
UIT DEN LANDE

Het persoonsgebondenbudget nieuwe stijl

Karin Klein is sociaal psychiatrisch verpleegkundige en werkzaam bij het KIT = Kortdurende Intensieve Thuiszorg van GGZ Buitenamstel in Amsterdam

Inleiding

Sinds 2000 ben ik werkzaam in de ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) als psychiatrisch verpleegkundige. In die hoedanigheid kreeg ik voor het eerst te maken met het persoonsgebonden budget (PGB). Dit was toen een cliënte aan mij vroeg of ik haar PGB begeleider wilde worden. Aangezien er op dat moment nog veel onduidelijkheden waren over het PGB heb ik toentertijd geweigerd. Wel ben ik de ontwikkelingen omtrent de PGB meer gaan volgen omdat ik van mening ben dat een verpleegkundige, zoals bij voorbeeld een Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige (SPV) de belangen moet kunnen behartigen van een cliënt. Hierdoor kreeg ik meer kennis van het PGB en de regeling die hieraan ten grondslag ligt. Per 1 april 2003 is deze regeling gewijzigd in het PGB nieuwe stijl. **Door middel van dit artikel wil ik onderzoeken wat het PGB nieuwe stijl inhoudt en welke bijdrage een SPV kan leveren.** Dit artikel schrijf ik voor de SPV, en voor andere belangstellenden in de GGZ, aangezien het PGB in andere zorgsectoren al meer bekendheid geniet. Hierbij benader ik het PGB vanuit het gezichtspunt van de cliënt in de GGZ. Waar in dit artikel wordt verwezen naar een vrouw als SPV kan dit uiteraard ook als man worden gelezen. Waar in dit artikel cliënt staat bedoel ik zowel man als vrouw.

Om de centrale vraagstelling te beantwoorden beschrijf ik eerst wat het PGB volgens de oude regeling inhoudt en welke ervaringen hiermee zijn opgedaan. Vervolgens beschrijf ik het PGB nieuwe stijl en ga ik in op de veranderingen voor de cliënt. De bijdrage die een SPV kan leveren aan het PGB nieuwe stijl komt hierna aan de orde. Tot slot volgt de samenvatting en de conclusie.

Wat is een persoonsgebonden budget (PGB)?

Het PGB is een geldbedrag (budget) waarmee de cliënt zelf gekozen hulpverleners kan inhuren voor bepaalde onderdelen van de zorg. Een bredere definitie is: "het PGB is bedoeld om burgers een keus te bieden om zelf hulp te organiseren op eigen voorwaarden" (Glans, 2001). Het PGB is onderdeel van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Als iemand recht heeft op AWBZ zorg, dan heeft hij de keuzevrijheid om deze zorg in natura te ontvangen of door middel van een PGB. Bij zorg in natura doet een cliënt een beroep op de reguliere hulpverleningsinstanties. Met een PGB kan een cliënt naast de reguliere hulpverleningsinstanties ook andere hulpverleners inschakelen, zoals een familielid of de buurvrouw. Op deze manier krijgt een cliënt meer zeggenschap over de invulling van de zorg. De enige uitzondering in de zorgaanvraag is behandeling, wat niet valt onder de PGB regeling.

De behoefte aan een PGB ontstond in de jaren zeventig bij ouders van verstandelijk en/of lichamelijk gehandicapte kinderen die thuis werden verzorgd en bij veelal jonge mensen met een lichamelijke handicap die zelfstandig thuis woonden. Zij waren ontevreden over de reguliere hulpverlening. Deze onvrede betrof vooral de lange wachtlijsten, de beperkte zorg buiten kantooruren en de steeds wisselende hulpverleners. Daarom werden door de overheid alternatieven bedacht voor de reguliere hulpverlening waarbij het recht op autonomie en de wens tot zelfbeschikking een belangrijke plaats innam onder het motto "zelf doen". Toch duurde het nog tot begin jaren negentig voordat het PGB zijn intrede deed in de zorg. Hiervoor werden eerst verschillende experimenten uitgevoerd met het PGB in de thuiszorg en de verstandelijk gehandicaptenzorg waarbij goede resultaten werden behaald. Dit resulteerde in 1995 in de invoering van een landelijke PGB regeling als onderdeel van de AWBZ door de overheid. Vervolgens werd deze landelijke PGB regeling per zorgsector uitgewerkt en ingevoerd (Glans, 2001). Dit resulteerde op 1 januari 2001 in de invoering van een PGB regeling voor de GGZ.

