

Persoonsgebonden budget

Middel of doel

Y.W. van Kemenade, B. de Jong en
E.M. Verolme

Is het persoonsgebonden budget wel zo nieuw als het lijkt?

DE BEHOEFTE aan een persoonsgebonden budget komt voornamelijk voort uit de mening van mensen met een handicap en ouderen dat het zorgaanbod (de intra- en extramurale verzorging en verpleging) onvoldoende is toegesneden op de individuele wensen. Een persoonsgebonden budget wordt gezien als een oplossing voor dit probleem. De verzekerde ontvangt een budget van de zorgverzekeraar en koopt daarmee zelf zorg in.¹⁻³ Zo'n budget kan worden gezien als een aan de zorgbehoefte gerelateerde uitkering. De Ziekenfondsraad omschrijft een persoonsgebonden budget als: "Het geven van een geldsom aan een verzekerde die is geïndiceerd voor een bepaald type hulp, als alternatief voor zorg in natura". De invoering van het persoons(ccliënt)gebonden budget wordt in het huidige systeem als een nieuw verschijnsel beschouwd. Een aantal regelingen in de sociale zekerheid kan echter worden beschouwd als een persoonsgebonden budget 'avant la lettre'. Zo kennen onderdelen van de Algemene Bijstandswet (ABW), de Wet op de Arbeidsongeschiktheid (WAO) en de Algemene Arbeidsongeschiktheidswet (AAW)⁴ een vergelijkbare systematiek en hebben zij tevens betrekking op de inkoop van thuiszorg (zie *overzicht* blz. 1124). In dit artikel gaan wij in op de vraag of het persoonsgebonden budget wel zo nieuw is als het lijkt. Vervolgens kijken wij naar de mogelijke breekijzerfunctie van het persoonsgebonden budget: moet het worden gezien als een middel om de zorg beter te laten aansluiten bij de zorgbehoefte van cliënten of als een doel op zich?

Paars kabinetsbeleid

In de kabinetsvoorstellen voor het gezondheidszorgbeleid van de komende vier jaar wordt als uitgangspunt genomen dat de patiënt meer centraal moet komen te staan

in de zorgverlening. Een instituutgerichte benadering zal geleidelijk worden omgebogen tot een patiëntgerichte benadering. Als één van de maatregelen ter bevordering van zorg op maat wordt gesproken over de invoering en uitbreiding van het persoonsgebonden budget, dat de burgers in staat moet stellen zelf de door hen gewenste zorg zo efficiënt mogelijk te organiseren.

Het persoonsgebonden budget krijgt een plaats in het eerste compartiment (AWBZ) van het door het kabinet voorgestelde driecompartimentenverzekeringssysteem. De door het kabinet aangegeven kenmerken van dit eerste compartiment geven mede de contouren en de uitwerking aan van het beoogde systeem van het persoonsgebonden budget. Het gaat om langdurige en particulier onverzekerbare risico's. De uitvoering geschiedt door de verbindingkantoren van de AWBZ, afzonderlijke verzekeraars spelen formeel geen rol. De indicatiestelling dient objectief en onafhankelijk van de zorgverlenende instanties plaats te vinden.

De persoonsgebonden budgetten zullen een plaats krijgen binnen de op te richten zorgvernieuwingfondsen. Zij zullen nog niet de vorm krijgen van een verzekeringsaanspraak, maar van een gebudgetteerde subsidiesystematiek.

Een belangrijke onzekerheid voor de overheid is de mogelijke activering van een verborgen zorgvraag. De vormgeving dient dan ook te worden getoetst aan de eisen van financiële beheersbaarheid. Vanuit dit oogpunt zal de vormgeving onder strikte condities plaatsvinden. Voor 1995 zal voor deze vorm van vergoeding voor de thuiszorg 40 miljoen gulden beschikbaar worden gesteld (waaronder de vrijvallende gelden uit de AAW van 10-12 miljoen gulden). De regeling is ingegaan op 1 juli 1995.

