

**Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin**

**Het persoonsvolgend financieringssysteem  
in de sector voor personen met een handicap.  
Landenstudie: Nederland, Engeland en Duitsland**

Toon Benoot  
Wouter Dursin  
Prof. dr. Bram Verschuere  
Prof. dr. Rudi Roose



Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin  
Minderbroedersstraat 8 – B-3000 Leuven  
Tel 0032 16 37 34 32  
E-mail: [swvg@kuleuven.be](mailto:swvg@kuleuven.be)

Website: <http://www.steunpuntwvg.be>

Publicatie nr. 2017/02  
SWVG-Rapport 02

Titel rapport: Het persoonsvolgend financieringssysteem in de sector voor personen met een handicap.  
Landenstudie: Nederland, Engeland en Duitsland

Promotors: Prof. dr. Bram Verschuere en prof. dr. Rudi Roose  
Onderzoekers: Toon Benoot en Wouter Dursin

Coördinatie SWVG: Hilde Lauwers

Administratieve ondersteuning SWVG: Lut Van Hoof, Manuela Schröder

Dit rapport kwam tot stand met de steun van de Vlaamse Overheid. In deze tekst komen onderzoeksresultaten van de auteur(s) naar voor en niet die van de Vlaamse Overheid. De Vlaamse Overheid kan niet aansprakelijk gesteld worden voor het gebruik dat kan worden gemaakt van de meegedeelde gegevens.

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt zonder uitdrukkelijk te verwijzen naar de bron.

No material may be made public without an explicit reference to the source.



### Het consortium SWVG

<i>Deelnemende instellingen</i>	<i>Dagelijks bestuur</i>
<b>KU Leuven</b>	
LUCAS, Centrum voor zorgonderzoek en consultancy	Prof. dr. Chantal Van Audenhove
Instituut voor Sociaal Recht	Prof. dr. Anja Declercq
HIVA Onderzoeksinstituut voor Arbeid en Samenleving	Prof. dr. Johan Put
Leuvens Instituut voor Gezondheidsbeleid	Prof. dr. Tine Van Regenmortel
Faculteit Economie en Bedrijfswetenschappen	Prof. dr. Erik Schokkaert
<b>UGent</b>	
Vakgroep Innovatie, Ondernemerschap en Dienstenmanagement	Prof. dr. Paul Gemmel
Vakgroep Publieke Governance, Management & Financiën	Prof. dr. Joris Voets
Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg	Prof. dr. An De Sutter
<b>Vrije Universiteit Brussel</b>	
Faculteit Psychologie en Educatiewetenschappen	Prof. dr. Dominique Verté
<b>Universiteit Antwerpen</b>	
Centrum OASeS, Departement Sociologie	Prof. dr. Peter Raeymaeckers
<i>Partnerinstellingen</i>	
<b>Universiteit Hasselt</b>	
Centrum voor Statistiek	
<b>Thomas More Hogeschool</b>	
Opleiding Toegepaste Psychologie	dr. Peter De Graef
<b>Arteveldehogeschool</b>	
Dienst onderzoek en dienstverlening	
<b>Hogeschool Gent</b>	
Faculteit Mens en Welzijn	
<b>UC Leuven-Limburg</b>	
Groep Gezondheid en Welzijn	

## Rapport 02

### Het persoonsvolgend financieringssysteem in de sector voor personen met een handicap. Landenstudie: Nederland, Engeland en Duitsland

Onderzoekers: Toon Benoot en Wouter Dursin

Promotors: Prof. dr. Bram Verschuere en Prof. dr. Rudi Roose

## Samenvatting

Dit rapport is een onderzoek in opdracht van het Steunpunt Welzijn Volksgezondheid en Gezin en kadert binnen het beleid omtrent persoonsvolgende financiering. Het rapport heeft twee centrale onderzoeksdoelen als uitgangspunt. Het eerste onderzoeksdoel omvat een gedetailleerde beschrijving van de werking en organisatie van systemen van persoonsgebonden financiering voor volwassen personen met een beperking in Nederland, Engeland en Duitsland. Dit onderzoeksdoel wordt voornamelijk op basis van deskresearch beantwoord.

Met het tweede doel van dit onderzoeksrapport wordt beoogd inzicht te geven op de wijze waarop trajecten van persoonsgebonden financiering in de praktijk lopen en op de variabelen die een impact kunnen hebben op dit traject voor de zorgvrager. Dit onderzoeksdoel wordt voornamelijk beantwoord door middel van semigestructureerde diepte-interviews met 31 sleutelactoren in de landen die deel uitmaken van de studie.

Tot slot bevat dit onderzoeksrapport een comparatief gedeelte waarin over de verschillende landen heen lessen getrokken worden voor zowel de gebruiker als voor de bestuurlijke organisatie van het systeem. Het rapport eindigt met enkele concrete aandachtspunten voor de Vlaamse beleidsmakers op basis van de lessen die in dit onderzoek geleerd zijn uit het buitenland.

### Onderzoeksdoel 1: beschrijving van de buitenlandse systemen (hoofdstuk 3 tot en met 5)

#### Synthese Persoonsgebonden Budget in Nederland

##### *Bestuurlijk*

Door het wegvallen van de AWBZ-regelgeving is het PGB vanaf 2014 ondergebracht in vier wetten: de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), de Jeugdwet, de Wet langdurige zorg (Wlz) en de Zorgverzekeringswet (Zvw). De Rijksoverheid heeft het PGB binnen deze te onderscheiden regelgevende kaders mogelijk gemaakt. Onder welke regelgeving een zorgvrager in de praktijk terecht komt is afhankelijk van de grondslag, het type zorg- en ondersteuningsnood en de zorgzwaarte. De systemen zijn bestuurlijk gescheiden van elkaar georganiseerd, wat betekent dat binnen elk deelsysteem keuzes gemaakt kunnen worden omtrent de concrete implementatie in de praktijk.

De toegang tot zorg en ondersteuning onder de vorm van een PGB verloopt ongeacht de deelwet, telkens in twee trappen. In eerste instantie wordt nagegaan of de cliënt op basis van de grondslag en de zorgnoden in aanmerking komt voor zorg en ondersteuning binnen de desbetreffende wet. In een tweede stap wordt dan nagegaan in welke mate de cliënt zijn zorg onder de vorm van een PGB kan bekomen. Waar de toegangscriteria voor zorg en ondersteuning per wet verschillend zijn, zal de mogelijkheid om een PGB te bekomen, grotendeels op basis van gelijkaardige criteria beoordeeld worden. De instantie zal ten eerste nagaan of de persoon in staat is om zijn budget zelf of met hulp van een derde te beheren (de budgetvaardigheid). De budgetverstrekkende instantie zal ook de kwaliteit en/of doelmatigheid van de zorg en ondersteuning nagaan vooraleer een PGB toe te kennen. Bovendien wordt telkens van de zorgvrager verwacht dat hij motiveert waarom hij zijn zorg en ondersteuning onder de vorm van een PGB wenst te bekomen in plaats van zorg in natura. Ook de opmaak van een budgetplan is onderdeel van het traject om een PGB te bekomen.

De implementatie van het PGB verloopt het meest gedecentraliseerd binnen de Wmo, waar de gemeenten fungeren als toegangspoort voor het indiceren van de zorgnood, instaan voor de beoordeling van de geschiktheid van het PGB als leveringsvorm voor de cliënt en eveneens de beleidsvrijheid hebben om te bepalen op welke wijze de budgetten berekend worden. Dit in tegenstelling tot het PGB binnen de Wet langdurige zorg (Wlz), waar de indicering wordt uitgevoerd door een aparte instantie, het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ), dat een cliënt zal toewijzen aan een landelijk bepaald zorgprofiel met daaraan gekoppelde tarieven. Het zorgkantoor, een organisatie gekoppeld aan de zorgverzekering, zal dan beoordelen of de zorgvrager in aanmerking komt voor een PGB en het uiteindelijke budget of de zorg in natura toekennen.

De Zorgverzekeringswet (Zvw) is qua decentralisatie tussen de Wmo en de Wlz te situeren. Enerzijds beschikken de zorgverzekeraars over enige discretionaire ruimte om in hun eigen polissen specifieke regels uit te werken omtrent het PGB, onder meer wat betreft bepalingen over de berekening en de hoogte van het PGB dat zij toekennen. Anderzijds zijn deze gebonden aan de nationale wetgeving en zijn maximumtarieven vastgelegd. Bovendien gebeurt de indicering in het kader van de Zvw niet door de zorgverzekeraar maar wel door een onafhankelijke verpleegkundige. De zorgverzekeraar beslist dan op zijn beurt of de ondersteuning al dan niet onder de vorm van een PGB wordt toegekend.

De Wmo en Wlz zijn grotendeels van elkaar gescheiden systemen. Dat betekent in de praktijk – afgezien van enkele uitzonderingen – dat het niet mogelijk is voor iemand met PGB-ondersteuning binnen de Wmo om gelijktijdig ondersteuning te krijgen uit de Wlz. Ook omgekeerd geldt dit principe. Een combinatie van ondersteuning uit de Wmo en de Zvw is wel mogelijk.

### *Organisatie traject*

Typerend voor het PGB in Nederland is het systeem van trekkingsrecht<sup>1</sup>. De invoering van het trekkingsrecht in Nederland moet de controle op het PGB versterken en misbruik van middelen verhinderen. Dit gaat echter ook ten koste van het basisconcept van het PGB, waarbij de cliënt zelf zijn middelen in handen krijgt om deze op een flexibele manier in te zetten voor zorg en ondersteuning op maat. Bij elke financiële transactie is een tussenkomst en goedkeuring door de Sociale Verzekeringsbank

---

<sup>1</sup> Trekkingsrecht betekent dat het budget dat aan de cliënt wordt toegewezen, niet op zijn eigen bankrekening terecht komt, maar dat dit wordt beheerd door de Sociale Verzekeringsbank die als tussenpersoon fungeert voor het betalen van facturen aan zorgverstrekkers die zorg of ondersteuning hebben geboden aan de cliënt.

(SVB) die het budget voor de cliënt beheert, noodzakelijk. Het PGB binnen de zorgverzekeringswet vormt hierop een uitzondering. Voor dit PGB is het trekkingsrecht niet van toepassing.

Een tweede typerend kenmerk van het Nederlandse PGB-systeem is de mogelijkheid om het budget in te zetten voor de financiering van ondersteuning door familie of mantelzorgers van de cliënt, ongeacht of het een budget binnen de Wmo, Wlz of Zvw is. Voor indicerende instanties resulteert dit in een ambigue zone bij het definiëren van wat zij al dan niet als 'gebruikelijke zorg' beschouwen.

Een derde belangrijke vaststelling uit de systeembeschrijving is dat er afhankelijk van de zorg- en ondersteuningsnoden, verschillende toegangspoorten zijn voor de cliënt. In principe is een gelijktijdige combinatie van ondersteuning uit de Wmo en Wlz niet mogelijk. Dit creëert een mogelijk spanningsveld voor cliënten die net niet in aanmerking komen voor Wlz ondersteuning. Bovendien resulteert de sterke decentralisatie van de Wmo in een grote diversiteit aan uitvoeringswijzen van het PGB-beleid in de Nederlandse gemeenten.

Ook wat betreft het vaststellen van de ondersteuningsnood is een belangrijk onderscheid op te merken. Binnen de Wmo gaan de gemeenten heel duidelijk uit van het 'eigen kracht-verhaal' waarbij in kaart gebracht wordt welke rol het netwerk binnen de zorg en ondersteuning van de cliënt kan opnemen. In de Wlz gebeurt de indicatie van de zorg- en ondersteuningsnoden op basis van het principe van 'de naakte man in de kale kamer', waarbij de noden in kaart worden gebracht zonder rekening te houden met de ondersteuning die er reeds is vanuit het netwerk.

Tot slot hebben de systemen voor de Wmo en Wlz een eigen bijdrageregeling die berekend en geïnd wordt door het Centraal Administratie Kantoor (CAK). Deze eigen bijdrage is niet van toepassing binnen de Zvw.

## **Synthese Persoonsgebonden budget in Engeland**

### *Bestuurlijk*

In Engeland is de regelgeving en de organisatie omtrent persoonlijke budgetten voor personen met een beperking bevat in twee wetten<sup>2</sup>. De Care Act enerzijds die de sociale zorg (social care) regelt en die uitgevoerd wordt door de lokale overheden en anderzijds het wetgevend kader voor de NHS Continuing Healthcare, de nationaal geregelde zorg en ondersteuning voor personen van wie de primaire zorgnood gezondheidsgerelateerd is. Deze laatste wordt uitgevoerd door de Clinical Commissioning Groups (CCG's), die als gedecentraliseerde organen van de NHS op lokaal niveau in 207 regio's instaan voor de uitvoering van het gezondheidsbeleid van de NHS. Hoewel het recht op een Personal Budget (PB) in de sociale zorg (social care) reeds langer bestaat, geldt het recht om het Personal Health Budget (PHB) te bekomen binnen de gezondheidszorg pas sinds 2014. Met een PB en een PHB worden personen in kennis gesteld van de hoeveelheid middelen die voor hun zorg en ondersteuning beschikbaar zijn. Daarnaast wordt men ook aangemoedigd om een zorg- en ondersteuningsplan op te stellen waarin dient te worden aangegeven hoe de middelen ingezet zullen worden om aan de geïdentificeerde behoeften tegemoet te komen. Naast dit recht op een PB en een PHB wordt zowel in de sociale zorg als de langdurige gezondheidszorg de mogelijkheid op de ondersteuning in een cash-leveringsvorm te bekomen onder de noemer 'Direct Payment'. De budgethouder of zijn vertegenwoordiger staat dan zelf in voor de

---

<sup>2</sup> Zie hoofdstuk 4 voor meer duiding omtrent de zorgtypes die respectievelijk onder sociale zorg en gezondheidszorg bevat worden.

organisatie van de nodige zorg en ondersteuning, het beheer van het bedrag en de verantwoording van de besteding. Het bestuursniveau dat verantwoordelijk is voor de implementatie en de inkomensafhankelijkheid van de toegang tot de zorg zijn de twee belangrijkste verschillen tussen de adult social care en de Continuing Healthcare. De sociale zorg georganiseerd door de lokale overheid is onderhevig aan een middelentoets bij de zorgvrager, waardoor de financiële tegemoetkoming mee bepaald wordt door zijn of haar inkomen/vermogen. De ondersteuning vanuit de gezondheidszorg is daarentegen niet inkomens-afhankelijk en is de verantwoordelijkheid van de NHS. In tegenstelling tot de gezondheidszorg binnen de NHS, is de zorg en ondersteuning binnen de social care niet gratis.

### *Organisatie traject*

De toegang tot de NHS CHC is meer gestandaardiseerd dan deze tot de sociale zorg door het gebruik van de 'Checklist Tool' en de 'National Decision Support Tool' die praktijkwerkers bijstaat in het nemen van beslissingen. Binnen de social care werden nationale minimumcriteria vooropgesteld om te bepalen of iemand al dan niet in aanmerking komt voor zorg en ondersteuning, maar blijft tegelijk discretionaire ruimte bij de overheid om hier een interpretatie aan te geven. Voor de terbeschikkingstelling van een DP gelden in beide systemen een aantal gelijklopende regels. Ten eerste wordt de 'mentale capaciteit' van de cliënt of zijn vertegenwoordiger onderzocht. Ten tweede wordt beoordeeld of de zorgvrager in staat is om een persoonsgebonden budget te beheren en of dit een 'gepaste' wijze is om aan de zorgbehoefte tegemoet te komen. Alvorens een finaal budget toe te wijzen aan de cliënt wordt een indicatief budget opgesteld. Dit is een 'best guess' van wat de ondersteuning voor de geïndiceerde behoeften kan kosten. Dit bedrag kan na het gezamenlijk opstellen van een zorg- en ondersteuningsplan worden bijgesteld. Binnen de sociale zorg geldt dat er bij de budgetbesteding niet noodzakelijkerwijs gekozen dient te worden voor de goedkoopste optie. Het leidend principe is 'value for money' en het in overweging nemen van de outcomes die in het zorgplan werden opgenomen. De lokale overheden kunnen echter financiële beperkingen inbouwen bij de budgetbepaling. Ook de Clinical Commissioning Groups (CCG's), nemen efficiëntie als leidend principe in de beoordeling van de budgetbesteding. De CCG's kunnen echter ook een DP als leveringsvorm weigeren wanneer deze van oordeel zijn dat dit geen kosteneffectieve manier is om aan de persoonlijke gezondheidsbehoeften tegemoet te komen. Binnen beide systemen geldt ook dat een familielid en een inwonende enkel bij uitzondering betaald kunnen worden voor de zorgtaken die ze uitvoeren indien de lokale overheid of het CCG dit nodig en mogelijk acht.

Tot slot kunnen de budgetten uit de social care en de CHC worden samengevoegd in een 'joint package of care', een gezamenlijk zorgpakket waarbij zowel de lokale overheid als de NHS instaan voor de bekostiging. Deze samenwerking ter overbrugging van grijze zones en om te vermijden dat personen tussen de plooiën van beide zorgsystemen vallen, hangt sterk af van het engagement van lokale entiteiten (city council en lokaal CCG).

## Synthese Persoonsgebonden budget in Duitsland

### *Bestuurlijk*

Het persoonlijk budget is in Duitsland in 2008 geïntroduceerd als een wettelijk recht voor personen met een beperking. Het regelgevend kader is uitgewerkt binnen het sociaal wetboek en heeft als doel de participatie en integratie van personen met een handicap te bevorderen. Ondersteuning onder de vorm van een Persönliches Budget (PB) kan in Duitsland aangevraagd worden bij een groot aantal betrokken instanties (Leistungsträger). De belangrijkste instanties in het kader van ondersteuning voor volwassen personen met een beperking zijn de sociale diensten enerzijds, en de zorgkassen anderzijds. Maar ook vanuit de arbeidsintegratiedienst, ongevallen- en pensioenverzekering kan een zorgvrager ondersteuning krijgen onder de vorm van een PB. De sociale diensten worden op (boven)lokaal niveau georganiseerd en hebben discretie omtrent de wijze waarop zij de zorgvrager indiceren en in het bepalen van de budgethoogtes. De zorgkassen zijn meer gebonden aan landelijke regels omtrent de indicering van de zorgbehoefte en het bepalen van de tarieven.

Uniek aan het Duitse systeem is het principe van 'Leistungen wie aus einer Hand'. Dit betekent in de praktijk concreet dat een cliënt van bij de aanvraag tot op het moment dat hij zijn budget effectief bekommt, één centraal aanspreekpunt heeft. Dit is in principe de instantie (Leistungsträger) die hij initieel heeft gecontacteerd met zijn zorgvraag. Dat betekent dat elke instantie in de praktijk de coördinerende rol voor het aanvraagtraject toegewezen kan krijgen. Dit vergt uiteraard ook enige expertise. Om deze in te bouwen heeft de overheid 'joint service centers' opgericht (Gemeinsame Servicestelle). Deze zijn per regio toegewezen aan een specifieke instantie (Leistungsträger). In de praktijk functioneren deze centra echter niet naar behoren, waardoor in recent wetgevend initiatief de beslissing is genomen om deze eind 2018 terug af te schaffen. In de praktijk zijn de sociale diensten steeds onderliggend op andere regelgeving. Eerst moet dus bijvoorbeeld ondersteuning vanuit de Pflegeversicherung uitgeput zijn, vooraleer aanspraak gemaakt kan worden op de Sozialhilfe.

### *Organisatie Traject*

Indien een cliënt ondersteuning als PB kan bekomen vanuit verschillende instanties, dan heeft hij de mogelijkheid om dit als een overkoepelend budget (Trägerübergreifend Persönliches Budget) op te nemen. In dat geval worden alle budgetten onder coördinatie van de instantie die de cliënt initieel heeft aangesproken, gecombineerd in één budget.

