Actal

De Staatssecretaris van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport
De heer drs. M.J. van Rijn
Postbus 20350
2509 EJ DEN HAAG

Datum
22 december 2014

Onderwerp
Verminderen regeldruk persoonsgebonden budget (pgb)

Uw kenmerk

Ons kenmerk
JtH/RvZ/MK/2014/126

Bijlage(n)
1

Geachte heer Van Rijn,

U heeft ons verzocht om de regeldruk rondom de aanvraag en verantwoording van het persoonsgebonden budget (pgb) te onderzoeken en u van advies te dienen over de mogelijkheden om te komen tot een vermindering van deze regeldruk. Aan uw verzoek geven wij graag gevolg.

Met ons advies reiken wij u een uit vier samenhangende mogelijkheden samengestelde route aan om de huidige regeldruk rondom het pgb te verminderen. Bij deze mogelijkheden is rekening gehouden met het effect op de risico's van fraude en oneigenlijk gebruik. Naar onze mening bieden zij een extra borging om fraude en oneigenlijk gebruik tegen te gaan. Tegelijkertijd nemen zij een aantal onnodige belemmeringen weg waardoor budgethouders optimaal invulling kunnen geven aan de aan hen met het pgb geboden ruimte om naar eigen inzicht in de zorgbehoefte te voorzien.

De aanleiding voor uw verzoek is gelegen in de motie van de Kamerleden Bergkamp en Otwin van Dijk.[1] De motie is bij de behandeling van de Wet langdurige zorg (Wlz) aanvaard. In de motie is overwogen dat de aanvraag en verantwoording erg complex en tijdrovend zijn. Tevens is overwogen dat fraude en oneigenlijk gebruik moeten worden voorkomen. Maar dat mag volgens de motie weer niet tot een ontmoedigingsbeleid leiden.

Ter uitvoering van uw verzoek hebben wij onderzoek verricht. Hierin hebben wij vanuit het oogpunt van de verzekerde/ingezetene gekeken naar mogelijkheden om de regeldruk te verminderen en onnodige belemmeringen weg te nemen. Daar waar er tevens effecten voor uitvoerders en zorgaanbieders (kunnen) optreden, brengen wij die eveneens in deze brief in beeld. Bovendien identificeren wij gevolgen voor de regeldruk die in de diverse toelichtingen tot nu toe onbelicht zijn gebleven.

[1] Kamerstukken TK nr. 33891, nr. 105.

Contact
Wijnhaven 26
2511 GA Den Haag
Postbus 16228
2500 BE Den Haag
T (070) 310 86 66
F (070) 310 86 79
www.actal.nl
info@actal.nl

Toetsingskader

Bij de beoordeling van de gevolgen voor de regeldruk en de mogelijkheden om tot minder regeldruk te komen hebben wij het volgende toetsingskader gehanteerd:

1. Nuloptie: is er een taak voor de overheid en is regelgeving het meest aangewezen instrument?
2. Is de regeldruk proportioneel ten opzichte van het beleidsdoel? Zijn er minder belastende alternatieven mogelijk?
3. Is gekozen voor een passende uitvoeringswijze met het oog op de dienstverlening?

Gelet op aard en inhoud van de motie richt ons onderzoek zich met name op de vragen 2 en 3.

Reductiemogelijkheden

Introduceer in de aanvraagprocedure van het Wlz- en Zvw-pgb het "keukentafelgesprek"

De motie van Bergkamp en Otwin van Dijk richt zich op het pgb in de Wlz. Naast dit pgb zijn er ook pgb's vanuit de WMO, de Jeugdwet en de Zorgverzekeringswet (Zvw). De aanvraagprocedure voor het pgb bij gemeenten (voor WMO en Jeugdwet) verschilt van die bij het zorgkantoor (Wlz) respectievelijk de zorgverzekeraar (Zvw).[2]

