

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Postbus 20350
2500 EJ 'S-GRAVENHAGE

Utrecht: 7 maart 2022

Betreft: Internetconsultatie knellende wetten en regels

Geachte heer, mevrouw,

Bedankt dat u ons de mogelijkheid geeft te reageren op de internetconsultatie hardvochtigheid.

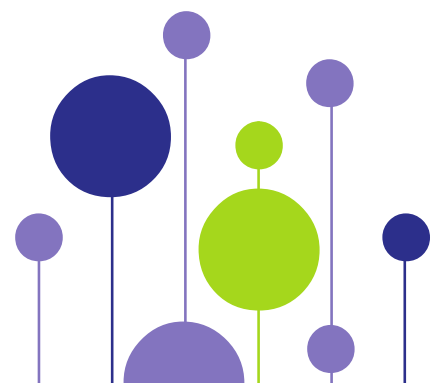
Om te beginnen willen wij aangeven dat wij vinden dat er ontzettend veel hardvochtigheden in het pgb zitten. Deze reactie op de consultatie hebben wij daarom opgebouwd uit een aantal paragrafen:

- We beginnen met een aantal algemene punten.
- Vervolgens gaan we in op hardvochtigheden per zorgwet (zowel wet- en regelgeving als uitvoering).
- Daarna volgen een aantal domein overstijgende punten.
- En vervolgens gaan we in op specifieke punten bij wonen (wooninitiatieven), onderwijs en corona.

We hebben geprobeerd onze reactie zo beknopt mogelijk op te schrijven. Mocht u bij bepaalde punten meer uitleg nodig hebben, dan geven wij die uiteraard graag.

Inleiding

Bij het ontwikkelen van wet- en regelgeving die de zorg raakt, wordt vaak alleen gekeken naar de gevolgen voor organisaties die zorg leveren in natura (ZIN). Vaak wordt vergeten dat er ook nog mensen zijn die zelf hun zorg/hulp organiseren en inkopen met een pgb. De ontwikkelde wet en regelgeving is daardoor niet werkbaar voor budgethouders. De budgethouder wordt namelijk als een bijzonder soort werkgever/opdrachtgever gezien. Maar de budgethouder wordt alleen in deze rol geduwd omdat zij eigen regie kunnen voeren over hun zorg en om passende zorg mogelijk te maken.



Wanneer het ministerie van VWS wet- en regelgeving maakt, gaat het meestal nog wel redelijk goed en is het pgb in beeld. En mocht wet- of regelgeving niet passend zijn voor budgethouders, dan kunnen wij erover in gesprek. Maar wanneer andere ministeries wet- en regelgeving maken, is het pgb vaak helemaal niet in beeld. Zij hebben geen idee wat dit voor gevolgen heeft voor budgethouders en de uitkomsten staan soms haaks op de bedoeling van het pgb. Dit zien we bijvoorbeeld heel goed terug bij de Wet arbeidsmarkt in balans (WAB) of bij de Wet Poortwachter (meer uitleg volgt hieronder).

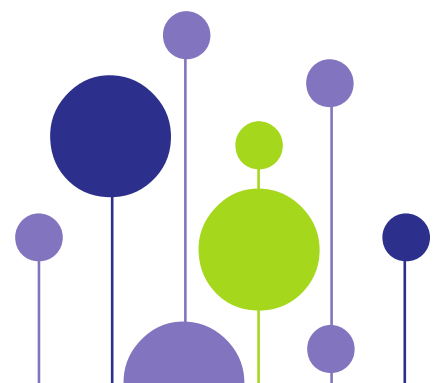
Algemene punten

Wantrouwen op basis van incidenten

- De media vergroot incidenten uit, waarbij sprake is van misbruik, fraude of fouten van mensen die niet goed met een pgb kunnen werken. Dit uitvergrooten gebeurt vaak zonder onvoldoende of soms helemaal zonder echt onderzoek te doen naar de feiten en cijfers. Deze - vaak negatieve - berichtgeving zorgt ervoor dat vooral verstrekkers met steeds meer argwaan naar het pgb kijken en zij zich gedwongen voelen om nog meer regels te ontwikkelen. Deze regels gelden dan voor alle budgethouders en maken het (nog) ingewikkelder om met een pgb te werken. Dit wantrouwen zorgt er ook voor dat vertrekkers niet onbevooroordeeld en open het gesprek aangaan met een (potentiële) budgethouder bij de aanvraag of verlenging van een pgb. In zo'n een gesprek zou het moeten gaan over waarom iemand voor een pgb kiest, hoe hij dit in gaat zetten en of er nog een toerusting nodig is om dit goed te kunnen doen.

Momenteel worden er te veel regels gemaakt op basis van incidenten. Wanneer je naar de cijfers kijkt, blijkt echter dat minder dan 1% van de budgethouders fraude pleegt. Sterker nog: wanneer er sprake is van fraude, is het vaak niet eens de budgethouder die fraude pleegt, maar de zorgverlener. Maar de regels rondom het pgb richten zich wel op de budgethouder. Een aantal voorbeelden van regels die zich richten op verantwoording:

- o Afspraak = realisatie, tenzij is de norm voor leveren van zorg via ZIN. In pgb is dit echter niet mogelijk. Er moet achteraf heel nauwkeuring verantwoord worden wat feitelijk is geleverd aan zorg. Je moet steeds meer verantwoorden (controledrang). En vervolgens moet de budgethouder ook verantwoording afleggen over de verantwoording etc.
- o Zorgverzekeraars en gemeenten geven kortdurende indicaties af. Dit doen zij omdat ze een vinger aan de pols willen houden, ondanks dat in de voorwaarden staat dat budgethouders zelf aan de bel moet trekken wanneer hun zorg-of hulpvraag verandert.



Zorgkantoren en verstrekkers staan negatief tegenover het pgb. Zo worden ouders die betrokken zijn bij ouderinitiatieven geassocieerd met fraude en met wantrouwen bejegend (SCP Net als Thuis, p.72). En dat terwijl ouders zich in hoge mate vrijwillig inzetten voor praktische en bestuurlijke zaken voor het ouderinitiatief. Daar is echter geen oog en waardering voor en samen met het genoemde wantrouwen is dat erg pijnlijk.

Gebruikelijke zorg, boven-gebruikelijke zorg/ eigen kracht/ zelfredzaamheid

- De termen om gebruikelijke zorg, boven-gebruikelijke zorg, eigen kracht en zelfredzaamheid zijn voor meerdere uitleggen vatbaar. En de uitleg kan ook nog eens verschillen per gemeente. De regelgeving is dus niet concreet en dit zorgt voor veel discussie. Dit speelt met name bij gemeentes en de Zvw. Hierdoor is het voor inwoners niet transparant en niet duidelijk wat er precies onder deze termen wordt verstaan.
- Daarnaast komt het regelmatig voor dat er dan opeens geen/minder uren in het pgb budget overblijven, wanneer iemand via een pgb naasten¹ in wil huren voor de zorg. In plaats van 'in te huren zorg' wordt dit in de indicatie opeens 'eigen kracht/eigen netwerk kan het oplossen' genoemd.
- De gevolgen van het inhuren van naasten (dit geldt voor alle wetten):
 - o Voor een naaste die ingehuurd wordt als informeel zorgverlener verdwijnt alle sociale zekerheid. Vaak hebben mensen dit niet in de gaten. Wanneer bijvoorbeeld een budgethouder overlijdt, in het ziekenhuis terecht komt, het aantal uur zorg afneemt of het pgb wegvalt, heb je nergens recht op als informeel zorgverlener.