De toegang tot zorg en ondersteuning is in principe niet inkomens- of vermogensafhankelijk. De sociale zorg, die een belangrijk onderdeel vormt voor personen met een beperking, vormt hier de uitzondering op. Enkel personen die de inkomens- en vermogensgrens niet overschrijden, komen in aanmerking voor een PB. De inkomens- en vermogensgrenzen wordt gradueel opgetrokken tegen 2020.

## **Onderzoeksdoel 2: beschrijving van de praktijk van persoonsvolgende financiering in het buitenland (hoofdstuk 6)**

In dit onderdeel van het onderzoeksrapport brengen wij op basis van gesprekken met sleutelactoren in de drie PVF-systemen, de voornaamste factoren in kaart die het traject voor de persoon met een zorgvraag beïnvloeden. Wij maken hierbij telkens per land een opdeling tussen cliëntgebonden factoren enerzijds en contextfactoren anderzijds.

## Synthese typetrajecten Nederland

### *Cliëntgebonden factoren*

Doorheen onze gesprekken met de belangrijkste stakeholders in het systeem kwamen enkele cliëntfactoren in beeld die een grote impact kunnen hebben op het traject dat de zorgvrager doorheen het systeem aflegt. Een eerste factor is het soort zorgvraag dat de cliënt heeft. Deze heeft zowel een impact op de aanvraag als op de indicatiestelling, doordat het Nederlandse systeem van persoonsgebonden budgetten gekenmerkt wordt door verschillende, grotendeels van elkaar gescheiden systemen waarbinnen de zorgvrager zijn traject doorloopt. Het betreft in de praktijk een tweedeling waarbij de toegang tot de sociale zorg binnen de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) geregeld is, terwijl de toegang tot de langdurige, meer intensieve zorg geregeld is in de Wet langdurige zorg (Wlz). Aanvullend fungeert de Zorgverzekeringswet (Zvw) als toegangspoort voor bepaalde vormen van verpleging en verzorging. Deze opdeling van de toegangspoorten heeft als gevolg dat cliënten die zich in de 'grijze zone' tussen de twee regelgevende kaders bevinden, een minder eenduidig traject doorlopen. Het is voor hen in eerste instantie minder eenvoudig om de correcte toegangspoort te identificeren en om in kaart te brengen welk traject voor hen tot het beste antwoord op hun zorg- en ondersteuningsnoden kan leiden. Bovendien lopen zij het risico om van het kastje naar de muur gestuurd te worden en op die manier een onnodig lang traject te doorlopen vooraleer een persoonsgebonden budget te bekomen. De strikte scheidingslijn tussen de Wmo en Wlz werkt bovenstaande in de hand. Nochtans bepaalt de toegangspoort waarbinnen de cliënt terecht komt voor een groot deel zijn verder traject, onder meer omwille van het verschil in wijze waarop geïndiceerd wordt. Waar wel nog een combinatie van budgetten uit verschillende wetten mogelijk is (in casu, een combinatie van Wmo- en Zvw-ondersteuning) heeft dit voor de cliënt een impact op de verantwoording. Het is immers mogelijk dat de cliënt de ontvangen zorg van eenzelfde zorgverstrekker zal moeten verantwoorden bij twee afzonderlijke instanties.

Een tweede belangrijke factor is de taligheid van de cliënt. De mate waarin de zorgvrager zijn zorgnoden en wensen ten aanzien van de indicerende instantie kan uitdrukken, heeft een impact op zijn traject. In het Nederlandse systeem wordt de PGB-vaardigheid van de cliënt beoordeeld vooraleer hij of zij een budget toegewezen krijgt. De mate waarin een cliënt zijn zorgnoden voldoende goed in kaart kan brengen, de wijze waarop hij zijn ondersteuningsvraag stelt en de mate waarin hij een concreet plan kan opstellen om aan zijn ondersteuningsnoden tegemoet te komen, zullen bijgevolg mee bepalend zijn voor het antwoord op de vraag of een cliënt al dan niet zijn zorg onder de vorm van een PGB kan bekomen. Zowel de aanwezigheid van een sterk netwerk rondom de cliënt als de hulp door middel van onafhankelijke cliëntondersteuning, kunnen versterkend werken voor de minder talige cliënten. De taligheid van de cliënt kan ook een invloed hebben tijdens de onderhandelingsfasen die eigen zijn aan het traject. Zo is er enerzijds de onderhandeling tussen de zorgvrager en de frontlijnwerker omtrent de invulling van het zorgplan en anderzijds de onderhandeling tussen de zorgvrager en de zorgaanbieders.

### *Contextfactoren*

Een eerste bepalende factor in de Nederlandse context is de discretionaire ruimte waarover de gemeenten beschikken. In de praktijk hebben zij heel wat ruimte wat betreft het vormgeven en uitvoeren van de sociale zorg. Dit resulteert in een versnipperd landschap waarbinnen sprake is van een 'postcode lotery': de toegang tot en de mogelijkheden met een PGB verschillen naargelang de invulling die door de lokale overheid aan het beleid wordt gegeven. Binnen de Wmo gelden heel brede toelatingscriteria (iedere persoon met een zorg- en ondersteuningsbehoefte komt in aanmerking voor



ondersteuning), waarbij inkomens- en vermogensafhankelijkheid geen rol speelt. In de praktijk kan de toegang tot een PGB echter nog door diverse factoren ingeperkt worden. Het nagaan van welke zorg 'gebruikelijk' is en door het netwerk kan opgevangen worden en de regeling omtrent eigen bijdragen kunnen een drempel vormen voor personen met een groot vermogen. In de praktijk leidt dit ertoe dat cliënten soms uit het systeem stappen en de zorg zelf regelen. Verder wordt de verplichting tot informatieverstrekking omtrent het recht op onafhankelijke cliëntondersteuning niet steeds strikt nageleefd en wordt in heel wat gemeenten creatief omgegaan met het onderscheid tussen 'algemene voorziening' en 'maatwerkvoorzieningen' waardoor de toegang tot een PGB in de praktijk bemoeilijkt wordt voor de cliënt. Daarnaast resulteert de gemeentelijke invulling van de berekening van de budgethoogtes in een grote diversiteit aan wat een cliënt in de praktijk toegekend krijgt en wordt op die manier een ongelijke toegang tot zorg en ondersteuning gecreëerd. Bovendien heeft de decentralisatie naar de gemeenten met zich mee gebracht dat de gemeenten zelf de nieuwe toegangspoort werden voor een groot deel van de zorg- en ondersteuningsvragen. De expertise omtrent indiceren en de mogelijkheden van het persoonsgebonden budget zijn echter niet in alle gemeenten even sterk aanwezig.

Daarnaast merken wij op dat ook de financiële context waarbinnen het systeem uitvoering moet krijgen een belangrijke rol speelt. Indien het systeem van persoonsgebonden financiering gepaard gaat met een context van beperkte financiële middelen, heeft dit vaak ongewenste effecten zoals onder meer de hierboven vermelde doorverwijzing naar andere toegangspoorten. De verdeling van de middelen vanuit de Rijksoverheid naar de gemeenten, waarbij onvoldoende rekening gehouden wordt met de spreiding van zorgaanbod en vraag, verloopt niet probleemloos. Dit heeft een moeilijkere toegang tot de zorg als resultaat.

## **Synthese typetrajecten Engeland**

### *Cliëntgebonden factoren*

Net zoals in het Nederlandse systeem geldt ook in Engeland dat taligheid van de cliënt en het beschikken over een netwerk belangrijke factoren zijn voor de cliënt in het PGB-traject. Omdat de eerste stap om zorg en ondersteuning te bekomen, gezet moet worden door de cliënt, stromen sommige zorgvragers die minder sterk in de schoenen staan of niet over een ondersteunend netwerk beschikken pas later in het systeem binnen. Dit met een hogere zorgvraag tot gevolg. Zowel voor het bekomen van een positief assessment als voor het aanvechten van een negatief assessment maken talige cliënten of cliënten met een sterk netwerk een grotere kans om zorg en ondersteuning toegekend te krijgen.

Uit de gesprekken met de sleutelactoren blijkt dat voornamelijk jongvolwassenen met fysieke of zintuigelijke beperkingen geneigd zijn om de keuze te maken voor een persoonsgebonden budget, terwijl ouderen hier doorgaans minder toe geneigd zijn. Ook personen met een verstandelijke beperking maken gebruik van deze budgetten indien zij hierbij op een ondersteunend familielid of vertegenwoordigend persoon kunnen steunen.

Ook voor het inkopen van zorg, de effectieve budgetbesteding, speelt de aanwezigheid van een goed netwerk rond de cliënt en de toegang tot informatie een belangrijke rol. Personen die goed omringd zijn zullen er doorgaans beter in slagen om goede zorg in te kopen die op maat van hun individuele noden en wensen georganiseerd is. Ook wat betreft de mogelijkheid om onafhankelijke ondersteuning te bekomen doorheen het PGB-traject, zullen deze factoren hun impact hebben, aangezien niet alle gemeenten deze onafhankelijke ondersteuning waar nodig aanbieden.

### *Contextfactoren*

Twee centrale elementen binnen de bestuurlijke en organisatorische context van het Engelse systeem die een impact hebben op het traject van de cliënt zijn de discretionaire ruimte van de lokale bestuurlijke entiteiten (zowel de lokale overheden als de Clinical Commissioning Groups) enerzijds en de cultuur binnen de lokale beleidspraktijk anderzijds.

De discretionaire ruimte die de regelgever in Engeland laat voor de lokale beleidskeuzes, resulteert in de praktijk in een gediversifieerde uitvoeringspraktijk die zichtbaar wordt doorheen alle fasen van het traject. De woonplaats van de zorgvrager en de wijze waarop de lokale beleidsfactoren er vormgeven aan het beleid van persoonsgebonden budgetten zal mee bepalen welke zorg en ondersteuning de persoon in de praktijk bekommt. Wanneer een lokale overheid bijvoorbeeld inzet op preventie en eerstelijns-ondersteuning, kan dit ertoe leiden dat minder mensen genoodzaakt zijn gesubsidieerde zorg en ondersteuning aan te vragen. Ook bij de indicering zijn er in de praktijk ondanks de invoering van de Care Act met de daarbij horende uniforme 'eligibility criteria', heel wat verschillen in de wijze waarop lokale actoren de impact van de zorgnood op het welzijn beoordelen. Daarnaast zijn de lokale beleidskeuzes omtrent budgethoogtes en de wijze waarop zij deze budgetten ter beschikking gesteld worden van invloed op de toegang tot zorg en ondersteuning voor de cliënt. Zo heeft de keuze van heel wat lokale overheden om de budgetten door middel van een prepayment card aan te bieden aan de budgethouders, die voornamelijk gebaseerd is op de controle- en beheersingsmogelijkheden die deze tool biedt, tot gevolg dat bestedingsmogelijkheden van de cliënt soms voor een groot deel worden ingeperkt. Ook door het bepalen van maximale uurtarieven voor bepaalde zorgtypes, kan de overheid de bestedingsopties mee sturen. De keuzes van cliënten worden in de praktijk soms beperkt door een persoonsgebonden budget enkel toe te kennen voor gebruik bij een lijst van goedgekeurde zorgaanbieders of door het budget enkel te promoten als een middel om een persoonlijk assistent te financieren. De financiële context van lokale overheden vormt een verklaringsgrond voor de wijze waarop er soms ingezet wordt op een inperking van de zorgnoden die in aanmerking komen voor ondersteuning. Het is ook in dit licht dat bepaalde gemeenten soms actiever op zoek gaan dan andere naar kosteloze oplossingen voor een zorgvraag van de cliënt, wat eveneens een impact heeft op de definitieve budgethoogte die aan de cliënt wordt toegekend. Lokale afstemming tussen lokale besturen en de CCG's is van fundamenteel belang in het te doorlopen traject van een persoon die nood heeft aan middelen die afkomstig zijn uit zowel de social care en de health care, maar blijkt in de praktijk eerder uitzondering dan regel te zijn.

Ten tweede speelt de cultuur binnen de indicerende dienst en bij de frontliniewerker een belangrijke rol in het verloop van een traject in het kader van een persoonlijk budget. Uit de gesprekken blijkt het in de praktijk niet zo eenvoudig om de bestaande cultuur om te schakelen. De kans om de zorg en ondersteuning onder de vorm van een persoonsgebonden budget te bekomen hangt onder meer af van de mate waarin praktijkwerkers risico's verbonden aan het toekennen van deze budgetten aanvaarden. Ook de aan- of afwezigheid van expertise en ervaring met het PGB bij het personeel, kan het al dan niet toekennen van een budget beïnvloeden. Wij merken op dat waar lokaal leiderschap aanwezig is en een duidelijke visie en expertise is uitgebouwd omtrent persoonsgebonden budgetten, de toegang tot deze budgetten in de praktijk ook groter lijkt te zijn voor de zorgvragers. In veel gevallen is het echter moeilijk om af te stappen van de gevestigde wijze waarop personen met een zorgvraag doorheen hun traject begeleid worden. Zeker binnen de CCG's speelt de cultuur van weerstand bij de frontliniewerkers omtrent het geven van meer keuze en controle over de inrichting van de zorg aan de cliënt een rol. Ook

de publieke perceptie heeft een invloed op de bereidheid van de frontliniewerkers om in te stemmen met een creatieve besteding van de budgetten.

## **Synthese typetrajecten Duitsland**

### *Cliëntgebonden factoren*

Net zoals vastgesteld in Nederland en Engeland spelen de complexiteit van de zorgvraag van de cliënt samen met de taligheid een belangrijke rol in het traject dat hij al dan niet zal doorlopen. Ondanks de pogingen van de nationale overheid om het traject en bijhorend proces dat de zorgvrager doorloopt te stroomlijnen met behulp van het principe van 'Leistungen wie aus einer Hand' zal het traject voor een zorgvrager die ondersteuning nodig heeft die vanuit verschillende instanties afkomstig is, in de realiteit vaak toch complexer zijn. Een van de redenen hiervoor is onder meer is dat waar instanties hun eigen werking goed kennen, zij niet altijd even goed op de hoogte zijn van de ondersteuningsvormen en – mogelijkheden die de andere instanties kunnen bieden. Dat het Duitse systeem versnipperd is over een verscheidenheid aan uitvoerende instanties bemoeilijkt de toegang tot de zorg verder voor de cliënt.

Opnieuw speelt de taligheid van de cliënt een belangrijke rol. Respondenten geven aan dat indien een cliënt voldoende goed zijn noden en vragen kan formuleren, hij in de praktijk ook sneller een persoonsgebonden budget zal kunnen bekomen dan wie dat niet of minder goed kan. De mate waarin een cliënt voldoende weet welke weg hij op wil met zijn zorg en ondersteuning hangt ook sterk samen met zijn toegang tot informatie omtrent de mogelijke ondersteuningsbronnen en –vormen. De taligheid heeft doorheen het hele traject een mogelijke impact. Afspraken omtrent de wijze van verantwoording van het gebruik van het budget zijn bv. mee opgenomen in de doelovereenkomst die tussen zorgvrager en de indicerende instantie wordt opgesteld. De mondigere cliënten zullen er doorheen deze procedure beter in slagen om als resultaat van het gesprek met de frontliniewerker, de intensiteit van de verantwoording laag te beperken. Maar ook het bekomen van onafhankelijke ondersteuning doorheen het traject om een PGB te bekomen, heeft hogere kansen voor de meertalige cliënten.

De inkomensafhankelijkheid van de zorg en ondersteuning die wordt toegekend vanuit de Sozialhilfe, werkt op dit moment ontmoedigend voor personen die willen werken. Wordt hun inkomen immers te hoog, dan dreigen zij een substantieel deel van hun ondersteuning te verliezen. Nieuwe regelgeving (het Bundesteilhabegesetz) waarin de inkomens- en vermogensdrempel worden opgetrokken moet hier een antwoord op bieden.

De zorgnood van de cliënt heeft verder ook een impact op zijn kans om zijn budget te gebruiken om ondersteuning in te kopen voor het beheer van zijn persoonsgebonden budget. Dit blijkt voor personen met een hoge zorgzwaarte mogelijk, maar is een stuk moeilijker voor personen die een laag budget werden toegekend, gezien de regel dat de persoonsgebonden budgetten in principe niet duurder mogen zijn dan de kost voor de zorg in natura.

Ook de woonplaats van de cliënt zal de opties om zijn budget te besteden mee bepalen. In regio's waar veel zorgaanbod aanwezig is, zal de cliënt meer opties hebben om zijn budget in te zetten.

### *Contextfactoren*

Ook enkele contextfactoren spelen een rol wat betreft het traject van de cliënt en de toegang tot zorg en ondersteuning onder de vorm van een persoonsgebonden budget. Ten eerste bemoeilijkt het versnipperde veld in Duitsland waarbij elke instantie in principe als toegangspoort kan dienen voor de

cliënt, zoals hierboven omschreven, soms de toegang voor cliënten die zorg en ondersteuning bij diverse instanties moeten bekomen.

Het inrichten van de Gemeinsame Servicestelle stoelde op het idee om de kennis omtrent de diverse betrokken instanties te bundelen maar omdat deze rol werd toegewezen aan een van de reeds bestaande instanties en vaak niet gepaard ging met voldoende bijkomende financiering om deze functie in de praktijk in te vullen, bleven de resultaten in de praktijk uit. Bovendien leidt het systeem waarbij zorgvragers een gecombineerd budget kunnen bekomen, waarbij de Sozialhilfe secundair optreedt, dus als de ondersteuningsrol van andere instanties uitgeput is, ertoe dat bepaalde primair verantwoordelijke instanties zoals bijvoorbeeld de zorgkassen de toegang tot ondersteuning in de praktijk inperken omdat de cliënt in tweede instantie toch volledig binnen de sociale zorg ondersteund wordt. Bovendien lichten de instanties hun cliënten in de praktijk niet steeds goed in over de mogelijkheid om voor een persoonsgebonden budget te kiezen. Afhankelijk van de regio waar een zorgvrager woont en de wijze waarop de instanties zich achter het persoonsgebonden budget zetten, kan de toegang voor de cliënt dus variëren. De cultuur bij de frontlijnwerkers speelt hierbij ook een belangrijke rol. Soms hebben zij omwille van gebrek aan expertise of ervaring omtrent de budgetten schrik om deze aan cliënten toe te kennen. Ook de creativiteit van frontliniewerkers speelt een belangrijke rol in functie van de opties waarvoor een PGB in een bepaalde regio ingezet wordt.

Net zoals in Engeland en Nederland het geval is, zal de levenskost in een regio de hoogtes van de budgetten voor zorg en ondersteuning mee bepalen. Dat leidt in de praktijk tot grote verschillen in de hoogtes van budgetten die worden toegekend afhankelijk van de lokale marktcontext. Bovendien zijn ook in de berekeningswijze en indicering binnen de Sozialhilfe grote verschillen per regio. De mate waarin personen aanwezig zijn in de regio of in de deelstaat die een trekkersrol opnemen in functie van de persoonlijke budgetten kan een belangrijke invloed hebben op de toegang.

De keuze voor een PGB kan ook verbonden zijn aan de aanwezigheid van zorgaanbod in de regio. Zo verklaart een respondent het lage aantal PGB's in Berlijn omwille van de aanwezigheid van heel wat zorgaanbod, waardoor er minder noodzaak bestaat om het PGB als een 'opt-out' uit het traditionele zorg in natura-systeem te gebruiken.