De aanvraagprocedure bij de gemeenten ziet er in grote lijnen als volgt uit. Als eerste stap in het aanvraagproces meldt de ingezetene zich bij de gemeente. Deze melding is vormvrij en formeel nog geen aanvraag. In het daaropvolgend "keukentafelgesprek" worden samen met hem (en zijn vertegenwoordiger) zorgbehoefte en mogelijkheden besproken, waaronder die van zijn sociaal netwerk en die van het pgb als in te zetten instrument. Het verslag van het gesprek dient vervolgens als aanvraag van het pgb. Kenmerkend voor deze procedure is dat ingezetenen niet eerst allerlei schriftelijke documenten moeten leveren, maar dat samen met hen de mogelijkheden worden verkend, die vervolgens door de gemeente in een verslag worden vastgelegd. Het keukentafelgesprek voorkomt dat veel tijd in aanvragen wordt gestoken die uiteindelijk toch niet gehonoreerd worden. De procedure is in principe laagdrempelig en kan worden verricht zonder veel formaliteiten.

Vanuit het perspectief van de burger zou men verwachten dat deze zelfde procedure eveneens van toepassing is op aanvragen voor een pgb in het kader van de Wlz en de Zvw. Dat is echter niet het geval. Wij adviseren deze werkwijze van het zogeheten keukentafelgesprek ook in de Wlz en onder de Zvw (voor de zorgverzekeraars) te introduceren, bij voorkeur in één en hetzelfde keukentafelgesprek. De nieuwe Wlz-regeling kent thans een voor de aanvrager belastende aanpak: de verzekerde moet volgens de AMvB een aantal schriftelijke documenten (aanvraag, persoonlijk plan en budgetplan) aanleveren, en vervolgens zijn aanvraag (als dat nodig wordt geacht) mondeling toelichten. Onzeker is nog wat de zorgverzekeraars gaan doen. Introductie van het keukentafelgesprek betekent weliswaar voor de uitvoerders een wijziging in de werkprocessen, maar het biedt hen ook voordeel. Het heen en weer sturen van stukken,

[2] Wij onderkennen dat de invoering van dit laatste pgb per 1 januari 2015 onzeker is geworden, nu het wetsvoorstel Verbod op verticale integratie door de Eerste Kamer is verworpen. Desalniettemin achten wij het opportuun om toch advies over dit pgb uit te brengen, aangezien het mogelijk op een andere wijze zal worden geïntroduceerd.

omdat deze niet juist of onvolledig zijn, kan met het gesprek worden voorkomen en aldus voor de uitvoerders tijdwinst opleveren. Introductie van het keukentafelgesprek brengt de regeldruk voor verzekerden bij de aanvraagprocedure voor de Wlz (en Zvw), in het rapport becijferd op circa € 1.750.000,- aanzienlijk terug.

Wij adviseren u het keukentafelgesprek eveneens in de aanvraagprocedure van het wlz-pgb en het Zvw-pgb te introduceren en in de regelgeving te verankeren dat het verslag van het gesprek als aanvraag van het pgb kan dienen.

Keukentafelgesprek maakt meervoudige aanvraag makkelijk en biedt mogelijkheid tot integrale probleemaanpak

Het introduceren van een keukentafelgesprek in de aanvraagprocedures van het wlz-pgb en het Zvw-pgb biedt de mogelijkheid om dit gesprek met de gemeente en zorgverzekeraar (of andere uitvoerende instantie) gezamenlijk te voeren. In dit gesprek kan dan de integrale zorgbehoefte aan de orde komen. Dat levert minder regeldruk op in de situatie dat er twee pgb's nodig zijn, bijvoorbeeld één van de gemeente (WMO) en één van de zorgverzekeraar (Zvw). Om deze meervoudige aanvragen makkelijker te maken is daarom ook de introductie van het keukentafelgesprek in alle pgb-regelingen aangewezen. Het verslag van het "gezamenlijke" gesprek kan als aanvraag voor alle van toepassing zijnde pgb-regelingen dienen. Verder voorkomt deze gelijkschakeling van procedures dat in de voorbereiding van een aanvraag een zoektocht naar de juiste uitvoerder moet plaatsvinden. Het verkleint ook het risico dat de aanvrager van het kastje naar de muur wordt gestuurd.