De PGB-GGZ regeling

De PGB-GGZ regeling is bedoeld voor een cliënt met langdurige psychiatrische klachten die zelfstandig thuis woont en langer dan drie maanden begeleiding nodig heeft. Deze cliënt kan een PGB-GGZ aanvragen. Met de PGB-GGZ kan de cliënt begeleiding inkopen. Deze begeleiding moet erop gericht zijn de zelfstandigheid van een cliënt te vergroten of in stand te houden. Begeleiding kan derhalve aangevraagd worden voor bijvoorbeeld het

verbeteren van sociale contacten, de huishouding, de financiële administratie, emotionele ondersteuning en/of dagbesteding. Een cliënt heeft voor de begeleiding de keuze tussen een zelf gekozen hulpverlener, bijvoorbeeld een buurvrouw en een hulpverlener uit een GGZ instelling voor de begeleiding in de thuissituatie (GGZ Nederland, 2001).

Als een cliënt gebruik wil maken van een PGB moet hij zelf een aanvraag voor een PGB bij een zorgkantoor indienen. Het zorgkantoor stuurt de aanvraag vervolgens door naar een indicatiecommissie. Deze indicatiecommissie beoordeelt of een cliënt in aanmerking komt voor begeleiding. Indien dit het geval is bekijkt ze samen met de cliënt welke begeleiding gewenst is voor hoeveel uren. Hierbij wordt vaak een huisbezoek bij de cliënt afgelegd om de indicatiestelling te kunnen doen. Vervolgens stuurt de indicatiecommissie het indicatieadvies terug naar het zorgkantoor. Het zorgkantoor beslist of de cliënt voor een PGB in aanmerking komt en wat de hoogte van het budget wordt (Keuzevrijheid in persoonlijke begeleiding, 2001).

Als een cliënt een PGB toegewezen krijgt, dan mag hij zelf een of meerdere begeleiders kiezen die hem op zijn voorwaarden willen ondersteunen. Ook de verdere invulling van de begeleiding wordt vorm gegeven door de cliënt in overleg met de gekozen begeleiders. De cliënt moet een schriftelijk contract afsluiten met de begeleider waardoor de cliënt formeel werkgever wordt van de begeleider. Daarnaast moet de cliënt als budgethouder de financiële administratie bijhouden. Deze administratie moet hij periodiek aan het zorgkantoor, dat goedkeuring heeft

gegeven voor het PGB, overleggen. De uitbetaling van de begeleiders vindt plaats door de Sociale Verzekeringsbank (SVZ) in opdracht van de cliënt. Zelf krijgt hij maar een klein deel van het budget (forfaitair bedrag) op zijn rekening gestort waarmee hij uitgaven voor het vinden van geschikte begeleiding kan betalen. Indien gewenst kan de cliënt hierbij hulp krijgen van het steunpunt PGB in de GGZ, onafhankelijke PGB consultants en medewerkers van de stichting Per Saldo die in 1995 is opgericht voor en door budgethouders (Per Saldo, 2002).

Ervaringen

Sinds de invoering in 2001 zijn de ervaringen van de cliënt met het PGB-GGZ over het algemeen positief. De cliënt waardeert vooral de keuzevrijheid om zelf zijn zorg te regelen. Daarnaast blijkt dat het PGB de zelfstandigheid en het dagelijks functioneren van de cliënt bevordert. Het lukt de meeste cliënten om de gewenste begeleiding te vinden en ook over de begeleiding zelf zijn de meeste cliënten tevreden. De cliënt koopt ongeveer 40% van de begeleiding bij een erkende GGZ-instelling (Evaluatie experiment PGB in de GGZ, 2001).

De negatieve ervaringen van de cliënt hebben vaak te maken met de complexe en onduidelijke regelgeving van het PGB en de vaak trage uitvoering van de procedures. Hierdoor moesten begeleiders vaak lang op hun uitbetaling door de SVB wachten. Ook beschouwen de meeste cliënten het maximaal toe te kennen budget (per persoon) en één standaardtarief voor alle mogelijke vormen van begeleiding, als beperkend.

