

Reactie internetconsultatie: Wijziging Regeling langdurige zorg in verband met pgb op maat
Datum: 29 oktober 2024
Contact: Aline Molenaar, a.molenaar@pgb.nl

Hierbij de reactie van Per Saldo, dé vereniging van mensen met een persoonsgebonden budget, op de voorgenomen aanpassing van de Regeling Langdurige Zorg (Rlz) om de hoogte van het persoonsgebonden budget af te stemmen op de hoogte van de individuele zorgbehoefte.

De aanpassing heeft tot gevolg dat een budgethouder met een zorgprofiel op basis van de Wet Langdurige Zorg (Wlz) niet langer het basisbudget ontvangt dat is vastgesteld voor dat profiel. In plaats daarvan stelt het zorgkantoor individueel een lager budget vast indien het zorgkantoor oordeelt dat er minder zorg nodig is.

Bezwaren van Per Saldo tegen dit voorstel

Pgb op maat geeft budgethouders minder flexibiliteit bij de zorginkoop en het is een verzwaring van de administratieve lasten, omdat de zorgvraag in een weekschema exact onderbouwd moet worden. Wanneer er meer zorg nodig blijkt te zijn, moet de toekenningsprocedure opnieuw worden doorlopen. Dat betekent onzekerheid en administratieve lasten, en het risico dat een budgethouder niet tijdig de benodigde zorg kan inkopen. Per Saldo is geen voorstander van deze aanpassing, en stelt voor de regeling in ieder geval zodanig aan te passen dat dit voor budgethouders te hanteren is.

De voorgestelde aanpassingen zijn:

- Budgethouders stellen een budgetplan op met het basisbedrag als uitgangspunt voor het profiel. Op basis van dit budgetplan kan het budget lager worden vastgesteld dan het basisbedrag of hoger indien het basisbedrag niet toereikend is.
- Voor een verlaging van het jaarbudget is de nadrukkelijke toestemming van de budgethouder nodig.
- Het jaarbedrag op basis van het budgetplan wordt met een marge van 10% verhoogd om kleine aanpassingen eenvoudig mogelijk te maken.
- Als het jaarbudget moet worden verhoogd voor aanpassingen die passen bij de zorgvraag zoals in het budgetplan is opgenomen, moet dit eenvoudig en snel aangepast kunnen worden.

De huidige situatie

Het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) beoordeelt of iemand in aanmerking komt voor zorg vanuit de Wlz. Als een verzekerde aan de voorwaarden voldoet wordt een Wlz-indicatie afgegeven. Het CIZ bepaalt ook welk zorgprofiel het beste de zorgvrager past op basis van zijn of haar aandoening of beperking (de grondslag). In het profiel is beschreven voor welke soorten zorg (verpleging, verzorging etc.) de zorgvrager Wlz-zorg nodig heeft.

Voor elk profiel is een basisbudget vastgesteld. Dit is in principe het budget dat nodig is om voldoende zorg van de zorgvrager in te kopen. Het basis jaarbedrag is opgenomen in bijlage H van de Rlz.

De wettelijke grondslag is artikel 3.3.3. lid 1 Wlz jo artikel 3.6.3 Blz: "Een persoonsgebonden budget bedraagt ten hoogste een bij ministeriële regeling te bepalen bedrag." In de toelichting bij dit artikel staat vermeld; "In dit artikel wordt deze hoofdlijn verder uitgewerkt door een grondslag te geven

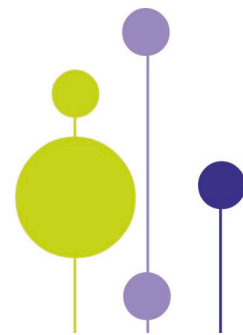
voor het vaststellen van maximum budgetten. Bij ministeriële regeling worden de tarieven genoemd per zorgprofiel of per zorgvorm, dus per module.” Deze maximum budgetten zijn gebaseerd op de (gemiddelde) kosten voor zorg in natura, dus dit is een goed uitgangspunt voor de hoogte van het pgb, waarbij het in individuele gevallen denkbaar is dat er een lager of een hoger budget nodig is. Het is echter niet reëel te veronderstellen dat het standaard mogelijk is om een lager pgb toe te kennen. Sinds 2020 worden de pgb-bedragen in de Wlz per zorgprofiel bepaald en zijn in de vorm van een basisbedrag opgenomen in Bijlage H. In de toelichting bij deze aanpassing staat: “Met deze bepaling wordt een definitie opgenomen van basisbedrag. Dit basisbedrag is beschikbaar voor de kosten van huishoudelijke hulp, persoonlijke verzorging, verpleging, logeeropvang, individuele begeleiding, begeleiding in groepsverband en vervoer. Binnen het basisbedrag kan de verzekerde naar behoefte schuiven tussen zorgvormen en ook kiezen voor een gewenste verhouding tussen persoonsgebonden budget (pgb) en modulair pakket thuis (mpt), en binnen het mpt voor meerdere aanbieders per zorgvorm.”

Het CIZ bepaalt dus welk profiel tot doelmatige zorg leidt, waar een pgb-budget als basisbedrag bij hoort. In de toelichting bij de invoering van het basisbedrag staat de bestedingsvrijheid met zoveel woorden. Dit houdt dus in dat als een budgethouder met het budget meer uren zorg in wil kopen door tegen een laag en voordelig tarief in te kopen, dat mag. Of spiegelbeeldig, minder uren als hij onvoordelig inkoop. En ook elk denkbare combinatie mag maken. Het zorgkantoor kan dus alleen sturen op de vraag of de zorg nog verantwoord is, maar niet op de besteding van het pgb. Budgethouders die een pgb aanvragen, dienen een budgetplan (lees globale begroting) in voor de zorg die zij nodig hebben. Het zorgkantoor oordeelt of de zorg doelmatig is en van goede kwaliteit. Dit wordt met de budgethouder besproken.