Tegelijkertijd maakt het keukentafelgesprek het mogelijk om gezinsproblematiek op een effectieve wijze te bespreken en desgewenst te vertalen naar de juiste pgb-aanvragen bij de juiste instanties. Daarvoor is dan wel nodig dat de instantie waar de eerste melding wordt gedaan, verplicht is om – zo nodig - andere pgb-uitvoerders in het gesprek te betrekken. In alle betrokken wetten moet daarom worden vastgelegd dat het verslag van het gesprek als aanvraag kan dienen.

Wij adviseren aan alle bij een pgb betrokken uitvoerende instanties de verplichting op te leggen om andere – bevoegde - uitvoerende instanties voor een keukentafelgesprek uit te nodigen om meervoudige aanvragen te voorkomen en een effectieve bespreking van gezinsproblematiek mogelijk te maken.

Wij merken tenslotte op dat het gesprek de mogelijkheid biedt om de geschiktheid van het pgb voor de aanvrager te toetsen, evenals de overige voorwaarden die voor het pgb gelden.
De introductie van het – minder formele - keukentafelgesprek hoeft dus geen afbreuk te doen aan de controle op de "soliditeit" van het pgb. Het levert juist een extra borging op om fraude en oneigenlijk gebruik te voorkomen.

Actal

Beperk de uitvoerende rol van de verzekerden/ingezetenen in de aanvraagprocedure

Het trekkingsrecht bij de SVB is niet uitsluitend geïntroduceerd om misbruik en oneigenlijk gebruik terug te dringen. Het is ook bedoeld om de administratieve lasten van de verzekerde/ingezetene/budgethouder te verminderen.[3] De SVB gaat een deel van diens administratie verzorgen, namelijk de administratie van de betalingen en het beheer van het budget. Om de regeldruk voor verzekerden verder te verminderen kan ook het feitelijk contracteren van die zorgaanbieders die door de verzekerde worden gekozen, worden opgedragen aan het zorgkantoor, de SVB, de zorgverzekeraar en/of de gemeente. Na afronding van de contractfase beschikt de uitvoerder (door zijn betrokkenheid) dan per direct over het contract. Toezending ervan door de verzekerde/ingezetene is daarmee overbodig geworden, evenals zijn bewaarplicht met betrekking tot die contracten. Met deze wijziging is bovendien (extra) geborgd dat het contract aan alle vereisten voldoet (rechtmatigheid en voorkomen van fraude). Het voorkomt ook dat contracten telkens heen en weer worden gezonden, omdat deze nog niet aan alle formele vereisten voldoen. Dat levert in het proces van contractering tijdwinst op. De budgethouder op zijn beurt heeft optimaal de ruimte om zijn aandacht te richten op een juiste keuze van de zorgaanbieder en de inrichting van zijn zorg. Overigens kan er ook voor worden gekozen om slechts de mogelijkheid hiertoe aan de verzekerde/ingezetene te bieden en de contractering door de uitvoerder niet voor te schrijven.

Wij adviseren u de uitvoerende rol van de verzekerde/ingezetenen bij de aanvraag te beperken door het feitelijk afsluiten van contracten namens de verzekerde op te dragen aan de uitvoerder (SVB, zorgkantoor, zorgverzekeraar en/of gemeente), dan wel de verzekerde de keuzemogelijkheid te bieden tussen zelf doen of een beroep doen op de uitvoerende instantie.

Beperk de uitvoerende rol bij de verantwoording tot het accorderen van betalingen.