Het kabinet is op 13 juli akkoord gegaan met de nota 'Persoonsgebonden budget. Zorg in portefeuille'.⁵ In deze nota wordt de mogelijkheid aangegeven dat iemand die langdurig zorg nodig heeft, kan kiezen tussen de geïndiceerde zorg in natura of het prijskaartje van die geïndiceerde zorg als eigen budget, waarmee zelf zorg kan

worden ingekocht en georganiseerd. Indien wordt gekozen voor een eigen budget, krijgt de cliënt een jaarlijks bedrag van f 2.400,-- contant uitbetaald om incidentele hulp te betalen. De rest van het toegewezen bedrag wordt ondergebracht bij een vereniging van budgetbeheerders waarbij de cliënt zich moet aansluiten. De regeling van Borst en Terpstra moet (als de Kamer met het voorstel instemt) op 1 januari 1996 ingaan voor de sectoren thuiszorg en gehandicaptenzorg en naar verwachting voor de ouderenzorg per 1 januari 1997. Voor de langere termijn heeft het kabinet voorgesteld een jaarlijks bedrag van 120 miljoen gulden te reserveren voor de persoonsgebonden budgetten in de thuiszorg.

Persoonsgebonden budget

Door middel van een persoonsgebonden budget kunnen de cliënten zelf de door hen gewenste zorg (zo efficiënt mogelijk) organiseren. Het persoonsgebonden budget, dat wordt ondergebracht in een zorgvernieuwingfonds, is bedoeld voor hen die langdurig (langer dan drie maanden) behoefte hebben aan verpleging en verzorging. De indicatiestelling dient onafhankelijk en objectief plaats te vinden (bijvoorbeeld door een onafhankelijke regionale indicatiecommissie). Verzekerden kunnen kiezen tussen zorg in natura of een persoonsgebonden budget.⁶

Over de precieze invulling van de regeling vindt nog nader overleg plaats. Zo is de Ziekenfondsraad van mening, dat enige controle op besteding moet plaatsvinden omdat het de besteding van collectieve middelen betreft; ook moet worden toegezien of adequate zorg wordt ingekocht.

Iedere zes maanden vindt er een herindicatie plaats.

De ontvanger van het persoonsgebonden budget heeft een aantal plichten, zoals: zorg dragen voor een schriftelijke overeenkomst met de hulpverlener; de schriftelijke overeenkomst met de hulpverlener en het sofinummer van de door hem betaalde hulpverlener bij aanvraag van de door die zorgaanbieder verleende hulp overleggen aan de verzekeraar; en

desgevraagd verantwoording afleggen aan de verzekeraar van de ten laste van het zorgbudget ten behoeve van verpleging en verzorging verrichte betalingen. Bij het persoonsgebonden budget is de retributieregeling gezinsverzorging van toepassing en is een eventuele contributie aan het kruiswerk verschuldigd.

Sociale zekerheid

Binnen de sociale zekerheid kennen onderdelen van de Algemene Bijstandswet (ABW), de Wet op de Arbeidsongeschiktheid (WAO) en de Algemene Arbeidsongeschiktheidswet (AAW) belangrijke overeenkomsten met het persoonsgebonden budget.

ABW

ABW kwam tot stand in het jaar 1965. Voor die tijd kon men een beroep doen op de Armenwet (plaatselijke liefdadigheidsfondsen). Met de vervanging van de Armenwet door de ABW en de invoering van de werkloosheidswetgeving werd een stap gezet van het verstrekken van aalmoezen naar het verlenen van rechten. Vroeger was het zo dat 'behoefte' in specifieke gevallen, en ter beoordeling van de ambtenaar, aanvragen konden doen voor nieuwe lakens, schoolboeken of een paar schoenen. In de ABW werd de uitkering in natura, gebruikelijk in de Armenwet, vervangen door een uitkering in geld. Wat men met dat geld doet, is in principe de eigen verantwoordelijkheid. De ABW kent een vermogenstoets en voorziet in algemene bijzondere kosten van benodigde gezondheidszorgvoorzieningen (huishoudelijke hulp). Binnen de ABW kende men de tijdelijke regelingen voor verschillende doelgroepen, zoals de Tijdelijke Rijksgroepsrege-

