

---

# 7 Conclusies en aanbevelingen: toekomstscenario's

In dit hoofdstuk schetsen we een aantal toekomstscenario's zoals deze voortvloeien uit de bevindingen in dit onderzoek. De toekomstscenario's zijn vanuit de eerste richting(en) zoals eerder geformuleerd in de tussenrapportage, verder besproken in een aantal ontwerpbijsluitingen. De geschetste toekomstscenario's hebben het karakter van aanbevelingen met keuzemogelijkheden voor het meer toekomstbestendig maken van het pgb. We beantwoorden hiermee onderzoeksvraag 4 (zie hoofdstuk 1).

We starten dit hoofdstuk met de richting zoals deze in de tussenrapportage is neergezet (7.1). Vervolgens gaan we in op de gemeenschappelijke elementen in de richting en bouwstenen van de toekomstscenario's (7.2). In paragraaf 7.3 geven we de keuzemogelijkheden in de toekomstscenario's weer op een aantal thema's. We sluiten af met een waardering van de toekomstscenario's vanuit de verschillende perspectieven (7.4). Dat geeft de mate van consensus aan op de verschillende bouwstenen en keuzemogelijkheden.

## 7.1 Conclusies ten aanzien van de praktijk versus de bedoeling van het persoonsgebonden budget

In dit onderzoek zijn we nadrukkelijk op zoek gegaan naar de oorspronkelijke bedoeling van het pgb, het onderliggende systeem van het pgb, en hoe dit zich heeft ontwikkeld in de afgelopen 25 jaar. Dit heeft geholpen om de ontwikkelingen en de huidige praktijk in dat licht te bekijken. Uit dit onderzoek blijkt dat budgethouders in veel gevallen een bewuste, positieve keuze hebben gemaakt voor een pgb. Voor hen geldt dat het pgb van grote betekenis en waarde is. Uit eerder en dit onderzoek (zie ook hoofdstuk 5) blijkt ook er een substantiële groep budgethouders meer noodgedwongen kiest voor een pgb.

De bevinding in dit onderzoek is echter ook dat budgethouders geregeld aanlopen tegen problemen en knelpunten in de uitvoering van het pgb. We zien ook dat het pgb zeker na 1 januari 2015 in uitvoering veel complexer is geworden, mede doordat de uitvoering is belegd bij meer partijen. Eerder hadden alleen zorgkantoren de rol van verstrekker, nu alle gemeenten en zorgverzekeraars ook. Ook de aard van de zorg en ondersteuning lijkt natuurlijker te passen in de Wlz (voorheen de Awbz), dan in de andere wettelijke kaders. De problemen en knelpunten zijn deels gevolg van (de inrichting van) het systeem en deels gevolg van de wijze waarop dit wordt uitgevoerd. We maken onderscheid in:

1. De indicatiestelling in het kader van de toegang tot zorg en ondersteuning, uitgevoerd door gemeenten (Wmo en Jeugdwet), wijkverpleegkundigen (Zvw) en het CIZ (Wlz);
2. De toegang tot het pgb, op basis van de voorkeur en/of keuze van de (potentiële) budgethouder, waarover wordt besloten door gemeenten (Wmo en Jeugdwet), zorgverzekeraars (Zvw) en zorgkantoren (Wlz).

Budgethouders ervaren problemen met de indicatiestelling in het kader van de toegang tot zorg en ondersteuning en toegang tot het pgb. Dit speelt vooral bij gemeenten (Wmo en Jeugdwet) en in de Zvw, en in mindere mate in de Wlz. In deze domeinen zijn veel uitvoerende partijen betrokken (352 gemeenten, tientallen zorgverzekeraars en vele wijkverpleegkundigen). Dit leidt in de praktijk tot een grote diversiteit in de uitvoering van de toegang en voor de doelgroep met een langdurige beperking of aandoening (de groep die mogelijk gebruik wil maken van een pgb) tot moeite om te komen tot maatwerk. Budgethouders ervaren dat gemeenten en zorgverzekeraars geregeld kiezen voor extra regels en beperkingen bij de keuze voor een pgb. Deze regels en beperkingen komen tot uiting in lage(re) tarieven, inperking van de flexibiliteit om te variëren in uren en functies, (extra) hoge administratieve lasten, druk om eerst de mogelijkheden in zorg in natura te proberen, et cetera. Budgethouders ervaren dat deze verstrekkers geregeld in de totstandkoming van beleid en in de uitvoering veelal handelen vanuit wantrouwen. Dit werkt door in de bejegening die ze tegenkomen in de toegang en als er sprake is van herindicaties of 'controles'. Budgethouders hebben het gevoel

---

dat zij die een bewuste en positieve keuze maken voor een pgb geregeld moeten 'lijden onder' het beeld van het pgb dat is ontstaan door de toegang van een oneigenlijke groep en vanuit enkele gevallen van oneigenlijk gebruik van een pgb.

Ook gemeenten (als verstrekker en/of toezichthouder) geven in dit onderzoek aan te worstelen met de complexiteit van beleid en uitvoering van het pgb. Het gaat over een specifieke groep van mensen die zorg en ondersteuning op maat nodig hebben. Gemeenten worstelen met hoe dit vorm te geven en uit te voeren. Dit leidt ook tot terughoudendheid van gemeenten in het verstrekken van informatie vooraf, het liever niet willen toekennen van een pgb, omdat ze minder zicht hebben op de uitgaven en minder grip op kwaliteit. Dit is overigens niet helemaal uniek voor het pgb. Ook zoeken gemeenten naar manieren om het aanbod in zorg in natura zo goed mogelijk te organiseren binnen de veelal knellende financiële kaders. Voor zorg in natura hebben gemeenten gevoelsmatig meer grip op de kwaliteit van zorg en mogelijkheden om toezicht te houden.

Gemeenten, maar ook zorgverzekeraars en in mindere mate zorgkantoren geven aan in de huidige situatie lastig te kunnen beoordelen of een pgb daadwerkelijk passend is of dat dat niet of minder het geval is, mede vanwege de druk die soms wordt uitgeoefend door betrokkenen om een pgb toe te kennen. We hebben in dit onderzoek gemerkt dat er vanuit verstrekkers, maar zeker ook vanuit budgethouders en in sommige gevallen vanuit zorgverleners, een groeiende behoefte is aan meer uniformering in de vorm van landelijke richtlijnen en hulpmiddelen voor de te maken afwegingen in de uitvoering, en op onderdelen een (dwingend) kader. Dit moet leiden tot een meer eenduidige uitvoering en een gelijke behandeling van (potentiële) budgethouders. Deze behoefte is er, ondanks dat gemeenten en zorgverzekeraars beleidsvrijheid hoog in het vaandel hebben. Voor zorgkantoren geldt dit ook, maar in iets mindere mate.

Deze knelpunten zijn aanleiding om wijzigingen voor te stellen in het systeem en in de uitvoering van het pgb. Deze moeten leiden tot een verbetering in de vormgeving en uitvoering van het pgb. Dit is belangrijk om de waarde van het pgb voor de mensen bij wie dit goed past te versterken en waar nodig te borgen en andere oplossingen te creëren voor mensen voor wie het pgb niet of minder geschikt is. Het gaat hierbij met name om kwetsbare mensen of mensen die eigenlijk geen pgb kunnen of willen beheren. Dat is een opgave voor gemeenten, zorgverzekeraars en zorgkantoren binnen het pgb, maar ook daarbuiten (in het kader van zorg in natura). Het is zaak om serieuze alternatieven te kunnen bieden voor deze groep mensen (binnen zorg in natura of in de vorm van andere alternatieven), omdat ook zij passende zorg en ondersteuning nodig hebben.

De ontwikkelingen in 25 jaar pgb leren ook dat het pgb continu in beweging is geweest. We zien golfbewegingen ten aanzien van de groei en afname van het aantal budgethouders. Het pgb was meer dan eens een 'probleemoplosser' voor wachtlijsten en moeilijk te realiseren maatwerk. Ook in de indicatiestelling is in de loop der jaren gezocht naar meer uniformiteit en onafhankelijkheid. Het was een continue zoektocht naar een passende scope van het pgb, met name vanuit de behoefte om het aantal budgethouders en de totale uitgaven aan het pgb te beheersen. Dit werd veelal gedaan met de inzet van generieke maatregelen die naast het aanpakken van een specifiek probleem, ook (vaak een nadelig) effect had op de budgethouders voor wie het specifieke probleem niet speelde. Dat brengt ons ertoe om in onze aanbevelingen en toekomstscenario's terughoudend te zijn met generieke maatregelen ten aanzien van de doelgroep en de scope van het pgb.