Meerdere loketten, één zorg-/hulpvraag (kastje-naar-de-muur)

- Wanneer je een zorgvraag hebt, moet je zelf uitzoeken waar je je zorg of hulp moet aanvragen. Zowel de gemeente, het zorgkantoor als de zorgverzekeraar zijn allemaal verantwoordelijk voor een deel van de zorg. Zo kan het voorkomen dat je zorg nodig hebt uit meerdere wetten en/of je van de ene verstrekker naar de andere wordt gestuurd (kastje naar de muur). Degene met een zorg-/hulpvraag moet dan keer op keer hetzelfde verhaal doen. Laten we de burger hier niet mee belasten en één loket inrichten. Achter de schermen kan vervolgens wel geregeld worden vanuit welk potje zorg of hulp wordt bekostigd.

Tarieven

- Het pgb heeft reële en toereikende tarieven nodig om kwalitatief goede zorg in te kunnen kopen of om een hulpmiddelen aan te schaffen. Als gevolg van ontoereikende tarieven bestaat de kans dat ingekochte zorg van mindere kwaliteit is. Daarop wordt een budgethouder vervolgens weer afgerekend met het risico daardoor zijn pgb kwijt te raken. En een gemeente kan ook zeggen: de ingekochte zorg met pgb is van lagere

¹ Informele zorgverleners in het pgb zijn niet enkel familieleden, ook mensen die werken via een arbeidsovereenkomst worden als informeel aangemerkt. Dit kan ook iemand zijn die niet uit het netwerk komt.

kwaliteit dus het tarief moet verder naar beneden. Dit is een vicieuze cirkel waar de budgethouder niet meer uit komt.

Administratieve lasten

- Door controledrang zijn er steeds meer regels waar budgethouders zich aan moeten houden. Budgethouders moeten ook keer op keer hun verhaal vertellen, daarbij doelen SMART opstellen en veel papieren invullen om alles te regelen.

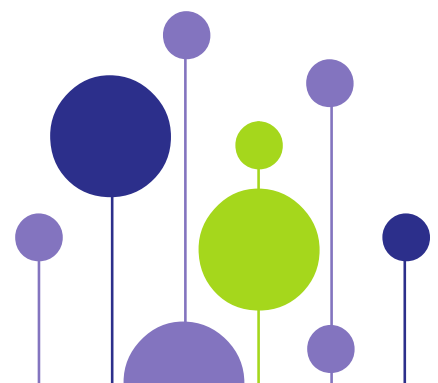
Informatievoorziening en toerusting

- Een ander algemeen knelpunt is dat mensen een pgb toegekend krijgen zonder goede informatie en toerusting aan de voorkant. Juist omdat het allemaal zo ingewikkeld is gemaakt, moet je mensen bij de start goed op weg helpen én tijdens het proces van pgb beheer de mogelijkheid bieden tot opfriscursussen of verdere toerusting.

Uitgelicht per zorgwet/onderwerp:

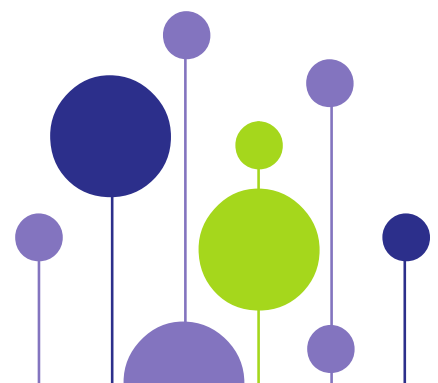
Jeugdwet/Wmo

- Het is vaak onduidelijk waar mensen terecht kunnen met hun hulpvraag. Dit komt door de versnippering van het systeem.
- Mensen worden bij een melding of het eerste contact bij hun hulpvraag vaak niet gewezen op de mogelijkheid van:
 - o Onafhankelijke cliëntondersteuning
 - o Het schrijven van een persoonlijk plan of familiegroepsplan
 - o Informatie over keuzemogelijkheden voor onder andere financieringsvorm
- Sommige gemeenten werken met organisaties die de toegang organiseren én daarnaast ook zorg/ondersteuning leveren (vaak in de vorm van een algemene voorziening). Dit is niet onafhankelijk.
 - o Daarnaast worden mensen vaak ook niet gewezen op het verschil tussen een algemene voorziening en een maatwerkvoorziening of individuele voorziening.
 - o Hulpvragers worden niet goed geïnformeerd en niet gewezen op de mogelijkheden wanneer een algemene voorziening niet passend is.
 - o Bovendien is er bij een algemene voorziening geen mogelijkheid tot pgb.
- Er is onvoldoende deskundigheid in de toegang, bijvoorbeeld op het gebied van:
 - o kennis van beperking
 - o inlevingsvermogen
 - o communicatie skills
 - o doorvragen naar de vraag achter de vraag



Dit geldt met name voor de doelgroep levenslang en levensbreed. Naast deskundigheid gaat het ook om vooroordelen over het pgb en de persoon die een aanvraag indient: 'dan krijg je een budget om zorg in te kopen, maar wordt het gebruikt om op vakantie te gaan...' of 'daar heb je die zeur weer..'. Je kunt als hulpvrager overgeleverd zijn aan de overtuigingen en vooroordelen van de persoon die voor je zit. Hierdoor ontstaat willekeur en rechtsongelijkheid.

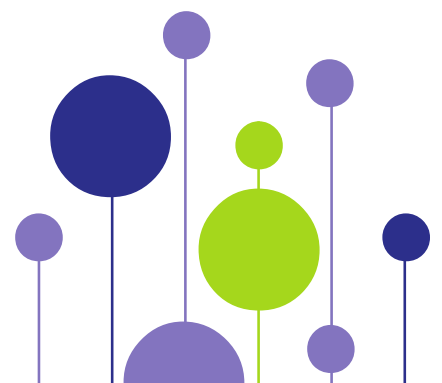
- Ontmoedigen van hulp vragen door:
 - o Tariefsverlagingen toe te passen.
 - Hierdoor kan een budgethouder bijvoorbeeld een vertrouwde zorgverlener niet behouden. Zeker niet op deze momenteel krappe arbeidsmarkt.
 - We zien bijvoorbeeld verlagingen van het informele tarief van 22 euro per uur naar het minimumloon en tariefsverlagingen voor zware begeleiding van 65 euro naar 45 euro per uur.
 - Tariefsverlagingen komen ook veelvuldig voor bij ouder- en wooninitiatieven. Gemeenten gaan bijvoorbeeld over tot een verlaging van het tarief met 33% tot 50%. En gemeenten gaan bijvoorbeeld uit van een budget voor 46 weken i.p.v. 52 weken per jaar. Dit betekent dat iemand voor 6 weken geen budget heeft voor zorg en/of ondersteuning. Waar moet die zorg en/of ondersteuning in die 6 weken dan opeens vandaan komen?
 - o Het afgeven van korte indicaties, 3-6 maanden. Dit leidt vaak tot veel onrust en stress. De zorgvrager moet constant bewijzen iets te mankeren en dat nog steeds hulp nodig te hebben. De verstrekker probeert bij te sturen via de nieuwe indicatie (herindicatie), en stelt vaak ook doelen die behaald moeten worden. Deze manier van indiceren is voornamelijk gericht op aflopende zorg en niet op zorg die levenslang verstrekt moet gaan worden. Het afgeven van korte indicaties komt ook veel voor bij ouder- en wooninitiatieven.
 - o Het rekken van het onderzoek (wel afgeven ambtshalve verlenging van steeds korte periodes). Tevens is sprake van een lange wachttijd alvorens het pgb in behandeling te nemen. Indicatie pas verstrekken als er een plek is.
 - o De kwaliteitseisen van zorg uit pgb gelijk stellen aan die voor ZIN, maar dit is appels met peren vergelijken.
 - o Irrelevante eisen aan vertegenwoordiging stellen, bijvoorbeeld:
 - Naasten uitsluiten om het pgb te beheren wanneer zijn tegelijkertijd zorgverlener te zijn.
 - Vertegenwoordiging door familieleden t/m de 4e graad van de zorgverlener niet toestaan.
 - o Bij iedere nieuwe aanvraag of herindicatie minder uren indiceren.