Hiervoor is al aangegeven dat de introductie van het trekkingsrecht de uitvoerende werkzaamheden van de verzekerde/budgethouder bij het pgb beperkt. Zijn uitvoerende rol bij de verantwoording is verder terug te brengen door de zorgaanbieders rechtstreeks bij de SVB (of gemeente/zorgverzekeraar) te laten factureren en/of declareren. De uitvoerende rol van de budgethouder kan zich dan beperken tot het fiatteren van de betaling (via bijvoorbeeld "Mijn PGB", de e-mail of per post). De plicht van de verzekerde/budgethouder om de facturen en declaraties te bewaren kan hierdoor komen te vervallen. De resterende regeldruk bij het factureren en declareren (door Sira becijferd op € 3.750.000,-) komt met deze wijziging vrijwel volledig te vervallen. De wijziging in de aanleverroute heeft tevens tot gevolg dat vertragingen in de betaling als gevolg van slordigheden en onjuistheden bij inbreng van facturen en declaraties door de budgethouder in "mijn PGB" wordt uitgesloten. Daarmee is snellere betaling aan de zorgaanbieders mogelijk.

Wij adviseren om een rechtstreekse toezending van facturen en declaraties aan de uitvoerder mogelijk te maken en de rol van de verzekerde bij de verantwoording van het pgb te beperken tot het (periodiek) accorderen van deze facturen en declaraties.

[3] Zie o.a. blz. 49 MvT bij de Wlz.

Maak van het bruto-pgb weer een netto-pgb

Met de wijziging per 1 januari 2015 van het netto-pgb in een bruto-pgb zijn de administratieve lasten voor de verzekerde/budgethouder toegenomen. Tot 1 januari 2015 werd deze eigen bijdrage automatisch in mindering gebracht op het (naar de budgethouder) over te maken budget. Onder de Wlz zijn budget en eigen bijdrage gescheiden processen en krijgt de budgethouder elke maand een factuur van het CAK en onder de WMO elke vier weken. Dat betekent dat de budgethouder afzonderlijke betalingshandelingen voor de eigen bijdrage moet uitvoeren (overschrijving, incasso en/of machtiging) en kennisnemingskosten (brieven/facturen CAK) moet maken. Met een bruto-pgb hebben pgb-verzekerden dezelfde administratieve last als zij die voor naturaverstrekkingen in aanmerking komen. Dit betekent echter wel dat die last voor pgb-verzekerden is toegenomen. Er is naar onze mening veel voor te zeggen om van het pgb weer een netto-budget te maken, omdat daarmee de regeldruk in de zorg afneemt. Daarbij komt nog dat bij een netto-pgb de betaling en afdracht van de eigen bijdrage "zeker" is, omdat die van het pgb wordt afgetrokken. Oneigenlijk gebruik van dit deel van de gelden is daarmee uitgesloten. Mocht een netto-pgb om andere redenen desalniettemin niet gewenst zijn, dan is het aangewezen om tot één verzamelfactuur van het CAK te komen (voor de som van de eigen bijdragen).[4]

Wij adviseren u de eigen bijdrage in mindering te brengen op het pgb, zodat het pgb weer een netto-pgb wordt.

Mocht een netto-pgb niet gewenst zijn, dan adviseren wij u om tot een verzamelfactuur voor de eigen bijdragen te komen.

Voldoende invoeringstijd voor wijziging van de regeling

Wij zijn ons er van bewust dat invoering van onze adviezen opnieuw een wijziging van de regelingen rondom het pgb betekent. Kort elkaar opvolgende wijzigingen kunnen tot extra regeldruk aanleiding geven. Dat moet worden voorkomen. De Vaste verandermomenten-systematiek bouwt mede voort op dit uitgangspunt. Daarom is het naar onze mening gewenst onze adviezen niet al in de loop van het kalenderjaar 2015 in te voeren. Er moet een voldoende ruime termijn zijn voor budgethouders, zorgaanbieders en uitvoerende instanties om de wijziging voor te bereiden en te implementeren. Bovendien vereist de aard van sommige wijzigingen, zoals die van de omzetting van het bruto-pgb in een netto-pgb, dat deze enkel per de eerste van een kalenderjaar worden ingevoerd. Daarom is naar onze mening een invoering van onze adviezen per 1 januari 2016 aangewezen.