In tegenstelling tot de behoefte aan beheersing zoals deze wordt onderkend in 25 jaar pgb, valt in dit onderzoek met name de toename op van het aantal kwetsbare budgethouders. Deze ontwikkeling is al langer gaande, maar is nu aanleiding om kritisch te kijken naar de toegang tot het pgb voor deze mensen. Mede ook, omdat kwetsbare mensen naar verwachting eerder het risico lopen om slachtoffer te worden van fraude en oneigenlijk gebruik van het pgb door zorgaanbieders en bemiddelingsbureaus. Dit is niet uniek voor het pgb, omdat dit ook aan de orde is en kan zijn in zorg in natura, maar gezien de verantwoordelijkheden van de budgethouder in een pgb is dit wel een extra aandachtspunt. In de beeldvorming lijken uitgaan van kwaliteit en rechtmatigheid in het geval van zorg in natura vanzelfsprekend(er). Terecht (vanuit de feiten) hebben we hier gedurende dit onderzoek diverse tegengeluiden over gehoord. Dit neemt niet weg dat het imago van het pgb meer last lijkt te hebben van (signalen van) fraude en oneigenlijk gebruik.

---

Opvallend is ook de toename van het aantal wooninitiatieven (ouderinitiatieven en andere) die zijn gestart met een collectieve inzet van zorg en ondersteuning in het kader van pgb. Dit brengt nieuwe vragen met zich mee over hoe hiermee om te gaan. Dit vraagt mogelijk om keuzes richting de toekomst, met name over het vormgeven van de relatie tussen verstrekker, budgethouder (of vertegenwoordiger) en zorgaanbieder, mede om de kwaliteit van de zorg en ondersteuning en de mate van eigen regie van de budgethouder te kunnen borgen. Eigen regie is in zorg in natura niet uitgesloten, dus het gaat om hoe geclusterde woonvormen passen binnen de huidige leveringsvormen (zorg in natura en pgb).

Uit de ervaringen van budgethouders blijkt overtuigend dat het pgb van grote betekenis is en een grote waarde heeft. Uit de redenen om te kiezen voor een pgb en de ervaringen met het pgb, blijkt dat het pgb in veel gevallen waarde biedt die in zorg in natura niet of maar beperkt kan worden gevonden. Het gaat dan om de mogelijkheid om zelf regie te voeren door zelf te bepalen wie de zorg en ondersteuning levert, en ook hoe, waar en wanneer. Dit zijn ook kernwaarden die volgen uit de oorspronkelijke bedoeling van het pgb. Het overgrote deel van de budgethouders geeft aan positieve ervaringen te hebben met de keuze voor het pgb en met wat het pgb hen oplevert. Een deel van hen kan het vergelijken met zorg in natura; anderen baseren dit enkel op de ervaringen met het pgb zelf. Ook heeft een ruime meerderheid bewust gekozen voor een pgb vanuit positieve redenen passend bij de oorspronkelijke bedoeling. De mate waarin er sprake is van een positieve keuze en positieve ervaringen verschilt wel per wettelijk kader. Over het algemeen is dit sterker het geval in de Wlz en de Zvw dan in de Wmo en de Jeugdwet. Daar zit ruimte voor verbetering (zie eerder in deze paragraaf).

Deze samenvattende conclusies vormen de brug naar de aanbevelingen die we in termen van toekomstscenario's hebben geformuleerd.

## 7.2 Aanbevelingen: gemeenschappelijke bouwstenen voor de toekomstscenario's

De thema's uit de tussenrapportage zijn bevestigd in het tweede deel van het onderzoek en blijken ook grotendeels ook de bouwstenen voor het pgb in de toekomst. Het doel is de betekenis en de waarde van het pgb te behouden en waar mogelijk te versterken. In deze paragraaf benoemen we de richting en bouwstenen die vanuit dit onderzoek naar voren komen en voor alle toekomstscenario's gelden. Vervolgens werken we op de eerder benoemde thema's bouwstenen uit die gekozen kunnen worden als nadere invulling en/of als minder of verderstrekkend scenario.

De **gemeenschappelijke richting en bouwstenen** voor de toekomstscenario's van het pgb luiden als volgt:

1. In de uitvoering van het pgb is het belangrijk om de beweging te maken van wantrouwen naar vertrouwen richting budgethouders. Dit vraagt naast aanpassingen in het systeem ook om een cultuurverandering binnen de uitvoering van het pgb. Deze cultuurverandering zit in taalgebruik en bejegening van budgethouders (en zorgaanbieders), maar ook in kennis bij de verstrekkers, toegangsmedewerkers en toezichhouders. Het pgb wordt door ervaringen met malafide zorgaanbieders in bredere zin nog vaak geassocieerd met fraude en onrechtmatig gebruik. Dit werkt door in de houding van verstrekkers richting (potentiële) budgethouders en sommige aanbieders. Een deel van de meer concrete oplossingsrichtingen om vertrouwen te bevorderen, staat benoemd in de generieke bouwstenen in deze paragraaf en in de scenario's (paragraaf 7.3). Denk daarbij aan langere indicatieduur<sup>68</sup>, een uniform toegangs- en uitvoeringskader, het beperken van de oneigenlijke doelgroep binnen het pgb en het borgen van meer evaluatiemomenten.
2. De beweging van wantrouwen naar vertrouwen moet er vooral voor zorgen dat in de toegang de houding verandert ten opzichte van mensen die willen kiezen voor een pgb. Beleid en uitvoering moeten niet vanuit wantrouwen leiden tot beperkingen, maar vanuit vertrouwen tot passende keuzes ten aanzien van zorg en ondersteuning met

---

<sup>68</sup> Dit heeft ook te maken met de visie op mensen met een levenslange en levensbrede beperking en het erkennen van de reikwijdte van hun hulpvraag.

---

een pgb of in zorg in natura. Dit houdt ook in dat de verstrekker de beweegredenen toetst om te kiezen voor een pgb en of dit in goede handen is bij de zorgaanbieder die de budgethouder 'op het oog heeft'. De beweging van wantrouwen naar vertrouwen kan ook goed tot uitdrukking komen in de wijze van verantwoording en ook in de wijze waarop de budgethouder samen met de verstrekker blijft toetsen of de zorg en ondersteuning nog passend is. Dit gesprek, het liefst in de vorm van een huis- of locatiebezoek, moet vanuit inhoudelijke expertise en niet primair vanuit controle worden gevoerd. Het gaat erom om samen tot een goed ingevulde hulpvraag te komen en daarvoor ook de benodigde randvoorwaarden te scheppen. In het geval van wooninitiatieven kan zo ook een goed beeld worden gevormd van de kwaliteit van zorg en ondersteuning zoals deze wordt geleverd door de zorgaanbieder.

3. Het pgb moet behouden blijven en toegankelijk zijn (als gelijkwaardig alternatief) voor mensen die daar bewust voor kiezen en zelf eigen regie kunnen voeren of laten voeren door een direct betrokkene. Voor hen heeft het pgb betekenis en waarde die niet (of niet goed) in zorg in natura kan worden bereikt. Het pgb heeft unieke kenmerken: de mate van eigen regie, de mogelijkheid om de zorg en ondersteuning te ontvangen door een zelfgekozen zorgverlener op de tijd en de plaats die de budgethouder wenst, en de mogelijkheid om informele zorg in te zetten (op basis van een arbeidsovereenkomst of inhuur van naasten (familie)). Deze zijn van grote waarde als er sprake is van een goede uitvoering bij de beoogde doelgroep: mensen die bewust en positief kiezen voor een pgb en daarmee goed 'overweg kunnen'. Goede informatievoorziening en toerusting voorafgaand aan de keuze voor een pgb geeft de budgethouder meer duidelijkheid over de mogelijkheden en unieke kenmerken van het pgb. Het belang van toegankelijkheid geldt uiteraard ook voor mensen die wel willen kiezen voor een pgb als dat ook passend is voor de zorg en ondersteuning die zij nodig hebben, maar die moeite hebben om toegang te krijgen tot een pgb. Het is zoeken naar de juiste balans tussen het scherper krijgen van de doelgroep waarvoor het pgb passend is en het recht dat mensen hebben om te kiezen voor een pgb als gelijkwaardig alternatief ten opzichte van zorg in natura.
4. De waarde van het pgb voor de doelgroep waarvoor het is bedoeld, moet worden geborgd en kan worden versterkt door de kernwaarden van het pgb te verankeren in een uniform en bindend toegangs- en uitvoeringskader dat door verstrekkers wordt gehanteerd. In dit kader moet aandacht zijn voor de stappen die in de toegang gezet moeten worden: goede informatievoorziening door verstrekkers (breed, maar vooral ook door gemeenten) en toerusting, het bewuste-keuze-gesprek waarin ook de vraag waarom gekozen wordt voor een pgb aan de orde komt, en toepassing van het kader pgb-vaardigheden. De kernwaarden (zoals de mate van eigen regie, flexibiliteit in uren en functies, keuzevrijheid, het kunnen inzetten van (een hoeveelheid) informele zorg, et cetera) kunnen hiermee beter tot hun recht komen ten opzichte van de huidige situatie waarin er sprake is van veel verstrekkers met ieder hun eigen beleid en regels. Het uniforme toegangs- en uitvoeringskader moet ook eisen stellen aan vertegenwoordiging van de budgethouder (relatie tussen beiden, kwaliteit, taken en bevoegdheden), te hanteren minimumtarieven, en daarnaast handvatten bieden om verantwoording in het geval van collectieve inzet van zorg en ondersteuning te vereenvoudigen en meer vanuit vertrouwen vorm te geven.
5. De sleutel ligt in het verstevigen van de toegang tot het pgb. Versteviging van de toegang is gericht op toelating tot het pgb voor diegenen waarvoor het bedoeld is en dus niet alleen gericht op het beperken van de toegang. Belangrijk is dat de toegang plaatsvindt nadat eerst is vastgesteld of iemand zorg en ondersteuning nodig heeft en zo ja welke en hoeveel. Dat is stap 1. Toegang tot het pgb is bij een passende zorgvraag en geschiktheid van de budgethouder stap 2. In stap 2 gaat het eerst om de vraag: *waarom kiest u voor een pgb?* Vervolgens komen vragen aan de orde als: *snapt u wat het pgb inhoudt en als rollen en verantwoordelijkheden met zich meebrengt? En is de budgethouder (of vertegenwoordiger) in staat deze rol en verantwoordelijkheden goed in te vullen (eventueel met ondersteuning)? En is dit te verkiezen boven eventuele alternatieven die er zijn in zorg in natura?* De versteviging van de toegang tot het pgb kan worden bereikt met het bieden van meer concrete en landelijk uniforme kaders, handvatten en deskundigheidsbevordering voor de uitvoering door verstrekkers, en goede informatievoorziening aan en toerusting voor budgethouders (bijvoorbeeld met behulp van trainingen, cursussen en advies door Per Saldo). Idealiter zoeken de verstrekker en de zorgvrager samen naar de best passende zorg

