGB;
8. Er bestaat een toenemende voorkeur om zorg zelf in te kopen bij familie of kennissen;
9. Het PGB maakt nieuwe voorzieningen als bv. de ouderinitiatieven en Thomashuizen mogelijk;
10. Verzekerden kiezen voor een PGB omdat het verantwoordingsvrije bedrag is verhoogd naar € 2500.

Deze opsomming is niet gekwantificeerd, maar geeft wel inzicht in de breedheid van het aantal groeifactoren.

Overigens heeft de staatssecretaris op Prinsjesdag aangekondigd dat zij nader onderzoek zal laten verrichten naar de oorzaak van de sterke groei van het aantal budgethouders.

### **3.4 AZR**

Bij de invoering van het PGB nieuwe stijl is, ter beperking van de administratieve lasten voor de zorgkantoren, afgesproken

dat zij de grondslag van de budgethouders niet hoeven te registreren. Voor de toekenning van het PGB is de grondslag immers niet van belang. Ook hoeven zij niet in staat te zijn om de opbouw van de budgetten naar functies en klassen uit hun systemen af te leiden. Zorgkantoren kunnen vanuit hun registratie daarom maar beperkt inzicht verschaffen in de achtergrond van de geconstateerde groei.

De PGB-afdelingen van de zorgkantoren zijn niet volledig aangesloten op het AZR. In het AZR wordt wel geregistreerd of een verzekerde een voorkeur heeft voor PGB. Die informatie bereikt de PGB-afdeling. Maar in het AZR wordt vervolgens niet door middel van een Melding Aanvang Zorg (MAZ) geregistreerd of het zorgkantoor ook feitelijk een PGB toekent. De AZR-registratie is op dit onderdeel dan ook onvolkomen.

Nu de release van de AZR-versie 2.1 achter de rug is, worden nieuwe verbetertrajecten in gang gezet. Het aansluiten van de PGB-afdelingen op het AZR is als optie opgenomen in de voorstellen voor release 3.0. Over deze voorstellen zal binnenkort besluitvorming plaatsvinden.

Overigens worden indicatiebesluiten van het Bureau Jeugdzorg niet opgenomen in het AZR. Voor zover de groei voortkomt uit indicatiebesluiten van Bureau Jeugdzorg wordt dat dus niet zichtbaar in het AZR. Op dit moment is onderzoek gaande naar het mogelijke gebruik van het AZR door Bureau Jeugdzorg.

## 4 Wet maatschappelijke ondersteuning

### 4.1 Inleiding

Op 1 januari 2007 is de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) ingevoerd. In deze wet zijn de Welzijnswet, de Wet Voorzieningen Gehandicapten en de functie huishoudelijke verzorging uit de AWBZ opgegaan.

Voor een goed begrip van de gevolgen van de invoering van de Wmo voor de budgethouders AWBZ moet onderscheid gemaakt worden tussen budgethouders met een PGB voor alléén de functie huishoudelijke verzorging ('enkelvoudige HV') en budgethouders met een PGB ook voor andere functies ('samengestelde HV').

Voor de enkelvoudige HV eindigde het PGB-AWBZ en is de gemeente op 1 januari 2007 in de plaats getreden van het zorgkantoor.

Budgethouders met samengestelde HV hebben sinds 1 januari 2007 met twee wetten te maken. Voor hulp bij het huishouden ontvangen zij een PGB op grond van de Wmo. Voor de overige functies ontvangen zij een PGB op grond van de AWBZ.

### 4.2 Overgangsmaatregel

**Overgangsbepaling** De Wmo kent in artikel 31 de volgende overgangsmaatregel:

*de rechten en verplichtingen die gelden op het tijdstip van de inwerkingtreding met deze wet met betrekking tot huishoudelijke verzorging waarvoor op grond van de AWBZ een indicatiebesluit is afgegeven voor de inwerkingtreding van deze wet, blijven gelden gedurende de looptijd van het indicatiebesluit, doch ten hoogste een jaar na de inwerkingtreding van deze wet.*

Deze overgangsmaatregel heeft tot gevolg dat budgethouders (aan wie op 31 december 2006 op grond van de AWBZ een PGB voor huishoudelijke verzorging was toegekend) nog tot het

einde van hun indicatieduur, doch uiterlijk tot 31 december 2007, recht houden op een PGB voor hulp bij het huishouden.

***Uitvoering door  
zorgkantoren***

De zorgkantoren hebben zich bereid verklaard om deze overgangsmaatregel uit te voeren. Daarbij is door hen wel de voorwaarde gesteld dat dit zonder ingrijpende systeemaanpassingen zou moeten kunnen. Het ministerie van VWS, de VNG, het CVZ en ZN hebben het volgende afgesproken.

***Uitvoering bij  
enkelvoudige HV***

Voor budgethouders met enkelvoudige HV geeft het zorgkantoor uitsluitend een beschikking af namens de gemeente. De kosten van dit PGB komen volledig voor rekening van de gemeente waar de budgethouder woonachtig is.

***Uitvoering bij  
samengestelde HV***

Voor samengestelde HV is, voor wat betreft de kosten-toedeling, het volgende afgesproken:

- Van het vastgestelde PGB brengt het zorgkantoor bij de gemeente in rekening het bruto PGB voor huishoudelijke verzorging verminderd met de in mindering gebrachte eigen bijdrage;
- Bij het CVZ verantwoordt het zorgkantoor het vastgestelde PGB verminderd met het bedrag dat bij de gemeente in rekening is gebracht.

Door deze afspraak vergde de uitvoering van de overgangsmaatregel geen systeemaanpassing van het zorgkantoor. Pas na de vaststelling van het PGB (in de loop van 2007 en in 2008) verdeelt het zorgkantoor de kosten van het vastgestelde PGB over de AWBZ en de gemeente. Het zorgkantoor kon de betrokken gemeente verder onmiddellijk na de jaarovergang informeren over de te verwachten kosten. Die waren immers op het moment van toekenning al bekend en konden alleen dalen door tussentijdse beëindiging van het PGB.

***Uitvoering namens  
437 van de 443  
gemeenten***

ZN en de VNG hebben een model-overeenkomst opgesteld ten behoeve van de zorgkantoren en de gemeenten. Uiteindelijk hebben 437 van de 443 gemeenten de

zorgkantoren gevraagd om de overgangsmaatregel uit te voeren.

### **4.3 Kosten huishoudelijke verzorging**

**2005**

Bij brief van 4 mei 2005 heeft het CVZ, op verzoek van het ministerie van VWS, de zorgkantoren verzocht om medewerking te verlenen aan een door het onderzoeksbureau Cebeon uitgevoerd onderzoek naar de kosten van de huishoudelijke verzorging.