De cliënt kan hierdoor maximaal vier uur begeleiding per week inkopen. Hij beschouwt dit niet als zorg op maat of vraaggestuurde zorg (Evaluatie

experiment PGB in de GGZ, 2001). Daarnaast is het begrip begeleiding vaag omschreven waardoor het voor de cliënt niet altijd duidelijk is waar de grens ligt tussen begeleiding en behandeling. Het gebrek aan goede voorlichting (www.OpKopZorg.nl, 2002) beschouwen alle betrokken partijen als negatief.

Wat is het PGB nieuwe stijl?

Sinds de invoering in 1995 zijn veel verschillen geconstateerd tussen de specifieke PGB regelingen per zorgsector. Ook bleken er per regio verschillen te bestaan in de toekenning van budgetten aan cliënten. Dit resulteerde in veel verzoeken tot aanpassing van de PGB regeling. Daarom is de overheid de regeling gaan aanpassen tot het PGB nieuwe stijl.

Het PGB nieuwe stijl is een voortzetting van de bestaande PGB regeling, waarbij verschillende onderdelen zijn aangepast. De regeling is ingegaan op 1 april 2003 en de belangrijkste aanpassingen zijn:

- Eén PGB regeling voor alle zorgsectoren, in plaats van per sector een specifieke PGB regeling.
- Eén Regionaal Indicatie Orgaan (RIO), in plaats van meerdere indicatiecommissies.
- De samenvoeging van tientallen specifieke AWBZ producten tot zeven specifieke zorgfuncties.
- De uitbreiding van de keuze van zorgmogelijkheden voor cliënten in de GGZ in plaats van alleen de keuzemogelijkheid van begeleiding.
- De uitbetaling van begeleiders door cliënten zelf in plaats van uitbetaling door de Sociale Verzekeringsbank (SVB).
- Het inkorten van de termijn waarna cliënten recht hebben op een PGB tot een week in plaats van drie maanden.

De bovenstaande aanpassingen hebben vooral geleid tot veranderingen in de uitvoeringsregelingen. Deze regelingen zijn terug te vinden in de handleiding die door het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) is opgesteld over het PGB. Het CVZ coördineert en financiert de uitvoering van de Ziekenfondswet en de AWBZ.

Omdat er in de PGB nieuwe stijl nog maar één PGB regeling is voor alle sectoren, zijn verschillende indicatiecommissies samengevoegd tot een centraal orgaan, namelijk het Regionaal Indicatieorgaan (RIO). Het RIO is een onafhankelijke organisatie die de specifieke zorgbehoefte van iedere cliënt vast stelt. Deze zorgbehoefte wordt gecategoriseerd in zeven zorgfuncties en vormt een onderdeel van het indicatiebesluit.

Het indicatiebesluit bestaat in totaal uit drie onderdelen:

- A. De zorgfunctie(s) waarvoor een cliënt wordt geïndiceerd.
- B. De geïndiceerde functie onderverdeeld in klassen.
- C. De duur van de indicatie.

Ad A: De zorgfunctie(s) waarvoor een cliënt wordt geïndiceerd

De AWBZ zorg bestaat uit zeven zorgfuncties:

1. huishoudelijke verzorging;
2. persoonlijke verzorging;
3. verpleging;
4. ondersteunende begeleiding;
5. activerende begeleiding;
6. verblijf;
7. behandeling.

Voor de eerste vijf functies kan direct een PGB worden aangevraagd. Voor de functie verblijf is de mogelijkheid tot aanvraag van een PGB afhankelijk van de duur van het verblijf voor

behandeling. Zij kan worden gesplitst in tijdelijk en permanent verblijf. Onder tijdelijk verblijf wordt een verblijf van maximaal 2 dagen per week verstaan, ook wel de loeerfunctie genoemd. Hiervoor kan *wel* een PGB worden aangevraagd. Onder permanent verblijf wordt een verblijf langer dan 2 dagen per week verstaan en hiervoor kan *geen* PGB worden aangevraagd. Voor de functie behandeling kan *geen* PGB worden aangevraagd.