---

en ondersteuning en de best passende vorm waarin dit geleverd kan worden. Het toepassen van de toekenning op maat zoals door enkele zorgkantoren wordt toegepast, kan hierbij als voorbeeld dienen. Hierin is het van belang zowel de 'zachte factoren' (zoals de budgethouder deze ervaart) en de 'harde factoren' (zoals verstrekkers deze zien) met betrekking tot kwaliteit met elkaar te verbinden.

6. Het bieden van maatwerk in termen van de best passende zorg en ondersteuning en het realiseren van (een bepaalde mate van) eigen regie voor de zorgvrager is niet alleen voorbehouden aan het pgb. Ook in zorg in natura zou dit mogelijk moeten zijn. Dit gaat echter niet vanzelf. Het ontbreken hiervan leidt echter wel tot de situatie dat sommige mensen min of meer 'gedwongen' worden om gebruik te maken van een pgb, terwijl ze dit liever niet willen en/of niet goed in staat zijn de rol van budgethouder goed in te vullen. In deze gevallen moet er een alternatief komen die mensen ruimte en mogelijkheden biedt om tot een alternatieve oplossing te komen. Het gaat ook om de (wettelijke) mogelijkheid voor verstrekkers om gemotiveerd een aanvraag van een pgb te kunnen afwijzen. In het geval van woon-zorgvormen (niet zijnde ouder- of bewonersinitiatieven)<sup>69</sup> is het belangrijk dat er een landelijke, uniforme meetlat 'eigen regie'<sup>70</sup> wordt ontwikkeld. Het zicht op de kwaliteit van de zorg en ondersteuning en de mate van eigen regie van de budgethouder is een gezamenlijke verantwoordelijkheid van de budgethouder (of vertegenwoordiger) op individueel niveau en de verstrekker (op het niveau van de zorgaanbieder). Het is van belang dat bij een collectieve inzet van pgb's de onderlinge relaties in de driehoek 'budgethouder - zorgaanbieder - verstrekker' goed worden vormgegeven, zeker gezien de toename in woon-zorginitiatieven binnen het pgb. In de Wmo hebben gemeenten vanuit hun toezichhoudende rol op kwaliteit al de mogelijkheid om de kwaliteit van pgb-aanbieders in te richten.
7. Voor mensen die kwetsbaar zijn is het risico van oneigenlijk gebruik van het pgb door andere partijen (zorgaanbieders, bemiddelingsbureaus) groter. We denken hierbij bijvoorbeeld aan een deel van de mensen die gebruik (moeten) maken van beschermde woonvormen. Deze kwetsbare mensen moeten extra worden beschermd tegen partijen die niet primair in het belang van de budgethouder, maar eerder vanuit eigen belang handelen. Oneigenlijk gebruik en fraude komt zowel voor in het kader van een pgb als bij zorg in natura. Aangezien de budgethouder wordt geacht de kwaliteit van de zorgverlener te beoordelen en daarop (bij) te sturen, vergt dit bij deze kwetsbare groep wel extra aandacht. Dit betekent dat voor deze kwetsbare mensen extra kritisch moet worden gekeken naar de mogelijkheden die de potentiële budgethouder of vertegenwoordiger heeft om de rol en verantwoordelijkheden die daarbij komen kijken (het zijn van werkgever en/of opdrachtgever, het (laten) voeren van eigen regie, en administratieve eisen) op zich te nemen. En daarbij: hoe komen we tot passende zorg en ondersteuning, ook als een pgb niet de voorkeur heeft. Ook de toegang voor zorgaanbieders (voor pgb en zorg in natura) moet beter worden geregeld door minimumeisen te stellen aan de organisatie en de kwaliteit van de zorg en ondersteuning, en aan de inzet van een betrouwbare vertegenwoordiger.
8. Informele zorg is uniek in het pgb en moet worden behouden. Wel wordt gepleit voor het gebruik van twee verschillende termen voor Informele zorg. De ene vorm betreft het leveren van zorg en ondersteuning door een informele zorgverlener op basis van een arbeidsovereenkomst. De andere vorm is het leveren van zorg en ondersteuning door een familielid. Vaak wordt informele zorg gekoppeld aan het laatste. Dit zorgt regelmatig voor verwarring. Met betrekking tot de inzet van informele zorg door familieleden moet worden bekeken hoe voorkomen kan worden dat dit leidt tot onwenselijke en kwetsbare situaties, zoals de inkomensafhankelijkheid die kan ontstaan. Er moet een landelijke richtlijn komen voor de grens tussen de inzet van informele zorg door een partner, ouder of familie en de zorg en ondersteuning die in het kader van gebruikelijke zorg redelijkerwijs mag worden verwacht. Daarnaast moet een landelijk kader handvatten bieden voor de gevallen waarin de inzet van formele

---

<sup>69</sup> In deze gevallen ligt de zeggenschap en de mogelijkheden voor 'eigen regie' bij de gezamenlijke initiatiefnemers vaak vertegenwoordigd in een bestuur van het betreffende initiatief.

<sup>70</sup> Dit is iets anders dan de 'checklist eigen regie' zoals deze nu is ontwikkeld als hulpmiddel voor budgethouders. De meetlat is normerend bedoeld. Overigens is de wens dat woon-zorgvormen meer in het zorg in natura aanbod worden gecontracteerd; zie hiervoor ook paragraaf 7.3.2.

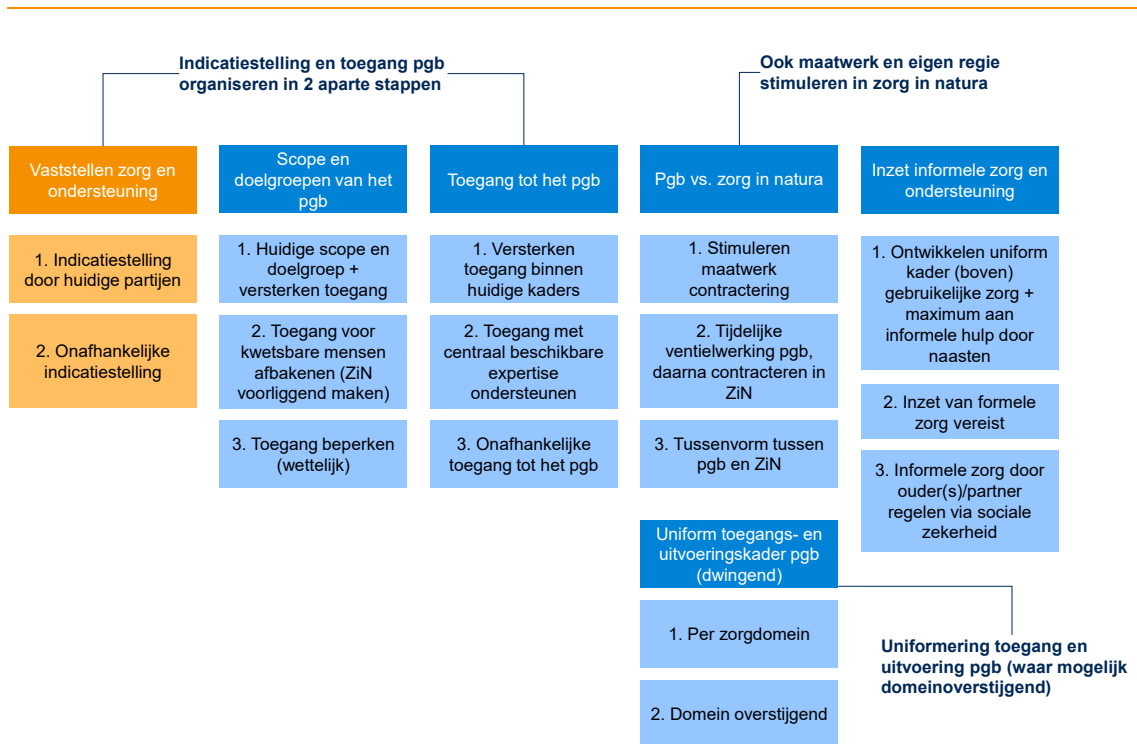
---

zorg (eventueel naast informele zorg) noodzakelijk is om de kwaliteit van zorg te borgen. Ten slotte is het wenselijk dat er oplossingen in de sociale zekerheid worden gevonden die meer zekerheden bieden voor naasten die zorg bieden en daarvoor (deels) gestopt zijn met werken en/of om aan de verplichtingen van werkgever of opdrachtgever te kunnen voldoen.