### **Conclusie: comparatieve bevindingen en beleidsaanbevelingen (hoofdstuk 7)**

In de algemene conclusie van dit rapport bundelen wij de verworven inzichten uit het beschrijvende eerste hoofdstuk met de praktijkervaringen in de buitenlandse systemen uit het tweede hoofdstuk. Dit doen wij op meta-niveau, over de verschillende landen heen. We bespreken er achtereenvolgens de vaststellingen met betrekking tot de cliënten in het systeem, belangrijkste contextfactoren die inwerken op de toegang tot zorg en ondersteuning en formuleren tot slot ook enkele aanbevelingen die ook voor de Vlaamse beleidscontext relevant kunnen zijn.

#### **Cliëntkenmerken**

Ongeacht het land waarin de persoonsgebonden financiering wordt toegepast, stellen wij vast dat de systemen in hoofdzaak uitgewerkt lijken te zijn in functie van een specifiek type zorgvrager. Uit de gesprekken met de sleutelactoren in Nederland, Engeland en Duitsland, komen soortgelijke karakteristieken naar voor. Een eerste vaststelling is wat betreft **cliënttypes**. Personen met een fysieke beperking maken voornamelijk gebruik van het persoonsgebonden budget. In tweede orde betreft het voornamelijk personen met een verstandelijke beperking. De **taligheid van de cliënt** is bovendien in alle

systemen een belangrijke factor die het traject van de cliënt doorheen alle fasen (van aanmelding tot aan de verantwoordingsfase) kan beïnvloeden. Beperkte mogelijkheden van de cliënt om zijn zorgvragen en ondersteuningsnoden te formuleren en voor zijn eigen belangen op te komen, kunnen gemedieerd worden door de aanwezigheid van een sterk betrokken netwerk. Ook onafhankelijke adviesinstanties en peer counseling kunnen een positieve impact hebben op de toegang van de cliënt tot zorg en ondersteuning in de context van persoonsgebonden financiering.

De **complexiteit van de zorgvraag van de cliënt**, waarmee voornamelijk bedoeld wordt op de mate waarin een cliënt in de praktijk in aanmerking zou kunnen komen voor ondersteuning vanuit verschillende instanties, leidt er in de praktijk meestal toe, dat de cliënt een complexer traject moet doorlopen. Dit ondanks pogingen van de overheden om de trajecten voor de cliënt zo gestroomlijnd mogelijk te laten verlopen. Dit kan zowel hindernissen met zich mee brengen bij de aanmeldings- en indiceringsfase, maar even goed bijvoorbeeld wat betreft de wijze waarop de cliënt de besteding van zijn of haar persoonsgebonden budget dient te verantwoorden.

Verder speelt ook de **vaardigheid van de cliënt naar het oordeel van de professionals** een belangrijke rol. Vaak zal de discretionaire ruimte waarover de frontliniewerker beschikt in de praktijk een impact hebben op de kansen die een zorgvrager heeft om zijn zorg en ondersteuning onder de vorm van een persoonsgebonden budget te bekomen. In Nederland wordt dit onder meer benoemd als het beoordelen van de PGB-vaardigheid van een cliënt.

Wat betreft de **inkomens- en vermogensafhankelijkheid** van de toegang van de zorg en ondersteuning, zijn de systemen verschillend georganiseerd. In Nederland is de toegang tot zorg niet inkomens- of vermogensafhankelijk maar wordt op basis van beiden wel een eigen bijdrage berekend, die voor sommige zorgvragers in de praktijk vrij hoog kan uitvallen. In Engeland is enkel de sociale zorg inkomensafhankelijk, terwijl deze drempel voor de gezondheidszorg niet geldt. Binnen de sociale zorg krijgt een zorgvrager met een vermogen of inkomen boven een bepaalde drempel geen financiële ondersteuning toegekend.

Tot slot heeft ook de **woonplaats** van de zorgvrager een belangrijke impact op de toegang tot zorg en ondersteuning. De aanwezigheid van lokaal aanbod is in meer stedelijke gebieden vaak groter. In meer landelijke regio's zorgt een beperkter aanbod vaak voor minder keuzemogelijkheden voor de cliënt.

### **Contextfactoren met betrekking tot toegang tot zorg en ondersteuning**

De **bestuurlijke organisatie** heeft een grote impact op de toegang van de cliënt tot zorg en ondersteuning onder de vorm van een persoonsgebonden budget. Zo werkt het gedecentraliseerde systeem in Nederland onder meer een dynamiek van onderlinge doorverwijzing in de hand tussen de toegangspoort in de gezondheidszorg en sociale zorg. In het Engelse systeem kunnen budgetten uit sociale en gezondheidszorg gecombineerd worden, maar is de wijze waarop de cliënt hier in de praktijk aanspraak kan op maken en het traject dat hij hiervoor doorloopt heel sterk afhankelijk van de manier waarop de lokale actoren invulling geven aan de beleidspraktijk. In Duitsland, waar elke individuele instantie in principe als centrale toegangspoort kan dienen in het systeem leidt dit tot de nodige problemen wat betreft expertise en kennis.

Een algemene conclusie omtrent de wijze waarop de systemen in de praktijk werken, wordt echter bemoeilijkt door de **decentralisatie en discretie** in de bestudeerde systemen. Vaak is er, ondanks pogingen van de centrale overheid om algemene kaders aan te reiken, nog heel wat discretionaire ruimte om op het lokale niveau beslissingen te nemen omtrent de concrete implementatie. Er is in veel

gevallen een relatief ruime beslissingsvrijheid omtrent de wijze waarop de budgetten bepaald worden, de effectieve budgethoogtes en de wijze waarop de cliënt geïndiceerd wordt. Door dat de lokale actoren vaak actief zijn binnen een beperkte financiële context wordt de toegang tot het persoonsgebonden budget in de praktijk soms teruggeschroefd of wordt de budgethoogte die aan de cliënt wordt toegekend soms sterk ingeperkt.

Ook de **cultuur en kennis van de dienstverlenende instanties en frontliniewerkers** spelen een rol. Vaak zal de wijze waarop de lokale overheid denkt omtrent persoonsgebonden financiering en de verwachte effecten op de financiële context van de organisatie, een belangrijke impact hebben op de toegang tot het persoonsgebonden budget. Wordt verwacht dat deze budgetten efficiënter zijn, dan zullen zij meer worden aangeboden aan de cliënt. Wordt misbruik van middelen verwacht of verwacht de overheid dat het zal leiden tot een hoger aantal vragen voor budgetten, dan zal een eerder terughoudend beleid gevoerd worden. Dit leidt tot grote verschillen tussen regio's wat betreft de mogelijkheid om een budget te bekomen.

Tot slot speelt ook **bureaucratie en controle** een rol in het systeem. Een complexe organisatie van het systeem kan in de praktijk de 'leesbaarheid' voor de cliënt bemoeilijken enerzijds, maar kan ook voor de professionals binnen de overheidsinstanties onzekerheid teweegbrengen en ertoe leiden dat zij de toegang tot het persoonsgebonden budget voor de cliënt beperken. De beleidspraktijk leert dat de professionals en beleidsmakers op het lokale niveau steeds op zoek moeten gaan naar een evenwicht tussen voldoende controle over wat met de middelen gebeurt, over de wijze waarop de cliënt zijn zorg en ondersteuning ontvangt, terwijl ook de nodige ruimte moet geboden worden om creatief met de mogelijkheden om te gaan die het systeem van persoonsgebonden financiering creëert.

### **Toegankelijkheid van het systeem - Lessen uit het internationaal onderzoek**

In de algemene conclusie van dit rapport bundelen wij de verworven inzichten uit het beschrijvende eerste hoofdstuk met de praktijkervaringen in de buitenlandse systemen uit het tweede hoofdstuk. Dit doen wij op metaniveau, over de verschillende landen heen. We bespreken in dit hoofdstuk achtereenvolgens de vaststellingen met betrekking tot de cliënten in het systeem, belangrijkste contextfactoren die inwerken op de toegang tot zorg en ondersteuning en formuleren tot slot ook enkele aanbevelingen die ook voor de Vlaamse beleidscontext relevant kunnen zijn.

Om de groep gebruikers die baten kan halen uit het systeem van PGB zo ruim mogelijk te maken zijn enkele randvoorwaarden van cruciaal belang:

- a) Toegang tot informatie: het is van belang dat alle deelgroepen van cliënten over voldoende toegankelijke en begrijpbare informatie beschikken omtrent het PGB en de mogelijke bestedingsopties. De ervaring uit het buitenland leert dat cliënten vaak weinig kennis hebben van het systeem, zelfs indien reeds heel wat inspanning geleverd is om hierover te communiceren.
- b) Toegang tot zorg: niet in alle regio's (landelijk, stedelijk) is het aanbod van zorg en ondersteuning even hoog. Aandacht voor regionale kenmerken en de impact daarvan op de nodige zorg en ondersteuning is belangrijk bij de implementatie van PGB-systemen.
- c) Peer counseling en onafhankelijke bijstand: uit de analyse van de buitenlandse systemen blijkt dat peer counseling een belangrijke rol kan spelen doorheen het volledige traject dat de zorgvrager doorloopt. Zowel bij het nadenken omtrent de invulling van de zorg als bij de opvolging van hoe budgetten door de cliënt besteed worden. Het is een belangrijke taak van de overheid om deze peer counseling voldoende te faciliteren en integreren in het PGB-proces. Hetzelfde geldt voor een georganiseerd aanbod van onafhankelijke bijstand die hulp kan bieden bij het aanvraagtraject. In

diezelfde lijn geldt het belang om als overheid aandacht te besteden aan good practices en wat onderliggende redenen zijn waarom het systeem in een bepaalde regio beter werkt.

- d) Beperk de bestuurlijke drukte: in gevallen waar de cliënt nood heeft aan ondersteuning bij diverse instanties (bv. uit gezondheids- en sociale zorg), is het van belang om het traject voor de cliënt zo eenvoudig en eenduidig mogelijk te maken. Een gebrek aan afstemming in regelgeving en uitvoeringswijze resulteert in een moeilijker traject en bijgevolg ook moeilijkere toegang tot de zorg en ondersteuning voor de zorgvrager.

Om de toegang tot het systeem van PGB in de praktijk zo goed mogelijk te kunnen garanderen, zijn volgende principes belangrijk:

- a) Voldoende financiële ruimte: uit de verzamelde buitenlandse ervaringen blijkt dat de basisgedachte van het geven van meer keuze en autonomie door middel van een PGB niet te rijmen valt met een besparingscontext. Immers, de druk om te besparen leidt er vaak toe dat de instanties die instaan voor het indiceren en verlenen van de budgetten in de praktijk proberen om delen van het budget van de cliënt in te korten of de toegang tot zorg onder de vorm van een PGB soms ook bemoeilijken. Het voorzien van voldoende financiële middelen in het systeem is van cruciaal belang.
- b) Inzetten op een cultuuromslag: het invoeren van een PGB-systeem stopt niet nadat de overheid het kader heeft uitgewerkt dat door de bevoegde diensten verder geïmplementeerd wordt. Uit de buitenlandse praktijk leren wij dat er heel wat weerstand bestaat bij de indicerende instanties en de organisaties die de zorg onder de vorm van een budget kunnen toekennen. Enerzijds is de padafhankelijkheid van professionals hiervoor een verklaring, anderzijds speelt ook onzekerheid een rol. Een middel om deze cultuuromslag te faciliteren is een degelijke opleiding van de indicerende actoren om voldoende ruimte voor persoonlijke vormgeving van de zorg te behouden en creatief om te gaan met de mogelijkheden die het systeem biedt. Verder moet de dienst waar de frontliniewerkers actief zijn ook een voldoende veilige omgeving bieden en een zeker niveau van risicoacceptatie mogelijk maken. De buitenlandse systemen tonen ons dat deze cultuuromslag niet eenvoudig op korte termijn gerealiseerd wordt.
- c) Decentralisatie en de discretionaire ruimte leiden tot ongelijke toegang tot zorg: in een PGB-systeem moet gezocht worden naar een evenwicht tussen voldoende transparantie en gelijke behandeling enerzijds en voldoende ruimte voor flexibiliteit anderzijds. Indien de bevoegdheden gedecentraliseerd worden naar de lokale bestuursniveaus met bijhorende ruimte om invulling te geven aan berekening van budgetten en wijze van indiceren, dan houdt dit als risico in – zeker in een context van financiële besparingen – dat het PGB onvoldoende als een instrument op maat van de gebruiker, maar eerder als instrument op maat van de lokale financiële situatie gebruikt zal worden.





# Inhoud

<b>Lijst Afkortingen</b>	<b>21</b>
<b>Leeswijzer rapport</b>	<b>23</b>
<b>Hoofdstuk 1      Onderzoeksdoelstelling</b>	<b>25</b>
<b>Hoofdstuk 2      Methode</b>	<b>27</b>
1      De eenheid van analyse	27
2      Methodologie onderzoeksdoel 1	28
2.1      De onderzoeksvragen	28
2.2      Dataverzameling en -analyse	29
2.3      Betrouwbaarheid en validiteit van het onderzoek	29
<b>Hoofdstuk 3      Persoonsgebonden budget in Nederland</b>	<b>31</b>
1      Inleiding	31
2      Het persoonsgebonden budget in de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo)	32
2.1      Bestuurlijke organisatie	32
2.2      Het traject	35
3      Het persoonsgebonden budget in de Wet langdurige zorg (Wlz)	46
3.1      Bestuurlijke organisatie	46
3.2      Het Traject	50
4      Het persoonsgebonden budget in de Zorgverzekeringswet	59
4.1      Bestuurlijke organisatie	59
4.2      Het Traject	62
5      Synthese: persoonsgebonden budget in Nederland	70
<b>Hoofdstuk 4      Persoonsgebonden budget in Engeland</b>	<b>73</b>
1      Inleiding	73
2      Het persoonsgebonden budget in de Care Act 2014	75
2.1      Bestuurlijke organisatie	75
2.2      Het Traject	81
3      Het persoonsgebonden budget als 'Personal Health Budget' in de langdurige zorg	92
3.1      Bestuurlijke organisatie	92
3.2      Het Traject	99
4      Synthese Engeland	105

<b>Hoofdstuk 5</b>	<b>Persoonsgebonden budget in Duitsland</b>	<b>107</b>
1	Inleiding	107
2	Het persoonsgebonden budget in Duitsland	108
	2.1 Bestuurlijke organisatie	108
	2.2 Het Traject	118
3	Synthese	126
	<i>Organisatie Traject</i>	126
<b>Hoofdstuk 6</b>	<b>De typetrajecten ontleed</b>	<b>127</b>
1	Inleiding	127
2	Methodologie typetrajecten	127
	2.1 Selectie van de respondenten	127
	Praktijkmedewerker cliëntondersteuning en belangenvereniging gebruikers	130
	2.2 Dataverzameling: semigestructureerde diepte-interviews	130
	2.3 Data-analyse	131
	2.4 Basiskader voor het 'typetraject'	131
3	Nederland: de typetrajecten ontleed	134
	3.1 Aanvraag/Aanmelding	134
	3.2 Indicatiestelling	135
	3.3 Budgetbepaling	139
	3.4 Terbeschikkingstelling	141
	3.5 Budgetbesteding	146
	3.6 Verantwoording	149
	3.7 Ondersteuning	151
	3.8 Synthese typetrajecten Nederland	153
4	Engeland: de typecases ontleed	156
	4.1 Aanvraag/aanmelding	156
	4.2 Indicatiestelling	157
	4.3 Budgetbepaling	159
	4.4 Terbeschikkingstelling	160
	4.5 Budgetbesteding	163
	4.6 Verantwoording	165
	4.7 Ondersteuning	166
	4.8 Synthese typetrajecten Engeland	167
5	Duitsland: de typecases ontleed	170
	5.1 Aanvraag/Aanmelding	170
	5.2 Indicatiestelling	174
	5.3 Budgetbepaling	176
	5.4 Terbeschikkingstelling	180
	5.5 Budgetbesteding	184
	5.6 Verantwoording	186
	5.7 Ondersteuning	188
	5.8 Synthese typetrajecten Duitsland	190

<b>Hoofdstuk 7</b>	<b>Conclusie</b>	<b>193</b>
1	Inleiding	193
2	Comparatieve vergelijking systemen drie landen	196
2.1	Cliëntkenmerken	196
2.2	Toegang tot zorg en ondersteuning	201
2.3	Toegankelijkheid van het systeem - Lessen uit het internationaal onderzoek	208

<b>Referentielijsten</b>	<b>211</b>
--------------------------	------------

<b>Bijlage</b>	<b>221</b>
----------------	------------

### Lijst tabellen

Tabel 1	Resultaatsgebieden Wmo-ondersteuning Den Haag (Gemeente Den Haag, 2017)	42
Tabel 2	Zorgpakketten en zorgprofielen met toegang tot PGB-Wlz (Per saldo, 2016e)	52
Tabel 3	Tarieven 2017 PGB-Wlz op basis van ZZP (Zorginstituut Nederland, 2017)	54
Tabel 4	Hoogte uit te betalen tarieven per zorgverzekeraar (Per Saldo, 2016a)	65
Tabel 5	Hoogte te besteden tarieven per zorgverzekeraar (Per Saldo, 2016a)	65
Tabel 6	Hoogte te besteden tarieven per zorgverzekeraar (Per Saldo, 2016a)	67
Tabel 7	Domeinen integratiebijstand	110
Tabel 8	Aantal Persönliche Budgets bij de Sozialhilfeträger, stand van zaken 2010 (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2012, p. 6)	113
Tabel 9	Macro-uitgaven voor rehabilitatie en integratie onder de vorm van een Persönliches Budget (Deutscher Bundestag, 2017, p. 217)	114
Tabel 10	Pflegegrade vanaf 2017 (Bundesministerium für Gesundheit, z.n.)	115
Tabel 11	Pflegegeld voor thuisverzorging (Bundesministerium für Gesundheit, 2017, p. 8)	116
Tabel 12	Bedragen gecontracteerde thuiszorg in natura (Bundesministerium für Gesundheit, 2017, p. 9)	117
Tabel 13	Richtwaarden Eingliederungshilfe Baden Württemberg (Holuscha-Uhlenbrock et al., 2011)	121
Tabel 14	Tarieven Pflegeversicherung (Bundesministerium für Gesundheit, 2017a)	122

## Lijst figuren

Figuur 1	Hervorming langdurige zorg (Ministerie volksgezondheid welzijn en gezin, 2014)	31
Figuur 2	Traject cliënt pgb Wmo (Noordhuizen & Langerak, 2014)	36
Figuur 3	Leidraad keukentafelgesprek (Gemeente Huizen, 2014)	37
Figuur 4	Proces trekkingsrecht (KNBA, 2015)	40
Figuur 5	Illustratie tarifiering PGB (Gemeente Eindhoven, 2017)	41
Figuur 6	Taakverdeling bij de Wlz (CIZ, n.d.)	49
Figuur 7	Leveringsvormen van de zorg in de Wet langdurige zorg	55
Figuur 8	Kernverantwoordelijkheden en processen voor de lokale overheid binnen de Adult Social Care (Skills for Care, 2014b, p. 2)	74
Figuur 9	Healthcare & Social care policy Engeland	76
Figuur 10	Bestuurslagen Engeland	77
Figuur 11	Adult social care services (Birrell & Gray, 2017)	77
Figuur 12	Uitgaven lokale overheid (Department for Communities and Local Government, 2016)	78
Figuur 13	Uitgaven Adult Social Care (Simpson, 2017, p. 4)	78
Figuur 14	Fasering invoering Care Act 2014	79
Figuur 15	Assessment and Eligibility Process (Social Care Institute for Excellence, 2015)	83
Figuur 16	Bepaling PB	85
Figuur 17	Voorbeeld resource allocation system (Warwickshire county council, 2015)	86
Figuur 18	Omschaling resource allocation system naar budget (Warwickshire county council, 2015)	87
Figuur 19	Minimum inkomensgarantie (Disability Rights UK, 2017b)	88
Figuur 20	De leveringsvormen van een 'Personal Budget'	89
Figuur 21	Leistungsträger zur Teilhabe (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2017b, p. 42)	110
Figuur 22	Aantal personen ambulante versus zelfstandig wonen in intramurale zorg aan het jaareinde van 2008 tot 2014 (Deutscher Bundestag, 2017)	112
Figuur 23	Verloop van het typetraject voor de cliënt	132

## Lijst Afkortingen

### Afkortingenlijst Nederland

AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
CIZ	Centrum Indicatiestelling Zorg
CAK	Centraal Administratie Kantoor
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
PGB	Persoonsgebonden budget
SVB	Sociale verzekeringsbank
VGN	Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland
VNG	Vereniging van Nederlandse Gemeenten
Wlz	Wet Langdurige Zorg
Wmo	Wet Maatschappelijke Ondersteuning
ZIN	Zorg in natura
Zvw	Zorgverzekeringswet

### Afkortingenlijst Engeland

ADDAS	Association of Directors of Adult Social Services
CQC	Care Quality Commission
CCG's	Clinical Commissioning Groups
CASSR's	Councils with Adult Social Services Responsibilities
DP	Direct payments
HSCIC	Health and Social Care Information Centre
IRP	Independent Review Panel
ISF	Individual Service Fund
IPC	Integrated Personal Commissioning
NHS England	National Health Service England
NIB	National information Board
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
NHS CHC	NHS Continuing Healthcare
PB	Personal Budget
PHB	Personal Health Budget
RAS	Resource Allocation System

### **Afkortingenlijst Duitsland**

BPB	Bundesarbeitsgemeinschaft Persönliches Budget
BTHG	Bundesteilhabegesetz
EPB	Einfaches Persönliches Budget
GS	Gemeinsame Servicestelle
LT	Leistungsträger
PB	Persönliches Budget
PSG	Pflegestärkungsgesetze
SGB IX	Sozialgesetzbuch IX
TPB	Trägerübergreifendes Persönliches Budget

## Leeswijzer rapport

Twee onderzoeksdoelen vormen het centrale uitgangspunt van dit rapport. Het eerste onderzoeksdoel is om een gedetailleerde beschrijving te maken van de werking en organisatie van systemen van persoonsgebonden financiering voor volwassenen met een beperking in Nederland, Engeland en Duitsland. Om dit onderzoeksdoel te realiseren is dit rapport voornamelijk gebaseerd op deskresearch. De resultaten omtrent onderzoeksdoel één zijn terug te vinden in hoofdstuk drie tot en met vijf. Ieder hoofdstuk bevat de verschillende regelgevingen per land, waarbij de bestuurlijke organisatie en het te doorlopen traject uitvoerig besproken worden.