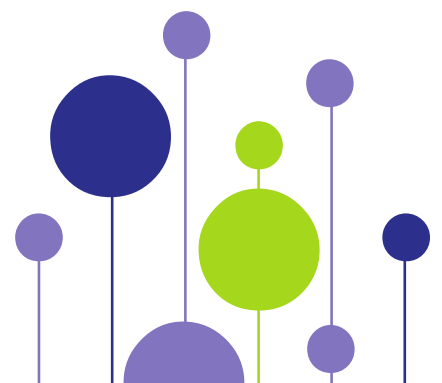
- Dat bij een telefonische melding de gemeente al aangeeft dat het indienen van een bepaalde hulpvraag zinloos is, omdat de gemeente 'hier niet aan doet'.
- Niet uitgaan van de hulpvraag, maar sturen op een algemene voorziening of ZIN bijvoorbeeld doordat een medewerker aangeeft: 'Met ZIN heb je al dat gedoe niet, dat je met een pgb wel hebt'.
 - Een algemene voorziening is het aanbod van diensten of activiteiten dat toegankelijk is zonder voorafgaand onderzoek naar de behoeften, persoonskenmerken en mogelijkheden van de gebruikers en dat is gericht op maatschappelijke ondersteuning, zoals een boodschappenservice, buurthuisactiviteiten, maaltijdservice, klussendienst en ouderenadviseurs. Iedere inwoner kan hier gebruik van maken.
 - Een maatwerkvoorziening is een op behoeften, persoonskenmerken en mogelijkheden van een persoon afgestemd geheel van zorg en ondersteuning (zoals begeleiding, behandeling en persoonlijke verzorging), hulpmiddelen, woningaanpassing en andere maatregelen ten behoeve van o.a. de zelfredzaamheid en participatie. Een maatwerkvoorziening is dus afgestemd op de behoeften en omstandigheden van een specifieke persoon. Bij een maatwerkvoorziening heeft de hulpvrager daarnaast keuzevrijheid om dit met een persoonsgebonden budget (pgb) te regelen of gebruik te maken van gecontracteerde naturazorg. Mensen die kiezen voor een pgb maken hiervoor een bewust positieve keuze: dit zijn mensen die regie willen voeren over hun leven en zo ook over hun zorg en ondersteuning. Zij zijn daarnaast in staat om met een pgb te kunnen werken (of kunnen toegerust worden door een training om goed met een pgb te kunnen werken).

We zien dat gemeenten de inzet van algemene voorzieningen op verschillende manieren bevorderen:

- Meerdere gemeenten zetten algemene voorzieningen in als basis. Gemeenten verwijzen aanvragers direct naar een algemene voorziening zonder onderzoek te doen naar de individuele behoeften en mogelijkheden van de aanvrager.
- Ook doen gemeenten een (lichte) toets om te kijken of iemand in aanmerking komt voor zorg of ondersteuning vanuit een algemene voorziening. De definitie van algemene voorziening wordt hiermee opgerekt.



- Het doen van onderzoek of iemand in aanmerking komt voor een voorziening is wettelijk voorbehouden aan een maatwerkvoorziening. De inzet van maatwerkvoorzieningen is moeilijker toegankelijk. Het is onduidelijk of de aanvrager wordt gewezen op de mogelijkheid van een maatwerkvoorziening of dat informatie hierover (gemakkelijk) vindbaar en toegankelijk is.
 - De keuzevrijheid en eigen regie van inwoners met een hulpvraag worden beperkt. Bij een algemene voorziening is pgb niet mogelijk, alleen zorg in natura.
 - Ook verslechtert de rechtspositie van inwoners: er is geen indicatie voor een algemene voorziening. Hierdoor is er ook geen bezwaar en beroep mogelijk.
 - Voor een deel van de achterban resulteert deze nieuwe werkwijze (waarschijnlijk) in passende zorg. Maar voor een ander deel is dat (naar verwachting) niet het geval, met name voor inwoners met een meer complexe ondersteuningsvraag die specialistische ondersteuning noodzakelijk maakt. Zij kiezen vaak om motiverende redenen om hun zorg met een pgb te regelen zodat zij zelf bepalen wie de zorg/ondersteuning levert, wanneer, waar en hoe dit wordt geleverd.
- Er zijn gemeenten die resultaatgericht werken. Bij resultaatgericht indiceren gaat een gemeente uit van een resultaat en niet van bijvoorbeeld een aantal uren. Resultaatgericht indiceren past niet bij een pgb: een resultaatgerichte indicatie geeft onvoldoende duidelijkheid over het aantal uren zorg dat kan worden ingekocht en waarop het budget is gebaseerd. De minister van Volksgezondheid wilde resultaat gericht indiceren in 2019 voor gemeenten juridisch mogelijk maken. Vanwege corona is dit wetsvoorstel uitgesteld. Per Saldo is tegen dit wetsvoorstel. Resultaatgericht indiceren kan voor onduidelijkheid en rechtsonzekerheid zorgen. Ook vrezen wij dat deze manier van indiceren gebruikt gaat worden om te bezuinigen.
- Bij het in kaart brengen van en het zoeken naar mogelijke oplossingen niet de persoonlijke hulpvraag centraal stellen maar slechts vanuit het bestaande aanbod denken en werken.
- Alleen in de Jeugdwet: wanneer een hulpvrager vol bleef houden een naaste in te willen inzetten, dan volgde in sommige gevallen een 'onterechte melding' bij Veilig Thuis. Zo'n melding krijg je bijna niet meer uit je dossier, zelfs niet nadat een rechter heeft uitgesproken dat deze melding uit je dossier moet.



Wlz

- **Extra budget**

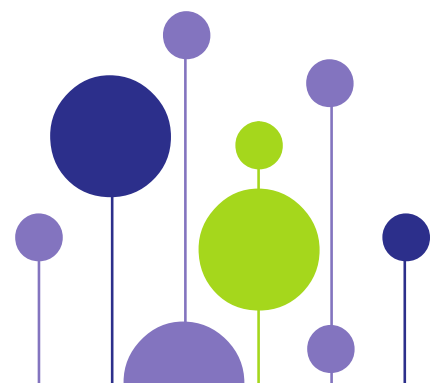
- Wanneer een budgethouder niet uitkomt met het budget dat hoort bij het zorgprofiel, dan kan hij/zij extra budget krijgen. Hiervoor moet echter een aparte aanvraag worden gedaan bij het CIZ, terwijl het CIZ het zorgprofiel bepaald. Daarnaast is de toekenning voor dit extra budget (bijvoorbeeld EKT, meerzorg) slechts beperkt geldig (maximaal een paar jaar), terwijl iemand in de Wlz echt niet meer beter gaan worden. Daarom is de Wlz-indicatie zelf ook levenslang geldig.
- Het is niet voor alle zorgprofielen mogelijk om meerzorg aanvragen. Dit kan een probleem worden wanneer een budgethouder niet uitkomt met het basisbudget en EKT.
- Toezicht mag niet worden meegenomen in meerzorg-aanvraag. Dit is eigenlijk gek, want de Wlz-zorg bestaat uit 24-uurs toezicht of zorg in de nabijheid. Wanneer een budgethouder niet uitkomt met het basisbedrag uit het zorgprofiel is het gek dat bij de aanvraag van meerzorg toezicht ineens niet mee mag worden genomen in de berekening van een tekort, terwijl toezicht een belangrijk onderdeel is van de zorg.