9. Er wordt in deze rapportage meerdere malen gesproken over een landelijk uniform uitvoeringskader. Een dergelijk kader bestaat idealiter uit een onafhankelijke, uniform ingevulde toegang waarbij eerst goede en volledige informatie vooraf wordt gegeven. Noodzakelijk is een uniform kader voor gebruikelijke zorg zoals we die kennen vanuit de Awbz. Daarna volgt extra informatie over verstrekkingvormen en de keuze voor de financieringsvorm. Dan volgt het bewuste-keuze-gesprek waarbij duidelijk wordt afgetast waarom men kiest voor een pgb en of men voldoende vaardig is om met een pgb te werken door het toepassen van het kader budgetvaardigheid. Als blijkt dat er op bepaalde onderdelen onvoldoende vaardigheid blijkt dan volgt toerusting van de budgethouder of vertegenwoordiger en eventueel het afspreken van een proefperiode om vaardigheid aan te kunnen tonen. Na vaststelling van de geschiktheid van de budgethouder of vertegenwoordiger volgt de keuze voor hulpverlener(s). Bij toekenning is er altijd sprake van toereikende tarieven en bij het indiceren speelt de duur van de aandoening (het ziektebeeld) een doorslaggevende rol voor de duur van de indicatie (langdurig dan voor langere tijd indiceren met de afspraak om tussentijdse evaluatiemomenten in te plannen). Er wordt rekening gehouden met flexibele inzet waarbij het wisselen in tijd (weken/maanden) en functies mogelijk is. En er worden afspraken gemaakt over het declareren van (ook niet zorggerelateerde) kosten waarmee de budgethouder werkgeversverplichtingen kan nakomen. Eisen aan hoe te declareren zijn uniform vastgelegd (en kunnen verstrekkers niet zelf bepalen). De invulling van pgb 2.0 zal ook uniform uitgevoerd moeten worden als ook wat er wordt verstaan onder vertegenwoordiging, wie dit mag zijn en wat de relatie is tussen de budgethouder en de vertegenwoordiger. Ten slotte is uniformiteit gewenst met betrekking tot afspraken voor controle en huisbezoeken.

### 7.3 Keuzemogelijkheden per thema: toekomstscenario's

In deze paragraaf beschrijven we de knelpunten die aangepakt moeten worden en de keuzemogelijkheden per thema. In figuur 14 vatten we de keuzemogelijkheden samen. In tabelvorm lichten we de scenario's op een aantal aspecten toe. De scenario's zijn als volgt opgebouwd. Alle scenario's geven op een thema mogelijke oplossingen om het beschreven probleem aan te pakken. Er zit een opbouw in de gepresenteerde scenario's: van links naar rechts worden ze ingrijpender, maar mag er meer verwacht worden van het effect. Er zijn ook tussenvormen denkbaar. De totale uitkomst betreft een combinatie van te maken keuzes op de verschillende thema's en de algemene lijn en bouwstenen zoals in paragraaf 7.2 beschreven.



Figuur 14. Overzicht keuzemogelijkheden in toekomstscenario's

In het vervolg van deze paragraaf beschrijven we de keuzemogelijkheden per onderwerp. In paragraaf 7.4 gaan we in op de mate waarin de betreffende keuze door verschillende stakeholders wordt gesteund.

---

### 7.3.1 Doelgroep en scope pgb

Wijzigingen in de doelgroep en scope (welke zorgvormen kunnen wettelijk gezien met een pgb bekostigd worden?) kunnen helpen om het pgb af te bakenen en te richten op de doelgroep waarvoor het pgb oorspronkelijk bedoeld was. Een belangrijke bevinding van dit onderzoek is dat er een groep 'oneigenlijke gebruikers' is, die gebruik maken (of moeten) van het pgb, zonder dat het instrument bij hen past. Hier kunnen meerdere redenen aan ten grondslag liggen. Door keuzes te maken in de doelgroep die toegang heeft, blijft het pgb zoveel mogelijk beschikbaar voor de oorspronkelijke doelgroep. Door zorgvormen uit te sluiten van het pgb ontstaan minder situaties waarin het pgb als instrument niet past bij de situatie van de zorgvrager en waar eigen regie en flexibiliteit niet of nauwelijks mogelijk zijn. Tegelijkertijd worden mogelijk ook mensen 'uitgesloten' door beperking van de scope, voor wie het pgb mogelijk wel passend is.

We onderscheiden binnen het thema 'doelgroep en scope' drie scenario's:

1. In dit scenario kiezen we ervoor dat de scope en doelgroep van het pgb niet via een algemeen geldende maatregel worden beperkt. Er verandert in wet- en regelgeving niets aan de huidige scope en de doelgroepen die toegang hebben tot het pgb. De keuze om geen wijzigingen aan te brengen, betekent niet dat er in dit scenario geen interventie wordt ingezet om de groep mensen die uiteindelijk gebruik maakt van het pgb te beïnvloeden. Goede triage en sturing in de toegang kan gerealiseerd worden door een van de keuzes bij scenario 7.3.3 'Inrichting en organisatie van de toegang tot het pgb' toe te passen.
2. Een zorgvrager met een specifieke zorgvraag (denk bijvoorbeeld aan beschermd wonen) heeft alleen recht op pgb wanneer zorg in natura aantoonbaar geen uitkomst biedt voor situaties waarin het gaat om kwetsbare mensen. Alle mogelijkheden voor zorg in natura moeten dus eerst verkend worden. De wettelijke gelijkwaardigheid tussen zorg in natura en het pgb verdwijnt hiermee in bepaalde situaties. Dat zorg in natura geen uitkomst biedt moet in een goed gesprek tussen budgethouder en verstrekker (gemeente, zorgverzekeraar of zorgkantoor) worden vastgesteld.
3. Zorgvormen die niet passen bij de kernwaarden van het pgb (eigen regie en flexibiliteit) worden uitgesloten. Denk aan collectieve woon-zorgvormen waarbij geen of nauwelijks sprake is van ruimte voor eigen regie van (of namens) de budgethouder.