ling Mindervaliden (TRM). Mindervaliden (vanaf de geboorte) konden hieruit een vergoeding krijgen voor verschillende voorzieningen. Om in aanmerking te komen voor een vergoeding voor huishoudelijke verzorging was een medische verklaring van de huisarts nodig. Controle op besteding van de vergoeding of de blijvendheid van de noodzaak van de vergoeding was er niet. Dit maakte het geheel, althans in theorie, fraudegevoelig. Toen in 1976 de eerste retributieregeling gezinsverzorging tot stand kwam, werden de ABW-cliënten door de gemeenten doorgeschoven naar de gezinszorg. De reden hiervoor was, dat de eigen bijdrage gezinszorg naar draagkracht werd geheven en hieraan geen vermogenstoets was verbonden. De TRM-cliënten zijn in datzelfde jaar overgegaan naar de AAW.

WAO

In 1967 ontstond de WAO, een verzekering voor personen met een arbeidsverleden die arbeidsongeschikt waren geworden. De WAO bevatte ook de mogelijkheid van vergoeding van kosten voor particuliere huishoudelijke hulp (genormeerde bedragen). Er waren geen criteria gegeven omtrent de aard en de omvang van die voorzieningen. Dit heeft ertoe geleid dat in de loop der jaren een nogal omvangrijk pakket ontstond dat door uitvoeringsorganen (bedrijfsverenigingen) en jurisprudentie werd begrensd. Ten aanzien van de vergoeding voor huishoudelijke hulp gold, dat de noodzaak daartoe het gevolg moest zijn van een handicap en dat zonder die hulp ontredde van het huishouden zou dreigen. Overigens werd noch de grootte van de woning, noch het feit dat eventuele huisgenoten ook verzorging behoeften

bij de beoordeling betrokken. Alleen de WAO-gerechtigde kon aanspraak maken op hulp.

Met de invoering van de AAW in 1976 werd het voorzieningenpakket zoals de WAO dat kende toegankelijk gemaakt voor de gehele bevolking tot 65 jaar. Ten gevolge van deze uitbreiding van de kring van verzekerden moest het voorzieningenpakket uit de WAO worden afgebakend.

AAW

De AAW is een volksverzekering, die een inkomensvervangende regeling biedt tot het niveau van de minimumuitkering bij arbeidsongeschiktheid. Daarnaast biedt de AAW onder andere de mogelijkheid om voorzieningen te financieren die dienen tot verbetering van de leefomstandigheden bij arbeidsongeschiktheid.⁷ De definitieve regeling AAW werd in 1978 van kracht.

Een verzekerde komt voor vergoeding krachtens de AAW in aanmerking als aan de volgende voorwaarden is voldaan: de verzekerde is jonger dan 65 jaar, langer dan drie maanden hulpbehoefte en er is geen hulp via gezinsverzorging binnen veertien dagen beschikbaar. In dat geval kan de instelling voor gezinsverzorging aan een van de bedrijfsverenigingen verzoeken de geïndiceerde hulp, die dan particulier kan worden ingekocht, aan de desbetreffende verzekerde te vergoeden. De bedrijfsvereniging informeert ieder half jaar bij de instelling voor gezinsverzorging of de hulp nog langer geïndiceerd is. Tevens dient te worden nagegaan of de instellingen nu wel in staat zijn hulp in natura te verlenen.