Het was voor de zorgkantoren niet eenvoudig om aan deze onderzoeksvraag te voldoen.

- Het onderzoek moest exacte resultaten per gemeente opleveren zodat niet volstaan kon worden met een steekproef;
- Bij samengestelde HV is het voor de meeste zorgkantoren niet eenvoudig om de functie HV te 'filteren' uit het totaal toegekende bedrag;
- In 2005 bestond, naast PGB nieuwe stijl, ook nog de PGB-regeling V&V met, onder andere, de twee producten alfahulp en huishoudelijke verzorging.

**2006**

Bij het in 2005 uitgevoerde onderzoek werd uitgegaan van invoering van de Wmo op 1 januari 2006. Het uitstel van de invoering naar 1 januari 2007 had onder andere tot gevolg dat besloten is om de toevoeging aan het gemeentefonds te baseren op de werkelijk in 2005 door de zorgkantoren voor de functie HV gemaakte kosten.

Het CVZ heeft daarom de zorgkantoren bij brief van 9 mei 2006 wederom verzocht om de kosten voor HV in 2005 in beeld te brengen, maar met een andere vraagstelling dan in 2006.

Voor de zorgkantoren betekende dit dat zij wederom met de nodige handmatige werkzaamheden gegevens dienden aan te leveren.

**2007**

Naar aanleiding van CAK-gegevens voor de huishoudelijke verzorging in natura heeft de Tweede Kamer de regering begin 2007 in een motie gevraagd om, per gemeente, inzage te

verschaffen in de werkelijke kosten voor huishoudelijke verzorging in 2006.

Het CVZ heeft daarop de zorgkantoren, bij brief van 9 februari 2007, verzocht om de in 2006 per gemeente toegekende bedragen in beeld te brengen.

De resultaten van deze onderzoekswerkzaamheden zijn opgenomen in de tussenrapportage Wmo die de staatssecretaris op 14 juni 2007 heeft aangeboden aan de Tweede Kamer. De staatssecretaris deelt daarin onder andere mee dat zij de budgetten van 99 gemeenten zal aanpassen die in 2006 een afwijking hebben van meer dan 5% ten opzichte van de historische uitgaven.

## 5 Terugdringing administratieve lasten

### 5.1 Inleiding

Het PGB-AWBZ stelt verzekerden in staat om de zorgverlening naar eigen inzichten en wensen in te richten. Daar staat tegenover dat het PGB administratieve lasten met zich meebrengt.

Bij brief van 26 juni 2006 heeft de staatssecretaris de Tweede Kamer geïnformeerd over de voortgang in de aanpak van de administratieve lasten. Vervolgens heeft zij de Tweede Kamer op 12 december 2006 op de hoogte gesteld over haar standpunt met betrekking tot reductievoorstellen van het bureau ITS.

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de voortgang op de volgende onderdelen:

1. Verhoging van het verantwoordingsvrije bedrag;
2. Verlaging van het verantwoordingsritme;
3. Digitalisering van de verantwoording;
4. Afschaffing van de 10%-regeling;
5. Verruiming van de zgn. tweedagenregeling;
6. Verbetering van de communicatie.

### 5.2 Verhoging van het verantwoordingsvrije bedrag

#### **Verhoging van 1,5% naar € 2500**

Al sinds de invoering van het PGB nieuwe stijl op 1 april 2003 was in de regeling een 'vrij besteedbaar bedrag' opgenomen. Het vrij te besteden bedrag bedroeg 1,5% van het netto PGB met een minimum van € 250 en een maximum van € 1.250 per jaar.

Om budgethouders tegemoet te komen en de administratie minder belastend te maken heeft de staatssecretaris het vrij besteedbare bedrag verhoogd tot € 2.500 per jaar. Om duidelijk te maken dat het bedrag wel bedoeld is voor de inkoop van zorg is de term 'vrij besteedbaar' vervangen door 'verantwoordingsvrij'. In de regeling is namelijk wel de verplichting voor de budgethouder opgenomen om dit bedrag te besteden aan de inkoop van zorg.

***Aanzienlijke lastenverlichting***

De verhoging van het verantwoordingsvrije bedrag betekent een aanzienlijke lastenverlichting voor de budgethouders. Budgethouders met een PGB van, op jaarbasis, minder dan € 2.500 (28% van het totaal aantal budgethouders) hoeven over het toegekende PGB geen verantwoording meer af te leggen. Ook hoeven zij geen opgaafformulieren voor de Belastingdienst meer in te vullen. (De zorgverlener blijft natuurlijk nog wel verplicht om het ontvangen inkomen bij de Belastingdienst op te geven.) Budgethouders met een PGB van, op jaarbasis, meer dan € 2.500 hoeven over de besteding van de eerste € 2.500 geen verantwoording af te leggen.

***Bestedingsvrijheid***

Ook het verantwoordingsvrije bedrag mag de budgethouder alleen gebruiken voor de inkoop van zorg. Maar omdat de budgethouder over dit bedrag geen verantwoording hoeft af te leggen, kan het zorgkantoor niet vaststellen of dat ook inderdaad gebeurt. Het is daarom mogelijk dat de budgethouder het verantwoordingsvrije bedrag niet besteedt aan de inkoop van zorg. Dat ligt echter niet voor de hand. Het PGB is immers toegekend op basis van een door het CIZ of Bureau Jeugdzorg afgegeven indicatiebesluit. De budgethouder heeft het PGB dus gewoon nodig om de zorg die hij nodig heeft in te kunnen kopen.

***Late bekendmaking besluitvorming***

De staatssecretaris heeft pas op 12 december 2006 besloten om het verantwoordingsvrije bedrag te verhogen naar € 2.500. Zorgkantoren waren op dat moment al volop bezig met het afgeven van toekenningsbeschikkingen voor het jaar 2007 en konden daarom in de uitvoering geen rekening meer houden met dit besluit. De verhoging van het verantwoordingsvrije bedrag had echter geen gevolgen voor de hoogte van het totaal toe te kennen PGB en was ook niet van invloed op de bevoorschotting. Met de zorgkantoren is daarom de werkafsprake gemaakt dat hun systemen pas op 1 juli 2007 op deze besluitvorming moesten zijn ingericht. Aan de budgethouders is in een informatiebulletin uitgelegd dat de tekst van de toekenningsbeschikking op het onderdeel van het verantwoordingsvrije bedrag onjuist kon zijn.



### **5.3 Verlaging van het verantwoordingsritme**

In 2006 kende het PGB-AWBZ de volgende verantwoordingsritmes:

- tot € 2.500 op jaarbasis: in één keer;
- tussen € 2.500 en € 5.000 op jaarbasis: per half jaar;
- boven € 5.000 op jaarbasis: per kwartaal.