Wij adviseren u de door ons voorgestelde wijzigingen eerst per 1 januari 2016 in te voeren, zodat uitvoerenden, zorgaanbieders en budgethouders voldoende voorbereidingstijd hebben.

[4] Zie voor de negatieve effecten van verschillende betaalmomenten ook het Actal-advies inzake de regeldruk als gevolg van inkomenskoppelingen van 2 september 2014, gepubliceerd op www.actal.nl

Beeld van de regeldruk voor budgethouders en zorgaanbieders behoeft aanvulling en completering

Tenslotte besteden wij in deze brief nog aandacht aan de effecten voor de regeldruk als gevolg van de wijzigingen die per 1 januari 2015 worden ingevoerd. Met uw brief van 11 april 2014[5] heeft u beide Kamers van de Staten Generaal over de gevolgen voor de regeldruk geïnformeerd. De bij die brief gevoegde rapportage en het cijfermateriaal dat aan die rapportage ten grondslag ligt, brengen de effecten in beeld van twee wijzigingen, namelijk:

- de wijziging in de aanvraagprocedure en de verzwaring van de eisen bij de aanvraag van het pgb voor de Wlz en WMO;
- het instellen van een trekkingsrecht van verzekerden/ingezetenen/budgethouders bij de SVB voor Wlz en WMO.

Wij constateren dat het geboden overzicht van de gevolgen voor de regeldruk niet volledig is en aanvulling behoeft. In de bijlage treft u een overzicht aan van de effecten die in de beschrijving en berekening worden gemist.

Wij adviseren u om de in de bijlage beschreven effecten voor de regeldruk van een berekening te voorzien.

Tenslotte

Onze aanbevelingen bieden de mogelijkheid om de regeldruk voor verzekerden bij aanvraag en verantwoording verder terug te brengen. Zij zijn erop gericht voor verzekerden, ingezetenen c.q. budgethouders onnodige belemmeringen weg te nemen, waardoor dezen zich volledig kunnen concentreren op hun regierol bij het pgb: de keuze van de zorgaanbieder die het beste kan voorzien in hun zorgbehoefte. Het is wel nodig uitvoerenden en budgethouders voldoende voorbereidingstijd te geven om de wijzigingen door en in te voeren, opdat in dit opzicht onnodige regeldruk wordt voorkomen. Vanzelfsprekend zijn wij bereid u verder te adviseren over de regelluwe invulling van onze advies.

Wij vertrouwen er op u hiermee van dienst te zijn geweest.

Hoogachtend,

J. ten Hoopen
Voorzitter

R.W. van Zijp
Secretaris

[5] Brief Staatssecretaris VWS aan de Tweede Kamer van 11 april 2014, kenmerk 360447-1196676-DMO

Bijlage: verminderen regeldruk persoonsgebonden budget (pgb)

Beschrijving van de effecten voor de regeldruk die in de toeleichting op de wetten wordt gemist.

- Bij de berekening van de effecten is uitgegaan van het gebruik van de digitale omgeving "Mijn PGB", waarbij de budgethouder met DigiD moet inloggen. Met behulp van "Mijn PGB" stelt hij de SVB in kennis van de ontvangen facturen en declaraties, dit met het oog op de betaling aan de zorgaanbieder. Er is echter een groep verzekerden die om hen moverende redenen geen gebruik kan c.q. wil maken van "Mijn PGB". Die moeten vanaf 1 januari 2015 per post of per e-mail de SVB van de facturen en declaraties in kennis stellen. Hoe dat moet gebeuren is op dit moment nog niet duidelijk. Al wel is duidelijk dat deze wijze van melden een zwaardere administratieve last voor de groep gaat betekenen, zeker als wordt bedacht dat zij op dit moment in het geheel geen melding hoeven te doen.