	<b>Scenario 1: huidige scope en doelgroep</b>	<b>Scenario 2: zorg in natura soms voorliggend maken</b>	<b>Scenario 3: toegang wettelijk beperken</b>
In welke mate wordt het knelpunt opgelost?	Doelgroepen en zorgvormen worden niet uitgesloten. De wettelijke toegang blijft dus hetzelfde. Pgb blijft toegankelijk voor de doelgroep waarvoor het bedoeld was. Wel vindt er betere triage plaats, waarbij pgb-vaardigheden en de 'waarom een pgb?'-vraag centraal staat. Het knelpunt wordt daarmee op een andere manier opgelost.	Dit scenario betekent een verschuiving van cliënten naar zorg in natura voor bepaalde zorgvormen. Voorwaarde is dat er meer pluriformiteit komt in het gecontracteerde zorgaanbod, zodat mensen met een specifieke zorgvraag ondersteuning kunnen krijgen.  Kwetsbare groepen voor wie het pgb geen passend instrument is, worden in bepaalde zorgvormen beschermd en begeleid naar een oplossing in het kader van zorg in natura. We denken primair aan collectieve woon-zorgvormen (niet zijnde ouder- of bewonersinitiatieven).	Door zorgvormen uit te sluiten van het pgb ontstaan minder situaties waarin het pgb als instrument niet past bij de situatie van de zorgvrager en waar eigen regie en flexibiliteit niet of nauwelijks mogelijk zijn. Hierbij is de aanbeveling wel om duidelijk onderscheid te maken tussen ouder- en bewonersinitiatieven en andere collectieve woon-zorgvormen. Dit is een ver(der) strekkende scenariokeuze waarmee de pgb doelgroep sterk wordt beperkt. Deze keuze heeft ook een nadelige impact op de (huidige) wettelijke gelijkwaardigheid van het pgb ten opzichte van zorg in natura en sluit mogelijk mensen uit waarvoor het pgb wel beter passend is.
Wat merkt de budgethouder?	Dit scenario heeft geen directe impact op de budgethouder. Er blijft sprake van keuzevrijheid voor een pgb bij een bewuste, positieve keuze en geschiktheid voor een pgb. Alleen bij de versterking van de toegang wordt de budgethouder beter voorgelicht en toegerust en zal uitgebreider worden getoetst in toegangsgesprekken waarom een zorgvrager voor het pgb kiest en of de zorgvrager budgetvaardig is.	Er wordt na het vaststellen van de zorgvraag strikter gekeken of de zorg en ondersteuning via zorg in natura ingevuld kan worden. De budgethouder moet voor specifieke zorgvormen kunnen aantonen dat dit niet mogelijk is, om in aanmerking te komen voor een pgb. Een deel van de huidige doelgroep zal in de toekomst zijn of haar zorg of ondersteuning via het zorg in natura aanbod geleverd krijgen.	Voor de budgethouder betekent het dat een aantal zorgvormen via zorg in natura geleverd moet worden. Het aanbod via pgb wordt dus kleiner.
Welke impact heeft dit scenario op het zorgstelsel?	Voordeel van dit scenario is dat het geen grote stelsel-, beleids- of wetswijziging vergt en geen mensen worden uitgesloten op basis van een generieke maatregel. Door te sturen op een betere triage bij de toegang tot het pgb, blijft het pgb beschikbaar voor de doelgroep waarbij het pgb past.	Binnen dit scenario kan beter gestuurd worden op het leveren van zorg in natura en dat de verstrekker meer mogelijkheden heeft om kwetsbare groepen tegen te houden. Daarmee komen zorgvragers beter terecht op de plek die het beste bij hen past. Een potentieel nadeel is dat verstrekkers sterk gaan sturen op zorg in natura en dat het pgb alleen nog voor een selecte doelgroep is weggelegd. Daarnaast is het mogelijk lastig om een goed afwegingskader te maken waarmee bepaald kan worden of zorg in natura voorliggend is. Er zal een grijs gebied zijn voor situaties waarin het pgb als wel of niet passend wordt bevonden. In de uitwerking (in de praktijk) zal een inschatting gemaakt moeten worden of dit het vaststellen van de 'passendheid' te doen is voor de budgethouder en verstrekker samen.	Het pgb kan enkel nog gebruikt worden in situaties waarbij eigen regie en flexibiliteit centraal staan. Daarmee gaat het pgb deels terug naar de oorspronkelijke bedoeling. Door zorgvormen uit te sluiten wordt duidelijkheid geboden wat er wel en niet via pgb bekostigd kan worden. Het nadeel van dit scenario is dat het een verder strekkende maatregel is, die vraagt om wettelijke aanpassingen. Daarnaast kan het lastig zijn om te bepalen waar de scheidslijn wordt gelegd tussen zorgvormen die wel en niet ingekocht kunnen worden via het pgb. Tot slot sluit dit scenario een deel van de budgethouders (generiek) uit; wellicht ook een groep die je niet zou willen uitsluiten. Dit laatste kan voor deze specifieke doelgroep een averechts effect sorteren.

---

### 7.3.2 Pgb vs. zorg in natura

De scenario's binnen dit thema gaan in op de verhouding van het pgb ten opzichte van het bredere zorgaanbod (en dus het gecontracteerde aanbod). In het onderzoek is geconstateerd dat het pgb vaak functioneert als ventiel voor nieuw zorgaanbod. Daarmee bedoelen we niet zozeer dat het pgb aanbod in volume toeneemt ten opzichte van zorg in natura aanbod, maar dat het ontstaan van nieuw zorgaanbod bij de start plaatsvindt binnen het pgb. Het gaat hierbij vooral om collectieve woon-zorgvormen en bijvoorbeeld ook om innovatieve vormen van begeleiding. Dat is op zichzelf een positief mechanisme, al verschillen de meningen over of dit ook past binnen de oorspronkelijke doelstelling van 'het pgb als vliegwiel voor innovatie'. We hebben namelijk geconstateerd dat het innovatieve, vaak kleinschalige zorgaanbod slechts gedeeltelijk wordt gecontracteerd. Het sneller en breder contracteren van dit zorgaanbod zou bijdragen aan meer pluriformiteit van het aanbod in zorg in natura. Een gevolg van een beperkte overgang van pgb naar zorg in natura kan zijn dat zorgvragers gedwongen gebruik maken van het pgb omdat het aanbod bij hen past, terwijl het instrument pgb niet of minder bij hen past.

Al met al is het wenselijk om te stimuleren dat woon-zorgaanbod, niet zijnde ouder- en bewonersinitiatieven, vooral in zorg in natura wordt geleverd. Dit past beter bij de oorspronkelijke bedoeling van het pgb en voorkomt dat mensen moeten kiezen voor een pgb, terwijl ze daar liever niet voor kiezen. Omdat we een verandering beogen ten opzichte van de huidige situatie ten aanzien van de innovatie in het zorgaanbod, ook binnen zorg in natura, betreft scenario 1 ook een wijziging ten opzichte van de huidige situatie. De scenario's zijn als volgt:

1. Het stimuleren van (individuele) maatwerk contractering door verstrekkers in het geval een zorgvrager gebruik wil maken van aanbod dat niet gecontracteerd is, maar wel het best passend is.
2. De ventielwerking van het pgb blijft in stand. Nieuw zorgaanbod blijft ontstaan via het pgb, maar wordt na een bepaalde periode (1-2 jaar) waar mogelijk gecontracteerd. Daarmee wordt de pluriformiteit in het gecontracteerde aanbod (in zorg in natura) gestimuleerd. Deze pluriformiteit ontstaat in veel gevallen nog wel binnen het pgb aanbod.
3. Het creëren van een alternatief tussen pgb en zorg in natura. Vanuit het perspectief van budgethouders bezien is een mogelijke vorm: een persoonsvolgend budget<sup>71</sup> gebruik makend van het aanbod binnen zorg in natura. Voor de aanbieders kan gedacht worden aan een vorm van zorg in natura 'light', waarin de eisen voor contractering (tijdelijk) minder strikt zijn dan nu wordt gehanteerd.

Er is nog een vierde scenario: bepaald aanbod kan alleen maar binnen de zorg in natura worden geleverd. Deze laten we hier achterwege, omdat dit overeenkomt met scenario 3 van 'scope en doelgroep van het pgb' (zie paragraaf 7.3.1).

---

<sup>71</sup> Dit kan ook vormgegeven worden in de vorm van individuele contractering. Daarvoor is geen wettelijke wijziging noodzakelijk.

	<b>Scenario 1: stimuleren maatwerkcontractering</b>	<b>Scenario 2: tijdelijke ventielwerking in het pgb</b>	<b>Scenario 3: tussenvorm(en) tussen pgb en zorg in natura</b>
In welke mate wordt het knelpunt opgelost?	Innovatie vindt plaats binnen de contractering, doordat er veel maatwerkcontracten afgesloten worden. Daarmee is nieuw aanbod beschikbaar voor zorgvragers, zonder dat een pgb noodzakelijk is als instrument. Als maatwerkcontractering leidt tot reguliere contractering, dan neemt de pluriformiteit binnen het zorg in natura aanbod toe.	Dit scenario zorgt ervoor dat innovatie in het zorglandschap niet binnen het pgb-domein blijft, maar ook ten goede komt aan de ontwikkeling in zorg in natura. Het scenario draagt daarmee dus bij aan meer pluriformiteit binnen zorg in natura. Daarbij dienen duidelijke kaders te zijn voor wanneer zorgaanbod na een tijd wordt opgenomen in het ZiN aanbod en wanneer dit aanbod binnen het pgb aanbod blijft.	Het aanbod dat voorheen alleen beschikbaar was voor een zorgvrager met een pgb, komt nu ook beschikbaar zonder dat een pgb noodzakelijk is. Hiermee ontstaat innovatie binnen het zorgaanbod niet uitsluitend binnen het pgb, maar ook binnen zorg in natura.
Wat merkt de budgethouder?	In sommige, vooraf bepaalde situaties wordt een pgb niet meer toegekend en kan de zorgvrager van hetzelfde zorgaanbod gebruik maken via zorg in natura.	Budgethouders die wel specifiek (specialistisch) aanbod willen, maar niet per se voor een pgb kiezen, zijn hiermee geholpen. Ze hoeven niet langer dan nodig of slechts tijdelijk gebruik te maken van een pgb. Zij kunnen na een aanlooperperiode met hun zorgvraag terecht binnen het reguliere aanbod.	De budgethouder krijgt de mogelijkheid om gebruik te maken van het gewenste aanbod, zonder dat gekozen hoeft te worden voor een pgb.
Welke impact heeft dit scenario op het zorgstelsel?	Verstrekkers gaan een directe (contract)relatie onderhouden met (nieuwe of andere) zorgaanbieders en hebben naar verwachting meer grip op de kwaliteit van de geboden zorg en ondersteuning. Een keerzijde van dit scenario is dat zorgaanbieders en verstrekkers het wellicht niet snel eens zullen worden over de voorwaarden die gesteld worden in de contractering. Daarnaast is er een risico op wildgroei van maatwerkcontracten. Dit heeft niet alleen consequenties voor de transactiekosten van de zorg maar ook voor grip vanuit de verstrekker.	Dit scenario versterkt de oorspronkelijke bedoeling van het pgb als vliegwiel voor innovatie. Het pgb is dan minder vaak een gedwongen route voor de zorgvrager. Daarnaast zorgt dit scenario voor een pluriformer zorg in natura aanbod. Het vraagt wel om een goede monitoring van zorgvraag en (nieuw) aanbod en sturen (en toezien) op het contracteren van dit nieuwe aanbod. Doordat pgb aanbod na een tijd wordt gecontracteerd zal de verhouding in volume tussen pgb en zorg in natura naar verwachting verschuiven, omdat pgb in veel gevallen een tijdelijk construct is. Verstrekkers en zorgaanbieders zullen het eens moeten worden over de voorwaarden voor contractering waarover nu discussie bestaat, zoals het hanteren van budgetplafonds en de doorleverplicht.	Dit scenario vergt het creëren van een nieuwe vorm tussen pgb en zorg in natura in. Dit vergt in het geval van een persoonsvolgend budget wel een stelselwijziging. Het realiseren van 'zorg in natura light' vergt geen stelselwijziging, maar wel heldere afspraken en normering van de minimaleisen voor de zorgaanbieder.