In 2007 zijn deze ritmes als volgt verlaagd:

- tot € 2.500 op jaarbasis: geen verantwoording;
- tussen € 2.500 en € 5.000 op jaarbasis: in één keer;
- boven € 5.000 op jaarbasis: per half jaar.

Door deze verlaging van het verantwoordingsritme zijn de administratieve lasten voor de budgethouders verder teruggebracht.

Budgethouders met een budget boven de € 25.000 moesten in 2005 nog maandelijks verantwoording afleggen over de besteding van het PGB. Voor hen is het aantal verantwoordingsmomenten in twee jaar tijd dus verminderd van 12 naar 2.

#### ***Gevolgen voor de zorgkantoren***

De verlaging van de verantwoordingsritmes betekent ook een vermindering van de administratieve lasten voor de zorgkantoren. Wel hebben de zorgkantoren nu duidelijk te maken met een piekbelasting. Het vergt daarom een goede personeelsplanning om de ontvangen verantwoordingsformulieren binnen de in de regeling voorgeschreven periode van 6 weken te beoordelen.

### **5.4 Digitalisering van de verantwoording**

De uitvoering van het PGB gaat gepaard met een informatiestroom voor de budgethouder die grotendeels uit papier bestaat. Om de, beleefde, administratieve lasten te verlichten is besloten om het voor budgethouders mogelijk te maken om het verantwoordingsformulier digitaal in te vullen en vervolgens digitaal aan te leveren aan het zorgkantoor.

#### ***Stichting e-PGB***

Aanvankelijk heeft het ministerie van VWS het initiatief genomen om, samen met de stichting ICTU, een digitaal verantwoordingsformulier te ontwikkelen. Deze benadering bleek echter onvoldoende tegemoet te komen aan de wensen

van de potentiële gebruikers. De ontwikkeling van dit formulier is daarom stopgezet.

Vanuit cliëntenorganisaties is de wens geuit om de mogelijkheid voor digitale verantwoording te koppelen aan een al bestaand budgetbeheerprogramma. Dit budgetbeheerprogramma is ontwikkeld door PZN (Persoonlijk Zorg Netwerk). Inmiddels is het beheer ondergebracht bij de aan Per Saldo gelieerde stichting e-PGB.

Inmiddels heeft het zorgkantoor Noord-Holland Noord zich bereid verklaard om als pilot-zorgkantoor digitale aanlevering mogelijk te maken. De mogelijkheden voor een dergelijke pilot worden momenteel onderzocht.

#### ***Servicecentrum***

Het SVB Servicecentrum PGB (SSP) heeft zich bereid verklaard om mee te denken over de mogelijkheden om deel te nemen aan het voorgaande traject.

De belangrijkste informatiestroom tussen budgethouders en het SSP bestaat uit de maandelijkse urenbriefjes. Deze urenbriefjes kunnen budgethouders al sinds enkele jaren digitaal aanleveren.

Budgethouders kunnen de model-zorgovereenkomsten downloaden van de website van de SVB. De SVB onderzoekt de mogelijkheid om ook deze overeenkomsten on-line in te vullen en te versturen.

### ***5.5 Afschaffing van de 10%-regeling***

Als een budgethouder het toegekende PGB niet volledig besteedt, dan voegt het zorgkantoor het niet bestede PGB toe aan het budget voor het volgende kalenderjaar. Deze overheveling is gelimiteerd tot 10% van het toegekende PGB. Door deze overheveling heeft de vaststelling van het PGB voor het voorgaande kalenderjaar gevolgen voor de toekenning van het PGB voor het lopende kalenderjaar. Het zorgkantoor moet daarom als het voorgaande kalenderjaar wordt vastgesteld ook voor het lopende kalenderjaar een nieuwe toekenningsbeschikking afgeven.

Eenzijds verruimt deze "10%-overheveling" de bestedingsvrijheid voor de budgethouders, anderzijds

vergroot deze regeling het aantal (herziene) toekenningsbeschikkingen die de budgethouder ontvangt. De verhoging van het verantwoordingsvrije bedrag naar € 2.500 per jaar is voor het CVZ en ZN aanleiding geweest om de staatssecretaris te adviseren om de 10%-overheveling af te schaffen. De budgethouder komt immers pas toe aan het overhevelen van niet bestede gelden als hij het te verantwoorden PGB niet volledig heeft besteed aan de inkoop van zorg. Daar komt bij dat het afschaffen van de 10%-overheveling de uitvoering van de PGB-regeling sterk vereenvoudigt. De staatssecretaris heeft dit voorstel van het CVZ en ZN overgenomen.

### **5.6 Verruiming van de zgn. tweedagenregeling**

Particulieren die voor maximaal twee dagen per week een hulp nemen voor werk in en rond het huis zijn vrijgesteld voor het afdragen van premies en loonbelasting. Deze regeling, die dus niet alleen van toepassing is voor zorgverleners van budgethouders, werd de "tweedagenregeling" genoemd. Voor medewerkers die onder de tweedagenregeling vallen hoeft de budgethouder dus geen premie en loonbelasting in te houden en af te dragen.

Met ingang van 1 januari 2007 is deze tweedagenregeling verruimd tot een driedagenregeling. Budgethouders zijn sinds die datum alleen verantwoordelijk voor de inhouding en afdracht van premies en loonbelasting voor zorgverleners die minimaal vier dagen per week voor hen werkzaam zijn. Deze verruiming betekent een vermindering van de administratieve lasten voor de budgethouders voor zover zorgverleners drie dagen per week voor de budgethouder werkzaam waren.

Overigens betekent deze verruiming een verslechtering van de rechtspositie voor de betrokken werknemers.

- Bij ziekte wordt het loon niet langer 104 weken doorbetaald maar slechts zes weken;
- De betrokken werknemers zijn niet langer sociaal verzekerd;

- De ontslagbescherming is beperkt. Vanwege deze effecten was het de verwachting dat een gedeelte van de budgethouders de arbeidsovereenkomst met deze medewerkers zou wijzigen in een arbeidsovereenkomst voor vier dagen per week. Dat blijkt echter niet het geval te zijn geweest. Wel hebben de betrokken budgethouders er over het algemeen voor gekozen om vrijwillig de verantwoordelijkheid op zich te nemen voor de inhouding en afdracht van loonbelasting. Door voor deze 'opting-in' te kiezen was het mogelijk om de salarisadministratie door de SVB te laten uitvoeren.