Voor cliënten in de GGZ betekent deze indeling een uitbreiding van de zorgfuncties in plaats van alleen begeleiding. De cliënt kan nu een indicatie voor tijdelijk verblijf aanvragen, waarbij hij het PGB bij wijze van spreken kan gebruiken voor een verblijf in een hotel als daar zijn behoeften naar uitgaan. Verder wordt er nu onderscheid gemaakt tussen ondersteunende en activerende begeleiding. Per zorgfunctie kan een cliënt kiezen tussen zorg in natura of voor een PGB. Hij kan bijvoorbeeld kiezen voor zorg in natura voor de functie huishoudelijke verzorging en voor een PGB voor activerende begeleiding (Persoongebonden budget: zegen of struikelblok, 2003). Hierbij geldt wel de restrictie dat de cliënt per functie alleen zorg in natura of alleen een PGB kan kiezen.

Ad B: De geïndiceerde functie onderverdeeld in klassen

Een klasse heeft betrekking op het aantal geïndiceerde uren zorg per week, bijvoorbeeld een aantal uren of een dagdeel. De indeling in klassen heeft te maken met de tarieven die een cliënt ontvangt om zijn PGB begeleiders te kunnen betalen. Per functie en per klasse geldt nu een specifieke tariefstelling, in plaats van één standaardtarief. Het tarief om iemand in

te huren voor persoonlijke verzorging is bijvoorbeeld hoger dan het tarief om iemand in te huren voor huishoudelijke verzorging.

Voor de functies ondersteunende en activerende begeleiding geldt behalve een tariefindeling in uren per week ook een tariefindeling voor dagdelen per week. De cliënt heeft nu de mogelijkheid om vervoerskosten vergoed te krijgen, afhankelijk van de medische noodzaak. In het algemeen geldt dat het tarief voor activerende begeleiding hoger is dan voor ondersteunende begeleiding omdat de kosten voor het inhuren van professionele hulpverleners hoger zijn dan niet professionele hulpverleners. Voor een specifieke toelichting op de tarief bepalingen zie de brochure van CVZ (maart 2003)

Ad C. De duur van de indicatie

De duur van de indicatie heeft betrekking op de periode waarin een cliënt recht heeft op de geïndiceerde zorg. De duur kan variëren van een week tot maximaal een jaar. Ieder jaar moet de cliënt een nieuwe indicatie van zorg aanvragen (herindicatie) omdat zijn zorgbehoeften kunnen veranderen. Het PGB geldt vanaf de datum van het toekennen van het indicatiebesluit tot en met de einddatum hiervan.

Aan de hand van deze drie onderdelen komt het RIO tot een indicatiebesluit. Indien het RIO de cliënt een PGB toekent, berekent het zorgkantoor de hoogte van het totale budget gebaseerd op de verschillende tarieven voor de functies en klassen. De uitkomst is het bruto-PGB. Hiervan wordt nog een inkomensafhankelijke eigen bijdrage afgetrokken, waardoor een netto-PGB overblijft. De eigen bijdrage is voor het eerst ingevoerd in de PGB nieuwe stijl, omdat de overheid de cliënt ouder dan

18 jaar beschouwt als consument die een eigen bijdrage moet betalen voor geleverde diensten.

Afhankelijk van de hoogte van het totale toegekende PGB, krijgt een cliënt een deelbedrag per maand, per kwartaal, per half jaar of per jaar uitbetaald. Dit wordt het 'bevoorschottingsritme' genoemd, omdat het deelbedrag wordt voorgeschoten zodat de cliënt iedere maand zijn begeleiders op tijd kan uit betalen. Voor cliënten in de GGZ geldt dat het maximum toe te kennen budgetbedrag hoger is geworden in de PGB nieuwe stijl regeling.

Voor budgethouders die voor 1 april 2003 reeds een PGB hebben, geldt een overgangsregeling met een budgetgarantie, zodat ze recht blijven houden op het oude budgetbedrag bij achteruit gaan van het nieuwe vast gestelde bedrag.

Tevens zijn er allerlei regels opgesteld rondom het niet uitgegeven bedrag van een PGB, het terug vorderen of beëindigen van een PGB, maar die regels zijn te specifiek om ze hier te beschrijven.