- **Gewaarborgde hulp**

- Het begrip gewaarborgde hulp betreft hulp van een derde die door de verzekerde is ingeschakeld en van wie voldoende aannemelijk is gemaakt dat deze kan in staan voor nakoming van de aan het persoonsgebonden budget verbonden verplichtingen.² Het gaat dus om bijvoorbeeld een vertegenwoordiger of een andere derde, die de verzekerde helpt om te voldoen aan de voorwaarden van (verlening van) een persoonsgebonden budget, zoals het voeren van regie over de zorg. Het begrip is ontleend aan de jurisprudentie die mede ten grondslag ligt aan de verleningsvoorwaarden zoals die zijn beschreven in de wet- en regelgeving.

Een grote groep budgethouders heeft te maken met het begrip gewaarborgde hulp. Bij een groot aantal zorgprofielen is de gewaarborgde hulp verplicht. Wanneer een budgethouder een zorgprofiel heeft waar de gewaarborgde hulp verplicht is, moet er altijd een aan worden gewezen. Ook wanneer er al een wettelijk vertegenwoordiger is. Een extra administratieve last dus, de wettelijk vertegenwoordiger is namelijk juridisch gezien al 'meer' dan de gewaarborgde hulp. Of een gewaarborgde hulp verplicht is zou maatwerk moeten zijn en geen verplichting vooraf.

² Art. 1.1. Rlz



- **Verantwoording op zorgfunctie niveau (nieuw in PGB 2.0)**

- o Op dit moment moeten budgethouders de uren die ze via het PGB Portaal declareren specificeren naar werkzaamheden. Voor veel budgethouders is dit echter erg moeilijk, omdat de zorg continu doorloopt: er is vaak één zorgverlener die een dienst draait en tijdens deze dienst verschillende werkzaamheden door elkaar uitvoert.

De SVB heeft aangegeven dat het verwerken van de declaraties erg veel tijd in beslag neemt door het scheiden van de werkzaamheden. De SVB heeft daarom ook besloten om op papier niet langer een dergelijke specificatie te eisen. Maar budgethouders die met het portaal werken, moeten echter nog wel deze scheiding aanbrengen. Hierdoor ondervinden budgethouders die met het portaal werken een nadeel ten opzichte van mensen die via de papieren stroom werken. Per Saldo heeft hier al meerdere klachten over ontvangen. En wij kunnen niet aan budgethouders uitleggen, dat het een voordeel is om op papier te werken. Ook hebben wij veel klachten ontvangen van budgethouders die veel meer moeten specificeren dan voorheen in PGB 1.0, waardoor ze zeer ontevreden zijn over het portaal.

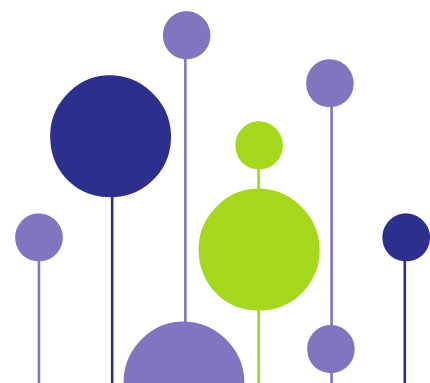
- **ZZP'ers mogen maximaal 40-uur per week zorg leveren**

- o De toelichting van dit punt staat onder het kopje werkgeverstaken.

Zvw

- **Geen bijkomende zorgkosten en reiskosten vergoeding mogelijk en ook geen vrij te laten bedrag**

- o In de Zvw kan een budgethouder geen bijkomende zorgkosten declareren. Het gaat dan om bijkomende kosten die worden gemaakt tijdens de uitoefening van de zorgverlening en die niet in het tarief zijn meegenomen. Reis- en verblijfskosten van de zorgverlener of een cursus kunnen hierdoor bijvoorbeeld niet vergoed worden. De maximum tarieven zijn inclusief werkgeverslasten en reiskosten/onkostenvergoeding, maar de tarieven zijn hiervoor niet toereikend. In het Zvw-pgb bestaat geen verantwoordingsvrij bedrag, dus kunnen de kosten ook niet via die weg bekostigd worden.



- **Kortdurende indicaties. Niet omdat de zorg nou zo fluctueert, maar om vinger aan de pols te houden**

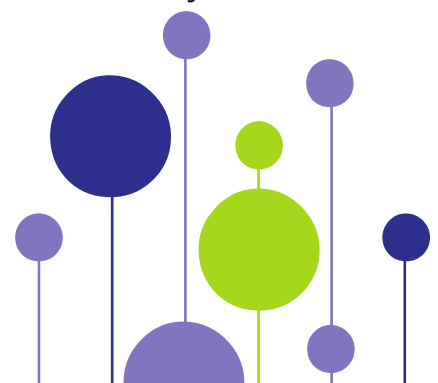
- o Wij willen maatwerk voor iedereen: ondersteuning die aansluit bij de zorgvraag. Dit is ook een belangrijk uitgangspunt in het verdrag van de rechten van de mens en vraagt om continue aandacht van politiek en maatschappij. De duur waarvoor een indicatie afgegeven wordt, moet maatwerk zijn en afhankelijk van zorgbehoefte. Korte indicaties zorgen voor veel onnodige stress, kosten veel tijd en ook uitvoeringskosten, maar vooral ook voor veel (onnodige) administratieve lasten. Wij willen dan ook dat zorgverzekeraars indicaties voor een langere periode afgeven. Tussentijdse evaluaties vervangen dan de steeds weer nieuwe herindicaties. Dit strookt beter met de gedachte van de wet, - namelijk dat je te maken hebt met langdurige zorg - dan de huidige praktijk, waarin korte indicaties eerder de regel lijken te zijn.

Met name budgethouders met een chronische (niet progressieve) ziekte of aandoening, zoals bijvoorbeeld een dwarslaesie, zijn gebaat bij een langdurende indicatie. Bij hen leidt een korte indicatieduur en de bijbehorende regelmatige herindicatie tot frustratie. Voor deze mensen verandert er weinig in hun zorgvraag en wanneer het nodig is, kunnen zij zelf meer zorg aanvragen. Een kortere indicatie is alleen logisch wanneer bij de eerste indicatie vastgesteld is, dat er nog zaken aan te leren zijn waar dan later geen zorg meer voor geïndiceerd hoeft te worden. Wanneer budgethouders bij iedere indicatie opnieuw 'hun verhaal moeten doen', voelt dat voor hen als verantwoording afleggen: zij ervaren dan weinig vertrouwen vanuit zorgverzekeraars.

De menselijke maat moet echt centraal staan. Nu staat in de bestuurlijke afspraken dat de duur van de indicatiestelling maatwerk moet zijn, maar in de reglementen van verzekeraars staat dat de maximale duur van een indicatie 2 jaar is. Hoewel in de bestuurlijke afspraken 'maatwerk' staat, komt dit in praktijk nu dus neer op 'maatwerk tot 2 jaar'.

- **Maximum tarieven stijgen niet, of onvoldoende, mee**

- o Zorgverzekeraars zijn volledig vrij om zelf het maximum tarief te bepalen dat zij voor pgb-zorg per uur betalen. Zij worden daarin enkel begrenst door een minimum en een maximum: het minimum is het minimumloon en het maximum is het door de NZa bepaalde maximum voor formele tarieven en het in de Rzv bepaalde maximum voor informele tarieven. Beide maximum tarieven worden jaarlijks geïndexeerd, maar verzekeraars volgen deze indexatie niet: zij verhogen hun maximum tarieven niet of zeer beperkt.