Elk hoofdstuk wordt afgesloten met een synthese waarin de belangrijkste bestuurlijke en organisatorische bevindingen zijn opgenomen. Voor lezers die de verschillende systemen willen verkennen vormen deze syntheses een goed vertrekpunt. Wie een meer diepgaand inzicht wil in de organisatie van de systemen van persoonsgebonden budgetten kan de exhaustieve beschrijving in elk hoofdstuk lezen.

Het tweede onderzoeksdoel van dit rapport is om een zicht te krijgen op hoe de trajecten van persoonsgebonden financiering in de praktijk lopen en welke variabelen hier een impact op kunnen hebben. Dit onderzoeksdoel wordt beantwoord in hoofdstuk zes op basis van de analyse van semigestructureerde diepte-interviews met 31 sleutelactoren in de desbetreffende landen. Ook hier is per land een synthese opgemaakt waarin de belangrijkste factoren in beeld gebracht zijn.

Tot slot brengen wij met dit rapport op basis van een comparatief gedeelte over de verschillende landen heen in kaart welke lessen er geleerd kunnen worden over de positie van de gebruiker en de bestuurlijke organisatie van het systeem. Deze algemene conclusies voor dit rapport staan centraal in het zevende en laatste hoofdstuk.





# Hoofdstuk 1

## Onderzoeksdoelstelling

Ingegeven door het perspectiefplan 2020 en de VN-conventie inzake de rechten van personen met een beperking vonden er de laatste jaren belangrijke veranderingen plaats in de sector voor personen met een beperking. Het vernieuwde zorglandschap moet ervoor zorgen dat de participatie van personen met een beperking aan het maatschappelijk leven in al zijn aspecten bevorderd wordt en de levenskwaliteit verbetert. Dit is een gedeelde verantwoordelijkheid vanuit diverse ondersteuningsbronnen. Het gaat hier over professionele zorg en ondersteuning die door het VAPH wordt gefinancierd, maar evengoed over zorg en ondersteuning vanuit de algemene zorg en dienstverlening.

In het nieuwe ondersteuningsmodel voor personen met een beperking staat 'de persoon' zelf centraal. Hij/zij heeft de regie van zijn leven en ondersteuning in handen. Deze gedachte vormde de basis voor de uitwerking en implementatie van de persoonsvolgende financiering in de sector voor personen met een beperking. Eerder dan het zorgaanbod te financieren, krijgt de persoon met een beperking deze middelen zelf in handen. Hij krijgt een eigen (persoonsvolgend) budget op maat van zijn zorg- en ondersteuningsnoden en kan zelf bepalen hoe hij hiermee zijn zorg en ondersteuning organiseert (breed en flexibel inzetbaar).

Op 1 april 2016 werd de nieuwe procedure voor de aanvraag van een persoonsvolgend budget in Vlaanderen ingevoerd en werden de eerste persoonsvolgende budgetten ter beschikking gesteld. Vanaf 1 januari 2017 werd aan alle meerderjarige personen met een handicap een pakket persoonsvolgende middelen toegewezen.

De onderzoeksdoelstelling van dit rapport is tweeledig:

- De eerste doelstelling van het onderzoek bestaat erin om systemen van persoonsvolgende financiering voor volwassenen in Engeland<sup>3</sup>, Nederland en Duitsland gedetailleerd in kaart te brengen en met elkaar te vergelijken. We willen met dit rapport een zicht krijgen op de manier waarop de persoonsvolgende financiering in deze landen concreet is uitgewerkt.
- De tweede doelstelling van het onderzoek bestaat erin om op basis van de beschrijving van de buitenlandse praktijken een zicht te krijgen op de wijze waarop de trajecten in de praktijk verlopen en welke variabelen een impact hebben op het traject dat de cliënt aflegt.

Op basis van bovenstaande onderzoeksdoelen maken wij tot slot van dit rapport enkele aanbevelingen die relevant kunnen zijn voor het realiseren van persoonsgebonden ondersteuning voor personen met een beperking. In die zin levert het onderzoek een belangrijke bijdrage/aanzet voor het vervolgetraject (monitoring en evaluatie van het Vlaams persoonsvolgend financieringssysteem).

---

<sup>3</sup> Merk op: in dit onderzoek werd Engeland bestudeerd en dus niet het volledig Verenigd Koninkrijk.



## Hoofdstuk 2

### Methode

#### 1 De eenheid van analyse

Dit rapport is een onderzoek in opdracht van het Steunpunt Volksgezondheid, Welzijn en Gezin. In samenspraak met de begeleidende stuurgroep werd de scope van dit rapport bepaald. De keuze is gemaakt om de persoonsvolgende financiering te analyseren in drie verschillende landen. De centrale doelstelling is om uit de buitenlandse ervaringen met dergelijke financieringssystemen te kunnen leren. De drie landen die als case fungeren in deze studie, werden geselecteerd op basis van verschillende argumenten. Ten eerste heeft elk van de betrokken landen in deze studie reeds geruime tijd ervaring met het gebruik van systemen van persoonsvolgende financiering. Deze ervaring over de lange termijn, biedt voor het onderzoek in dit rapport bijkomende leerkanalen omtrent de werking van deze systemen in de praktijk. Ten tweede werd ook rekening gehouden met de bestuurlijke criteria bij de selectie van de cases. Er werd gekozen voor een variëteit in de bestuurlijke kenmerken en traditie van de landen om de leerkanalen te maximaliseren. Ten derde was het voor dit onderzoek ook van belang om bij de selectie van de landen rekening te houden met de taal van beleidsteksten. De analyse van beleidsdocumenten maakt immers een centraal deel uit van de studie om tot een antwoord op het eerste onderzoeksdoel van dit rapport te komen. Het Engelse systeem staat wat betreft bestuurlijke organisatie en traditie wellicht het verst af van Vlaanderen. Duitsland kent net zoals België/Vlaanderen een Continentaal-Europese federale traditie. Uit Nederland zijn omwille van de recente decentralisatie van het zorg- en welzijnsbeleid ook interessante lessen te trekken in het kader van dit onderzoek. Bovendien maakten de drie landen deel uit van een eerdere studie omtrent het persoonsgebonden budget (Breda, Gevers, & Van Landeghem, 2008). Dit biedt de onderzoekers enerzijds de mogelijkheid om verder te bouwen op eerder onderzoek en heeft voor de lezer anderzijds als voordeel dat beide rapporten aanvullend op elkaar kunnen gebruikt worden om tot een omvattend beeld op de systemen te komen.

Binnen de geselecteerde landen vormt de eenheid van analyse het beleid voor volwassen personen met een beperking en de ervaringen van de belangrijkste stakeholders met dit beleid. Dit rapport analyseert met andere woorden buitenlandse systemen van persoonsvolgende financiering met de doelgroep van volwassen personen met een beperking. De keuze voor het afbakenen van deze doelgroep is als volgt gemotiveerd:

- Met dit rapport willen wij lessen trekken uit buitenlandse ervaringen met systemen van persoonsgebonden financiering voor personen met een beperking. In de beleidspraktijk zijn vaak grote verschillen in de organisatie en werking van het beleid voor minder- en meerderjarigen. De analyse van het beleid voor minderjarige personen zou ons noodzaken om bijkomende regelgeving voor het beleid ten aanzien van minderjarigen te analyseren enerzijds en bijkomende actoren te spreken in de drie landen anderzijds. Dit is binnen de vooropgestelde timing van het onderzoek niet mogelijk en bovendien ook niet wenselijk in functie van de leesbaarheid dit document.
- De persoonsvolgende financiering werd in Vlaanderen in de eerste fase ingevoerd voor volwassen personen met een beperking. Het is dan ook in het kader van dit beleid, dat wij met dit rapport een bijdrage willen leveren.

## **2 Methodologie onderzoeksdoel 1**

Zoals hierboven beschreven is, heeft dit onderzoeksrapport twee te onderscheiden onderzoeksdoelen. Beiden vergen een andere methodologische aanpak. In dit onderdeel van het rapport wordt de methode die gebruikt werd om een antwoord te bieden op onderzoeksdoel 1 toegelicht. Wij hebben er, gezien de verscheidenheid in methodologie, voor gekozen om de toegepaste methodologie in functie van onderzoeksdoel 2 op te nemen in het eerste deel van het zesde hoofdstuk. Daar wordt de wijze omschreven waarop de respondentenselectie, dataverzameling en –analyse voor semigestructureerde interviews in functie van de typetrajecten werd aangepakt.

### **2.1 De onderzoeksvragen**

De eerste doelstelling van het onderzoek bestaat erin om systemen van persoonsvolgende financiering beschrijvend in kaart te brengen. We willen een zicht krijgen op de manier waarop de persoonsvolgende financiering in Nederland, Engeland en Duitsland concreet is vormgegeven. Dit onderzoeksdoel werd geoperationaliseerd in onderstaande onderzoeksvragen:

1. Wat was de aanleiding om te evolueren naar een vraagedreven systeem van persoonsvolgende financiering?
2. Op welk bestuursniveau werd het systeem beslist en wordt het geïmplementeerd? Lokaal, regionaal, federaal?
3. De realisatiegraad van het financieringssysteem: de mate waarin het systeem in de praktijk gerealiseerd is en de wijzigingen die in het vooruitzicht zijn.
4. Voor welke doelgroepen is het systeem bedoeld, en wat zijn de toelatingsvoorwaarden?
5. Hoe functioneert het systeem concreet?
  1. Welke stakeholders zijn betrokken bij het systeem (voortraject, besteding)? Wat zijn hun rollen en opdrachten?
  2. Hoe verloopt de aanvraagprocedure (stappen en traject)?
  3. Hoe gebeurt de indicering van zorg en ondersteuning? Welke tools, instrumenten worden er gehanteerd?
  4. Op welke manier worden de budgetten bepaald? Wat zijn de budgethoogtes?
  5. Op welke termijn krijgt de persoon zijn/haar budget effectief ter beschikking gesteld?
  6. Op welke wijze kan de persoon met een handicap zijn budget inzetten/besteden? Cash? Voucher? Beide?
  7. Welke zorg en ondersteuning kan er bekostigd worden met het budget? (bestedingsvoorwaarden)
  8. Welke zorg en ondersteuning wordt er bekostigd met het budget?
  9. Hoe gebeurt de verantwoording van de besteding van het budget?
  10. Op welke manier krijgt de persoon ondersteuning bij de administratie verbonden aan het zelf beheren van het budget?
  11. Wie of welke instantie coördineert de zorg en ondersteuning die wordt geleverd? Hoe wordt deze coördinatie georganiseerd/bekostigd?

## 2.2 Dataverzameling en -analyse

Het onderzoeksrapport van Breda (et al., 2008) werd door de onderzoekers als startpunt gebruikt voor de analyse van de drie landen. Het rapport biedt niet alleen zicht op de historische evolutie van de systemen, maar bood ook de mogelijkheid om de belangrijkste systeemactoren die tot 2008 bij het beleid betrokken waren te identificeren. Op basis van deze verkennende fase werd op zoek gegaan naar de meest recente regelgeving in verband met het beleid van persoonsvolgende financiering voor volwassen personen met een beperking in de drie landen. Nadat alle betrokken stakeholders in het traject in kaart gebracht waren, werden alle relevante documenten verzameld die een antwoord konden bieden op de geformuleerde onderzoeksvragen. De bronnen omvatten originele wetteksten en andere regelgevende documenten, beleidsaanbevelingen, brochures van actoren betrokken in het systeem en relevante informatie gepubliceerd op websites van de systeemactoren. Verder werden ook bij de respondenten die betrokken werden in het kader van onderzoeksdoel 2, relevante documenten voor dit onderzoek opgevraagd, voorafgaand aan het interview.

De informatie uit deze bronnen werd vervolgens deductief gecodeerd met behulp van Nvivo-software. Het codeboek dat werd aangemaakt is hierbij gebaseerd op de onderzoeksvragen zoals geformuleerd onder titel 2.1. Het dataverwerkingsproces was iteratief van aard en werd dan ook verschillende keren opnieuw doorlopen. Op die manier kon de data die verzameld werd stapsgewijs worden aangevuld, verfijnd en werd de consistentie van de bevindingen afgetoetst in meerdere bronnen.

## 2.3 Betrouwbaarheid en validiteit van het onderzoek

Bovenstaande dataverzamelings- en analysefase werd door beide onderzoekers afzonderlijk doorlopen. Tussentijds werden de bevindingen van beide onderzoekers aan elkaar afgetoetst en op elkaar afgestemd. Deze onderzoekstriangulatie moet de betrouwbaarheid van de data verhogen. Bovendien werd ook het principe van methodische triangulatie toegepast. Om onzekerheden omtrent de systeembeschrijving in functie van het eerste onderzoeksdoel van dit rapport weg te werken, werd de interpretatie ervan in de semigestructureerde gesprekken die gevoerd werden in het kader van het tweede onderzoeksdoel afgetoetst en zo nodig hierop volgend onderzocht aan de hand van bijkomend bronnenmateriaal. Meer algemeen wordt de validiteit van de bevindingen in dit onderzoek verder versterkt door de diepgaande semigestructureerde interviews met de sleutelactoren in de drie landen (Mortelmans, 2013).



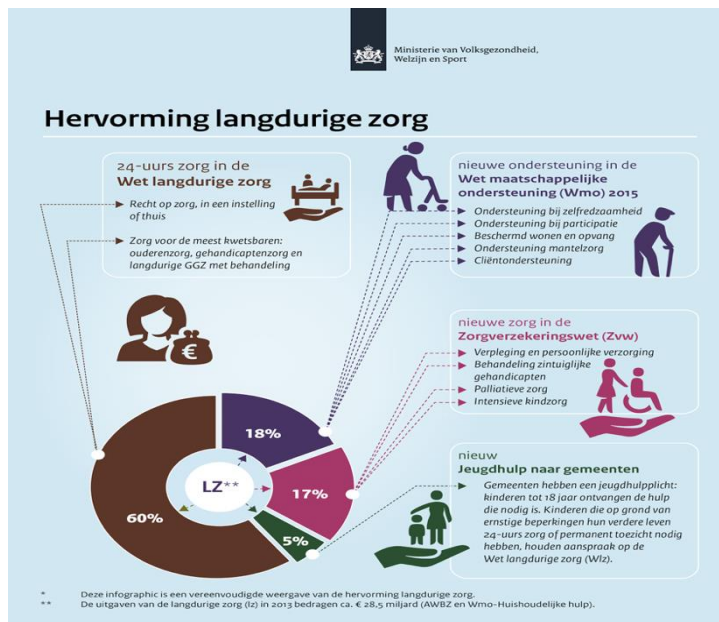
# Hoofdstuk 3

## Persoonsgebonden budget in Nederland

### 1 Inleiding

In Nederland biedt het persoonsgebonden budget (PGB) een alternatief voor de zorg die door de overheid gecontracteerd wordt, de zorg in natura (ZIN). Mensen met een chronische beperking of ziekte kunnen aanspraak maken op dit budget (Per Saldo, n.d.-a). In principe behoort iedereen die omwille van een beperking, aandoening of stoornis meer dan gebruikelijke zorg, hulp of begeleiding nodig heeft tot de doelgroep van het PGB. In de praktijk zijn dit zowel kwetsbare ouderen, chronisch zieken, jongeren met een aandoening, stoornis of psychisch probleem als personen met een lichamelijke, verstandelijke of sensorische beperking (Zorgwijzer, 2017).

Op 1 januari 2015 wijzigde de zorgwetgeving drastisch. De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) verviel en de PGB-regelgeving werd ondergebracht in vier afzonderlijke wetten. Een deel van de AWBZ-taken werd overgeheveld naar de nieuwe Wet maatschappelijke ondersteuning 2015<sup>4</sup> (Wmo) en de Zorgverzekeringswet (Zvw). De overige zorg werd ondergebracht in twee nieuwe wetten, de Wet langdurige zorg (Wlz) en de Jeugdwet (Kuijper, 2017). De uitvoering van de Wmo en de Jeugdwet gebeurt gedecentraliseerd, door de gemeenten. Onderstaande figuur (figuur 1) biedt een vereenvoudigde weergave van de verdeling van de zorg- en ondersteuningstaken over de vier wetten en van het procentuele aandeel van de € 28,5 miljard aan middelen die besteed worden aan langdurige zorg<sup>5</sup>.



Figuur 1 Hervorming langdurige zorg (Ministerie volksgezondheid welzijn en gezin, 2014)

4 De Wet maatschappelijke ondersteuning bestaat sinds 2007. In 2014 is een nieuwe versie van deze wet uitgewerkt die de basis vormt van hoe het huidige PGB in de gemeenten vormkrijgt. Als wij in dit rapport de afkorting Wmo gebruiken, dan verwijzen wij steeds naar de meest recente Wmo-wet, de Wmo 2015.