Wanneer zorgvragers denken minder zorg nodig te hebben dan in het jaarbedrag is opgenomen, leveren zij een budgetplan voor minder zorg. Als zij vervolgens in de praktijk meer zorg nodig blijken te hebben dan in het plan is aangegeven, kunnen zij de zorgovereenkomsten uitbreiden tot aan het jaarbedrag bij het profiel (zie bijlage H). Wanneer zij aan het einde van het jaar budget over hebben stort de SVB, die de budgetten beheert, dit terug aan het zorgkantoor.

Pilot Menzis

Menzis heeft in 2020 een pilot uitgevoerd waarbij het pgb jaarbedrag werd verlaagd onder de uitdrukkelijke voorwaarde dat partijen dit met elkaar eens waren. De verlaging werd toegekend op vrijwillige basis. Menzis hanteerde daarbij een marge van 10% bovenop het toegekende budget, zodat het zorgkantoor en de budgethouder bij kleine veranderingen in de zorgvraag niet een administratief proces door moeten. Deze marge maakt het voor de budgethouder mogelijk om tijdelijk extra zorg in te zetten, bijvoorbeeld wanneer de budgethouder bij ziekte extra zorg nodig heeft. In de pilot van Menzis is ook nadrukkelijk vastgelegd dat de budgethouder recht blijft houden op het totale budget op basis van het zorgprofiel. Het toegekende budget kan gedurende het jaar via een toekenningsbeschikking worden aangepast. Wanneer het jaarbudget onvoldoende was op passende zorg in te kopen, kon het jaarbudget ook hoger worden vastgesteld. Deze uitgangspunten worden als benoemd als belangrijke voor het slagen van de Pilot (zie “Evaluatie werkwijze Zorg op maat van Menzis, Onderzoek naar de consequenties van een nieuwe werkwijze met het pgb-Wlz”, door HHM in 2020).



Zorgkantoren al gestart met pgb op maat in 2024

In navolging van de pilot van Menzis zijn ook andere zorgkantoren de afgelopen jaren gestart om bij eerste toekenningen van een pgb een lager jaarbedrag toe te kennen. Daarnaast zijn er bij Per Saldo meldingen binnengekomen van budgethouders die al jaren een pgb hebben. Zij melden dat zij als zij een aanpassing willen doen, bijvoorbeeld een zorgovereenkomst willen wijzigen, zij een heel nieuw budgetplan moeten inleveren. Daarbij wordt hen ook gevraagd om een weekschema in te vullen, waarin zij moeten aangeven hoeveel uren en minuten zorg er per dag nodig is. Vervolgens maken zij mee dat een medewerker van het zorgkantoor met de rode pen zorgmomenten schrapt omdat deze niet nodig zijn of te lang duren, vaak zonder dat de betreffende budgethouder is bezocht. Het is onduidelijk op basis van welke criteria dit gebeurt, maar het lijkt erop dat er standaardlijstjes uit het verleden (zoals de CIZ-indicatiwijze uit de AWBZ) worden gehanteerd. Er is dus geen sprake van maatwerk en er is geen grondslag voor deze werkwijze. Wanneer budgethouders hiertegen in bezwaar gaan, wordt het jaarbudget vaak weer opgehoogd.

Zorg op maat in de Rlz

De Rlz wordt aangepast. Het basisbedrag is niet meer het standaardbedrag, maar het zorgkantoor stelt de hoogte van het pgb jaarbudget vast op basis van een gesprek met de budgethouder. Er wordt gesteld dat dit gebeurt in afstemming met de budgethouder. Dat is wat anders dan in overeenstemming met de budgethouder. Er wordt gesteld dat zorgkantoren de hoogte van het pgb afstemmen op de zorgbehoefte van de budgethouder. Het risico is dat daarmee de problematische werkwijze van het toekennen van een lager jaarbudget op basis van onbekende, niet navolgbare criteria wordt gelegitimeerd.

Per Saldo pleit voor de volgende aanpassingen:

1. Het zorgkantoor kan na overleg met de budgethouder het pgb jaarbudget vaststellen op basis van het budgetplan van de budgethouder. In de beschikking wordt ook aangegeven wat het basisbedrag is voor het betreffende profiel. Dit jaarbudget kan lager zijn dan het basisbudget als dat voldoende is, maar ook worden verhoogd als dat nodig is om voldoende zorg in te kunnen kopen.
2. Indien het Zorgkantoor een lager bedrag wil toekennen dan dat door de budgethouder is aangevraagd kan dit alleen als de budgethouder nadrukkelijk instemt met deze verlaging.
3. Bovenop het verlaagde jaarbudget wordt standaard een marge van 10% toegekend voor kleine wijzigingen in de zorgbehoefte. Het is niet juist om de bevoegdheid tot het toekennen van een marge volledig vrij te laten aan het zorgkantoor.
4. Verhoging van het jaarbudget moet eenvoudig en snel mogelijk zijn voor aanpassingen die de zorgvraag, zoals beschreven in het budgetplan, niet wezenlijk wijzigen. Bijvoorbeeld wanneer een informele zorgverlener uitvalt en daarvoor een formele zorgverlener wordt ingezet. Of wanneer er een mantelzorger overbelast is en er in zijn of haar plaats een zorgverlener ingezet wordt. Of wanneer een formele zorgverlener stopt en er een duurdere zorgverlener voor in de plaats komt. In die situaties moet de zorg doorlopen en dan is het ongewenst om de gehele procedure van beoordeling van een nieuw budgetplan opnieuw te volgen.