De cliënt krijgt met het PGB nieuwe stijl een grotere verantwoordelijkheid ten aanzien van het beheer van zijn budget. De cliënt zal de uitbetaling van de zorgverleners achteraf moeten verantwoorden aan het zorgkantoor, in plaats van vooraf. Hiervoor zijn standaardformulieren ontwikkeld die een cliënt twee maanden nadat hij het voorschot heeft ontvangen moet invullen en inleveren (Per Saldo, 2003).

Te verwachten effecten

Het PGB nieuwe stijl is per 1 april 2003 ingegaan. De belangrijkste te verwachte effecten van PGB nieuwe stijl zijn dat:

- cliënten meer gebruik gaan maken van het PGB omdat de mogelijkheden

zijn uitgebreid voor de GGZ sector (bijvoorbeeld uitbreiding zorgfuncties en hoger maximum budgetbedrag).

- Grotere diversiteit van aanbod (reguliere en particuliere organisaties) gaat ontstaan ten gevolge van een grotere vraag van cliënten.
- Reguliere zorginstellingen zich meer bewust worden van het bestaande hulpaanbod en hierdoor het eigen aanbod kritisch onder de loep nemen en waar nodig verbeteren (kwaliteitsverbetering).
- Cliënten meer tevreden worden over de zorgverlening en hierdoor kan hun kwaliteit van leven worden verbeterd.

De overheid wil door de vereenvoudiging van de PGB-regeling een grotere groep cliënten bereiken. Het streven is om 5000 cliënten in de GGZ tot een PGB te stimuleren. Ook kunnen meer cliënten een beroep doen op het PGB doordat de zorgmogelijkheden voor cliënten zijn uitgebreid. Al deze aanpassingen moeten ervoor zorgen dat méér cliënten nog méér zeggenschap krijgen over de invulling van de zorg. Door de beperkte voorlichting over het PGB hebben nog maar relatief weinig mensen in de GGZ een PGB aangevraagd. Op het symposium "PGB: zegen of struikelblok" in januari 2003 maakte mevrouw van Es (voorzitster van GGZ Nederland) bekend dat er tot op dat moment maar 1500 cliënten van de GGZ een PGB hebben.

Welke bijdragen kan een SPV leveren aan het PGB nieuwe stijl?

De SPV kan een belangrijke bijdrage leveren aan het PGB nieuwe stijl door verschillende taken uit te voeren.

Deze taken zijn:

Het geven van voorlichting aan de cliënt over de mogelijkheden van PGB nieuwe stijl

Het geven van voorlichting is een belangrijk middel om meer bekendheid aan het PGB te geven. De SPV is mijn inziens in staat om ingewikkelde regelgeving begrijpelijk te maken voor de cliënt. Bij een optimale behandeling hoort de cliënt op de hoogte te zijn van de mogelijkheden die er tot zijn beschikking staan waardoor hij zich beter kan gaan voelen. Het SPV is een aanvulling op de behandeling die door de SPV wordt gegeven. De cliënt kan doelen uit de behandeling verwezenlijken met behulp van een PGB, bijvoorbeeld het uitbreiden van sociale contacten. Een bijkomend voordeel is dat de cliënt zich hierdoor minder afhankelijk kan opstellen ten opzichte van de SPV. Belangrijke uitgangspunten uit de rehabilitatietheorie, zoals de wensen en behoeften van een cliënt, de verbetering van de kwaliteit van leven en het vervullen van sociaal-maatschappelijke rollen kunnen bij de voorlichting als richtlijn dienen (Den Hollander, 1999). Daarnaast kan de SPV ook voorlichting geven over het PGB nieuwe stijl aan collega's uit het multidisciplinaire team waarin een SPV werkt en andere belangstellenden, zoals familieleden, die meer willen weten van het PGB nieuwe stijl.

Ondersteunen en begeleiden van de cliënt bij een aanvraag van een PGB

Als de cliënt een aanvraag voor een PGB wil indienen, dan is het belangrijk om de cliënt hierbij te ondersteunen. Het invullen van de formulieren voor het

RIO, een huisbezoek en het wachten op het besluit kunnen stressvolle momenten zijn voor de cliënt. De kans bestaat dat de aanvraag afgewezen wordt. Deze zaken kunnen leiden tot een terugval van de cliënt (Den Hollander, 1999). Daarom is begeleiding door de SPV van belang. Zelfs als de SPV het niet eens is met de aanvraag, is het nog steeds de eigen keus van de cliënt om een PGB aan te vragen en moet de SPV hem blijven begeleiden.