5 Cijfers 2015.

In het eerstvolgende hoofdstuk geven wij een overzicht van de diverse wetten waarin het PGB is ingebed in Nederland. De hoofdstukken omvatten telkens een beschrijving van de bestuurlijke organisatie en van de wijze waarop het PGB-traject is vormgegeven. Wij beschrijven achtereenvolgens de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo), de Wet Langdurige Zorg (Wlz) en de Zorgverzekeringswet (Zvw). De wetgever heeft het PGB binnen de Jeugdwet en de Wmo grotendeels gelijkloidend vormgegeven. Gezien dit onderzoek gericht is op de organisatie van het PGB voor volwassen personen met een beperking, wordt de Jeugdwet in dit rapport buiten beschouwing gelaten.

## **2 Het persoonsgebonden budget in de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo)**

### **2.1 Bestuurlijke organisatie**

#### **2.1.1 Stakeholders**

In het systeem van persoonlijke budgetten binnen de Wet maatschappelijke ondersteuning vervullen de volgende stakeholders een centrale rol:

- Wmo-loket gemeente/ sociaal wijkteam

Dit is de centrale toegangspoort voor het aanvragen van hulp vanuit de Wet maatschappelijke ondersteuning. In sommige gemeenten is hiertoe een apart Wmo-loket voorzien. In andere gevallen staan de wijkteams in voor de onthaalfunctie voor Wmo-zorg en –ondersteuning. Soms wordt dit loket ook intergemeentelijk ingericht. Het wijkteam of Wmo-loket is de centrale actor voor het aanvragen van een persoonsgebonden budget binnen de Wmo<sup>6</sup>. Het is verantwoordelijk voor het in kaart brengen van de noden en de toekenning van de ondersteuning onder de vorm van ZIN of als PGB (Rijksoverheid, n.d.-a).

- Centraal Administratiekantoor (CAK)

De gemeente mag een eigen bijdrage vragen aan de cliënt voor de hulp of ondersteuning die hij of zij krijgt in het kader van de Wmo. Het Centraal Administratiekantoor (CAK) staat in voor de berekening van deze bijdrage en zal ook instaan voor het innen ervan (CAK, n.d.).

- Sociale Verzekeringsbank (SVB)

Sinds 2015 is het trekkingsrecht verplicht bij toekenning van een persoonsgebonden budget in de Wmo. Met trekkingsrecht wordt bedoeld op het proces waardoor het persoonsgebonden budget niet langer op een private rekening van de cliënt terecht komt, maar beheerd wordt door de Sociale Verzekeringsbank. Deze betaalt dan in naam van de cliënt de facturen uit aan de zorgverstrekkers nadat deze getoetst werden aan de zorgcontracten die tussen de cliënt en de zorgaanbieders werden opgesteld. Bovendien staat de SVB ook in voor de arbeidsrechtelijke toetsing van de zorgcontracten (SVB, 2014).

- Onafhankelijke cliëntondersteuning

De gemeente is verplicht om onafhankelijke cliëntondersteuning als optie te bieden aan de cliënt. Het betreft ondersteuning bij: de verheldering van de hulpvraag, hulp bij het aanvragen van een budget bij de gemeente, de keuze van de zorgaanbieder en bij klachten omtrent de zorg en

---

<sup>6</sup> In Nederland benoemd als het PGB-Wmo



ondersteuning die wordt toegekend in de zorgbeschikking van de gemeente. De formele cliëntondersteuning wordt geboden door organisaties zoals Mee. De ondersteuners kunnen ook ingebed zijn in de sociale wijkteams of medewerkers zijn van organisaties zoals bijvoorbeeld Zorgbelang. Buiten deze wettelijke ondersteuningsvorm kunnen ook meer informele cliëntondersteuners betrokken worden zoals ervaringsdeskundigen, leden van belangenorganisaties enz. Hieromtrent zijn echter geen wettelijke bepalingen vooropgesteld (van Bergen, van de Maat, & Hurkmans, 2016).

### 2.1.2 Bestuurlijke context

De implementatie van de Wmo<sup>7</sup> behoort tot de verantwoordelijkheid van de gemeenten. De achterliggende logica is dat de ingebouwde beleidsvrijheid de gemeenten in staat moet stellen om zelf vorm te geven aan een eigen visie omtrent de hulp en ondersteuning die hun burgers echt nodig hebben. In die zin is het PGB-beleid met de nieuwe regelgeving een wezenlijk onderdeel van het gemeentelijk sociaal beleid geworden (Noordhuizen & Langerak, 2014). Bovendien moet de decentralisatie naar het lokale niveau, de zorg niet enkel dichterbij de inwoners brengen, maar ook eenvoudiger en goedkoper maken (Putman, Verbeek-Oudijk, & de Klerk, 2017). Voor de Wmo-ondersteuning worden gemeenten door de Rijksoverheid via het Gemeentefonds gefinancierd (Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport, 2016). De decentralisatie van de verantwoordelijkheden ging gepaard met een verlaging van het budget van +/- 15% (VGN, 2015). Als gevolg van deze besparingsoperatie, zijn de gemeenten genoodzaakt om vernieuwend om te gaan met de zoektocht naar antwoorden op de zorgbehoeften. Het onverkort handhaven van de bestaande afspraken met zorgaanbieders behoort dus niet tot de mogelijkheden (Vliet, Avenhuis, Pansier, & Schutte, 2014).

In de Wmo-wet zijn de centrale uitgangspunten vastgelegd door de Rijksoverheid, meer bepaald op initiatief van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. De 388 Nederlandse gemeenten hebben binnen het wettelijk kader een zekere beleidsvrijheid en maken periodiek een Wmo-beleidsplan op, waarvan zij de uitvoeringsregels bij verordening vaststellen. De bevoegdheden van de gemeenten omtrent de implementatie zijn vrij ruim. Ten eerste is het hun verantwoordelijkheid om de wijze te bepalen waarop zij beoordelen of de aanvrager van het budget in staat is om “de aan een persoonsgebonden budget verbonden taken op verantwoorde wijze uit te voeren” (Noordhuizen & Langerak, 2014, p.7). Zij moeten met andere woorden de ‘PGB-vaardigheid’ van de cliënt beoordelen. De gemeenten hebben ook beleidsverantwoordelijkheid omtrent de wijze waarop de hoogte van het PGB wordt bepaald. Verder moeten zij ook invulling geven aan de wijze waarop zij de kwaliteit waarborgen van de diensten of ondersteuningsmiddelen die de budgethouder met zijn geld wil inkopen. Gemeenten dienen ook in te staan voor de regels voor bestrijding van onterecht ontvangen PGB's, misbruik of oneigenlijk gebruik. Tot slot kunnen gemeenten bepalen of en onder welke voorwaarden het PGB gebruikt kan worden voor het financieren van hulp uit eigen sociaal netwerk (Noordhuizen & Langerak, 2014).

Met de omschakeling van de oude AWBZ-regelgeving naar het nieuwe Wmo-kader zijn niet alleen de bevoegdheden van de lokale overheden drastisch gewijzigd. Het resulteerde ook in de (her)introductie van het ‘trekkingsrecht’ vanaf 1 januari 2015. Dit betekent dat de budgethouders in de praktijk geen geldbedrag meer op hun eigen rekening gestort krijgen. In plaats daarvan gebeurt de betaling via de

---

<sup>7</sup> De implementatie van de Jeugdwet op lokaal niveau is op gelijkaardige manier vormgegeven maar komt in dit rapport verder niet aan bod gezien de scope van dit onderzoek.

Sociale Verzekeringsbank (SVB) die de zorgverleners in opdracht van de budgethouder betaalt. Dit trekkingsrecht moet enerzijds het onrechtmatig gebruik van het PGB voorkomen of verminderen. Anderzijds wil men de administratieve last voor de gebruiker reduceren (Per Saldo, n.d.-b). Meer uitgebreide informatie omtrent het 'trekkingsrecht' en de bijhorende procedure die hierbij in het Nederlandse systeem is uitgewerkt, is terug te vinden onder het hoofdstuk 'beschikking'.

### 2.1.3 Realisatiegraad

Eind 2015 bedroeg het totaal aantal budgethouders binnen de Wmo 110.468 personen. Let wel, dit cijfer geeft geen beeld van het aantal gebruikers met een handicap binnen deze groep. In een beleidsreactie op een onderzoeksrapport omtrent de uitvoering van de Wmo geeft de bevoegde staatssecretaris aan de monitor langdurige zorg vanaf 2017 informatie zal aanleveren omtrent het aantal budgethouders binnen de Wmo. Deze informatie is op het moment van schrijven dat dit rapport echter nog niet beschikbaar (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2015; van Rijn, 2016)

In het kader van het persoonsgebonden budget in de Wet maatschappelijke ondersteuning zijn enkele concrete acties vooropgesteld die een impact kunnen hebben op het toekomstig beleid. In juni 2016 besliste de Nederlandse Tweede Kamer om een digitaal budgethoudersportaal uit te bouwen waarmee de budgethouder zelf zijn PGB kan beheren en regelen. Dit budgethoudersportaal moet de complexe procedure verbonden aan het trekkingsrecht voor de cliënt vereenvoudigen. Het wordt onder meer de locatie waarop de cliënt zijn declaraties (facturen) van de ontvangen zorg en ondersteuning kan indienen, zijn budget kan inkijken en wijzigingen omtrent zijn persoonlijke situatie kan doorgeven. Het moet met andere woorden een instrument worden ter ondersteuning van de cliënt in het voeren van zijn eigen regie. Daarnaast moet het voor de overheid de controles verbonden aan de opvolging van de budgetten zo veel als mogelijk automatiseren en digitaliseren. De transparantie en efficiëntie van de trekkingsrechtprocedure moeten er ook door verhogen. De overheid wil met deze tool een antwoord bieden op de huidige klachten van gebruikers omtrent de te volgende procedure (Per Saldo, n.d.-a). Volgens de meest recente berichten wordt 1 januari 2018 als streefdatum voor de invoering, naar alle waarschijnlijkheid niet gehaald (nrc, 2017).

Daarnaast stelde de regering Rutte III in oktober 2017 het regeerakkoord voor. Dit omvat onder meer een aantal beleidsintenties die een impact zullen hebben op de eigen bijdrage die de cliënt moet betalen voor de zorg en ondersteuning. Ten eerste opteert de regering er voor om vanaf januari 2019 het bijdragesysteem in de Wmo om te schakelen naar een vaste eigen bijdrage<sup>8</sup>. De hoogte van inkomen, vermogen en gebruik van zorg zouden vanaf dat moment niet meer in aanmerking genomen worden. Verder zal ook het aandeel van het vermogen bij de berekening van de eigen bijdrage voor beschermd wonen verminderen. Voor mensen die beschikken over vermogen valt te verwachten dat zij in de toekomst minder eigen bijdrage moeten betalen in deze situatie (CAK, 2017a).

### 2.1.4 Doelgroepen en toelatingsvoorwaarden

De focus van de Wet maatschappelijke ondersteuning ligt in hoofdzaak op extramurale zorg. Tot de doelgroepen behoren volwassen kwetsbare burgers in hun thuissituatie, met een geldige grondslag. Het betreft meer bepaald zowel mensen met somatische, psychogeriatrische of psychiatrische problematiek of een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap die beperkingen hebben "op het terrein van sociale redzaamheid, bewegen en verplaatsen, psychisch functioneren, geheugen en oriëntatie en/of

---

<sup>8</sup> € 17,50 per vier weken

probleemgedrag. Het doel van deze functie is bevordering, behoud en/of compensatie van de zelfredzaamheid” (Vliet, Avenhuis, Pansier, & Schutte, 2014, p. 6). De ondersteuning is erop gericht om mensen te laten participeren in de maatschappij en hen in staat te stellen thuis te blijven wonen. De Wmo 2015 wordt vanuit deze logica in de praktijk soms ook kortweg gevat onder de noemer ‘ondersteuning aan huis’, en heeft betrekking op personen die niet in aanmerking komen voor ondersteuning vanuit de Wlz. De Jeugdwet regelt de zorg en ondersteuning voor kinderen en jongeren onder de 18 jaar. De toegang tot de jeugdhulp wordt eveneens geregeld door de gemeente (Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport, 2016).

Een PGB kan enkel worden toegekend door de gemeente indien er geen voorliggende hulp of ondersteuning is voor de zorgvrager. In het Nederlandse Wmo-systeem zijn de ‘algemene voorzieningen’ voorliggend op de maatwerkvoorzieningen. Algemene voorzieningen zijn diensten of ondersteuningsvormen die voor alle gebruikers vrij toegankelijk zijn en waarvoor geen voorafgaand onderzoek door de gemeente noodzakelijk is. Maatwerkvoorzieningen zijn ondersteuningsvormen op maat zoals bijvoorbeeld persoonlijke assistentie of aanpassingen aan de woning. Deze kunnen enkel worden toegekend na een onderzoek door de gemeente. Het is deze laatste vorm waarvoor een cliënt bij de gemeente een PGB kan bekomen. Om voor een PGB in aanmerking te komen zijn de volgende drie toelatingsvoorwaarden wettelijk vooropgesteld (Per Saldo, 2016c; *Wet Maatschappelijke Ondersteuning*, 2015):

- Bekwaamheid: de cliënt moet in staat zijn om op eigen kracht, met ondersteuning van iemand uit zijn sociaal netwerk of met ondersteuning van zijn vertegenwoordiger het budget te beheren;
- Motivatie: de cliënt moet duidelijk beargumenteren waarom hij zijn of haar maatwerkvoorziening onder de vorm van een PGB wenst te krijgen;
- Kwaliteit: de kwaliteit van de diensten, hulpmiddelen, woningaanpassingen en andere maatregelen moeten in redelijkheid geschikt zijn voor het doel waarvoor het PGB verstrekt wordt. Veiligheid, doeltreffendheid en cliëntgerichtheid zijn hierbij van belang.

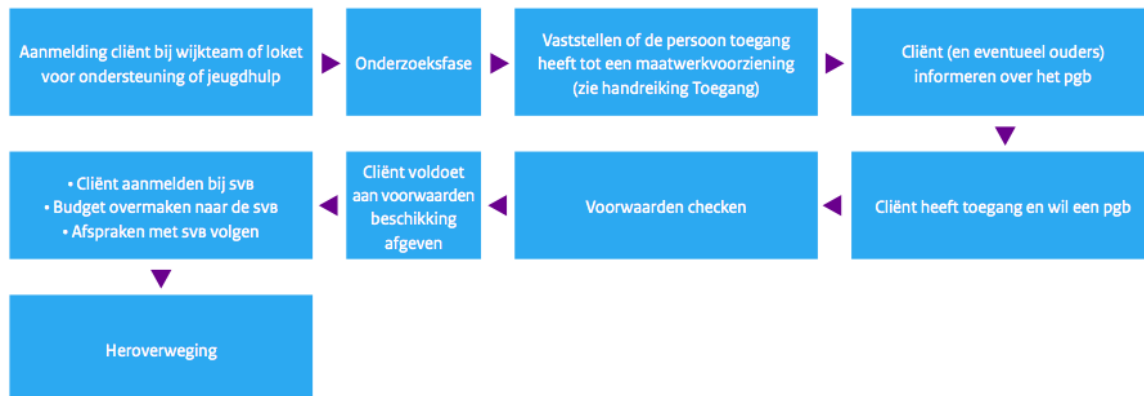
Of een cliënt bekwaam is om een PGB te beheren en dus met andere woorden ‘PGB-vaardig’ is, hangt af van het oordeel van de gemeente. Wat de tweede voorwaarde betreft is het oordeel van de aanvrager leidend en dus niet dat van het college van Burgemeester en Wethouders. Dat betekent dat het criterium ‘motivatie van de cliënt’ vooral bedoeld is om de gemeente te informeren omtrent de ‘motieven’ van de gebruiker om zijn ondersteuning onder de vorm van een persoonsgebonden budget te bekomen. De gemeente kan op basis van deze motivering niet weigeren om een PGB te verstrekken (Noordhuizen & Langerak, 2014). Het oordeel van het college is daarentegen wel leidend bij het derde criterium. Namelijk of de kwaliteit van de diensten, hulpmiddelen, woningaanpassingen en andere maatregelen die deel uitmaken van de maatwerkvoorziening geschikt zijn voor het doel waarvoor het PGB verstrekt wordt (Per Saldo, 2015). De toetsingscriteria waarop de gemeente zich baseert bij de beoordeling van de bekwaamheid en kwaliteit, worden door de gemeenten individueel vastgesteld in de gemeentelijke verordening (Noordhuizen & Langerak, 2014).

## 2.2 Het traject

Dit onderdeel omvat een gedetailleerde omschrijving van de wijze waarop het traject om een persoonsgebonden budget te bekomen binnen het kader van de Wet maatschappelijke ondersteuning, in de regelgeving vorm heeft gekregen.

### 2.2.1 Aanvraagprocedure en indicering

Figuur 2 geeft een overzicht van het traject dat de cliënt doorloopt vanaf de initiële aanvraag tot op het moment dat het budget wordt toegekend. In onderstaande tekst wordt meer duiding gegeven omtrent de wijze waarop de stappen in deze procedure hun invulling krijgen in het Nederlandse Wmo-systeem.



Figuur 2 Traject cliënt pgb Wmo (Noordhuizen & Langerak, 2014)

#### 2.2.1.1 Onderzoek naar de zorgvraag

De eerste stap om een PGB te bekomen, is het maken van een melding. Dit gebeurt door de cliënt of iemand uit zijn netwerk bij het Wmo-loket of het sociaal wijkteam van de gemeente<sup>9</sup>. Naar aanleiding van deze melding zal de gemeente een onderzoek starten naar de persoonlijke situatie van de zorgvrager. Voorafgaand aan dit onderzoek kan de cliënt een persoonlijk plan opmaken. Dit plan is niet aan wettelijke bepalingen gebonden maar bevat meestal een beschrijving van de aanvrager, de zorgvraag, de hulp die beschikbaar is in het eigen netwerk en de wijze waarop de ondersteuning er idealiter uitziet voor de cliënt. Sommige gemeenten verplichten de opmaak van dergelijk persoonlijk plan (Kruit, 2015).

In deze eerste fase waarin het in beeld brengen van de zorg- en ondersteuningsvraag centraal staat, vormt het zogenaamde ‘keukentafelgesprek’ een belangrijk onderdeel van het onderzoek door de gemeente. Er is geen eenduidige manier waarop de zorgvraag door de gemeenten in kaart gebracht wordt in dit gesprek. Het is doorgaans een gesprek bij de zorgvrager thuis, maar het kan ook elders plaatsvinden. De Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN) heeft op haar website ter illustratie een formulier geplaatst dat in de gemeente Huizen als leidraad dient bij het voeren van het keukentafelgesprek. Figuur 3 is een extract uit deze leidraad dat wij ter illustratie in dit rapport opnemen. De vragen ten aanzien van de cliënt en zijn netwerk (de rijen in de tabel) worden systematisch overlopen voor de diverse levensdomeinen (de kolommen). Op die manier wordt in kaart gebracht wat de noden zijn, waar het eigen netwerk een antwoord kan bieden en wat aan bijkomende ondersteuning gevraagd wordt. Het is van belang om in rekening te brengen dat de wijze waarop de gemeenten de zorgvraag indiceren en bijgevolg ook de toegang tot de maatwerkvoorzieningen bepalen, in de praktijk zeer sterk varieert (Per Saldo, 2016b).

<sup>9</sup> Afhankelijk van de inrichting door de gemeente. Zie overzicht stakerholders bij 1.2. Bestuurlijke organisatie.