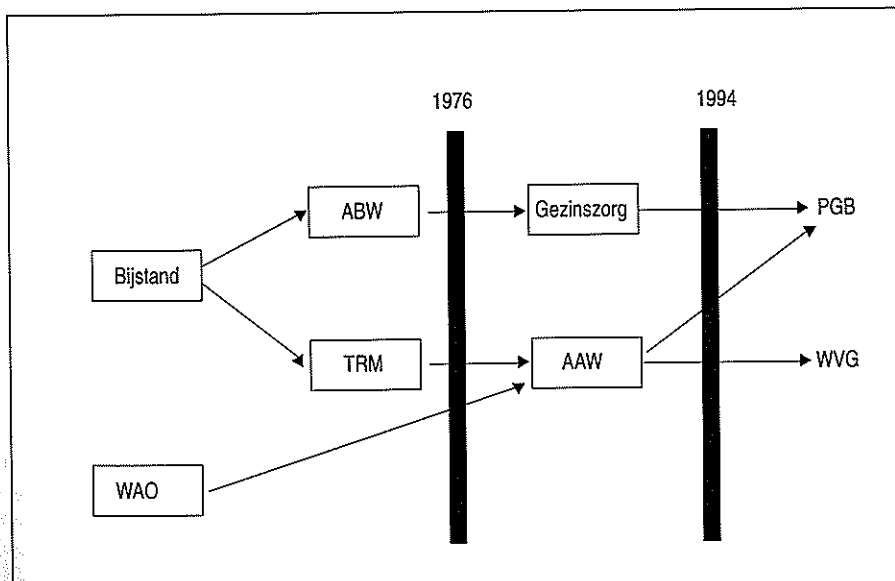
De cliënt ontvangt een vergoeding voor de gemaakte kosten op declaratiebasis. De vergoeding die de bedrijfsvereniging uitkeert aan de AAW-aanvrager is gebaseerd op het minimumloon inclusief vakantietoeslag (minus eventuele eigen bijdrage conform de retributieregeling gezinsverzorging). De cliënt wordt als premieplichtig (sociale premies) beschouwd wanneer de hulp meer dan twee dagen per week voor de cliënt werkt. In dat geval moet de cliënt premies betalen voor de Ziektewet, de AAW/WAO en eventueel de Ziekenfondswet.

Begin 1994 is een aantal verstrekkingen uit de AAW beëindigd met het oog op het plan om verpleging en verzorging onder te brengen in de basisverzekering en de totstandkoming van de Wet Voorzieningen Gehandicapten (WVG). Dit geldt ook voor de mogelijkheid van vergoeding van kosten voor huishoudelijke hulp.

Vergelijking

In het *schema* zijn het invoeren en afschaffen van onderdelen die betrekking heb-

Schema. Overzicht van de verschillende regelingen.



Overzicht. Vergelijking van regelingen.

	bijstand	WAO	AAW	PGB
<i>aanleiding</i>	vangnet minvermogenen	vervanging inkomen	verbreding aanspraak WAO	meer autonomie voor gehandicapten en chronisch zieken en flexibiliteit van zorg
<i>doelgroep</i>	thuiszorgbehoefigen die zorg kunnen betalen	werknemers die arbeidsongeschikt zijn	0 tot 65 jaar, voortzetting na 65 jaar mogelijk. Voorwaarde is dat de thuiszorg niet in staat is de zorg te leveren terwijl die zorg wel geïndiceerd is	thuiszorgbehoefigen langer dan drie maanden die voor het PGB kiezen
<i>kortdurende versus langdurende zorg</i>	zowel kort- als langdurende zorg	langdurende zorg	langdurende zorg	langdurende zorg
<i>bereik</i>	huishoudelijke hulp	huishoudelijke hulp	gezinsverzorging	verpleging en verzorging
<i>indicatiestelling: wie en hoe</i>	gemeenteambtenaar, afhankelijk van individuele situatie	maatschappelijk werk en/of de GMD	indicatie door gezinszorg via gebruikelijke systeem	indicatie door nader te bepalen organisatie, aangewezen in overleg met gezinszorg en kruiswerk
<i>uitkering, natura, declaratie</i>	uitkering in geld	uitkering in geld	declaratie achteraf	declaratie vooraf
<i>controlemechanismen</i>	controle op aanwending: geen controle op noodzaak: alleen bij aanvang	controle op aanwending: heel verschillend per bedrijfsvereniging controle op noodzaak: bedrijfsvereniging (frequentie verschillend tussen bedrijfsverenigingen)	controle op aanwending: betaling op declaratiebasis door door bedrijfsvereniging controle op noodzaak: elk half jaar herindicatie en beoordeling noodzaak door gezinsverzorging	controle op aanwending: AWBZ-verbindingskantoor en Ziekenfondsraad controle op noodzaak: elk half jaar herindicatie en beoordeling noodzaak door nader te bepalen organisatie
<i>eigen-bijdrageregeling</i>	bestond niet	geen	retributieregeling gezinsverzorging	retributieregeling gezinsverzorging en contributie kruiswerk
<i>redenen voor beëindiging</i>	- noodzaak vervalt - cliënt is niet langer minvermogenend	- einde arbeidsongeschiktheid	- overlijden - gezinszorg kan cliënt regulier helpen - cliënt is niet langer in staat werkgeversrol te vervullen	- overlijden - opname intramurale zorg - gebruik thuiszorg in natura - opzegging cliënt