---

### 7.3.3 Inrichting en organisatie van de toegang tot het pgb

In dit onderzoek hebben we geconstateerd dat budgethouders aanlopen tegen knelpunten en problemen in de indicatiestelling en toegang tot het pgb. En dat in sommige situaties mensen toegang hebben tot het pgb, waarbij twijfels bestaan over: (a) of de keuze bewust en positief wordt gemaakt; (b) of de pgb-vaardigheden aanwezig zijn; (c) of het pgb als instrument bij hen past. Daarnaast hebben meerdere respondenten (van diverse perspectieven) aangegeven dat er willekeur wordt ervaren in de manier waarop de toegang tot het Pgb is georganiseerd. Deze willekeur bestaat tussen de domeinen, maar bijvoorbeeld ook tussen zorgkantoren onderling en tussen gemeenten onderling. Om de oorspronkelijke doelgroep te selecteren en de toegang tot het pgb te uniformeren en te professionaliseren, kan een wijziging in de toegangspoort helpen. Met de toegangspoort bedoelen we de organisatie van indicatiestelling en het toekennen van pgb's. Binnen de Jeugdwet en de Wmo is dit door of in opdracht van gemeenten georganiseerd. Voor de Wlz doet het CIZ de indicatiestelling en gaat het zorgkantoor over de toekenning van een pgb. In de Zvw verzorgt een wijkverpleegkundige de indicatiestelling en gaat de zorgverzekeraar over de toekenning van het pgb. We voorzien drie verschillende scenario's om hier wat aan te doen:

1. De toegang tot het pgb blijft qua organisatie ongewijzigd: de indicatiestelling en de beslissing over de toekenning van het pgb worden uitgevoerd door bovengenoemde partijen. Verbeteringen worden gezocht binnen dit bestaande kader. Wel wordt de toegang versterkt door introductie van een landelijk uniform uitvoeringskader inclusief betere (wettelijke) mogelijkheden voor verstrekkers om gemotiveerd een pgb af te wijzen als dit niet passend is. Daarnaast wordt ingezet op het verbeteren van de informatievoorziening en toerusting van (potentiële) budgethouders of hun vertegenwoordigers, het inzetten van deskundigheidsbevordering van toegangsmedewerkers en het centraal stellen van de 'waarom-vraag' in het kader van het bewuste-keuze-gesprek.
2. De toegang tot het pgb binnen de verschillende wettelijke domeinen krijgt een centrale ondersteuningsinstantie. Zij ondersteunen de toegang op de onderwerpen zoals genoemd in scenario 1 en met casusoverleg en -advies, ondersteuning bij geschillen en bevorderen de uniformiteit in de uitvoering. Ook de inzet van (op het pgb gespecialiseerde) onafhankelijke cliëntondersteuners past goed in dit scenario.
3. Er komt, in aanvulling op de veranderingen zoals voorgesteld in scenario's 1 en 2, één centraal onafhankelijk orgaan voor de toegang tot het pgb, voor alle domeinen. De toegangscriteria voor het pgb over de domeinen heen worden meer gelijkgetrokken. Voor de duidelijkheid: dit betreft geen onafhankelijke indicatiestelling met betrekking tot de benodigde zorg en ondersteuning (stap 1 in het proces), maar alleen de toegang tot het pgb (stap 2 in het proces).

	<b>Scenario 1: versterken toegang binnen het bestaande kader</b>	<b>Scenario 2: toegang versterken door centrale ondersteuning</b>	<b>Scenario 3: onafhankelijke toegang tot het pgb</b>
In welke mate wordt het knelpunt opgelost?	Afhankelijk van de mate waarop de toegang wordt versterkt binnen de huidige kaders, zal het knelpunt worden opgelost. We merken daarbij wel op dat de afgelopen jaren al wel pogingen zijn gedaan in deze richting met behulp van richtlijnen, handreikingen, et cetera. De kans dat hiermee alle knelpunten en problemen worden opgelost is daarmee mogelijk beperkt. Als de (wettelijke) mogelijkheden om een pgb gemotiveerd af te wijzen zijn geregeld, dan geeft dit verstrekkers meer houvast ten aanzien van het voorkomen van instroom van 'oneigenlijke doelgroepen' in het pgb.	Het knelpunt wordt gedeeltelijk opgelost doordat de toegangspoorten een centrale organisatie hebben om op terug te vallen en zo hun toegangsproces verder te professionaliseren. Door toegangspoorten te ondersteunen en te professionaliseren en kennis, expertise en het behandelen van geschillen centraal te organiseren, kan er op termijn meer vertrouwen ontstaan bij de budgethouder.	De ervaren willekeur en soms ook mindere kwaliteit van indiceren (met name bij gemeenten en binnen de Zvw van toepassing) wordt hiermee aangepakt. Centralisering en versimpeling van het toegangsproces zal leiden tot minder willekeur en meer uniformiteit. Op den duur kan dit het vertrouwen van de budgethouder ten goede komen.
Wat merkt de budgethouder?	De budgethouder merkt dat het toegangsgesprek professioneler en intensiever wordt gevoerd. De zorgvraag komt als eerste aan bod en daarna pas de vraag welke verzilveringsvorm (pgb of zorg in natura) daar het beste bij past.	De budgethouder merkt net als bij scenario 1 dat het toegangsgesprek professioneler wordt gevoerd. Daarnaast kan de budgethouder met vragen of klachten ook bij deze centrale ondersteuningsinstantie terecht.	De budgethouder wordt door een centraal toegangsteam geholpen bij een pgb-aanvraag. Er zijn dus niet meer drie verschillende instanties en voorkomen wordt dat een (potentiële) budgethouder van het kastje naar de muur wordt gestuurd. Voor de budgethouder die binnen meerdere domeinen gebruik maakt van het pgb, is dit een bijkomend voordeel. Het budget wordt in dit geval vastgesteld op de maatwerkvoorziening.
Welke impact heeft dit scenario op het zorgstelsel?	De toegang blijft hetzelfde georganiseerd, dit scenario vraagt dan ook niet om grote stelselwijzigingen.	Dit scenario heeft een beperkte impact op het zorgstelsel. Wel dient er een huidige instantie te worden gekozen of nieuwe instantie te worden gevormd om deze expertise en adviesfunctie te kunnen vervullen. Binnen dit scenario is het een uitdaging om zonder formele positie goed aan te sluiten op de vele toegangspoorten die er zijn. Dit is een uitdaging, met name in het gemeentelijke domein.	Dit scenario heeft een grote impact op het pgb stelsel. De toegang tot het pgb verplaatst zich naar een nieuw in te richten (of uit te breiden vanuit bestaande organisatie, denk aan CIZ) organisatie. De wijze waarop de toegang georganiseerd is in de wet, dient hiervoor aangepast te worden. Ten slotte wordt in dit scenario de toewijzing los getrokken van de budgetverantwoordelijkheid. Het is zaak de ontwikkeling in de kosten te monitoren. Tot slot zal de toegang mogelijk op grotere afstand van de praktijk komen te staan. Daarmee kan het voorkomen dat toegangsmedewerkers minder gevoel en beeld hebben bij de praktijk van zorgvragers.