### **5.7 *Verbetering van de communicatie***

Budgethouders hebben te maken met een aanzienlijke informatiestroom. Het betreft hier niet alleen informatie van het zorgkantoor, maar ook van het CIZ, het SVB Servicecentrum PGB, zorgaanbieders en andere organisaties. Voor een verbetering van de klantgerichtheid in hun communicatie naar de cliënten hebben de staatssecretaris, het CIZ, het CAK en een aantal zorgkantoren<sup>2</sup> op 4 juli 2007 een intentieverklaring ondertekend. De uitgesproken intenties hebben niet alleen betrekking op het PGB maar ook op de zorg in natura. Partijen willen hun communicatie-uitingen verbeteren en beter op elkaar afstemmen. Verder willen partijen bekijken of het mogelijk is om gezamenlijk voorlichtingsmateriaal op te stellen. De deelnemende zorgkantoren zullen hun ervaringen uitdragen naar de overige zorgkantoren.

---

<sup>2</sup> Nijmegen, Noord-Holland Noord, Waardenland, Midden-Holland, Midden-Brabant, Noordoost Brabant en Noord en Midden-Limburg

## **6 Langdurig verblijf**

### **6.1 Inleiding**

Een verzekerde die verblijft in een instelling heeft geen recht op een PGB. Dat is ook niet nodig, de instelling waar de verzekerde verblijft is immers reeds verantwoordelijk voor de zorgverlening.

Maar een verzekerde die is geïndiceerd voor langdurig verblijf kan er ook voor kiezen om zijn recht op langdurig verblijf niet te effectueren. Deze verzekerde kan dan een PGB aanvragen waarmee hij zorg in de thuissituatie kan inkopen.

### **6.2 Uitgangspunten PGB-regeling**

Voor de toekenning van een PGB aan een verblijfsgeïndiceerde budgethouder zijn in de PGB-regeling de volgende uitgangspunten vastgelegd:

1. Zorgkantoren volgen onverkort de indicatiebesluiten tot aan het bedrag van € 300 per dag (€ 109.500 per jaar);
2. Als een cliënt met een verblijfsindicatie een PGB krijgt dat lager is dan wat hij in een instelling zou kosten, dan kan hij een PGB aanvragen ter hoogte van dat bedrag;
3. Indien onverkorte toepassing van het indicatiebesluit zou leiden tot een PGB van meer dan € 300 per dag, dan kan het zorgkantoor het PGB verlagen tot de kosten van opname in een instelling, maar het PGB is dan wel minimaal € 300 per dag;
4. Het zorgkantoor meldt een toekenning van een PGB van € 300 of meer per dag aan het CVZ.

### **6.3 Uitvoeringspraktijk tot 1 juli 2007**

Tussen 1 januari 2006 en 1 juli 2007 hebben de zorgkantoren op de volgende wijze uitvoering aan deze uitgangspunten gegeven:

1. Het zorgkantoor kent een PGB toe op basis van de meegeïndiceerde functies.

2. Als de budgethouder daarom verzoekt verhoogt het zorgkantoor het PGB met een PGB voor twee etmalen tijdelijk verblijf per week.
3. Het zorgkantoor verlaagt het PGB met de eigen bijdrage.
4. Als de budgethouder daarom verzoekt verhoogt het zorgkantoor het PGB tot de volgende bedragen<sup>3 4</sup>:
 

VG, jonger dan 18 jaar	€ 103,53 per dag
VG, 18 jaar en ouder	€ 73,20 per dag
LG, jonger dan 18 jaar	€ 74,97 per dag
LG, 18 jaar en ouder	€ 93,71 per dag
PSY, jonger dan 18 jaar	€ 210,44 per dag
PSY, 18 jaar en ouder	€ 118,04 per dag
ZG	€ 82,01 per dag
SOM, zonder behandeling	€ 58,91 per dag
SOM, met behandeling	€ 142,98 per dag
PG	€ 142,98 per dag

#### **6.4 Uitvoeringspraktijk vanaf 1 juli 2007**

Op 1 april 2007 is het Zorgindicatiebesluit gewijzigd. De indicatie voor langdurig verblijf hoeft daardoor niet langer gepaard te gaan met een indicatie voor de overige functies in klassen. Volstaan kan worden met een totale aanduiding van het benodigde aantal uren zorg.

Hiermee is de juridische basis gelegd voor het afgeven van indicatiebesluiten voor verblijf met de aanduiding van een zorgzwaartepakket (zzp). Deze zzp's vormen op hun beurt weer de basis voor de voorgenomen wijziging van de bekostiging van instellingen.

Sinds 1 juli 2007 gaat een verblijfsindicatie vergezeld van een aanduiding van een zzp. Daarmee verviel voor de zorgkantoren de mogelijkheid om een PGB toe te kennen op basis van de in de PGB-regeling opgenomen tarieven. Die tariefstructuur is immers gebaseerd op functies en klassen.

**Brief 29 juni 2007** Bij brief van 29 juni 2007 heeft het CVZ de zorgkantoren

---

<sup>3</sup> Prijspeil 2007

<sup>4</sup> In bijlage 2 is een overzicht opgenomen van de gebruikte afkortingen

daarom verzocht om een indicatiebesluit met een zzp als volgt te vertalen naar een PGB-toekenning:

1. Het zorgkantoor vertaalt de geïndiceerde zzp naar functies en klassen op basis van de voor het AZR gehanteerde uitgebreide vertaaltabel.
2. Het zorgkantoor kent een PGB toe op basis van de in die tabel opgenomen functies.
3. Het zorgkantoor verlaagt het PGB met de eigen bijdrage.
4. Het zorgkantoor verhoogt het PGB met een PGB voor twee etmalen tijdelijk verblijf per week.
5. Het zorgkantoor verhoogt het PGB tot de volgende bedragen:

VG, jonger dan 18 jaar	€ 103,53 per dag
VG, 18 jaar en ouder	€ 73,20 per dag
LG, jonger dan 18 jaar	€ 74,97 per dag
LG, 18 jaar en ouder	€ 93,71 per dag
PSY, jonger dan 18 jaar	€ 210,44 per dag
PSY, 18 jaar en ouder	€ 118,04 per dag
ZG	€ 82,01 per dag
SOM, zonder behandeling	€ 58,91 per dag
SOM, met behandeling	€ 142,98 per dag
PG	€ 142,98 per dag
6. Indien de PGB-periode aansluit op een voorgaande PGB-periode verhoogt het zorgkantoor het PGB voor 2007 tot het bedrag dat het zorgkantoor voor de voorgaande periode heeft toegekend.

Deze budgetgarantie komt voort uit de brief van staatssecretaris aan de Tweede Kamer van 14 november 2006 waarin zij uitvoering van de motie Van Miltenburg (26631 nr 194) toezegt. Deze budgetgarantie eindigt op 31 december 2007. Overigens heeft de staatssecretaris het CIZ verzocht om de indicatiebesluiten van verblijfsgeïndiceerde verzekerden ambtshalve tot 31 december 2007 te verlengen. Voor verblijfsgeïndiceerde budgethouders leidt die ambtelijke verlenging er automatisch toe dat de hoogte van het PGB in 2007 niet wijzigt. De budgetgarantie in stap 5 heeft daardoor materieel alleen betekenis voor budgethouders die bij herindicatie voor verblijf worden geïndiceerd terwijl de voorgaande indicatie geen verblijfsindicatie was.