## De vragen

	Vrije tijdsbesteding (plezier van een hobby, liefhebberij of bezigheid)	Inkomsten en uitgaven (over geld dat binnenkomt en er weer uit gaat)	Sociale contacten (de omgang met familie, vrienden, kennissen)
Loop ik op dit gebied ergens tegenaan? Zo ja, wat dan? Zo nee, ga door met het volgende levensterrein.			
Wat zouden oplossingen zijn voor de problemen die ik ervaar en wil ik dat er iets aan gedaan wordt? Zo ja, wat dan en wanneer? Zo nee, ga door met het volgende levensterrein.			
Wat kan ik daarbij zelf doen, eventueel met hulp van vrienden, familie, kennissen?			
Wat kan ik voor anderen betekenen?			
En waarbij heb ik dan hulp nodig van anderen (van instanties, de gemeente, van hulpverleners)?			

Figuur 3 Leidraad keukentafelgesprek (Gemeente Huizen, 2014)

Het vaststellen van de zorg- en ondersteuningsnoden in het keukentafelgesprek gebeurt steeds samen met de aanvrager en eventueel ook met mensen uit zijn of haar omgeving. De mantelzorgers kunnen hier bijvoorbeeld bij betrokken zijn. De zorgvrager heeft ook de mogelijkheid om zich gedurende het hele traject zoals op figuur 3 weergegeven te laten bijstaan door een onafhankelijk cliëntondersteuner, ook voor de eventuele opmaak van een persoonlijk plan. Deze ondersteuning is gratis en moet op vraag van de cliënt of zijn netwerk door de gemeente geregeld worden. In het onderzoek naar de individuele ondersteuningsnood worden vier verschillende elementen in kaart gebracht. Ten eerste worden de behoeften en voorkeuren van de cliënt bekeken. Ten tweede wordt ook in kaart gebracht wat de zorgvrager zelf nog kan (eigen kracht) en welke ondersteuning het sociaal netwerk kan bieden. Bij het bepalen van de ondersteuningsnood zal het Wmo-loket ook nagaan welke zorg als ‘gebruikelijke zorg’ beschouwd kan worden in de situatie van de cliënt en dus in principe geleverd moet worden vanuit het netwerk van de cliënt zelf. Heel wat gemeenten hebben in hun lokale beleidsregels, verordeningen of besluiten een omschrijving opgenomen van wat zij onder het begrip ‘gebruikelijke zorg’ vatten. Het gaat meestal over de gewone huishoudelijke of administratieve taken. Omtrent verzorgende aspecten is minder eenduidigheid. In de praktijk geven de lokale overheden op een diverse manier invulling aan dit begrip. Sommige gemeenten hanteren bijvoorbeeld een heel ruime interpretatie als middel om minder zorg en ondersteuning te indiceren bij de aanvrager om zo de uitgaven binnen het Wmo-domein te reduceren (Wmo Wijzer, 2016). Ten derde zal de gemeente ook nagaan welke ondersteuning reeds geboden wordt vanuit andere wetten (o.m. de Zorgverzekeringswet, Participatiewet of Jeugdwet). Tot slot zal de gemeente onderzoeken in welke mate algemene voorzieningen (zie infra) een antwoord kunnen bieden op de zorgvraag. Indien uit het onderzoek blijkt dat de persoon onvoldoende zelfredzaam is of niet goed kan meedoen in de maatschappij en ook het netwerk niet voldoende kan

bijdragen, dan is de gemeente verplicht ondersteuning te bieden vanuit de Wmo (Rijksoverheid Nederland, n.d.-b; VNG 2017).

### 2.2.1.2 Toekenning van een maatwerkvoorziening

Als resultaat van de voorgaande stappen zal duidelijk worden of de cliënt toegang heeft tot een maatwerkvoorziening (stap 3 in figuur 3). In de Wet maatschappelijke ondersteuning is het onderscheid tussen de algemene voorzieningen en de maatwerkvoorzieningen cruciaal. Een zorgvrager kan immers enkel voor de maatwerkvoorzieningen een PGB bekomen. Onder de noemer ‘algemene voorziening’ worden de diensten, activiteiten of zaken begrepen die in beginsel vrij toegankelijk zijn, dit betekent zonder noodzaak aan voorafgaand onderzoek naar de persoonlijke situatie. Voorbeelden zijn verbetering van de toegankelijkheid van gebouwen en voorzieningen, een boodschappen- of klusjesdienst, ontmoetingsruimte voor mensen die eenzaam zijn, maaltijdverzorging, sociaal vervoer, maatschappelijke opvang etc. Gezien hun vrij toegankelijk karakter verloopt de toegang tot de algemene voorziening meestal zonder voorafgaande beschikking van de gemeente. Het staat de gemeente vrij een bijdrage te vragen voor deze vormen van dienstverlening. De gemeenten kunnen bij verordening ook bepalen om voor bepaalde groepen (vb. met laag inkomen) een lagere bijdrage vast te leggen (Rijksoverheid Nederland, 2015; VNG, 2015).

Indien een algemene voorziening niet afdoende blijkt als antwoord op de persoonlijke zorgnood dan moet de gemeente ondersteuning bieden via een maatwerkvoorziening<sup>10</sup>. Ook voor de maatwerkvoorzieningen kan de gemeente regels stellen omtrent de persoonlijke bijdrage. De beleidsruimte is hier echter beperkter<sup>11</sup> (Rijksoverheid Nederland, n.d.-b; WMO, 2015). In haar factsheet interpreteert de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) de maatwerkvoorziening als een ‘hekkensluite’. Zij verwijst hierbij naar de memorie van toelichting van de Wmo 2015 die als volgt luidt:

*“Alleen wanneer iemand echt niet zelf of met hulp van zijn omgeving in staat is tot zelfredzaamheid of participatie en ook een algemene voorziening geen uitkomst biedt, is er een rol voor het college. Dat is niet het geval wanneer het gaat om diensten, hulpmiddelen, woningaanpassingen of andere maatregelen die naar hun aard gebruikelijk zijn (fiets, schoonmaakmiddelen, wandelstok, eenvoudige rollator). Wanneer iemand beschikt over algemeen gebruikelijke zaken, maar deze in verband met zijn beperking of problemen niet meer afdoende zijn, kan aanleiding bestaan om een voorziening te treffen. Dit is anders als de aanvrager zijn hulpvraag redelijkerwijs van tevoren had kunnen voorzien en met zijn beslissing had kunnen voorkomen, bijvoorbeeld indien iemand is aangewezen op een rolstoel en een huis koopt waarin veel dure aanpassingen moeten worden aangebracht, dan had het in de rede gelegen dat de aanvrager in een al aangepast huis zou zijn gaan wonen” (Kamerstukken II 2013/14, 33 841, nr. 3, p. 148).*

Er is geen gestandaardiseerde wijze waarop de indicering om toegang te krijgen tot deze maatwerkvoorziening door de gemeenten gebeurt. Zoals wettelijk bepaald (Wmo, 2015) kan de gemeente bij verordening bepalen op welke manier en op basis van welke criteria wordt vastgesteld of

---

<sup>10</sup> Dit betreft bijvoorbeeld: vervoersvoorzieningen, individuele begeleiding, beschermde woonplek, dagbesteding op maat, aanpassingen in de woning, een rolstoel, respijtzorg, ondersteuning van mantelzorgers, huishoudelijke hulp en maatschappelijke opvang. Medische zorg is in geen geval een maatwerkvoorziening.

<sup>11</sup> Meer duiding hieromtrent in het onderdeel ‘budgetbepaling’ van dit hoofdstuk.

een cliënt in aanmerking komt voor een maatwerkvoorziening. De wijze waarop dit invulling krijgt, behoort met andere woorden tot de discretie van de gemeenten. Voor deze beoordeling, neemt het college van Burgemeester en Wethouders het verslag van het persoonlijk onderzoek (het keukentafel gesprek) als uitgangspunt. De gemeente kan er ook voor kiezen om een adviesinstantie aan te wijzen die de aanvraag tot maatwerkvoorziening beoordeelt. Indien de zorgvrager op basis van een gunstig advies een indicatie voor een maatwerkvoorziening krijgt, dan zijn hiervoor twee leveringsvormen mogelijk (VNG, 2015). Zorg in natura enerzijds, het PGB anderzijds. Zodra de toegang tot de maatwerkvoorziening is vastgesteld is de gemeente verplicht de gebruiker op de hoogte te brengen (zie stap 4 figuur 3) van de mogelijkheid om zijn zorg en ondersteuning in natura, dan wel als PGB op te nemen (Per Saldo, 2016).

### 2.2.1.3 Keuze voor een persoonsgebonden budget

Bij zorg in natura (ZIN) neemt de gemeente alle administratie op zich. In dat geval krijgt de zorgvrager de zorg, begeleiding, hulp of voorzieningen aangeboden via een organisatie of leverancier waarmee de gemeente een contract heeft<sup>12</sup>. Soms kan de zorgvrager hierbij zelf een eigen keuze opgeven (Per Saldo, 2016). Met het PGB daarentegen staat de zorgvrager zelf in voor de keuze en het regelen van de zorg en ondersteuning. De verantwoordelijkheid voor het goed beheren van het PGB en het inkopen van kwalitatieve zorg is in deze leveringsvorm de verantwoordelijkheid van de zorgvrager (Per Saldo, 2016). Terwijl de gemeente enerzijds verplicht is om de aanvrager te informeren over de mogelijkheid om te kiezen voor een persoonsgebonden budget (PGB) enerzijds, zal zij de cliënt anderzijds ook informeren omtrent de gevolgen van deze keuze (Noordhuizen & Langerak, 2014).

De voorwaarden om in aanmerking te komen voor een PGB zijn bekwaamheid, motivatie en kwaliteit. Deze voorwaarden krijgen invulling in de verordening van de gemeente (zie supra: toelatingsvoorwaarden PGB). Een PGB wordt enkel toegekend indien de cliënt dit zelf wil en kan dus nooit een verplichting zijn (Wmo, 2015). Voldoet de aanvraag niet aan de voorwaarden dan krijgt de zorgvrager een gemotiveerde afwijzing van de gemeente. Indien de aanvraag voor PGB op grond van toetsing aan de criteria wordt goedgekeurd, dan stelt de gemeente een 'beschikking' (ook benoemd als toekenningsbericht) waarin onder meer de hoogte van het budget is vastgelegd. Dit toekenningsbericht wordt aan de aanvrager verstuurd en eveneens aan de Sociale Verzekeringsbank (SVB). Vanaf dit moment ontstaat het trekkingsrecht voor de zorgvrager en maakt de gemeente het budget onder de vorm van een voorschot periodiek over aan de SVB (SVB, n.d.).

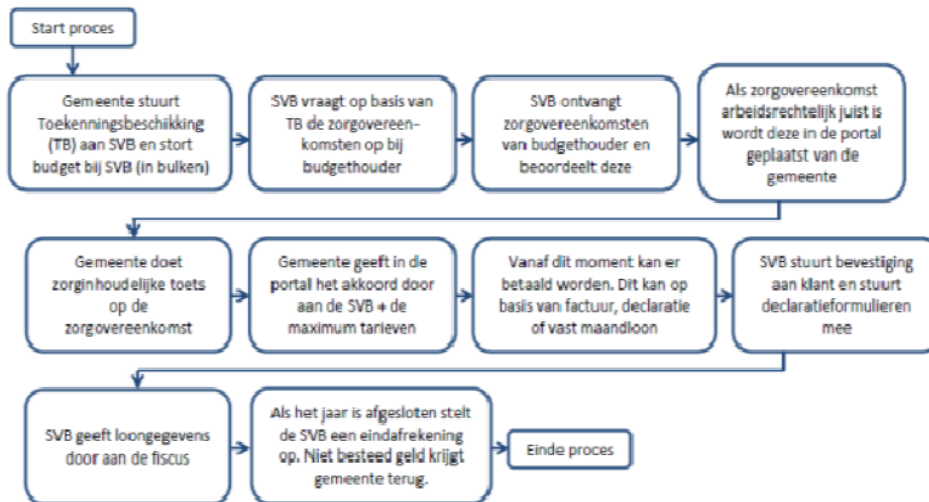
### 2.2.1.4 Procedure van het trekkingsrecht

De budgethouder krijgt dus - in tegenstelling tot voor de invoering van de Wmo 2015 - niet meer rechtstreeks het geld op zijn persoonlijke rekening. Het voorkomen van fraude en oneigenlijk gebruik van PGB-middelen is een belangrijk motief voor de (her)invoering van dit trekkingsrecht-systeem waarbij de SVB als tussenpersoon optreedt voor de uitbetaling van de zorg (Noordhuizen & Langerak, 2014). Onderstaande figuur (figuur 4) geeft een schematisch overzicht van het trekkingsrechtproces dat doorlopen wordt vanaf de toekenningsbeschikking tot op het moment van de afrekening van het

---

<sup>12</sup> De gemeente kan zowel algemene voorzieningen als maatwerkvoorzieningen contracteren. Hierbij is het bij wet voorgeschreven dat bij de aanbesteding naast de prijs, steeds ook de kwaliteit als gunningscriterium moet worden opgenomen. Louter gunnen op basis van de laagste prijs is met andere woorden niet toegelaten. Sommige gemeenten maken de keuze om aanbieders op regioniveau te contracteren (Wmo, 2015). Hierbij worden dan in functie van schaalvergroting, afspraken gemaakt over aangrenzende gemeenten heen (Wmo, 2015).

desbetreffende jaar. In wat hieronder volgt, bespreken wij deze stappen die deel uit maken van dit proces.



Figuur 4 Proces trekkingsrecht (KNBA, 2015)

Na de toekenningsbeschikking kan de budgethouder een of meerdere zorgovereenkomsten opmaken met de zorgaanbieders. Deze zorgovereenkomst is een contract tussen de zorgvrager en de zorgverlener waarin de bepalingen omtrent de te leveren zorg, de werktijden en de vergoeding of het loon zijn opgenomen. De verordening van de gemeente bepaalt het maximumtarief dat uitbetaald mag worden aan de zorgverlener. De gemeenten kunnen in het vastleggen van de tarieven een onderscheid maken tussen formele zorg, zoals geleverd door professionele hulpverleners en informele zorg, zoals onder meer de zorg uit het sociaal netwerk van de cliënt (Van Dijk, 2015).

De opgemaakte zorgovereenkomsten worden door de cliënt naar de Sociale Verzekeringsbank gestuurd via het portaal ‘mijn PGB’. Deze controleert of de documenten volledig en goed ingevuld zijn en voert een arbeidsrechtelijke toets uit<sup>13</sup>. Eventueel worden nog correcties of aanvullingen opgevraagd. Na bevestiging door de Sociale Verzekeringsbank worden de overeenkomsten overgemaakt aan de gemeente die op haar beurt beoordeelt of de zorg in de overeenkomst passend is (accordeert) voor de indicatie die zij heeft gesteld. Zodra er een akkoord is krijgt de cliënt per individuele zorgovereenkomst een bevestiging. Vanaf dat ogenblik kan de zorgvrager declaraties (facturen) indienen voor de ontvangen zorg en ondersteuning (SVB, n.d.-b; Koninklijke Nederlandse Beroepsassociatie van Accountants, 2015). De SVB is tot slot verantwoordelijk voor de uiteindelijke betaling van de bestedingen “op basis van de door de budgethouder ingediende (en geaccordeerde) zorgovereenkomst (maandlonen) en declaraties (facturen en urenbriefjes) voor geleverde zorg. Hierbij controleert de SVB de declaratie met het toekenningsbesluit (TKB) en de door de gemeente goedgekeurde zorgovereenkomst” (Koninklijke Nederlandse Beroepsassociatie van Accountants, 2015, p. 5). De declaraties worden geregistreerd en betaald indien er voldoende budget is. In het geval het toegekende budget ontoereikend is kan de budgethouder een vrijwillige storting doen om op deze manier het budget aan te vullen vanuit eigen middelen. Dit kan voorkomen indien de cliënt zijn zorgverlener meer wil betalen dan het vastgelegde maximale tarief (SVB, 2014). Op het einde van het jaar of van de budgetperiode bezorgt de SVB een

<sup>13</sup> Met andere woorden: Zijn de afspraken tussen de budgetbeheerder als werkgever en de zorgverstreker als werknemer conform de arbeidsrechtelijke bepalingen?



totaaloverzicht van de bestedingen. De niet-bestede bedragen worden terugbetaald aan de gemeente (SVB, n.d.).

Op vraag van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft de SVB haar betalingsbevoegdheid voor de ‘eenmalige voorzieningen’ uitbesteed aan de gemeente zelf. Dat betekent concreet dat voor deze ondersteuningsmiddelen die niet periodiek terugkerend van aard zijn, geen trekkingsrecht van toepassing is. Het gaat hier meer bepaald over een beperkt aantal PGB’s voor een maatwerkvoorziening in de vorm van een (vervoers)hulpmiddel of woningaanpassing. Aan deze situaties is vaak geen zorg- of arbeidsovereenkomst verbonden, maar een factuur van een leverancier of aannemer. De gemeente betaalt in deze situatie het PGB rechtstreeks aan de budgethouder. De invoering van deze maatregel bij de omschakeling naar de Wmo in 2015 was tijdelijk. Vooralsnog is de regelgeving hieromtrent nog niet gewijzigd (SVB, 2015).

## 2.2.2 Budgetbepaling

### 2.2.2.1 Regels en tarieven

Er bestaan geen landelijke tarieven en berekeningswijzen voor de budgetten binnen de Wmo. Het is de gemeente die bij verordening de regels kan vastleggen omtrent de wijze waarop de hoogte van het persoonsgebonden budget wordt bepaald. Daarbij geldt het algemeen beginsel dat de hoogte ‘toereikend’ moet zijn. In de meeste gevallen zijn de tarieven die toegekend worden voor een PGB lager dan de tarieven voor zorg in natura (Per Saldo, 2016d). In sommige gevallen is de kost van de zorg ingericht met het PGB hoger dan de kost voor zorg in natura. De gemeente kan het PGB om die reden niet weigeren. Zij moet dan minimaal het bedrag voorzien dat de ondersteuning onder de vorm van ZIN zou kosten. De meerkosten zijn in dat geval ten laste van de zorgvrager (Rijksoverheid Nederland, n.d.-a). De gemeenten kunnen er bovendien ook voor kiezen om verschillende tarieven te hanteren naargelang het type dienstverlener. In dat geval zal de keuze van de budgethouder dus ook de hoogte van het trekkingsrecht mee bepalen. Hieronder (figuur 5) ter illustratie hiervan een voorbeeld van de regeling zoals deze is uitgewerkt in de gemeente Eindhoven, waar een onderscheid gemaakt wordt wat betreft de hoogte van het toe te kennen bedrag al naar gelang de ingekochte ondersteuning geleverd wordt door een professionele zorgaanbieder, een zelfstandige zonder personeel (bijvoorbeeld een persoonlijk assistent) dan wel wanneer het ondersteuning uit het sociaal netwerk betreft.

<p>PGB-houders kunnen kiezen voor:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ondersteuning door een professionele medewerker(s) in loondienst bij een zorgverlener. De gemeente vergoedt dan 100% van het vergelijkbare tarief dat wordt gehanteerd bij zorg in natura.</li> <li>• Ondersteuning door een zelfstandige zonder personeel (ZZP’er). De gemeente vergoedt dan 85% van het vergelijkbare tarief dat wordt gehanteerd bij zorg in natura.</li> <li>• Ondersteuning door een persoon uit het sociaal netwerk. De gemeente vergoedt dan 50% van het vergelijkbare tarief dat wordt gehanteerd bij zorg in natura.</li> </ul>
--

Figuur 5 Illustratie tarifiering PGB (Gemeente Eindhoven, 2017)

Bijgevolg zal het toegekende budget en de wijze waarop dit berekend wordt per gemeente verschillen. Bovendien kunnen ook alle verschillende ondersteuningsvormen hun eigen tarieven hebben. In tegenstelling tot de meeste gemeenten die in hun verordening tarieven uitwerken per uur en type ondersteuning, worden de tarieven binnen sommige gemeenten gelinkt aan bepaalde resultaat-

gebieden (CAK, 2017b). Ter illustratie hiervan biedt onderstaande tabel (tabel 1) een overzicht van de wijze waarop de gemeente Den Haag tarieven vaststelt naar resultaatgebied en intensiteit. De gemeente heeft bijvoorbeeld een vast tarief voor ondersteuning bij het resultaatgebied 'voeren van het huishouden', onderverdeeld in drie categorieën die verbonden zijn aan de intensiteit (basis, plus of intensief) van de ondersteuningsnood.