### 7.3.4 Uniform toegangs- en uitvoeringskader

In het onderzoek hebben we geconstateerd dat er door de wettelijke verankering van het pgb in vier zorgwetten verschillen zijn ontstaan in de wijze waarop de toegang tot het pgb is georganiseerd, de mate waarin er flexibiliteit en keuzevrijheid geboden wordt aan de budgethouder en in de uitvoering van het pgb. Deze verschillen zorgen voor onduidelijkheid, een gevoel van willekeur en kunnen ook bijdragen aan het gevoel van wantrouwen dat veel budgethouders ervaren. Om dit knelpunt aan te pakken, is een wijziging van (uitvoerings)kaders nodig. We onderscheiden twee scenario's:

1. Binnen de wettelijke domeinen wordt een kader opgesteld om binnen deze wettelijke domeinen meer uniform te kunnen werken.
2. Voor alle wettelijke domeinen geldt hetzelfde toegangs- en uitvoeringskader. Dat betekent dat toegangscriteria, mate van flexibiliteit en bestedingsruimte zoveel mogelijk gelijk wordt getrokken. Dat geldt ook voor de indicatieduur en het borgen van evaluatiemomenten.

Er zijn ook tussenvormen denkbaar zoals één uniform uitvoeringskader voor de Wmo en de Jeugdwet.

	<b>Scenario 1: uitvoeringskader per domein</b>	<b>Scenario 2: domeinoverstijgend uitvoeringskader</b>
In welke mate wordt het knelpunt opgelost?	Het kader biedt meer houvast in de uitvoering en verkleint de verschillen in de uitvoering van het pgb binnen de wettelijke kaders. Er ontstaat meer eenduidigheid in de uitvoering. Het nadeel (ten opzichte van het andere scenario) is dat verschillen tussen domeinen blijven bestaan, ook voor mensen die uit meerdere wettelijke domeinen zorg en ondersteuning ontvangen en/of te maken krijgen met een overgang. Met name voor de groep die uit meerdere pgb-domeinen zorg ontvangt zal er een verschil te merken zijn en dus ook een lichte toename van vertrouwen.	Dit scenario verandert veel, doordat het Pgb ongeacht de aard van de zorgvraag op eenzelfde wijze is georganiseerd (toegang en uitvoering).
Wat merkt de budgethouder?	De budgethouder heeft meer duidelijkheid in de toegang en het gebruik van het pgb binnen een zorgdomein. Voor mensen die gebruik maken van pgb's uit meerdere domeinen, ontstaat er meer eenduidigheid.	Er is minder variatie in de mate waarin de toegang strikt is georganiseerd en waarin het mogelijk is voor de budgethouder om zijn of haar budget flexibel in te zetten. Het wordt voor de budgethouder duidelijker waar hij recht op heeft, ongeacht 'type pgb'.
Welke impact heeft dit scenario op het zorgstelsel?	Een lichte impact, er is geen wetswijziging nodig. Wel dient dit kader ontwikkeld te worden en is er aandacht nodig voor de wijze waarop het kader bindend is voor verschillende uitvoerders van de wet.	Dit scenario vraagt om een grote wettelijke wijziging, waarbij de verankering van het pgb in vier zorgwetten deels wordt losgelaten. Voordeel is dat voor alle partijen duidelijker wordt hoe de toegang tot en de uitvoering van het pgb is georganiseerd. Er is minder interpretatieruimte en alle domeinen worden gelijk behandeld. Een nadeel is tot slot dat de beleidsvrijheid, die gemeenten hebben vanuit de decentralisatie en zorgverzekeraars vanwege de marktwerking van de Zvw, wordt ingeperkt.

---

### 7.3.5 Inzet informele zorg en ondersteuning

Een belangrijk thema binnen dit onderzoek is de kwetsbaarheid die soms ontstaat in situaties waar informele hulp wordt ingezet. Informele hulp kan enerzijds zorg en ondersteuning betreffen, die informele zorgverleners leveren op basis van een arbeidsovereenkomst. Anderzijds kan informele hulp ook worden geboden door naasten (ouder, partner of familie). Dat is de kwetsbaarheid waar het hier over gaat. Deze kwetsbaarheid kan gaan over de kwaliteit van zorg en ondersteuning die wordt geboden door naasten of over de situatie die kan ontstaan wanneer bijvoorbeeld ouders die voor hun kind zorgen afhankelijk worden van de inkomsten die zij uit het persoonsgebonden budget ontvangen. In tegenstelling tot voorgaande paragrafen hebben de scenario's minder het karakter van steeds verdergaande keuzemogelijkheden. De combinatie van de gepresenteerde scenario's ligt in dit geval zelfs meer voor de hand. We onderscheiden drie scenario's:

1. Het introduceren van een normenkader voor (boven)gebruikelijke zorg, eventueel als onderdeel van het landelijk uniforme kader zoals genoemd in de vorige paragraaf. Alle zorghandelingen binnen de informele zorg worden geregistreerd in een normenkader. Daarin staat opgenomen welke handelingen onder gebruikelijke en welke onder bovengebruikelijke zorg en ondersteuning vallen. Dit kan eventueel gecombineerd worden met begrenzing van het aantal uren dat informele hulp door naasten kan worden ingezet (bijvoorbeeld 24 uur per week).
2. Wanneer er informele zorg wordt ingezet, dan moet er daarnaast ook altijd een aantal uur formele zorg worden ingezet. De formele zorg geldt dan als waarborg voor (de kwaliteit van) informele zorg. De zorgprofessional houdt een oogje in het zeil, evalueert om de zoveel tijd en ondersteunt met kennis en expertise.
3. In situaties waarbij inkomsten via het pgb (in het geval van informele zorg) min of meer lijken op een inkomensvoorziening, dan wordt het ook op deze manier georganiseerd. Dat betekent dat de sociale zekerheid wordt geboden via het domein van sociale zaken en werkgelegenheid en niet via zorggelden. Dit kan ook een combinatie van beide zijn, waarbij een deel via zorggelden wordt gefinancierd en een deel via sociale zekerheid.

In reactie op eerder gepresenteerde scenario's is ook het idee ingebracht om in Nederland voor de genoemde situatie (besteding van (een deel van) het budget binnen de familie) het in Vlaanderen en Duitsland gehanteerde familiemodel uit te werken. Of te kijken naar de variant waarin een organisatie wordt opgericht waar alle naasten in dienst kunnen komen en dan via die organisatie zorg en ondersteuning aan hun budgethouder kunnen leveren.. Deze hebben we niet opgenomen als scenario's, maar behoren wel tot de mogelijkheden.<sup>72</sup>

---

<sup>72</sup> <https://www.sociaalweb.nl/blogs/op-weg-naar-een-gemengd-pgb-model-zoals-in-duitsland-en-vlaanderen>.

	<b>Scenario 1: een normenkader (boven)gebruikelijke zorg</b>	<b>Scenario 2: formele zorg als eis</b>	<b>Scenario 3: oplossing zoeken in sociale zekerheid</b>
In welke mate wordt het knelpunt opgelost?	Een deel van de onduidelijkheid binnen informele hulp door naasten wordt weggenomen, doordat in het normenkader is opgenomen welke zorghandelingen wel en welke handelingen niet geïndiceerd kunnen worden. Hiermee kan de discussie over 'de monetaarisering van mantelzorg' (deels) opgelost worden. Er ontstaan minder kwetsbare situaties, waarbij een naaste fulltime (informele) zorgverlener is. Deze kwetsbaarheid kan zitten in twijfels bij kwaliteit van zorg (door de verstrekker) en bij inkomensafhankelijkheid.	Er is meer zicht op de inzet en kwaliteit van informele hulp. De afhankelijkheid en kwetsbaarheid wordt daarmee verminderd.	Pgb kan in dit scenario niet langer de rol invullen van een soort inkomensvoorziening. De sociale zekerheid die budgethouders nodig hebben, wordt ook via het domein van sociale zekerheid georganiseerd. Kwetsbare en afhankelijke situaties worden daarmee meer voorkomen, omdat de inkomsten niet direct wegvallen bij het aflopen of wijzigen van de zorgindicatie.
Wat merkt de budgethouder?	De budgethouder weet beter waar hij wel en geen recht op heeft.  De budgethouder kan niet meer dan een bepaald aantal uur aan informele hulp per week geïndiceerd krijgen als sprake is van informele hulp door naasten.	De budgethouder of diens vertegenwoordiger zal te maken krijgen met een zorgprofessional die een rol speelt in de zorgverlening. Een nadeel is dat budgethouders of verstrekkers niet altijd zitten te wachten op formele zorgverleners, vanuit eerdere ervaringen of vanwege privacy-issues. Een ander nadeel (of aandachtspunt) is dat dit uit lijkt te gaan van de aanname dat formele zorg beter is dan informele zorg. Dat is volgens budgethouders een onterechte aanname.	De budgethouder betaalt de zorgverlener niet via het pgb, maar via sociale zekerheid.
Welke impact heeft dit scenario op het zorgstelsel?	Dit vraagt om het ontwikkelen van een normenkader, waarbij zorghandelingen geregistreerd dienen te worden. Bij al deze handelingen vergoed kunnen worden en welke vergoeding (aantal minuten) daarbij passend is.	Dit scenario vraagt om andere voorwaarden voor de indicatiestelling voor informele zorg. De concrete voorwaarde bepaalt dat er altijd een vorm van formele zorg (naast informele zorg) ingezet dient te worden. Hiervoor is het wel nodig dat er een grotere inzet is van formele zorgverleners, gezien een deel van de informele hulp verschuift naar formele zorg. Dat is gezien de arbeidsmarkttekorten in de zorg wel een uitdaging.	Een deel van de (pgb)zorggelden zullen overgeheveld worden naar het sociale zekerheid domein. Met dit scenario kan er vermenging ontstaan tussen het zorg- en sociale zekerheidsdomein. Zo is het aannemelijk dat deze oplossing een aanzuigende werking zal hebben. Het is complex om te bepalen hoe deze vorm van vergoeding zich verhoudt tot andere vormen van sociale zekerheid en hoe dit is in te bedden in de wetgeving.