ben op de inkoop van thuiszorg uit bijstand, WAO en de AAW-regelingen, in chronologische volgorde weergegeven. Daaruit blijkt dat de desbetreffende regelingen uit de sociale zekerheid zijn verschoven naar de gezondheidszorg. Dit geldt ook voor het persoonsgebonden budget. De minister heeft aangekondigd de vrijvallende gelden uit de AAW voor het persoonsgebonden budget beschikbaar te stellen.

De systematiek van deze regelingen vertoont overeenkomsten en verschillen met het persoonsgebonden budget (zie *overzicht*).

Overeenkomsten

De regelingen hebben met elkaar gemeen dat de hulpvrager optreedt als zorginkoper c.q. werkgever en ten behoeve van deze hulp een vergoeding van het desbetreffende uitvoeringsorgaan ontvangt. Dit betekent, dat de hulpvrager zelf zorg inkoop en dus zelf zorg draagt voor de afstemming van die zorg op zijn eigen behoefte. Opvallend bij de Armenwet en de latere

ABW is, dat de systematiek van de overgang van natura naar een geldelijke uitkering een zelfde is als bij het persoonsgebonden budget. De experimenten met het persoonsgebonden budget kunnen namelijk binnen de gezondheidszorg ook worden gezien als een overstap van zorg in natura naar een vorm van inkomensoverdracht.

Het gaat in alle regelingen om langdurige zorg, meestal zorg die langer dan drie maanden noodzakelijk is. Controle op de noodzaak van de aanspraak is bij aanvang in alle gevallen aanwezig. Met uitzondering van de regelingen binnen de ABW, wordt eenmaal per half jaar geherindiceerd.

Verschillen

De oorspronkelijke reden voor het invoeren van een persoonsgebonden budget: het versterken van de verantwoordelijkheid van de cliënt en meer zorg op maat, komt van de zorgbehoefigen, hetgeen niet is terug te vinden bij de andere regelingen.

Met betrekking tot het persoonsgebonden budget wordt de cliënt de keus geboden tussen zorg in natura dan wel een persoonsgebonden budget. Met name dit is wat de regeling nieuw maakt; *de coördinatie ligt bij de cliënt en niet bij de instelling*. Het budget heeft niet het karakter van een inkomensondersteuning aan personen die in behoeftige omstandigheden verkeren (zoals de WAO en de Bijstand) en evenmin dat van een afkoopsom omdat bijvoorbeeld de zorg in natura niet beschikbaar is (AAW).

Verder is er een belangrijk budgettair verschil tussen de besproken regelingen en het persoonsgebonden budget. Bij het persoonsgebonden budget is geen sprake van een open-eindfinanciering. Er wordt een budget beschikbaar gesteld, waarin binnen een regio de gelden (schaarste) moeten worden verdeeld. Dit betekent, dat indien meer personen in aanmerking komen voor een persoonsgebonden budget er een wachtlijst ontstaat of het budget wordt verminderd. Bij de regelingen in de sociale zekerheid is er

sprake van een open-eindfinanciering: meer aanspraken betekent een groter budget. Met de overgang van de regeling AAW in het persoonsgebonden budget verdwijnt die open-eindfinanciering.