**Motie Van  
Miltenburg**

Op 29 juni 2007 heeft de staatssecretaris de Tweede Kamer geïnformeerd over de gevolgen van de invoering van de zorgzwaartebekostiging voor de huidige en nieuwe budgethouders.

Naar aanleiding van deze brief heeft de Tweede Kamer een motie aangenomen waarin zij de regering verzoekt om te garanderen dat de hoogte van nieuwe PGB's voor mensen met een verblijfsindicatie tot 1 januari 2008 gelijkwaardig is aan de vóór 1 juli 2007 vastgestelde PGB's en zodoende een waardig alternatief vormt voor zorg in natura.

De staatssecretaris heeft de Tweede Kamer op 31 juli 2007 laten weten dat zij deze motie zal uitvoeren. Daarvoor is de volgende werkwijze afgesproken:

- de budgethouder kan bij het zorgkantoor een verzoek indienen om de hoogte van het PGB vast te stellen op een vergelijkbaar bedrag dat een aanvrager van een PGB naar zijn idee zou krijgen vóór 1 juli 2007;
- bij de beoordeling zal het zorgkantoor vergelijkbare budgethouders betrekken waarvan de hoogte van het PGB is vastgesteld vóór 1 juli 2007. De hoogte van het PGB zal vervolgens conform het verzoek uit de motie voor de periode tot 31 december 2007 in overeenstemming worden gebracht met de hoogte van deze vergelijkbare gevallen.

Op 1 januari 2008 zullen weer verdere stappen worden gezet op weg naar de invoering van de functiegerichte bekostiging en het volledige pakket. De in deze paragraaf beschreven werkwijze geldt daarom tot 31 december 2007.

### **6.5 Toekenningen van € 300 of meer per dag**

Op 1 juli 2006 was aan 58 budgethouders een PGB van meer dan € 300 per dag toegekend. Op 1 juli 2007 waren dat 106 budgethouders.

Op 1 juli 2007 waren er 75.983 budgethouders. Het betreft dus slechts 0,14% van het totaal aantal budgethouders.



Voor 143 budgethouders heeft het zorgkantoor de toekenning, in afwijking van het indicatiebesluit, beperkt tot € 300 per dag.

## **7 Eigen bijdragen**

### **7.1 Inleiding**

De PGB-regeling bevat bruto-tarieven waarop het zorgkantoor een eigen bijdrage in mindering brengt. Door de overheveling van de huishoudelijke verzorging naar de Wmo beperkt de eigen bijdrage zich tot de functies persoonlijke verzorging en verpleging.

De eigen bijdrage kent een zorgafhankelijk maximum en een inkomensafhankelijk maximum. Voor de vaststelling van het inkomensafhankelijk maximum ontvangt het zorgkantoor van het CAK inkomensgegevens uit het tweede kalenderjaar voorafgaande aan het subsidiejaar (T-2). Het CAK vraagt deze gegevens op haar beurt weer op bij de Belastingdienst.

### **7.2 Wijziging bijdragebesluit**

#### ***Wijziging bijdragebesluit***

De op het bruto PGB in mindering te brengen eigen bijdragen zijn gebaseerd op artikel 16d van het Bijdragebesluit zorg. Op 1 januari 2007 is deze bepaling ingrijpend gewijzigd. Zo wordt nu onderscheid gemaakt tussen verzekerden ouder en jonger dan 65 jaar en gehuwde en ongehuwde verzekerden. Verder is de berekening van het inkomensafhankelijk maximum gewijzigd.

Deze wijziging maakte een systeemaanpassing voor het CAK noodzakelijk. Het CAK kon de zorgkantoren daardoor pas in februari 2007 informeren over de inkomensgegevens uit 2005.

Bij zorg in natura legt het CAK een eigen bijdrage op nadat de zorg is geleverd. Het CAK verzendt de eerste nota's voor zorg in natura daarom pas in februari/maart.

Maar bij het PGB moet het zorgkantoor de eigen bijdrage al in november/december in mindering brengen op de voor het volgende kalenderjaar te verzenden toekenning- beschikkingen.

De zorgkantoren moesten nu daarom in het kader van de

jaarovergang 2007/2008 toekenningsbeschikkingen verzenden met een voorlopige eigen bijdrage die zij, zonder over de juiste inkomensgegevens te beschikken, moesten baseren op een fors gewijzigde regeling. Het gevolg van de gewijzigde berekeningsmethode is geweest dat veel budgethouders een voorlopige beschikking hebben ontvangen met een eigen bijdrage die fors afweek van de uiteindelijke definitieve eigen bijdrage. Door deze onduidelijkheid over de eigen bijdragen was het voor de zorgkantoren aan het begin van 2007 ook moeilijk om het verplichtingenniveau goed te registreren.

### ***Rekenhulp***

Door de wijziging van het Bijdragebesluit is de berekening van de eigen bijdrage ingewikkelder te worden. Het CVZ heeft een 'rekenhulp' ontwikkeld die (aspirant-)budgethouders in staat stelt om zelf de in mindering te brengen eigen bijdrage te berekenen.

Deze rekenhulp is door de zorgkantoren meegestuurd met de toekenningsbeschikking 2007. Budgethouders konden daardoor zelf het verschil berekenen tussen de ontvangen voorlopige beschikking en de uiteindelijk te ontvangen definitieve beschikking.

De rekenhulp is als bijlage opgenomen in de door het CVZ uitgegeven uitgebreide PGB-brochure (de 8-stappen-folder). Verder kunnen (aspirant-)budgethouders de rekenhulp invullen op [www.pgb.cvz.nl](http://www.pgb.cvz.nl).

### ***7.3 Samenloop eigen bijdrage***

#### ***Situatie tot 1 januari 2007***

Het is mogelijk dat een verzekerde, of diens partner, naast een PGB-AWBZ ook zorg in natura ontvangt. Voor zorg in natura brengt het CAK een eigen bijdrage in rekening. Voor het PGB brengt het zorgkantoor een eigen bijdrage in mindering. Het kan zijn dat de eigen bijdragen voor zorg in natura en PGB gezamenlijk het voor dat huishouden geldende inkomensafhankelijke maximum overschrijden. De budgethouder dient deze overschrijding zelf te signaleren. Het zorgkantoor corrigeert dan de op het PGB in mindering gebrachte eigen bijdrage.