- **Geen wijkverpleegkundigen te vinden om indicatie te stellen**

- o De wijkverpleegkundige moet de indicatie voor de pgb-zorg in de Zvw doen. Maar wijkverpleegkundigen zijn heel erg moeilijk te vinden door grote tekorten. Daarbij komt dat verzekeraars vaak kortdurende indicaties afgeven, waardoor budgethouders ook heel vaak een indicerend wijkverpleegkundige nodig hebben.

- **Flexibiliteit beperkt?**

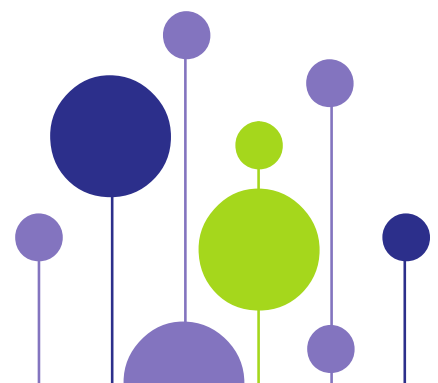
- o Flexibele inzet van het pgb is vaak niet of slechts zeer beperkt mogelijk. Zo zien wij zien dat de mogelijkheden die de budgethouder krijgt om bestedingsvrijheid toe te passen steeds meer terugloopt. Momenteel is het zo dat al wel in de bestuurlijke afspraken staat dat je het pgb flexibel kan inzetten van meer- en minder zorg binnen de tijd voor de geïndiceerde functie (art. 2.9). Je kunt als budgethouder dus wel de ene week meer en de andere week minder zorg inkopen.

Flexibele inzet van het Zvw budget gaat volgens ons over twee aspecten:

- Bestedingsvrijheid: Budgethouders kunnen meer uren inkopen dan geïndiceerd, zolang het financiële budget niet wordt overschreden. Bijvoorbeeld door een lager tarief af te spreken.
- De mogelijkheid om tussen zorgfuncties en uren te schuiven. Dit betekent dat de budgethouder de vrijheid heeft om geïndiceerde uren voor persoonlijke verzorging en verpleging met elkaar uit te wisselen. Hiervoor moeten uiteraard wel beide functies geïndiceerd zijn en mag het budget niet worden overschreden.
- o Flexibiliteit is de kern van het pgb, maar is vaak maar zeer beperkt mogelijk. Verzekeraars gaan verschillend met flexibele inzet om en flexibele inzet loopt steeds meer terug. We zien dat er verzekeraars zijn die enkel een pgb in uren afgeven en niet in geld, terwijl het pgb staat voor een budget dat je zelf kan uitgeven.

- **Pgb loopt niet door bij opname in ziekenhuis, zorg wel nodig**

- o Het pgb moet door kunnen lopen tijdens ziekenhuisopname (vanwege bijvoorbeeld doorlopende zorg en arbeidsrechtelijke verplichtingen). Bovendien is het ook zo dat het ziekenhuis de zorg die nodig is vaak niet kan leveren en een beroep doet op de pgb-zorgverleners. Deze zorgverleners moeten dan wel betaald kunnen worden. Dat mag nu niet.



Daarnaast is de gedachte van het doorbetalen van loon bij tijdelijke opname van de budgethouder om 'verwacht' loon te kunnen compenseren. Het 'vervangt' in feite de opzegtermijn die er in dat geval niet was. Vanuit dit oogpunt zou je dus kunnen beargumenteren dat de zorgverlener recht heeft op doorbetaling van het loon bij tijdelijke opname van de budgethouder.

Zie hierover ook de uitkomsten van het onderzoek dat is gedaan en de uitzendingen van De Monitor (december 2018). Daarna is beloofd dat verzekeraars per geval zullen kijken naar een oplossing. Wij zien liever dat dit op voorhand al goed geregeld is, zodat niet keer op keer dezelfde strijd geleverd moet worden.

- **Declaratie per 5-minuten is afgeschaft, toch blijven verzekeraars hier naar vragen**

- o In bestuurlijke afspraken is vastgelegd dat budgethouders hun zorg kunnen declareren in uren en minuten en dat dat niet per 5-minuten hoeft, omdat dat is extra werk kost. Toch zijn er nog altijd verzekeraars die hier naar blijven vragen.

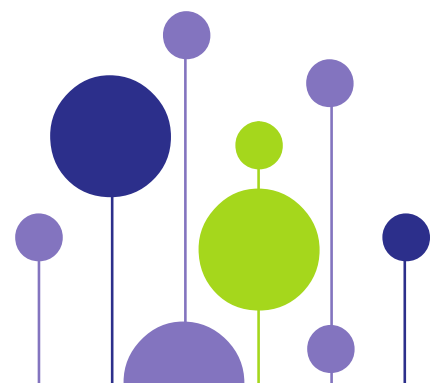
Toekennen in functies

Twee zorgverzekeraars kennen pgb alleen in functies toe. Budgethouders krijgen dan geen geld bedrag en weten dus ook niet hun totale budget.

Domeinoverstijgend

- **Wet zorg en dwang**

- o De wet zorg en dwang (Wzd) is op 1 januari 2020 ingegaan en gaat over onvrijwillige zorg. Waar voorgaande wetgeving over onvrijwillige zorg enkel ging over de zorg in een ggz-instelling, gaat deze wet ook over onvrijwillige zorg in de thuissituatie (zowel wanneer thuis 1-op-1 de zorg wordt ontvangen als in een woon-/ouderinitiatief). Hierdoor kunnen budgethouders ook met deze wet te maken krijgen. De Wzd legt regels op aan zorgverleners, zodat zij niet zomaar onvrijwillige zorg kunnen inzetten. Dit vinden wij alleen maar goed. Uiteraard is de budgethouder niet de zorgverlener, maar hij (of zijn vertegenwoordiger) stuurt de zorgverlener wel aan en moet de zorgverlener ook betalen voor de door hem ingekochte zorg. De budgethouder is de opdrachtgever (bij overeenkomst van opdracht) en in sommige gevallen de werkgever (bij een arbeidsovereenkomst) van de zorgverlener. Zij hebben hiermee dus eigen regie over de zorg en ondersteuning die aan hen geleverd wordt.



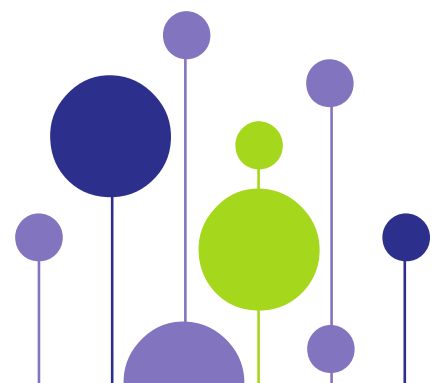
Het probleem ontstaat echter wanneer een zorgverlener van mening is dat onvrijwillige zorg ingezet moet worden. Op dat moment moet de zorgverlener namelijk een heel stappenplan doorlopen, waarbij verschillende extra mensen betrokken moeten worden zoals een Wzd-arts, extern deskundige en zorgverantwoordelijke. Omdat de zorgverlener niet bij een organisatie werkt, maar direct voor de budgethouder werkt is het onduidelijk waar al deze mensen vandaan gehaald moeten worden. Ook is niet duidelijk hoe al deze mensen en de benodigde tijd bekostigd moeten worden. Vanuit het pgb mag en kan dit namelijk niet.