Ondersteunen en begeleiden van de cliënt als hij budgethouder is geworden

Als de cliënt een PGB toegewezen heeft gekregen, dan volgt er een nieuwe fase in zijn leven. De cliënt gaat op zoek naar begeleiders en hij onderhandelt met hen over een zorgovereenkomst. Indien hij tot een akkoord komt moet de cliënt de begeleider gaan uitbetalen en moet hij een financiële administratie bijhouden. Dit zijn meestal geheel nieuwe taken voor een cliënt, wat vaak spanning en stress teweegbrengt (experiment PGB in de GGZ, 2001). Een cliënt kan natuurlijk al ervaring hebben met het werkgever zijn en reeds bekend zijn met de verschillende vaardigheden. Doordat er weer een beroep op deze vaardigheden wordt gedaan kan het afgebroken zelfvertrouwen weer toenemen.

Door het uitvoeren van de bovenstaande taken kan de SPV een bijdrage leveren aan het PGB nieuwe stijl. In haar rol als behandelaar kan de SPV cliënten stimuleren om gezonde

kanten verder te ontwikkelen, met inachtneming van beperkingen ten gevolge van psychiatrische ziekten. Tevens kan de SPV in haar rol als zorgcoördinator het overzicht houden over de verschillende contacten waarmee cliënten te maken hebben en hierdoor de kwaliteit van zorg bewaken (Venneman, 1998). Doordat de SPV zich niet alleen profileert als behandelaar, maar ook als zorgcoördinator kan ze de cliënt stimuleren tot (sociale) activiteiten in de maatschappij. Daarom kan het PGB nieuwe stijl een wezenlijke aanvulling vormen op de behandeling.

Samenvatting en conclusie

Per 1 april 2003 is de regeling PGB nieuwe stijl in werking getreden. Het PGB is een geldbedrag (budget) waarmee de cliënt voor bepaalde onderdelen van de zorg zelf gekozen hulpverleners kan inhuren. Het PGB nieuwe stijl is een voortzetting van de bestaande PGB regeling, waarbij verschillende onderdelen zijn aangepast. Voor de cliënt in de GGZ betekent dit een uitbreiding van de mogelijkheden om een PGB aan te vragen. Tevens kan de cliënt aanspraak maken op een hoger budget en krijgt hij meer verantwoordelijkheden zoals het zelf uitbetalen van de begeleiders. De SPV kan hierbij een bijdrage leveren door verschillende taken uit te voeren. Het geven van voorlichting, het ondersteunen bij de aanvraag en begeleiden van de cliënt in zijn nieuwe rol als werkgever en budgethouder. Daarom kan het PGB nieuwe stijl een wezenlijke aanvulling vormen op de behandeling.

Literatuur

- Brochure: Persoonsgebonden budget, zelf uw zorg inkopen in 8 stappen, CVZ, maart 2003
- Den Hollander, D., Wilken, J.P., Psychosociale rehabilitatie, een integrale benadering, B.V, Uitgeverij SWP, Utrecht, 1999
- Evaluatie experiment persoonsgebonden budget in de geestelijke gezondheidszorg, verslag van het vervolgonderzoek in 2000 – 2001, 2001, ITS, Nijmegen
- Geestelijke Gezondheidszorg Nederland, Een nieuwe markt, Persoonsgebonden budget GGZ, Informatiemap naar aanleiding van symposium september 2001
- Glans, het persoonsgebonden budget toen, nu en straks, Per Saldo, Utrecht, 2001
- Interview met Dorine van Lennep, onafhankelijk PGB consulente, maart 2003
- Keuzevrijheid in persoonlijke begeleiding, PGB in de GGZ, Zorgkantoor, juni 2001, Amsterdam
- www.OpKopZorg.nl, 2002- 2003, verschillende internetsites
- Per Saldo, 2002 –2003, verschillende internetsites
- Symposium “Persoonsgebonden budget: zegen of struikelblok”, Ede, januari 2003
- Venneman, B., Profiel SPV, NVSPV, Eindhoven 1998.