Tabel 1 Resultaatgebieden Wmo-ondersteuning Den Haag, met bijhorende tarieven in euro (Gemeente Den Haag, 2017)

Tabel 1. Tarieven Zorg in natura

	<b>Resultaatgebieden</b>	<b>Basis</b>	<b>Plus</b>	<b>Intensief</b>
1	Voeren van een huishouden	216	337	504
2	Sociaal en persoonlijk functioneren	298	509	924
3	Omgaan met zelfondersteuning en gezondheid	145	307	536
4	Dagbesteding	183	517	1.098
5	Financiën	173	381	843
	Waakvlam	45	45	45

Tabel 2. Formele pgb tarieven

	<b>Resultaatgebieden</b>	<b>Basis</b>	<b>Plus</b>	<b>Intensief</b>
1	Voeren van een huishouden	183	286	428
2	Sociaal en persoonlijk functioneren	243	415	752
3	Omgaan met zelfondersteuning en gezondheid	118	250	435
4	Dagbesteding	152	428	904
5	Financiën	137	301	666
	Waakvlam	36	36	36

Tabel 3. Informele pgb tarieven

	<b>Resultaatgebieden</b>	<b>Basis</b>	<b>Plus</b>	<b>Intensief</b>
1	Voeren van een huishouden	126	226	327
2	Sociaal en persoonlijk functioneren	144	283	453
3	Omgaan met zelfondersteuning en gezondheid	72	170	255
4	Dagbesteding	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.
5	Financiën	72	170	340
	Waakvlam	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.

Het bekomen van zorg en ondersteuning vanuit de Wmo is niet afhankelijk van inkomen of het vermogen. Hoewel dit in het verleden door diverse gemeenten soms anders geïnterpreteerd werd, is ook een inkomenstoets verboden. Wel is, zoals eerder gemeld, een inkomens- en vermogensafhankelijke bijdrage gekoppeld aan de Wmo-ondersteuning<sup>14</sup> (Rijksoverheid Nederland, 2015).

<sup>14</sup> Zie hoofdstuk ivm beschikking

### 2.2.2.2 De eigen bijdrage

Voor het gebruik van een maatwerkvoorziening zal een eigen bijdrage worden aangerekend. De hoogte van deze eigen bijdrage of maximale periode bijdrage wordt berekend door het Centraal Administratiekantoor (CAK) en maakt deel uit van de beschikking. Dit is het bedrag dat de cliënt maximaal moet betalen per periode van vier weken. Naast het soort ondersteuning en de leveringsvorm, zijn de vier onderstaande elementen bepalend voor de berekening van de hoogte van het bedrag (CAK, n.d.):

- **Leeftijd:** de maximale periodebijdrage zal anders zijn indien de persoon (en zijn partner) de pensioengerechtigde leeftijd bereikt hebben;
- **Huishouden:** voor mensen die alleen wonen wordt de eigen bijdrage berekend op het inkomen en vermogen. Voor wie getrouwd is of samenwoont met een meerderjarige wordt de bijdrage berekend op het inkomen en vermogen van het gezamenlijk huishouden. Het inkomen van inwonende volwassen kinderen en ouders telt niet mee bij de berekening van de eigen bijdrage;
- **Inkomen:** de eigen bijdrage wordt berekend op basis van de belastingaangifte van twee jaar voordien. Inkomsten uit werk, uitkering, eigen woning, aandelen en dividenden worden hierbij in rekening gebracht. Ook opbrengsten uit sparen en beleggen worden maken deel uit van de basis de berekening;
- **Vermogen:** vermogen boven de vastgelegde grens telt mee in de berekening. Voor alleenstaanden is de grens € 32.330 spaargeld. Bij een gezamenlijk huishouden is de grens € 42.660.

Afhankelijk van bovenstaande criteria kan de maximale periodebijdrage in 2017 tussen € 0 en € 626,81 bedragen (CAK, 2017b). Het staat de gemeente vrij om de eigen bijdrage te verlagen of zelfs af te schaffen voor bepaalde vormen van zorg en ondersteuning binnen de Wmo. Een hogere bijdrage vragen dan deze vastgesteld door het CAK mag echter niet (Per Saldo, 2016c). Zijn de effectieve kosten van de zorg en hulp lager dan de maximale periodebijdrage dan betaalt de cliënt minder. De eigen bijdrage voor de Wmo-ondersteuning mag nooit hoger zijn dan de kost die de gemeente betaalt. Indien meerdere personen in het gezin een eigen bijdrage ontvangen, dan geldt een maximale eigen bijdrage op het niveau van het huishouden (Rijksoverheid Nederland, 2015). De eigen bijdrage mag uiteraard in geen enkel geval bekostigd worden met het PGB, maar moet betaald worden van het eigen inkomen van de budgethouder (Rijksoverheid, n.d.-a).

### 2.2.3 Terbeschikkingstelling

Na aanmelding bij de gemeente moet deze binnen de zes weken het onderzoek naar de situatie van de zorgvrager afronden. Pas daarna kan een officiële aanvraag ingediend worden voor een PGB. Na deze aanvraag heeft de gemeente twee weken de tijd om een beslissing te nemen. De volledige termijn vanaf de aanmelding tot op het moment waarop de cliënt zijn beschikking voor het PGB krijgt, mag dus in het totaal maximaal acht weken duren. Op de daaropvolgende goedkeuring van de zorgovereenkomsten staat geen wettelijke termijn. Gemeenten dienen er echter rekening mee te houden dat een budgethouder niet kan declareren zolang de zorgovereenkomst niet is goedgekeurd. De termijn waarvoor het PGB wordt toegekend zal afhankelijk zijn van de zorgnoden en is op maat van de cliënt bepaald (VNG, 2014; Per Saldo, 2016).

### 2.2.4 Budgetbesteding

Met een PGB vanuit de Wmo kan huishoudelijke hulp, begeleiding in het dagelijks leven, dagbesteding en logeeropvang bekostigd worden. Ook eenmalige voorzieningen kunnen met behulp van een PGB betaald worden (Rijksoverheid, n.d.-b). Een PGB vanuit de Wmo kan enkel worden ingezet voor zorg- en ondersteuningstaken, die zijn afgesproken in overleg tussen de budgethouder en de frontliniewerker. In geen geval kunnen woon- en leefkosten met een PGB bekostigd worden, aangezien dit geen zorg- en ondersteuningstaken zijn. In sommige gevallen is de zorg die de voorkeur van de cliënt wegdraagt duurder dan de ZIN. De gemeente mag dan niet weigeren om een PGB toe te kennen, maar zal dan het PGB toekennen voor het bedrag van de zorg in natura. De cliënt moet dan op zijn beurt instaan voor de meerkosten (Rijksoverheid Nederland, n.d.-c). Op basis van gesprekken met sleutelactoren uit het Nederlandse systeem leren wij dat de huishoudelijke hulp vanuit de Wmo-zorg voornamelijk tegemoetkomt aan noden van ouderen. Dagbesteding is een ondersteuningsvorm die een heel grote groep van mensen met een beperking (voornamelijk verstandelijk) tegemoetkomt. Een PGB wordt in de praktijk ook vaak ingezet voor het inhuren van persoonlijk assistenten.

Met het PGB kan de budgethouder mantelzorgers of familieleden (ongeacht de graad) betalen voor geleverde zorg en ondersteuning. Zoals eerder in deze tekst omschreven zal het Wmo-loket voorafgaand steeds nagaan in welke mate de ondersteuning die geboden wordt als gebruikelijke zorg beschouwd kan worden. Met andere woorden, een PGB kan enkel ingezet worden voor zorg die niet als 'normale' zorg voor een familielid beschouwd wordt. Deze bovengebruikelijke zorg kan dan betaald worden met het budget. De meeste gemeenten zullen een lager budget toekennen voor deze ondersteuning dan het budget dat voor professionele zorg wordt toegekend (Rijksoverheid Nederland, n.d.-a).

De gemeente kan zelf beslissen in welke mate zij een combinatie van ZIN en PGB toestaat bij een cliënt (VNG, 2014). De cliënt zal in de situatie waarbij ZIN en PGB gecombineerd zijn enkel het budget kennen voor het gedeelte waarvoor hij PGB-trekkingsrecht heeft verworven. Een belangrijk onderscheid met de andere landen die deel uit maken van deze studie is bovendien dat het budget, zoals eerder besproken, niet op een rekening terecht komt van de cliënt zelf. Indien de cliënt opteert voor een PGB, dan zal het hem toegekende bedrag gestort worden op een rekening van de SVB die als tussenpersoon fungeert. De SVB zal op zijn beurt de zorgverleners betalen waarvan de cliënt de facturen opstuurt (Per Saldo, n.d.-b).

### 2.2.5 Verantwoording

Wat betreft verantwoording, kan een onderscheid gemaakt worden tussen twee niveaus. In functie van de verantwoording van de individuele budgethouder, heeft de gemeente sinds de invoering van de Wmo in 2015 en het bijhorende trekkingsrecht, samen met de SVB in theorie op elk moment inzicht in de besteding van het PGB. In de praktijk manifesteren zich hier echter praktische problemen. Anderzijds draagt het college van Burgemeester en Wethouders van de gemeente de verantwoordelijkheid voor de rechtmatigheid van de besteding van de PGB's. In functie hiervan controleert de gemeente vooraf het persoonlijk plan en voert zij ook een inhoudelijke toetsing uit op de af te sluiten contracten met hulpverleners. De SVB wordt bovendien verondersteld een signaleringsfunctie op te nemen. In overleg met de gemeenten kunnen afspraken gemaakt worden omtrent situaties waarin de SVB de gemeente, en indien relevant ook de budgethouder een bijzonderheid zoals vb. te snelle uitgaven van budgetten of een plotse wijziging van een rekeningnummer, signaleert (Noordhuizen & Langerak, 2014). Het systeem van trekkingsrecht werd in de nieuwe Wmo ingevoerd om het frauderisico te doen afnemen en om de verantwoording van de besteding transparanter te maken. De budgethouder maakt de facturen

over aan de SVB die deze vervolgens aftoetst aan de afgesloten zorgcontracten. Deze zorgcontracten zijn voorheen reeds door de SVB aan een arbeidsrechtelijke toets onderworpen. Pas daarna zal de betaling aan de desbetreffende zorgverlener gebeuren (Noordhuizen & Langerak, 2014).

De budgethouder zelf is verplicht om de administratie zoals onder meer de aanrekeningen voor zijn ondersteuning, bij te houden. Daarnaast kan de gemeente ervoor kiezen om periodiek in gesprek te gaan met de budgethouder omtrent de behaalde resultaten met het PGB. Dit gebeurt in de praktijk ook vaak op basis van een steekproef. Op die manier houdt de gemeente toezicht op de voorwaarden die verbonden zijn aan het uitgereikte PGB enerzijds, en aan het voldoen aan de kwaliteitseisen anderzijds. In het geval een gemeente twijfelt over de bekwaamheid van een zorgvrager om zijn budget te beheren, of over de bedoelingen van de toekomstige budgethouder, kan de gemeente er ook voor opteren om een PGB initieel pas voor een beperktere periode van bijvoorbeeld zes maand toe te kennen. Na positieve evaluatie kan het PGB dan voor langere tijd worden toegekend (Per Saldo, 2016c).

Sinds de invoering van de Wmo in 2015 heeft de gemeente ook de mogelijkheid om een verantwoordingsvrij bedrag mogelijk te maken binnen het PGB-budget. Dit is geen verplichting voor de gemeente. Indien de gemeente een bepaald gedeelte van het bedrag als verantwoordingsvrij bedrag bestempelt, dan kan de budgethouder dit bedrag op zijn eigen rekening laten overschrijven door de SVB en het naar believen benutten (SVB, n.d.).

#### 2.2.6 Ondersteuning

De keuze voor een PGB betekent in de praktijk in Nederland ook de keuze om zelf het budget te beheren. De onafhankelijke cliëntondersteuning die via de gemeente gratis ter beschikking gesteld moet worden aan de cliënt, stopt op het moment dat de budgethouder zijn beschikking heeft toegestuurd gekregen en hij deze niet wenst aan te vechten. Met de keuze voor het PGB wordt ook de verantwoordelijkheid overgedragen aan de cliënt. De uitspraak van de Centrale Raad van Beroep in een zaak omtrent het beheer van het PGB is hiervoor illustratief. Het betreft een persoon die zich door voor het beheer van zijn PGB in de praktijk wil laten bijstaan door zijn bewindvoerder en hiervoor aan de gemeente bijstand vraagt. De gemeente Amsterdam weigerde in te gaan op deze vraag en kreeg gelijk van de Centrale Raad. Ondersteuning bij het beheer van een PGB is met andere woorden niet inbegrepen in het Nederlandse systeem dat sinds de nieuwe regelgeving in 2015, het uitgangspunt heeft dat een PGB enkel moet worden toegekend aan een zorgvrager die in staat is dit zelf om met hulp van zijn netwerk te beheren. Kan dit niet, dan is de cliënt aangewezen om te kiezen voor zorg in natura (Centrale raad van Beroep, 2015; Wim Peters, 2015).

Verder zijn ter ondersteuning van de cliënt, twee bijstandsorganisaties actief in het zorglandschap voor personen met een beperking. Dit zijn Per Saldo en Naar Keuze. Deze laatste bijstandsorganisatie richt zich voornamelijk naar het segment van personen met een verstandelijke beperking. De organisaties staan voornamelijk in voor belangenbehartiging en informatie- en adviesverstrekking. Zo biedt Per Saldo een gratis helpdeskfunctie om personen wegwijs te maken in het PGB-landschap en de mogelijkheden van een persoonsgebonden budget. Meer intensieve begeleiding blijft echter voorbehouden voor hun leden. Belangenorganisatie Per Saldo werkte de website ePgb uit. Deze website vereenvoudigt het beheer van het PGB, de bijhorende formulieren en contracten. Deze dienstverlening is betalend en omvat ook een telefonische helpdesk (Stichting ePgb, 2013).

Ter vereenvoudiging van het beheer en de procesdoorloop verbonden aan het PGB maakt de Rijksoverheid momenteel wel werk van het digitale budgethouders portaal. Meer hierover is terug te vinden het onderdeel 'realisatiegraad' in dit hoofdstuk.

### **3 Het persoonsgebonden budget in de Wet langdurige zorg (Wlz)**

#### **3.1 Bestuurlijke organisatie**

##### **3.1.1 Stakeholders**

In het systeem van persoonlijke budgetten binnen de Wet langdurige zorg (Wlz) vervullen de volgende stakeholders een centrale rol:

- **Centrum Indicatiestelling Zorg**

Het Centrum indicatiestelling zorg (CIZ) is bevoegd voor het stellen van de indicatie die toegang biedt tot zorg en ondersteuning uit de Wet langdurige zorg (CIZ, 2016, 2017a, 2017b). Er wordt steeds een persoonlijk onderzoek opgestart naar de individuele zorgbehoeften van de aanvrager van langdurige zorg. Dit onderzoek is onafhankelijk en wordt gevoerd op basis van zogenaamd objectieve criteria, gebaseerd op de wet- en regelgeving van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (CIZ, 2015, 2017b).

- **Cliëntondersteuning**

Iedere gemeente is verplicht om gratis ondersteuning te bieden bij de aanvraag voor zorg uit de Wlz wanneer een burger dit wenst. Deze ondersteuning kan geboden worden onder de vorm van informatie, advies en bemiddeling. Wanneer de persoon reeds beschikt over een indicatie voor zorg uit de Wlz kan deze bij de vervolgstappen beroep doen op 'onafhankelijke cliëntondersteuning' (CIZ, 2017a). Iedereen met een indicatie, alsook de vertegenwoordiger en mantelzorger, kan beroep doen op 'MEE', de onafhankelijke cliëntondersteuning voor mensen met een beperking (MEE, 2017a). De ondersteuning die de lokale MEE-afdeling voorziet is gratis en onafhankelijk van zorgaanbieders en zorgkantoren (MEE, 2017b). De consultants in elke regio hebben een overzicht over de zorg die in die regio geleverd wordt en kunnen adviseren over onder meer kwaliteit en eventuele wachtlijsten. In veel gevallen verleent MEE ook de cliëntondersteuning voor personen die nog geen CIZ-indicatie hebben en door de gemeente doorverwezen worden.

- **Zorgkantoor**

Zorgkantoren zijn georganiseerd binnen zorgregio's. Het zijn zelfstandig werkende kantoren gerelateerd aan de zorgverzekeraar. Nederland telt 32 zorgkantoren in een evenredig aantal zorgregio's. Eén zorgverzekeraar per regio, in regel de grootste, heeft de opdracht om het zorgkantoor in te richten. Hier kan elke burger uit die regio met een Wlz-zorgvraag terecht om invulling te geven aan de geïndiceerde langdurige zorg, onafhankelijk van de zorgverzekeraar waarbij hij of zij is aangesloten. Personen komen in contact met het zorgkantoor als het Centrum indicatiestelling zorg een Wlz-indicatie heeft gegeven. Het zorgkantoor regelt dan de zorg in natura of het persoonsgebonden budget op basis van het profiel in deze Wlz-indicatie. Het zorgkantoor sluit contracten af met een hele reeks zorgaanbieders in de zorgregio waar het voor bevoegd is (Rijksoverheid Nederland, 2016).

- Sociale Verzekeringsbank

De Sociale verzekeringsbank (SVB) beheert de persoonsgebonden budgetten voor de ondersteuning binnen de Wmo, de Jeugdhulp en de zorg binnen de Wlz. Wanneer een persoon binnen de Wlz voor een PGB kiest (en wanneer het zorgkantoor besluit dat deze persoon hiervoor in aanmerking komt) fungeert de Sociale verzekeringsbank als intermediaire en beheert deze het bedrag. De hulpvrager ontvangt het persoonsgebonden budget niet rechtstreeks op de eigen rekening en kan de zorgverstrekkers niet rechtstreeks betalen. De budgethouder sluit zorgovereenkomsten af met de zorgaanbieders. De Sociale Verzekeringsbank staat in voor de controle hiervan en vervolgens ook voor de uitbetaling van de zorgaanbieders vanuit het PGB van de budgethouder. De SVB voert de betalingen enkel uit als er goedgekeurde zorgovereenkomsten aan ten grondslag liggen.

- Centraal Administratiekantoor

Personen die ouder zijn dan 18 jaar en Wlz-zorg ontvangen, betalen een eigen bijdrage voor deze zorg, zowel voor zorg in natura als zorg ingekocht met een persoonsgebonden budget (Zorginstituut Nederland, 2017). De eigen bijdrage werd onder de vroegere AWBZ-regelgeving onmiddellijk van het PGB-bedrag in mindering gebracht, in de Wlz is dat anders geregeld (Ministerie Welzijn, Volksgezondheid en Sport, 2014a). Verzekerden ontvangen van het Centraal Administratiekantoor (CAK) een maandelijkse aanrekening met het bedrag dat ze als eigen bijdrage moeten betalen.