Bovenstaande vragen hebben wij al geruime tijd geleden bij het ministerie van VWS neergelegd. Maar ondanks dat de wet al is ingegaan, zijn hier nog altijd geen antwoorden op. We blijven hier aandacht voor vragen. De Wzd is een goed voorbeeld van een wet die is geschreven zonder rekening te houden met budgethouders (thuis of in een wooninitiatief) die wel door de wet geraakt worden maar waarvoor de wet niet passend is.

- **Werkgeverstaken**

De wetgeving rondom het arbeidsrecht is geschreven voor werkgevers die een beroep of bedrijf uitvoeren. Maar niet voor mensen die werkgever worden als natuurlijk persoon enkel en alleen om de zorg geleverd te krijgen (wat bij een pgb-budgethouder het geval is). Budgethouders worden werkgever omdat zij iemand in dienst moeten nemen om de zorg voor zichzelf geleverd te krijgen zoals ze dat willen. Dit is een andere motivatie om werkgever te worden, dan wanneer je besluit personeel in dienst te nemen voor je beroep of bedrijf. De zorg kan in het geval van pgb ook enkel aan de werkgever/de budgethouder geleverd worden en niet aan iemand anders: de werkgever (de budgethouder) kan de zorgverlener die bij hem in dienst is niet zomaar bij iemand anders zorg laten verlenen. Dit mag alleen bij de budgethouder/werkgever zelf.

Een budgethouder kan ook niet zelf kiezen of hij iemand laat werken op basis van een arbeidsovereenkomst of overeenkomst van opdracht: het type relatie met tussen budgethouder en zorgverlener bepaalt wat voor overeenkomst zij aan moeten gaan. Dit is best een bijzondere werkgeversrelatie. Dat zie je bijvoorbeeld terug in het feit dat de zorgovereenkomst van rechtswege eindigt wanneer de budgethouder/werkgever komt te overlijden. Je kunt dan als zorgverlener alleen nog een eenmalige uitkering krijgen, verder niets. Dit is natuurlijk heel anders dan bij een 'normale' werkgever waarbij je gewoon in dienst blijft van de onderneming. Budgethouder is ook een natuurlijk persoon die werkgever is, niet een rechtspersoon.



Doordat een budgethouder aangemerkt wordt als werkgever is hij dus ook verplicht is zich te houden aan de arbeidswetgeving. Dit brengt een aantal problemen met zich mee. Wij geven hier een aantal voorbeelden:

o **Arbeidstijden**

- De budgethouder mag bij arbeidsovereenkomst maar 12 uur per keer/dienst betalen volgens arbeidsrecht (tenzij in cao anders is bepaald). In de cao's mag je wel langere diensten laten draaien. Cao's zijn algemeen verbindend, maar gelden niet voor individuele personen en dus niet voor budgethouders. Het is eigenlijk heel gek dat wanneer je zelf iemand inhuurt je dus beperkter bent, dan wanneer er iemand via een organisatie bij je komt werken. Deze beperking belemmert een budgethouder om diensten goed in te kunnen delen. Dit knelpunt speelt bijvoorbeeld bij mensen met een Persoonlijk Assistentie Budget (PAB) of andere situaties waar intensieve zorg noodzakelijk is.
- In het verlengde van het eerste punt: een ZZP'er mag volgens de Rlz maar 40-uur per week werken bij een budgethouder, terwijl een ZZP'er buiten het pgb om niet begrenst wordt door een aantal uur. Dit is een knelpunt, omdat een budgethouder sommige zorgverleners 24-uurdiensten wil laten draaien. Je zit dan al snel aan 40-uur per week met dergelijke diensten. De budgethouder kan deze zorgverlener dan niet eens twee keer per week inzetten, terwijl dit wel wenselijk kan zijn.
- Volgens de arbeidstijdenwetgeving moet je bij een contract op oproepbasis (wat bij pgb veel het geval is) minimaal drie uur per oproep betalen. Ook als er minder uren gewerkt zijn. Dit botst met de regel dat je alleen daadwerkelijk geleverde zorg uit het pgb mag betalen.

o **Wet arbeidsmarkt in balans (WAB)**

Een ander voorbeeld van een wet die geschreven is, maar waarbij onvoldoende rekening is gehouden met het pgb, is de Wet arbeidsmarkt in balans (WAB). Deze wet is geschreven door het ministerie van SZW en per 1 januari 2020 in werking getreden.

De WAB is bedoeld om werknemers te beschermen. De wet heeft gevolgen voor alle arbeidsovereenkomsten, maar de knelpunten zitten met name bij budgethouders die een arbeidsovereenkomst hebben gesloten met hun zorgverleners in de vorm van een oproepovereenkomst. En zoals al eerder benoemt kan een budgethouder niet zelf kiezen of hij/zij een overeenkomst van opdracht of arbeidsovereenkomst afsluit. De relatie tussen de zorgverlener en de budgethouder bepaalt het type overeenkomst. We geven hier twee voorbeelden van knelpunten, maar dit zijn niet alle problemen rondom de WAB:

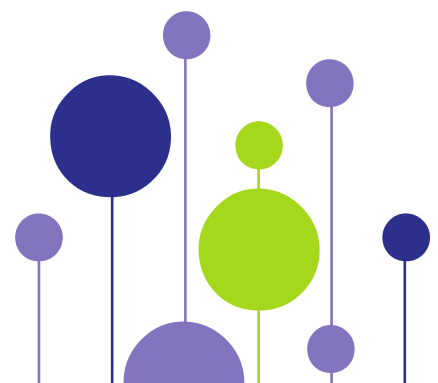


- Zo moet een budgethouder die een arbeidsovereenkomst heeft met zijn of haar zorgverlener door de WAB zijn zorgverlener na 12 maanden een overeenkomst met een vast aantal uren aanbieden. Hierbij de budgethouder minimaal het aantal uur aanbieden dat de zorgverlener de afgelopen 12 maanden voor de budgethouder heeft gewerkt. Dit kan tot aantal problemen leiden:
 - Pgb-budgethouders te maken hebben met een pgb-budget. Dit pgb-budget wordt vaak maar voor een bepaalde periode (variërend van drie maanden tot jaren) en voor een bepaald aantal uren afgegeven. De omvang van het budget kan dus wisselen door aanpassingen en herindicaties.
 - De budgethouder mag alleen die uren uitbetalen die ook daadwerkelijk geleverd zijn. Met vaste uren kan dit tot problemen leiden, wanneer er niet voldoende uren zijn voor de zorgverlener om te werken: deze uren kunnen niet betaald worden uit het pgb-budget. De budgethouder kan deze vaste uren ook niet zomaar ergens anders inzetten, omdat hij zijn pgb-budget enkel aan zijn eigen zorg kan besteden.

Een ander probleem dat door de WAB is ontstaan, is dat de oproeptermijn bij een oproepovereenkomst van één naar vier dagen is gegaan. Dit is een probleem. Bijvoorbeeld wanneer een budgethouder flexibele krachten in wil zetten, wanneer de vaste krachten ziek zijn. Is de vaste kracht binnen die 4 dagen toch weer beter? Dan heeft de budgethouder twee zorgverleners ingepland die allebei loon moeten krijgen. Dit mag niet uit het budget (want alleen geleverde zorg mag betaald worden) en de budgethouder kan het vaak niet uit eigen zak betalen.

Ook de problemen rondom de WAB hebben we geadresseerd bij het ministerie van VWS en ook bij het ministerie van SZW. Helaas zijn hier nog geen oplossingen voor.

Met de voorbeelden van knelpunten met de WAB willen we laten zien dat bij het opstellen van wetten vaak onvoldoende rekening wordt gehouden met pgb-budgethouders. Het is namelijk het schoolvoorbeeld van een wet die is geschreven voor de grote groep werknemers/werkgevers en waarbij er geen rekening is gehouden met budgethouders die werkgever zijn, maar simpelweg niet aan alle eisen kunnen voldoen. Het ministerie van SZW was zelfs niet goed op de hoogte over hoe de constructie bij het pgb werkt.