Bij zorg in natura is de verschuldigde eigen bijdrage afhankelijk van de werkelijk geleverde zorg. In de praktijk kan de bijdrage daardoor in ieder tijdvak van vier weken weer anders zijn. Het zorgkantoor zou de PGB-toekenning daarom voortdurend moeten corrigeren.

Om dit te voorkomen mogen zorgkantoren veronderstellen dat de in natura afgenomen functies volledig geleverd zullen worden. Door die veronderstelling hoeft het zorgkantoor de toekenningsbeschikking maar één keer te wijzigen.

***Situatie vanaf  
1 januari 2007***

Op 1 januari 2007 is de Wmo ingevoerd. Ook de Wmo kent een eigen bijdrage, niet alleen voor hulp bij het huishouden maar ook voor bv. vervoersvoorzieningen.

Het ministerie van VWS heeft met de VNG afgesproken dat de Wmo en de AWBZ één gezamenlijk inkomensafhankelijk maximum kennen waarbij de door de gemeente opgelegde eigen bijdrage voorrang heeft.

Het zorgkantoor moet de eigen bijdrage PGB-AWBZ daarom niet alleen corrigeren voor de eigen bijdrage voor AWBZ-zorg in natura, maar ook voor de door de gemeente opgelegde eigen bijdrage.

De eigen bijdrage van de Wmo wordt door het CAK uitgevoerd. Het CAK heeft daarom het totale overzicht op de bij de budgethouders in rekening gebrachte eigen bijdrage voor de Wmo en AWBZ-zorg in natura. Het CAK verstrekt deze informatie aan de zorgkantoren waarna de zorgkantoren de PGB-toekenning corrigeren. Door deze werkwijze is het niet langer noodzakelijk dat budgethouders zelf het zorgkantoor moeten informeren over het feit dat een samenloop van eigen bijdragen er toe leidt dat ze hun inkomensafhankelijk maximum overschrijden.

Het CAK voorziet de zorgkantoren eens per kwartaal van een overzicht van de eigen bijdrage voor de Wmo en AWBZ-zorg in natura. Dit betekent dat zorgkantoren, bij een correcte uitvoering van de regelgeving, het toegekende PGB ieder kwartaal moeten corrigeren.

Vanwege de door het CAK benodigde ontwikkeltijd hebben de zorgkantoren het eerste overzicht van 2007 pas in augustus

2007 ontvangen. Het CVZ heeft de zorgkantoren geadviseerd om de door het CAK opgelegde eigen bijdragen te extrapoleren naar de hele toekenningperiode als het CAK voor drie perioden van vier weken een eigen bijdrage heeft opgelegd. Deze werkwijze beperkt het aantal beschikkingen, maar heeft wel tot gevolg dat zorgkantoren beschikkingen blijven afgeven met een *voorlopige* berekening van de eigen bijdrage. Het zorgkantoor kan de *definitieve* eigen bijdrage pas na ontvangst van de laatste samenloopoverzichten vaststellen, dat is dus ruim na afloop van het kalenderjaar.

#### **7.4 Definitieve vaststelling eigen bijdrage**

Het zorgkantoor kan de eigen bijdrage pas, afgezien van de in de vorige paragraaf beschreven samenloop, definitief vaststellen na ontvangst van de inkomensgegevens van het CAK. Het CAK is op haar beurt afhankelijk van de Belastingdienst. In bepaalde situaties heeft het traject van het definitief vaststellen een lange doorlooptijd bij de Belastingdienst (bv. bij ondernemers, zelfstandigen en bezwaar bij een aangifte). Het gebeurt regelmatig dat het enkele jaren duurt voordat deze inkomensgegevens beschikbaar komen. Zolang het zorgkantoor niet over deze gegevens beschikt kan het zorgkantoor een PGB niet definitief vaststellen.

Als de gegevens wel beschikbaar komen, stelt het zorgkantoor het PGB voor het betreffende kalenderjaar definitief vast. Pas dan kan het zorgkantoor definitief de naar het volgende jaar over te hevelen onderbesteding berekenen waardoor de herziening doorwerkt naar de latere subsidiejaren. De budgethouder ontvangt dan voor een aantal jaren tegelijk herziene toekenning- en/of vaststellingsbeschikkingen. Om de zorgkantoren in de gelegenheid te stellen om de eigen bijdrage sneller definitief vast te stellen bevat de PGB-regeling sinds 1 januari 2007 de verplichting voor het zorgkantoor om de eigen bijdrage op 1 maart van het kalenderjaar, zo mogelijk, definitief vast te stellen op de inkomensgegevens uit het jaar T-3.

Overigens komt aan die doorwerking naar latere subsidiejaren

een einde nu de staatssecretaris heeft besloten om de zgn. 10%-regeling af te schaffen (zie paragraaf 5.5).

### **7.5 Eigen bijdrage bij beroepsziekten**

Als gevolg van een uitspraak van de Centrale Raad van Beroep zijn verzekerden die als gevolg van een arbeidsongeval of beroepsziekte op AWBZ-zorg zijn aangewezen, geen eigen bijdrage verschuldigd.

Voor de PGB-regeling voeren de zorgkantoren deze uitspraak als volgt uit:

1. Het zorgkantoor vraagt de budgethouder om een machtiging te ondertekenen om informatie in te winnen bij de zorgverzekeraar van betrokkene.
2. Met die machtiging vraagt het zorgkantoor bij de zorgverzekeraar de benodigde informatie op waaruit blijkt of de AWBZ-zorg het gevolg is van een arbeidsongeval of beroepsziekte.
3. Op grond van die informatie besluit het zorgkantoor tot het al dan niet achterwege laten van de eigen bijdrage.

### **7.6 Daling opbrengst eigen bijdrage**

Sinds 1 januari 2007 wordt bij het PGB-AWBZ alleen een eigen bijdrage in mindering gebracht op de functies persoonlijke verzorging en verpleging.

De groei van het aantal budgethouders lijkt voor een groot deel veroorzaakt te worden door een toename van het aantal jeugdige budgethouders die geen eigen bijdrage verschuldigd zijn.

Als een budgethouder ook een beroep doet op Wmo-voorzieningen komt een gedeelte van de op het PGB-AWBZ in mindering gebrachte eigen bijdrage weer te vervallen.

Het valt dan ook te verwachten dat de opbrengst van de eigen bijdragen in 2007 zal dalen ten opzichte van de opbrengst in 2006. Daar staat tegenover dat de uitvoering van de bijdrageregeling gecompliceerder is geworden als gevolg van

het feit dat de EB-Wmo prevaleert boven de EB-AWBZ.  
Het CVZ zal in 2008 onderzoek doen naar de opbrengst van de  
eigen bijdrage bij het PGB-AWBZ in relatie tot de  
uitvoeringskosten.