Discussie

Wat betreft de vraag of het persoonsgebonden budget zo nieuw is als het lijkt, kan worden opgemerkt dat het zowel bekende als nieuwe elementen bevat.

Zo treedt de hulpvrager op als zorginkoper c.q. werkgever en ontvangt ten behoeve van deze hulp een vergoeding van het desbetreffende uitvoeringsorgaan. (Indien de cliënt als werkgever optreedt, moet over datgene dat wordt ingekocht BTW worden betaald. De problemen die hiermee voor de cliënt worden geïntroduceerd, zijn door de experimentstatus voorlopig vooruitgeschoven.) Deze systematiek is bekend van regelingen binnen de ABW, TRM, WAO en AAW. De keuzevrijheid die bestaat tussen persoonsgebonden budget en zorg in natura is wel vernieuwend, evenals de doelstelling van het persoonsgebonden budget. Het persoonsgebonden budget heeft als doel de hulpvrager meer eigen verantwoordelijkheid en vrijheid te geven en flexibiliteit in het zorgaanbod tot stand te brengen.

Het is de vraag in hoeverre deze doelen worden bereikt door de huidige vormgeving van het persoonsgebonden budget. De eigen verantwoordelijkheid en de vrijheid voor de patiënt worden ingeperkt door de strikte eisen waaraan moet worden voldaan. Over de precieze invulling van deze eisen vindt nog overleg plaats binnen de Ziekenfondsraad. Wij moeten niet uit het oog verliezen dat het persoonsgebonden budget gebruikt dient te worden, zo is opgenomen in de regelgeving, als een verdelingssystematiek voor schaarste. De schaarste dient evenredig te worden verdeeld tussen budget- en naturacliënten. Daar komt bij, dat door de verwachte aanzuigende werking van zorgvragers (door het bestaan van wachtlijsten en potentiële zorgvragers) het vastgestelde budget over meer personen moet worden verdeeld, hetgeen waarschijnlijk een neerwaartse bijstelling van de individuele budgetten betekent.

De mogelijkheid van flexibilisering op individueel niveau zit in het persoonsgebonden budget ingebakken. Uitgangspunt is immers dat de cliënt met de hem ter beschikking staande financiële middelen hulpverlening naar eigen keuze zoekt en dat de cliënt de hulpverlener uitzoekt die zorg verleent op de uren waarop en de plaats waar dat volgens hem het meest nodig is. Dat met een persoonsgebonden

budget andere zorg kan worden ingekocht dan de reguliere thuiszorg en dat deze uitgaven op het budget van de thuiszorg worden gekort, zal de reguliere thuiszorgorganisaties stimuleren om zich klantvriendelijker op te stellen teneinde hun cliëntenkring veilig te stellen. Uit de experimenten blijkt dat dit voor de gehele thuiszorg geldt, hoewel minder voor het kruiswerk dan voor de gezinsverzorging. Daar staat tegenover dat de gezinsverzorging een sterke troef in handen heeft door de ervaringen die zij al heeft opgedaan met de AAW. Het gaat dan concreet om de indicatiestelling en de herindicering, het vaststellen van de benodigde financiering van de zorg, het inschatten van de capaciteit van cliënten om de werkgeversrol op zich te nemen en het bieden van steun en advies bij het vervullen van die nieuwe werkgeversrol.

In dit kader kan de vraag worden gesteld of het persoonsgebonden budget moet worden gezien als een middel om eigen verantwoordelijkheid en vrijheid voor de hulpvrager te realiseren en flexibiliteit in het zorgaanbod tot stand te brengen, of als een doel op zich. Het antwoord op deze vraag zou ervan af kunnen hangen of de nadruk op de eerste of op de tweede doelstelling ligt.

Voor degenen die de nadruk leggen op de eigen verantwoordelijkheid en de vrijheid voor de hulpvrager, lijkt het voor de hand te liggen het persoonsgebonden budget als doel te zien. In dat geval wordt vooral gekeken naar de mogelijkheden die het persoonsgebonden budget biedt. In deze visie is het belangrijk dat wordt voorkomen dat het persoonsgebonden budget leidt tot veel regels en besluiten die de cliënt opnieuw belasten met allerlei verplichtingen en voorwaarden waaraan moet worden voldaan.