---

## 7.4 Waardering van de keuzemogelijkheden vanuit verschillende perspectieven

De in paragraaf 7.3 geschetste keuzemogelijkheden worden verschillend gewaardeerd vanuit de bij het pgb betrokken perspectieven. Het doel van dit onderzoek en het presenteren van de keuzemogelijkheden is dan ook om het goede gesprek op gang te brengen en met elkaar in discussie te gaan, zoals we dat in dit onderzoek ook hebben gedaan. Niet iedereen is het eens en hoeft het eens te zijn met elkaar, maar het goede gesprek geeft wel de mogelijkheid om samen te werken aan een toekomstbestendig perspectief voor het pgb. Dat is wat alle betrokken partijen willen en dat is wat bevestigd en onderbouwd wordt in dit onderzoek. En als we teruggaan naar paragraaf 7.2, dan zien we dat er los van de keuzemogelijkheden in de generieke bouwstenen ook al een stevige gezamenlijke basis is gelegd voor het vervolgesprek over een toekomstbestendig pgb.

Sommige leden van de klankbordgroep hebben zich concreter uitgesproken over voorkeuren en argumenten ten aanzien van de scenario's dan anderen. Een aantal leden, zoals de VNG en ZN, vertegenwoordigen een brede achterban en zijn inmiddels het gesprek gestart met hun achterban om dit in het vervolg goed mee te kunnen nemen in de discussie.

Vanuit het **perspectief van budgethouders** heeft Per Saldo een duidelijke voorkeur voor (de combinatie van) een aantal keuzemogelijkheden. Per Saldo zet in op versterking van de toegang aan de voorkant, zonder dat de wettelijke scope en doelgroep wijzigt (scenario 1). Wat betreft de interactie tussen het pgb en zorg in natura wordt het ontwikkelen van een persoonsvolgend budget veel genoemd (scenario 3). In de tussentijd kunnen de andere scenario's (maatwerkcontractering en tijdelijke ventielwerking<sup>73</sup>) ook op steun rekenen. Wat betreft de organisatie van de toegang heeft Per Saldo sterke voorkeur voor een onafhankelijke toegang tot het pgb (scenario 3). Voor het landelijk uniforme uitvoeringskader is de wens om dit domeinoverstijgend te doen (scenario 2), met op punten waarop dit (echt) niet mogelijk is het domein specifieke scenario als terugvaloptie. Wellicht dat uniformering per domein een tussenstap kan zijn. Wat betreft informele hulp door naasten is Per Saldo voorstander van het zoeken van mogelijkheden in de sociale zekerheid (scenario 3) en het ontwikkelen van een landelijke richtlijn voor (boven)gebruikelijke zorg (scenario 1). In ieder geval zou 'het vangnet' voor naasten die informele hulp verlenen bij overlijden van de budgethouder versterkt moeten worden. Het verplicht inzetten van formele zorg in aanvulling op informele hulp moet per geval worden bekeken (maatwerk). Per Saldo is daarnaast voorstander van het uitwerken van het familiemodel voor het pgb zoals dat wordt gebruikt in Vlaanderen en in Duitsland.

**Verstrekkers** (gemeenten, zorgverzekeraars en zorgkantoren) hebben zich minder specifiek uitgesproken over hun voorkeur voor bepaalde keuzemogelijkheden, maar op basis van de reacties is wel af te leiden welke scenario's (op voorhand) meer of minder steun krijgen. Sommige punten gelden voor alle typen verstrekkers en andere punten gelden specifiek per type verstrekker. De verstrekkers zoeken met name naar meer houvast ten aanzien van de toekenning van het pgb. Ze willen meer juridische mogelijkheden om een pgb gemotiveerd te kunnen afwijzen, om zo de 'juiste doelgroep' toe te laten tot het pgb. Ze steunen uitgaande van deze wens ook het creëren van een landelijk uniform uitvoeringskader, in ieder geval per domein, waar mogelijk domeinoverstijgend.

Gemeenten zijn op zoek naar mogelijkheden om beter de beoogde doelgroep te bereiken, maar via welk scenario dat het beste kan, moet nog blijken. De VNG geeft namens gemeenten aan het niet primair te zoeken in extra regels of wijzigingen in het wettelijke kader. Zorgverzekeraars zoeken wel naar mogelijkheden om de juiste doelgroep beter te kunnen selecteren, maar met welke afbakening dit kan worden bereikt, is lastig vast te stellen. Zorgkantoren noemen de wens om woon-zorginitiatieven (met uitzondering van ouder- en bewonersinitiatieven) vaker te contracteren, maar dit kan ook via de keuzemogelijkheden zoals geschetst bij het thema 'pgb vs. zorg in natura'. Verstrekkers zijn wel voor het realiseren van een meer pluriform aanbod in zorg in natura en lijken het meest te voelen voor een tijdelijke

---

<sup>73</sup> Waarbij wel snel de overgang van pgb naar zorg in natura wordt gerealiseerd. Genoemd wordt een termijn van een halfjaar.

---

ventielwerking. De steun voor het introduceren van een persoonsvolgend budget is niet breed aanwezig, maar zou nader onderzocht moeten worden. Verstrekkers hebben zich niet uitgesproken over het stimuleren van maatwerkcontractering en de keuzemogelijkheid 'zorg in natura light'.

Ten aanzien van de organisatie van de toegang geldt dat de voorkeur van gemeenten uit lijkt te gaan naar een landelijke ondersteuning van de lokale uitvoering. Zorgverzekeraars worstelen met de indicatiestelling door wijkverpleegkundigen en lijken open te staan voor een onafhankelijke toegang tot het pgb (scenario 3). Zorgkantoren hebben zich niet direct uitgesproken over de keuzemogelijkheden, maar lijken te kunnen leven met de minder vergaande scenario's (1 en 2). Ten aanzien van informele hulp geldt dat breder wordt aangegeven dat de verschillende keuzemogelijkheden interessant (kunnen) zijn, maar nader uitgewerkt moeten worden. Steun is er in ieder geval voor een landelijke richtlijn ten aanzien van (boven)gebruikelijke zorg (scenario 1).

Vanuit het **perspectief van zorgaanbieders** geldt dat de wens is om de scope en doelgroep niet in te perken, maar wel de toegang te versterken (scenario 1). Wat betreft de ontwikkeling van het zorgaanbod in zorg in natura zijn zorgaanbieders in ieder geval voor de tijdelijke ventielwerking (scenario 2). Ze geven aan dat dit op dit moment ook al gaande is en verder versterkt kan worden. Een sterkere voorkeur heeft de ontwikkeling van 'zorg in natura light' (een van de opties in scenario 3). De ontwikkeling van een persoonsvolgend budget zou nader uitgewerkt moeten worden. BVKZ benadrukt de wens dat de relatie tussen budgethouder, verstrekker en zorgaanbieder (in het geval van collectieve toepassing van pgb's) beter wordt geregeld. Ook de verschillende scenario's ondersteunen dit, omdat er meer zorg in het kader van zorg in natura of in de geschetste tussenvorm wordt geleverd. Wat betreft de organisatie van de toegang geeft BVKZ namens zorgaanbieders aan de drie geschetste scenario's geen van alle aantrekkelijk te vinden. Een onafhankelijke toegang tot het pgb heeft licht de voorkeur, maar gaat volgens BVKZ niet ver genoeg, omdat zij een onafhankelijke indicatiestelling wensen voor de vaststelling van de benodigde zorg en ondersteuning.

De **SVB** geeft op een aantal punten hoe ze aankijken tegen de keuzemogelijkheden. De SVB staat positief tegenover voorgestelde maatregelen die leiden tot vereenvoudiging, zoals het domeinoverstijgende uitvoeringskader en/of door het introduceren van een persoonsvolgend budget. De SVB erkent dat het belangrijk is dat een budgethouder bewust een positieve keuze maakt voor een pgb en dat indien dat niet kan, zorg in natura een mogelijkheid moet zijn. Ook onderschrijft de SVB het belang van de aandacht voor de positie van de zorgverlener. Hiervoor biedt de SVB ook graag haar expertise en signaleringsfunctie aan.