- De introductie van het trekkingsrecht bij de SVB voor Wlz, Jeugdwet en WMO en de verplichte toezending van declaraties aan de zorgverzekeraar voor de Zvw betekenen voor de budgethouders (verzekerden en ingezetenen) een extra handeling, namelijk dat zij alle lopende incasso's en machtigingen tot automatische betaling moeten intrekken.

- Per 1 januari 2015 vindt rechtstreekse inning van de eigen bijdrage bij de budgethouder plaats. Het – huidige - netto pgb wordt daarmee een bruto-pgb. Tot 1 januari 2015 werd de eigen bijdrage in mindering gebracht op het over te maken (netto)budget. Onder de Wlz ontvangt de budgethouder in het vervolg maandelijks een factuur van het CAK en onder de WMO eens per vier weken. Dat betekent dat er voor de budgethouder administratief ongemak optreedt, omdat hij in het vervolg extra handelingen moet verrichten: kennisnemingskosten vanwege het feit dat hij brieven en facturen CAK van het CAK gaat ontvangen, en betalingshandelingen voor de eigen bijdrage (overschrijving, incasso en/of machtiging).

- Er is in het overzicht van de effecten geen rekening gehouden met het effect van de versnippering van de pgb-regeling over vier wetten, in plaats van de huidige twee wetten: Wlz, WMO, Jeugdwet en Zvw . Hierdoor treedt er eerder en vaker samenloop van pgb's op. Meer dan tot nu toe het geval krijgen verzekerden/ingezetenen hierdoor met meerdere aanvragen en instanties te maken, die elk hun eigen pgb-regiem kennen. Als voorbeeld van deze verschillen kan worden genoemd het (vooralsnog) ontbreken van een trekkingsrecht bij de SVB voor de Zvw, terwijl die bij de Wlz, Jeugdwet en WMO wel aanwezig is. Verschillen zijn er ook in de aanvraagprocedure (wel of niet keukentafelgesprek) en de verantwoordingseisen. Zo kan het voorkomen dat hij op verschillende wijze moet aantonen dat hij "pgb-geschikt" is. Het effect van deze versnippering is niet in de beschrijving en berekeningen meegenomen.

- Er zijn in de afgelopen jaren dienstverleningsconcepten ontwikkeld, waarmee bedrijven en zorgorganisaties de zorgcontractering en het budgetbeheer de verzekerde/ ingezetene uit handen nemen. Zij beschikken vaak over een keurmerk om te laten zien dat zij een bonafide bureau zijn. Zij moeten door de wijzigingen in de regelgeving rondom het pgb, in het bijzonder de invoering van het trekkingsrecht bij de SVB, hun dienstverleningsconcepten (en verdienmodellen) aanpassen en daarvoor kosten maken. Ook deze – eenmalige – aanpassingskosten, in de vorm van afbouwkosten, zijn niet in de berekeningen betrokken.

- Er is een stappenprocedure ontwikkeld voor de overgang van de oude naar de nieuwe situatie. De huidige budgethouders moeten via deze procedure alle bestaande zorgovereenkomsten en zorgbeschrijvingen aan het zorgkantoor en/of SVB aanleveren. Deze moeten overigens wel aan de nieuwe inhoudelijke eisen (gaan) voldoen. Zij behoeven goedkeuring van SVB en zorgkantoor. Zonder goedkeuring kan geen betaling (meer) volgen. De eenmalige regeldruk als gevolg van de stappenprocedure is niet in beeld gebracht.

- Voor zorgovereenkomsten gaan specifieke en gedetailleerde eisen ten aanzien van de inhoud gelden (o.a. verplichte bepalingen in de contracten over de wijze van verantwoording en facturering, de inschrijving in registers). Dit betekent – zoals gezegd - dat de bestaande contracten aanpassing behoeven. Dit levert eenmalige regeldruk voor zorgaanbieders en verzekerden/ingezetenen op. Voor de nieuwe contracten betekenen de zwaardere eisen een structurele toename van de regeldruk voor aanbieders en verzekerden/ingezetenen.