Indien de nadruk ligt op het tot stand brengen van flexibiliteit van het zorgaanbod, is de kans groter dat het persoonsgebonden budget wordt gezien als middel om het bestaande zorgaanbod te prikkelen klantvriendelijker te gaan werken. Zoals Knipscheer op een discussiemiddag over dit onderwerp duidelijk maakte: "Het persoonsgebonden budget is een breekijzer, dat echter weer moet worden weggegooid als de verbouwing van het stelsel achter de rug is."

Indien de thuiszorg dit marktgedrag gaat vertonen, zijn de uiteindelijke doelen van flexibilisering en klantvriendelijkheid van het zorgaanbod bereikt en zou het persoonsgebonden budget weer kunnen verdwijnen. Dit lijkt aantrekkelijk, omdat aan de invoering van het persoonsgebonden budget veel haken en ogen zitten waarvan de consequenties moeilijk zijn te over-

zien, bijvoorbeeld de (rompslomp van de) werkgeversrol die de patiënt moet gaan vervullen. Ook dient er bij toepassing van de niet-kostendekkende COTG-tarieven te worden gewaakt voor afwenteling van kosten op het budget voor de naturacliënten. De werkgelegenheid in de reguliere thuiszorg zal waarschijnlijk nadelig worden beïnvloed (bijvoorbeeld doordat meer informele zorg wordt ingekocht), hetgeen haaks staat op de kabinetsvoorstellen van stimulering van arbeidsplaatsen in de zorgsector. Ten slotte kan een persoonsgebonden budget leiden tot juridische bezwaren, aangezien het wezenlijk in strijd is met het natura-karakter van de AWBZ.⁸

Het is de vraag in hoeverre er inspanningen dienen te worden verricht om deze en andere problemen op te lossen voor het goed laten functioneren van een persoonsgebonden budget dat zichzelf door een (tijdelijke) invoering overbodig kan maken.

De komende periode zal men ervaring opdoen met het persoonsgebonden budget in de thuiszorg, ervaring die van groot belang zal zijn voor de vormgeving en invoering van het persoonsgebonden budget voor andere doelgroepen. •

mw dr Y.W. van Kemenade,
Nationale Raad voor de Volksgezondheid

mw drs B. de Jong,
OZ Zorgverzekeringen Breda

mw E.M. Verolme,
Stichting Gezinsverzorging Goeree-Overflakkee, Oude Tonge

De auteurs hebben dit artikel op persoonlijke titel geschreven.

Literatuur

- Schippers A. Het cliëntgebonden budget: effecten voor gebruikers en beroepskrachten. Is onafhankelijkheid te koop? Tijdschrift voor Gezondheidszorg & Politiek 1992; 5-7.
- Visch P. Zorg zelf inkopen met een cliëntgebonden budget. Meer autonomie voor de patiënt. Medisch Contact 1994; 49 (29-30): 943-4.
- Veen-Klever MW van der, Felder A. De huidige regelingen voor voorzieningen gehandicapten. Ned Tijdschr Geneesk 1993; 137 (13): 650-4.
- Jong B de, Verolme EM, Kemenade YW van. Persoonsgebonden budget: niet alles is nieuw. Persoonsgebonden budget en de AAW-regeling met elkaar vergelijken. Maatschappelijke Gezondheidszorg 1995 (april): 26-7.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Persoonsgebonden budget. Zorg in portefeuille. Beleidsbrief persoonsgebonden budget 13 juli 1995.
- Rademakers C, Miltenburg T. Experimenten met cliëntgebonden budget, verzorging & verpleging III. Budget- en naturacliënten vergeleken. Nijmegen: ITS, 1993.
- Wegwijzer Thuiszorg. Sociale verzekeringswetten. Algemene Arbeidsongeschiktheidswet. 1992. M-6.6-1/6-11.
- Hermans B. Cliëntgebonden budget: juridische bezwaren. Gezondheidszorg & Management 1995; 4: 10.