- **Minimaal drie uur betalen**

In art. 7:628a lid 1 BW staat geregeld dat wanneer er sprake is van een oproepovereenkomst, de werknemer (hier de zorgverlener) tenminste drie uur per keer uitbetaald moet krijgen. Daardoor is het mogelijk dat er meer zorg gedeclareerd gaat worden dan geleverd is (of in ieder geval voor minder uur). Minder declareren kan immers niet door de werkgeversverplichtingen. Een budgethouder komt hierdoor in een spagaat: aan de ene kant mag geen niet-geleverde zorg gedeclareerd worden, maar aan de andere kant moet de budgethouder voldoen aan zijn werkgeversverplichtingen.

- **Wet Poortwachter**

Wanneer de pgb-budgethouder een zorgverlener in dienst heeft op basis van de arbeidsovereenkomst (en zoals eerder aangegeven kun je hier zelf als budgethouder geen keuze in maken) en deze werknemer wordt ziek, dan treedt de Wet Poortwachter in werking. Die schrijft voor dat een budgethouder een werknemer bij ziekte vervangend werk moet kunnen aanbieden. Maar dit is bij pgb vaak niet mogelijk: een budgethouder mag alleen zorg declareren die daadwerkelijk geleverd is. Een zorgverlener die bijvoorbeeld is aangenomen om verpleging te bieden kun je dus niet ineens administratief werk laten doen.

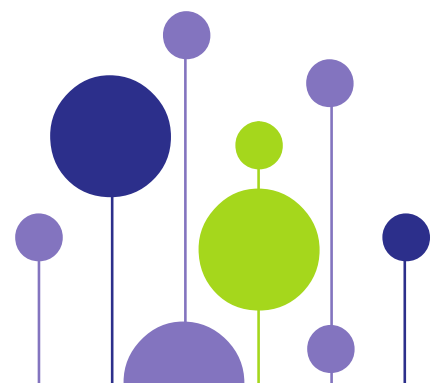
Wonen

Overstijgend

- **Verstrekkers sturen aan op zorg in natura boven het pgb**

Zowel zorgkantoren als gemeenten laten initiatiefnemers van ouderinitiatieven weten alleen samen te willen werken wanneer er sprake is van financiering van de zorg in zorg in natura (ZIN). Een grote zorgaanbieder heeft bijvoorbeeld aan een ouderinitiatief in oprichting enkele jaren geleden laten weten alleen de zorg te willen verlenen in ZIN 'omdat het zorgkantoor dit wil'.

Bij gemeenten kan het voorkomen dat een nieuwe wethouder een persoonlijk oordeel heeft over zorg via pgb. Dat heeft bij zeker twee ouderinitiatieven geleid tot een totale koerswijziging van de gemeente ten aanzien van een initiatief in oprichting: van positieve visie op een startend pgb ouderinitiatief naar het alleen toestaan van ZIN. Ook worden bestaande ouderinitiatieven benaderd om naar ZIN over te stappen.



Wlz

- Toename regeldruk voor ouder- en wooninitiatieven

Ondanks het voornemen de regeldruk voor ouder- en wooninitiatieven te verlagen, neemt die alleen maar toe. Een goed voorbeeld hiervan is het door een zorgkantoor ingevoerde splitsingsformulier huisbezoeken. Bewoners beschikken over een indicatiestelling, een goedgekeurd zorgplan en een zorgbeschrijving. Hieruit is af te leiden welke zorg zij inkopen en voor hoeveel uur. Maar het zorgkantoor ontwikkelde een formulier voor huisbezoeken. Hierop moet de ingekochte zorg per zorgfunctie worden aangegeven. Dit leidt tot overbodige administratieve druk, want er ligt immers al een zorgplan met zorgbeschrijving waarop dit beschreven staat. Bovendien staan op het formulier geen zorgfuncties die gebruikelijk zijn in een ouderinitiatief, zoals begeleiding groep en toezicht: die moeten dan volgens het zorgkantoor 'maar omgerekend worden naar begeleiding individueel'. De onderbouwing voor invulling van het formulier ontbreekt volledig, maar het zorgkantoor dreigt wel met sancties wanneer het formulier huisbezoek niet wordt ingevuld.

Wmo

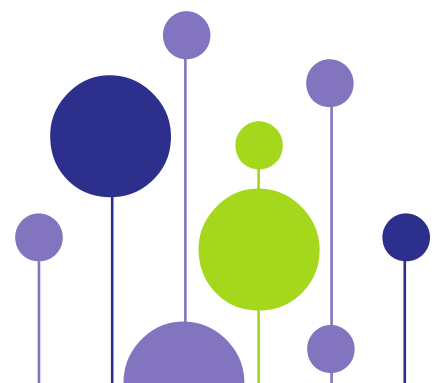
- **Onvoldoende kennis bij gemeenten over de beperking autisme**

Dit is een hardvochtig knelpunt bij de indicatie voor mensen met autisme met een pgb uit de Wmo. Gemeenten indiceren zelf of nemen bureaus in de arm met indicatiestellers die onvoldoende kennis hebben van hoe autisme zich manifesteert. Autismen is een aandoening die zich levenslang en levensbreed doet gelden. Vooruitlopend op nieuwe wet- en regelgeving die het Beschermd Wonen en tussenvormen daarvan gaat regelen zien we nu dat gemeenten sturen op 2 mogelijkheden:

- o óf dwingend sturen op een indicatie voor de Wlz
- o of sturen op 'Begeleid Thuis' wonen, d.w.z. zelfstandig thuis met ambulante begeleiding en uiteindelijk volledige zelfredzaamheid.

Een tussenvorm met maatzorg, bv met begeleiding en toezicht in een ouder- of wooninitiatief, is geen optie. Wij zien dus dat niet de zorgbehoefte centraal staat maar de gemeentelijke financiën.

Een voorbeeld van het niet centraal stellen van de individuele zorgbehoefte vinden we bij de gemeente Delft. Deze gemeente stelt 13 doelen die iemand met autisme moet halen, maar deze doelen zijn niet door die persoon of samen met die persoon bedacht. Deze werkwijze draagt niet bij aan de benodigde kwaliteit van zorg. Het gaat hier over iemand met autisme, die al in een kleinschalig wooninitiatief woont en die niet zonder levenslange en levensbrede begeleiding kan leven. Deze persoon is gebaat bij stabiliteit, rust en zodoende bij zorg die aansluit bij diens persoonlijke zorgvraag. Algemeen geformuleerde doelen sluiten daar op voorhand niet bij aan.