## 8 SVB Servicecentrum PGB

### 8.1 Taken

	Voor de uitvoering van PGB nieuwe stijl is de SVB, als resultaat van een Europese aanbestedingsprocedure, gecontracteerd voor de volgende werkzaamheden:
<b>Salaris-administratie</b>	Als een werknemer op meer dan drie dagen per week voor de budgethouder werkt, kan de budgethouder de SVB vragen om de salarisadministratie te verzorgen. Dat kan ook als de zorgverlener op drie dagen of minder dan drie dagen per week voor de budgethouder werkt en de budgethouder met de zorgverlener heeft afgesproken dat de budgethouder voor de inhouding en afdracht van loonheffing zorgt (opting in).
<b>Overige taken</b>	Verder voert de SVB voor <u>alle</u> budgethouders de volgende taken uit: <ul style="list-style-type: none"><li>• loondoorbetaling bij ziekte en ziekteverzuimbegeleiding;</li><li>• het telefonisch beantwoorden van vragen op het terrein van arbeidsrecht;</li><li>• het onderhouden en toezenden van modelzorgovereenkomsten;</li><li>• het uitvoeren van een WA-verzekering en een verzekering voor rechtsbijstand.</li></ul>

### 8.2 Omvang werkzaamheden

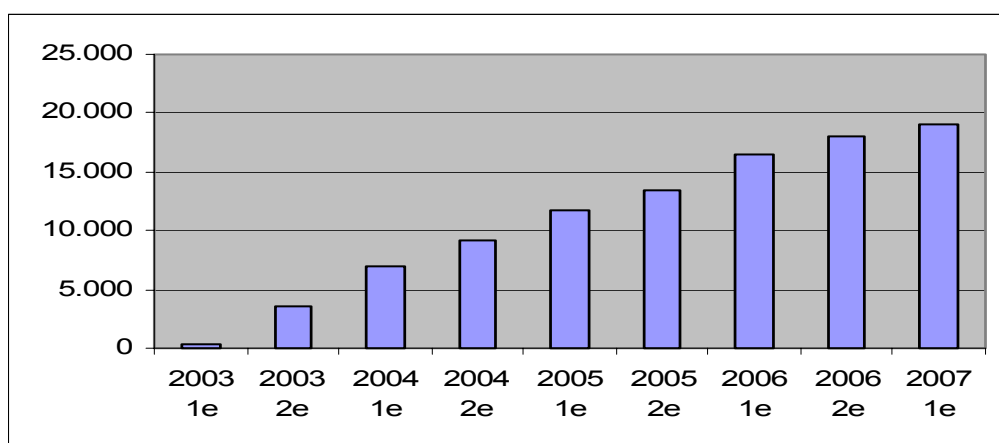
Het SVB Servicecentrum PGB brengt maandelijks een 'Service Level Rapportage' uit. In deze rapportage doet de SVB verslag over de dienstverlening in relatie tot de contractueel vastgelegde prestatie-eisen.

Uit deze rapportage blijkt dat de SVB op 1 juli 2007 voor 19.090 budgethouders de salarisadministratie verzorgde. Voor 18.194 budgethouders verzorgt het Servicecentrum zowel de salarisberekening als het betalingsverkeer. Voor de overige 896 budgethouders beperkt de dienstverlening zich tot het aanmaken van loonstroken. Deze budgethouders verzorgen, op eigen verzoek, zelf het betalingsverkeer. Op 1 juli 2006 verzorgde de SVB de salarisadministratie voor



16.496 budgethouders. Het aantal *budgethouders* voor wie de SVB de salarisadministratie verzorgt is dus tussen 1 juli 2006 en 1 juli 2007 gestegen met 16%.

**Grafiek 4** Aantal klanten van het SVB Servicecentrum PGB per half jaar



De salarisadministratie heeft betrekking op 32.915 zorgverleners. Op 1 juli 2006 verzorgde de SVB de salarisadministratie voor 27.968 zorgverleners. Het aantal *zorgverleners* waarvoor de SVB de salarisadministratie verzorgt is daarmee in één jaar tijd met 18% gegroeid.

### 8.3 Wet maatschappelijke ondersteuning

De SVB is door 352 van de 443 gemeenten gecontracteerd voor de ondersteuning van budgethouders met een PGB-Wmo. Die werkzaamheden vallen buiten de reikwijdte van dit uitvoeringsverslag.

Dit uitvoeringsverslag heeft alleen betrekking heeft op de werkzaamheden betreft die het SVB Servicecentrum PGB verricht op basis van het met het CVZ afgesloten contract.

#### **Overgangsmaatregel**

Aan budgethouders met een in 2007 doorlopende indicatie voor huishoudelijke verzorging hebben de zorgkantoren

namens de meeste gemeenten nog een PGB toegekend voor huishoudelijke verzorging.

Deze budgethouders konden, zolang zij onder de werking van deze overgangsmaatregel vielen, in 2007 gebruik maken van de diensten van de SVB. Van de 19.090 budgethouders die op 1 juli 2007 hun salarisadministratie lieten verzorgen door de SVB betrof dat 4.237 budgethouders die deze werkzaamheden op grond van deze overgangsmaatregel lieten uitvoeren.

***Eén werknemer voor meerdere functies***

De budgethouder kan een zorgovereenkomst afgesloten hebben met één zorgverlener voor de functie huishoudelijke verzorging én een of meer andere functies. Door de invoering van de Wmo vallen de werkzaamheden van deze medewerker gedeeltelijk onder de Wmo en gedeeltelijk onder de AWBZ. Voor deze zorgovereenkomsten kan de SVB de salarisadministratie blijven uitvoeren ten laste van de AWBZ. De SVB heeft de modelovereenkomsten en de salarisstroken inmiddels gesplitst in huishoudelijke verzorging en de overige functies. De overeenkomst en de salarisstrook zijn daarmee zowel bruikbaar in de richting van de gemeente voor de verantwoording van de kosten voor hulp bij het huishouden als in de richting van het zorgkantoor voor de verantwoording van de kosten voor de overige functies.

***Ziekte vóór overgang naar Wmo***

Als een zorgverlener ziek is geworden op het moment dat de budgethouder een PGB van het zorgkantoor ontvangt, dan verzorgt de SVB de loondoorbetaling tot het einde van de periode van 6 of 104 weken. De SVB doet dat ook als de budgethouder zelf inmiddels onder het regime van de Wmo is komen te vallen.

**College voor zorgverzekeringen**

*Plv. Voorzitter Raad van Bestuur*

*v. B*

M. van Brouwershaven MPA RA

## Bijlage 1 Gegevenstabellen

---

Tabel bij grafiek 1, Aantal budgethouders per half jaar per PGB-regeling

	<b>V&amp;V</b>	<b>VG</b>	<b>GGz</b>	<b>Nwe stijl</b>	<b>Totaal</b>
<b>30-jun-03</b>	36.014	12.219	3.745	4.539	56.517
<b>31-dec-03</b>	24.610	11.010	2.363	24.574	62.557
<b>30-jun-04</b>	14.622	8.630	598	41.165	65.015
<b>31-dec-04</b>	9.134	7.088	304	51.432	67.958
<b>30-jun-05</b>	4.593	5.133	70	67.228	77.024
<b>31-dec-05</b>	2.198	3.313	32	75.000	80.543
<b>30-jun-06</b>	0	0	0	86.618	86.618
<b>31-dec-06</b>	0	0	0	94.740	94.740
<b>30-jun-07</b>	0	0	0	75.983	75.204

---

Tabel bij grafiek 2, Aantal budgethouders per maand juli 2006 – juli 2007 (ultimo)

<b>jun-06</b>	86.618
<b>jul-06</b>	88.212
<b>aug-06</b>	89.644
<b>sep-06</b>	90.984
<b>okt-06</b>	92.563
<b>nov-06</b>	93.585
<b>dec-06</b>	94.740
<b>jan-07</b>	65.549
<b>feb-07</b>	68.132
<b>mrt-07</b>	69.781
<b>apr-07</b>	71.291
<b>mei-07</b>	73.311
<b>jun-07</b>	75.204

Tabel bij grafiek 3, Aantal budgethouders per PGB-regeling (ultimo)

	<b>V&amp;V</b>	<b>VG</b>	<b>GGz</b>	<b>Nwe stijl</b>	<b>Totaal</b>
<b>1998</b>	7.184	3.101	125	0	10.410
<b>1999</b>	9.408	3.641	120	0	13.169
<b>2000</b>	16.281	6.195	141	0	22.617
<b>2001</b>	26.753	9.164	608	0	36.525
<b>2002</b>	34.544	11.197	2.203	0	47.944
<b>2003</b>	24.610	11.010	2.363	24.574	62.557
<b>2004</b>	9.134	7.088	304	51.432	67.958
<b>2005</b>	2.198	3.313	32	75.000	80.543
<b>2006</b>	0	0	0	94.740	94.740

Tabel bij grafiek 4, Aantal klanten van het SVB Servicecentrum PGB (ultimo)

<b>jun-03</b>	257
<b>dec-03</b>	3.508
<b>jun-04</b>	7.011
<b>dec-04</b>	9.164
<b>jun-05</b>	11.728
<b>dec-05</b>	13.376
<b>jun-06</b>	16.496
<b>dec-06</b>	18.097
<b>jun-07</b>	19.090

#### Kosten PGB

<b>2000</b>	<b>Toegekend</b>	<b>Besteed</b>	<b>%</b>
<b>V&amp;V</b>	97,7	103,9	106,35
<b>VG</b>	73,3	56,5	77,08
<b>GGZ</b>	0,8	0,0	0,00
<b>Nieuwe stijl</b>	0,0	0,0	0,00
<b>Totaal</b>	171,8	160,4	93,36

<b>2001</b>	<b>Toegekend</b>	<b>Besteed</b>	<b>%</b>
<b>V&amp;V</b>	173,0	142,2	82,20
<b>VG</b>	132,1	104,5	79,11

<b>GGZ</b>	2,6	2,3	88,46
<b>Nieuwe stijl</b>	0,0	0,0	0,00
<b>Totaal</b>	307,7	249,0	80,92

<b>2002</b>	<b>Toegekend</b>	<b>Besteed</b>	<b>%</b>
<b>V&amp;V</b>	295,9	243,9	82,43
<b>VG</b>	189,3	156,3	82,57
<b>GGZ</b>	16,7	13,3	79,64
<b>Nieuwe stijl</b>	0,0	0,0	0,00
<b>Totaal</b>	501,9	413,5	82,39

<b>2003</b>	<b>Toegekend</b>	<b>Besteed</b>	<b>%</b>
<b>V&amp;V</b>	334,6	290,9	86,94
<b>VG</b>	227,7	191,8	84,23
<b>GGZ</b>	45,4	40,6	89,43
<b>Nieuwe stijl</b>	126,3	111,4	88,20
<b>Totaal</b>	734,0	634,7	86,47

<b>2004</b>	<b>Toegekend</b>	<b>Besteed</b>	<b>%</b>
<b>V&amp;V</b>	119,4	108,6	90,95
<b>VG</b>	175,8	153,0	87,03
<b>GGZ</b>	10,7	9,8	91,59
<b>Nieuwe stijl</b>	529,9	493,0	93,04
<b>Totaal</b>	835,8	764,4	91,46

<b>2005</b>	<b>Toegekend</b>	<b>Besteed</b>	<b>%</b>
<b>V&amp;V</b>	35,8	34,7	96,93
<b>VG</b>	104,5	102,4	97,99
<b>GGZ</b>	1,3	1,3	100,00
<b>Nieuwe stijl</b>	848,1	783,4	92,37
<b>Totaal</b>	989,7	921,8	93,14

<b>2006</b>	<b>Toegekend</b>	<b>Besteed</b>	<b>%</b>
<b>V&amp;V</b>	0,0	0,0	0,00
<b>VG</b>	0,0	0,0	0,00
<b>GGZ</b>	0,0	0,0	0,00
<b>Nieuwe stijl</b>	1.250,0	1.136,0	90,50
<b>Totaal</b>	1.250,0	1.136,0	90,50

**Bijlage 2****Overzicht afkortingen**

AB	Activerende begeleiding
AFBZ	Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten
Awb	Algemene wet bestuursrecht
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
AZR	AWBZ-brede zorgregistratie
BJ	Bureau Jeugdzorg
BJZ	Bureau Jeugdzorg
CG-raad	Chronisch zieken en Gehandicapten Raad Nederland
CIZ	Centrum Indicatiestelling Zorg
CVZ	College voor zorgverzekeringen
EB	Eigen bijdrage
HV	Huishoudelijke verzorging
LG	Lichamelijk gehandicapt
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
OB	Ondersteunende begeleiding
PG	Psychogeriatric
PGB	Persoonsgebonden budget
PV	Persoonlijke verzorging
PSY	Psychiatrie
SOM	Somatiek
SSP	SVB Servicecentrum PGB
SVB	Sociale verzekeringsbank
TV	Tijdelijk verblijf
VG	Verstandelijk gehandicapt
VNG	Vereniging Nederlandse Gemeenten
VP	Verpleging
VWS	Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Wmo	Wet maatschappelijke ondersteuning
ZG	Zintuiglijk gehandicapt
ZN	Zorgverzekeraars Nederland
zzp	zorgzwaartepakket