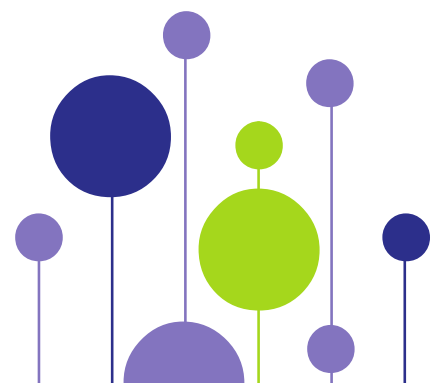


Onderwijs

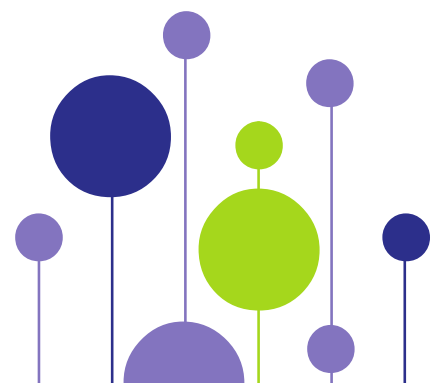
- Budgethouders worden in nieuwe pilots met betrekking tot zorg in onderwijstijd gedwongen een deel van hun pgb budget in te zetten als bijdrage voor collectieve zorg op school, ook als deze zorg voor de budgethouder niet passend blijkt te zijn.
- Budgethouders moeten een deel van hun pgb budget afstaan aan de onderwijsinstelling voor zorg tijdens onderwijstijd. Ook wanneer de budgethouder door zijn/haar beperking vaak niet in staat is om naar school te gaan. En dan loopt je zorg thuis dus ook gewoon door. Het komt voor dat school het door de budgethouder afgestane budget niet terugstort wanneer de budgethouder niet op school is en dus ook geen zorg ontvangt. School beroept zich dan op contractuele afspraken met de collectief ingekochte zorgaanbieder en die zijn vaak zonder controle of de zorg ook daadwerkelijk is geleverd. In deze situatie kunnen budgethouders in de knel komen met hun budget omdat ze zowel thuis als op school zorg moeten betalen.
- De collectief ingekochte zorg op school is duurder dan de zorg die de budgethouder had ingekocht waardoor er veel minder budget overblijft om de nodige zorg thuis nog te kunnen organiseren.
- Het niet mogen inzetten van pgb-budget voor ondersteuning op school terwijl dit noodzakelijk is om de voorwaarden te scheppen om tot leren te komen.
- Bij kortdurende beschikkingen heeft de budgethouder geen zekerheid dat noodzakelijke zorg en ondersteuning voor het hele schooljaar georganiseerd kan worden. Dit probleem speelt ook bij de pilot zorg tijdens onderwijstijd, omdat het schooljaar niet gelijk loopt met het kalenderjaar.
- Ook verschillende hardvochtigheden die wij benoemd hebben onder de kopjes Jeugdwet, Wmo, Wlz en ZVW algemeen raken de zorg op school.

Corona

- Voor zorg in natura werden al heel snel afspraken gemaakt om de continuïteit van zorg en de bestaanszekerheid van zorgaanbieders zoveel mogelijk te waarborgen. Voor pgb werd dit eerst niet geregeld. We hebben enorm hard moeten trekken om ook voor budgethouders en pgb zorgverleners afspraken te kunnen maken. Pas nadat we een brief in voorbereiding hadden voor de Tweede Kamer, werd er van alles in gang gezet.
- Daar waar voor naturazorg alles gemakkelijk geregeld werd, viel tijdens de pgb afspraken regelmatig het woord fraude: Is dit niet fraudegevoelig? Zal het geld wel goed besteed worden? Moet er geen extra controle op het uit te geven budget zijn? Hoe kunnen we zoveel mogelijk voorkomen dat er met zorggeld gefraudeerd wordt? Dit zorgde natuurlijk voor vertraging in besluitvorming. Ook kwam dit bij naturazorg niet zozeer aan de orde.
- Beleidsvrijheid bij verstrekkers om afspraken die gemaakt zijn in verband met de coronacrisis op eigen wijze in te vullen.



- Mensen die vanwege hun kwetsbare gezondheid altijd al gebruik maakte van beschermende materialen, hadden in het begin van de coronacrisis geen toegang meer tot deze materialen via de voor hen bekende kanalen: deze materialen werden daar allemaal teruggehaald door een landelijk opgezette organisatie om de materialen tijdens schaarste alleen beschikbaar te houden voor ziekenhuizen.
- Budgethouders die aanspraak wilde maken op landelijk gemaakte afspraken (bijvoorbeeld doorbetalen niet geleverde zorg, iemand anders direct in kunnen zetten, extra kosten die gemaakt worden vergoed krijgen) kregen van hun verstrekker te horen dat deze afspraken niet met de verstrekker zijn gemaakt en dat zij deze afspraken dus ook niet naleven.
- De mogelijkheid tot een zorgbonus voor pgb-zorgverleners was eerst niet opgenomen in de regeling. Uiteindelijk konden ook zij in aanmerking komen voor een zorgbonus en zo kon een en ander met een vertraging geregeld worden. Ook hier kwam steeds ter sprake of dit niet fraudegevoelig was. En dat terwijl bij zorg in natura zorgbonussen op basis van nattevingerwerk zijn toegekend en achteraf een groot deel hiervan zelfs niet juist bleek te zijn uitgekeerd. Bij pgb is fraude niet expliciet naar voren gekomen. Het wantrouwen naar de budgethouder toe blijkt dan ook echt niet terecht.
- Pgb-zorgverleners in de ZVW hebben nog altijd geen zorgbonus ontvangen. Daar wordt al anderhalf jaar aan gewerkt.
- Budgethouders dreigen betrouwbare zorgverleners kwijt te raken nu zij per 1 januari 2022 niet meer doorbetaald mogen worden voor niet geleverde zorg als gevolg van coronamaatregelen. Kwetsbare budgethouders willen kans op besmetting zoveel mogelijk beperken en hanteren strenge voorwaarden voor zorgverleners. Bijvoorbeeld dat een zorgverlener bij besmetting van een huisgenoot van de zorgverlener niet bij de budgethouder zorg mag komen verlenen. Omdat de budgethouder sinds 1 januari 2022 deze gedeelde uren niet meer mag vergoeden, bestaat de kans dat de zorgaanbieder omvalt of ander werk gaat doen en niet meer voor de budgethouder beschikbaar is.
- Verstrekker bejegenen budgethouders als potentiële fraudeur. Verstrekkers benaderen budgethouders vanuit wantrouwen en lijken nooit het goede willen zien in de budgethouder.
- Het achteraf terugvorderen van reeds betaalde zorg ook al was die vooraf afgestemd met de verstrekker. Bijvoorbeeld wanneer afgesproken was dat een zorgverlener meer dan 40 uur zorg per week zou leveren.



Verder zien we nog hardvochtigheden bij het pgb op de volgende onderwerpen, die we hier kort opsommen:

- Kwaliteitseisen i.c.m. informele zorgverleners.
- Verplichte gewaarborgde hulp ook als die niet nodig is 'omdat het in de regels staat'.
- Er is niet altijd sprake van onafhankelijke indicatiestelling en dit levert dus veel discussies op.
- Voor iedere hulpvraag vaak een ander budget en een andere verstrekker.
- Het is zoeken naar de juiste clientondersteuner: Waar vind je een clientondersteuner? Hoe onafhankelijk is een clientondersteuner? Is een clientondersteuner voldoende deskundig op het onderwerp waarvoor je hulp nodig hebt?
- Mensen krijgen niet de kans om pgb-beheer te leren.
- Dezelfde regeling kan in 7 een andere gemeente of bij een andere verzekeraar heel andere uitkomsten hebben:
 - De Pgb-weigeringsgronden verschillen per verstrekker.
 - Het vaardigheidskader wordt verschillend toegepast.
 - Het stappenplan toegang wordt verschillend toegepast.
 - Grote verschillen in wat wel en niet gefinancierd mag worden vanuit het pgb (dit zien we vooral bij vooral gemeenten).
- De vertegenwoordiging van budgethouders is niet goed geregeld.
- Ontmoediging van de aanvraag van een pgb door extra regels en het opwerpen van extra hindernissen om een pgb te kunnen krijgen.

Tot slot

Heeft u naar aanleiding van deze brief nog nadere vragen dan kunt u contact opnemen met Aline Molenaar of Jacqueline Gomes.

Met vriendelijke groet,



Aline Molenaar
directeur Per Saldo