- Nederlandse Zorgautoriteit

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft als rol het beschermen van de belangen van de Nederlandse burgers. Dit doet de NZa onder andere door de tarieven en de omschrijving van de behandelingen in de zorg vast te stellen. Het instituut bepaalt welke zorg door aanbieders in rekening mag worden gebracht en wat deze maximaal mag kosten. In de meeste gevallen maken de zorgverzekeraars en de zorgaanbieders afspraken over de inhoud van de behandeling en zorg en de kwaliteit en de prijs. De Nederlandse Zorgautoriteit houdt op haar beurt toezicht op de zorgverzekeraars en zorgaanbieders (NZa, 2017). Het betreft voornamelijk controle op de acceptatieplicht van zorgverzekeraars en de wijze waarop zorgaanbieders de behandeling in rekening brengen. Ook bewaakt de NZa of de zorgverzekeraars genoeg zorg inkopen opdat ze de zorgplicht kunnen garanderen en er voldoende zorg beschikbaar is voor burgers die deze nodig hebben. De NZa kreeg van de overheid de bevoegdheid om de marktwerking van de zorg te reguleren om in functie van kwalitatieve, efficiënte, toegankelijke en transparante gezondheidszorg (NZa, 2017a, 2017b). Het orgaan houdt toezicht op alle zorgaanbieders en zorgverzekeraars op de curatieve en langdurige zorgmarkt en grijpt in als de belangen van de consument in het geding komen.

- Zorginstituut Nederland

Het Zorginstituut Nederland heeft als opdracht de belangen te behartigen van iedereen die recht heeft op zorg binnen de Ziekteverzekeringswet (Zvw) en de Wet langdurige zorg (Wlz). Kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid zijn de pijlers die het Zorginstituut bewaakt en versterkt (Zorginstituut Nederland, n.d.). De vier taken van het Zorginstituut zijn: Adviseren over en verduidelijken van het basispakket aan zorg; het bevorderen van de kwaliteit en inzichtelijkheid van de zorg; het systematisch doorlichten van het basispakket en het uitvoeren van de financiering van de Zvw en de Wlz. Wat deze financiering betreft beheert het Zorginstituut sinds 1 januari 2015 het Fonds langdurige zorg (Flz) voor de baten en lasten onder de Wet langdurige

zorg (Financieel Verslag Uitvoeringstaken Zorginstituut Nederland n.d., 2016). Jaarlijks brengt het Zorginstituut een financieel verslag uit over haar uitvoeringstaken. In dit rapport verantwoordt het Zorginstituut Nederland zich aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de uitvoering van taken in het kader van de Zorgverzekeringswet en de Wet langdurige zorg. Het Zorginstituut Nederland is hier als uitvoerder direct verantwoordelijk voor alsook voor de uitvoering van de daarmee samenhangende regelingen (Zorginstituut Nederland, n.d.). Het CAK neemt op termijn alle uitvoeringsregelingen van het Zorginstituut over, uitgezonderd de subsidieregelingen. Om deze overgang voor te bereiden werken het CAK en het Zorginstituut reeds intensief samen.

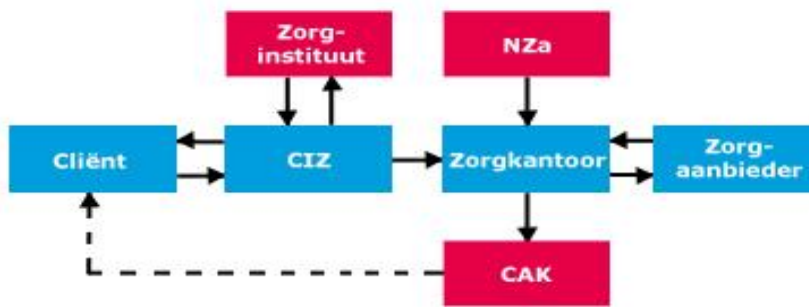
### 3.1.2 Bestuurlijke context

De Wet langdurige zorg (Wlz) regelt sinds 1 januari 2015 de langdurige zorg voor jeugd en volwassenen. Een persoon komt enkel in aanmerking voor langdurige zorg binnen de Wlz als de zorgnood blijvend, of anders verwoord, niet van voorbijgaande aard is. Bovendien moet er ook nood zijn aan permanent toezicht of 24u per dag zorg in de nabijheid. Het is de nationale overheid, het Rijk, dat verantwoordelijk is voor de zorg aan mensen met een intensieve zorgnood. Met de invoering van de Wlz werden meer mogelijkheden gecreëerd om de zorg, naast de traditionele leveringsvorm in de gebruikelijke zorginstellingen, thuis te ontvangen (Ministerie Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2014a; Rijksoverheid, n.d.-f).

Het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) vormt de centrale toegangspoort voor aanvragen naar ondersteuning. Het CIZ is een zelfstandig bestuursorgaan dat onder de verantwoordelijkheid van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport ressorteert en telt ruim 600 medewerkers. In 2010 waren dat er nog 2.300. Deze afslanking is te verklaren vanuit de decentralisatie van een groot deel van het takenpakket naar de gemeenten in het kader van de Wmo (Nederlands Jeugdinstituut, 2017). In tegenstelling tot de uitvoering van de Wmo, is de indicatiestelling voor zorg en ondersteuning vanuit de Wlz niet gedecentraliseerd maar blijft zij binnen de verantwoordelijkheid van het CIZ (CIZ, 2016). Terwijl het CIZ voor de omschakeling naar de Wlz verantwoordelijk was voor de indicatiestelling van alle zorgvragers, zijn de laagste zorgcategorieën in het huidige systeem toegekend aan de gemeenten. Bestuurlijk wordt de zorg en ondersteuning vanuit de Wlz gescheiden van de Wmo. Dat betekent dat personen die aanspraak maken op ondersteuning uit de Wlz geen ondersteuning kunnen krijgen uit de Wmo. Ook in omgekeerde richting geldt dit principe. Woningaanpassingen en sociaal vervoer die geleverd worden vanuit de Wmo aan Wlz-cliënten vormen hier de uitzondering op (Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport, 2017).

De tweede centrale actor binnen de Wlz is het zorgkantoor. Deze zorgkantoren werken in opdracht van de overheid. Binnen elke zorgregio is de opdracht toegekend aan een zorgverzekeraar om het zorgkantoor in te richten. Zij kopen de zorg in bij voorzieningen of regelen de zorg in het kader van een PGB op basis van de gestelde indicatie door het CIZ (Zorgkantoor Nederland, 2017). Net zoals het geval is binnen de Wmo, staat de Sociale Verzekeringsbank (SVB) in voor de uitbetaling van de zorgaanbieders. De diverse betrokken organisaties in de Wlz-keten (zie figuur 6) wisselen onderling informatie uit via de 'Informatievoorziening Wlz' (iWlz) (CIZ, 2017b).





Figuur 6 Taakverdeling bij de Wlz (CIZ, n.d.)

### 3.1.3 Realisatiegraad

Net zoals het geval is bij de Wmo, geldt ook voor de Wlz de uitbouw van een online budgethoudersportaal om het beheer van het PGB voor de budgethouder te vereenvoudigen<sup>15</sup>. Verder wordt vanaf 1 januari 2018 ook binnen de Wlz de eigen bijdrage voor de zorg verlaagd. Deze maatregel betreft de eigen bijdrage die afhankelijk is van inkomen en vermogen, en is bedoeld voor mensen die blijvend intensieve zorg thuis ontvangen, of zelf in een verpleeghuis zijn opgenomen terwijl hun partner thuis woont (Ministerie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2017b). Het percentage van het inkomen dat meetelt voor de berekening van de eigen bijdrage wordt verlaagd van 12,5% naar 10%. De Rijksoverheid voorziet dat ruim dertigduizend mensen van deze maatregel kunnen genieten en zo 30 tot 150 euro per maand minder eigen bijdrage dienen te betalen.

### 3.1.4 Doelgroep en toelatingsvoorwaarden

De Wet langdurige zorg (Wlz) omvat de zorg voor personen die blijvend permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid nodig hebben (Ministerie Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2014a; Rijksoverheid, n.d.-f). Drie criteria bakenen de doelgroep van personen die recht hebben op zorg en ondersteuning binnen de Wlz af (Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport, 2017):

- De grondslag: De aanwezigheid van een lichamelijke ziekte of beperking (verstandelijk, lichamelijk of zintuiglijk) of een psychogeriatrische aandoening;
- Blijvende zorgnood: Hiermee wordt bedoeld dat de zorgnood niet van voorbijgaande aard is. Er is met andere woorden levenslang zorg nodig;
- Nood aan permanente toezicht of zorg in de nabijheid: De persoon heeft ofwel nood aan iemand die 24 uur per dag in de nabijheid is of aan permanent toezicht.

<sup>15</sup> Zie hoofdstuk realisatiegraad Wmo.

## 3.2 Het Traject

### 3.2.1 Aanvraag

Een Wlz-indicatie kan schriftelijk of digitaal aangevraagd worden door de zorgbehoevende, de huisarts of een gemachtigde. Dit kan een persoon uit de directe omgeving zijn maar ook een zorgaanbieder (CIZ, 2017a). Een persoon komt in aanmerking voor hulp vanuit de Wlz wanneer hij voldoet aan de toelatingsvoorwaarden zoals omschreven in het voorgaand hoofdstuk.

Iedere gemeente is verplicht om gratis ondersteuning te bieden bij de aanvraag voor zorg uit de Wlz wanneer een burger dit wenst. Deze ondersteuning kan verschillende vormen aannemen waaronder informatie, advies en bemiddeling. Indien de persoon reeds over een indicatie voor zorg uit de Wlz beschikt, kan deze zich ook beroepen op 'onafhankelijke cliëntondersteuning' bij de vervolgstappen (CIZ, 2017a). MEE is een belangrijke organisatie die aanbod voorziet omtrent onafhankelijke cliëntondersteuning voor mensen met een beperking (MEE, 2016, 2017b).

Hierbij dient een belangrijke kanttekening te worden gemaakt: uit een recente bevraging van MEE (2016) blijkt dat de ondersteuning van cliënten bij een eerste CIZ-aanvraag op veel plaatsen niet goed geregeld is. De gemeente is verantwoordelijk voor de ondersteuning vanuit de WMO, maar vaak is men hiervan niet of onvoldoende op de hoogte. De kwaliteit van de jeugd- of wijkteams is lokaal sterk verschillend. Als gevolg hiervan wordt ondersteuning binnen de Wlz soms onterecht aangevraagd, slecht aangevraagd, of niet aangevraagd wanneer dit wel opportuun zou zijn.

Indien het CIZ heeft bevestigd dat alle noodzakelijke documenten volledig aangeleverd werden, ontvangt de persoon binnen een termijn van 6 weken een besluit. Als volgende stap hierop wordt het zorgkantoor op de hoogte gebracht van de Wlz-indicatie. Vanaf dat moment zal het zorgkantoor de verdere procedure afhandelen. Dit betekent concreet dat het zorgkantoor zal nagaan welke aanbieders in de regio de nodige zorg kunnen leveren en hoe de zorgvrager zijn ondersteuning wenst te ontvangen (CIZ, 2016). Het is mogelijk om als zorgvrager reeds bij de aanvraag van een indicatie bij het CIZ aan te geven of je de ondersteuning onder de vorm van zorg in natura of als persoonsgebonden budget wenst te bekomen (Zorginstituut Nederland, n.d.). Het CIZ heeft echter geen bevoegdheid om uitspraken te doen omtrent de mogelijkheden om een PGB te bekomen. Het zorgkantoor is bevoegd voor het behandelen van de aanvraag om de zorg al dan niet onder de vorm van een PGB geleverd te krijgen (Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport, 2017).

### 3.2.2 Indicering

Voor een indicatiestelling moet de cliënt volgende documenten aan het CIZ bezorgen: een volledig en ondertekend aanvraagformulier, de informatie omtrent de zijn persoonlijk situatie zoals onder meer vervat in een medische diagnose en een zorgplan (CIZ, 2016, 2017a). De zorgvraag wordt integraal in beeld gebracht en vervolgens volgens zogenaamd geobjectiveerde criteria beoordeeld. In tegenstelling tot de indicatiestelling binnen de Wmo, wordt enkel gekeken naar wat de zorg- en ondersteuningsnoden van de cliënt zijn. De hulp die kan geboden worden vanuit het netwerk van de cliënt wordt met andere woorden niet in rekening gebracht bij het vaststellen van de indicatie. Naar deze methode wordt door verscheidene respondenten verwezen als 'de naakte man in de kale kamer' (Persoonlijke communicatie, 30 maart 2017). Het CIZ kan de persoon telefonisch contacteren, uitnodigen voor een gesprek of een huisbezoek vragen wanneer er extra informatie nodig is om een beslissing te nemen. De procedure van indicatiestelling is identiek voor personen die zorg in natura willen en aanvragers van een PGB. Het is

pas in de daaropvolgende fase dat het zorgkantoor de ondersteuning onder de vorm van zorg in natura of als PGB toekent (CIZ, 2017a).

Het indicatiebesluit dat het CIZ aflevert aan de hulpvrager bevat informatie over de hoeveelheid zorg waar de persoon recht op heeft. Tot voor de omschakeling van de AWBZ werd de persoon een Zorgzwaartepakket (ZZP) toegekend. Deze ZZP's zijn met invoering van de Wlz in 2015 omgeschakeld naar zorgprofielen (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2014a). In deze zorgprofielen is een koppeling gemaakt van de zorgbehoefte met een totaalpakket aan Wlz-zorg waar de persoon aanspraak op maakt. Indien de zorgvrager aan meerdere zorgprofielen kan toegewezen worden op basis van zijn beperking en ondersteuningsnood, zal hij een indicatie krijgen voor het meest passende zorgprofiel (Per saldo, 2016b). Ter illustratie is onderstaande tabel ingevoegd (zie tabel 2) die een overzicht geeft van de diverse zorgprofielen. Aan elk profiel is een budget verbonden. In de rechter kolom zijn de oude zorgzwaartepakketten af te lezen.

Tabel 2 Zorgpakketten en zorgprofielen met toegang tot PGB-Wlz (Per saldo, 2016e)

Zorgzwaartepakket	Zorgprofiel
<b>Verpleging en Verzorging</b>	
4VV	VV Beschut wonen met intensieve begeleiding en uitgebreide verzorging
5VV	VV Beschermd wonen met intensieve dementiezorg
6VV	VV Beschermd wonen met intensieve verzorging en verpleging
7VV	VV Beschermd wonen met zeer intensieve zorg, vanwege specifieke aandoeningen, met de nadruk op begeleiding
8VV	VV Beschermd wonen met zeer intensieve zorg, vanwege specifieke aandoeningen, met de nadruk op verzorging/verpleging
10VV	VV Beschermd verblijf met intensieve palliatief-terminale zorg
<b>Licht verstandelijk gehandicapt</b>	
1LVG	LVG Wonen met enige behandeling en begeleiding
2LVG	LVG Wonen met behandeling en begeleiding
<b>Verstandelijk gehandicapt</b>	
VG	VG Wonen met begeleiding en verzorging
4VG	VG Wonen met begeleiding en intensieve verzorging
5VG	VG Wonen met intensieve begeleiding en intensieve verzorging
6VG	VG Wonen met intensieve begeleiding, verzorging en gedragsregulering
7VG	VG (Besloten) wonen met zeer intensieve begeleiding, verzorging en gedragsregulering
8VG	VG Wonen met begeleiding en volledige verzorging en verpleging
<b>Lichamelijk gehandicapt</b>	
2LG	LG Wonen met begeleiding en enige verzorging
4LG	LG Wonen met begeleiding en verzorging
5LG	LG Wonen met begeleiding en intensieve verzorging
6LG	LG Wonen met intensieve begeleiding en intensieve verzorging
7LG	LG Wonen met zeer intensieve begeleiding en zeer intensieve verzorging
<b>Zintuiglijk gehandicapt</b>	
2ZGvis	ZGvis Wonen met begeleiding en enige verzorging
3ZGvis	ZGvis Wonen met intensieve begeleiding en verzorging
4ZGvis	ZGvis Wonen met intensieve begeleiding en intensieve verzorging
5ZGvis	ZGvis Wonen met zeer intensieve begeleiding en zeer intensieve verzorging
2ZGaud	ZGaud Wonen met intensieve begeleiding en verzorging
3ZGaud	ZGaud Wonen met intensieve begeleiding en intensieve verzorging
4ZGaud	ZGaud Wonen met intensieve begeleiding en enige verzorging

Zoals op te merken valt, zijn de laagste zorgzwaartepakketten niet omgeschakeld naar zorgprofielen. Bijvoorbeeld de vroegere categorie '1LG' voor personen met een lichamelijke handicap is niet in deze tabel terug te vinden. Ook de zorgzwaartepakketten 1VG tot en met 3VG voor personen met een verstandelijke beperking zijn niet omgezet in zorgprofielen binnen de Wlz. Met de omschakeling van AWBZ naar de Wet langdurige zorg kunnen deze zorgprofielen immers niet meer geïndiceerd worden door het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) binnen de Wlz. Zoals reeds eerder beschreven komen deze profielen grotendeels terecht binnen de Wmo (Nederlandse Zorgautoriteit, n.d.).

In lijn met de basisvoorwaarde van 'blijvende zorgnood' die essentieel is om toegang te krijgen tot de Wlz-zorg, is het toegekende zorgprofiel in principe geldig voor onbepaalde duur. Slechts voor enkele zorgprofielen geldt een kortere geldigheidsduur. In deze gevallen is dit in het indicatiebesluit vermeld (CIZ, 2017b). Zo zal de duur van een indicatie voor extramurale behandeling bijvoorbeeld afhankelijk zijn van de behandelvorm die kan variëren tussen drie maanden en maximaal vijf jaar.

In de praktijk blijkt er bij de indicatiestelling een hardnekkig probleem te zijn voor personen zonder medisch dossier. Bij een indicatie of herindicatie is (actueel) diagnostisch onderzoek vereist. Het CIZ vraagt om goed onderbouwde en actuele onderzoeken, veelal IQ-onderzoeken, om de beoordeling te doen. Het CIZ staat enkel in voor de indicatiestelling en verricht deze onderzoeken dus niet zelf en voorziet evenmin in de financiering. Cliënten zonder dergelijke onderzoeken kunnen geen indicatie krijgen en dienen dus eerst aanzienlijke kosten te maken (Mee, 2016).

### 3.2.3 Budgetbepaling

De hoogte van het PGB is afhankelijk van de door het CIZ gestelde Wlz-indicatie en wordt vastgesteld op basis van de tarieven PGB-Wlz 2017. Het zorgkantoor berekent de hoogte van het persoonsgebonden budget van de personen die men 'PGB-vaardig' acht. Dit bedrag is verschillend van de zorgkost bij zorg in natura, maar moet hoog genoeg zijn om alle nodige hulp in te kopen (Rijksoverheid, n.d.-f). Het CIZ heeft de bevoegdheid vast te leggen hoeveel uur van welke zorg een persoon nodig heeft. Per zorgprofiel en dus per soort zorg zijn de tarieven landelijk vastgelegd door het Zorginstituut Nederland (Rijksoverheid, n.d.-e) Bewoners van wooninitiatieven (geclusterde woonvormen waar meerdere budgethouders wonen) ontvangen een extra toeslag van € 4.102 per jaar (Zorginstituut Nederland, 2017).

Onderstaande tabel (tabel 3) illustreert hoe de hoogte van een PGB wordt vastgesteld. De bedragen voor ieder zorgzwaartepakket (ZZP) afzonderlijk weergegeven. Onderstaand voorbeeld schetst de bedragen voor persoonlijke verzorging (PV), verpleging (VP), begeleiding individueel (BEG IND) en begeleiding in groep (BEG GR) voor personen met een Licht verstandelijke handicap. Zoals reeds vermeld ontvangen bewoners van een wooninitiatief een jaarlijkse toeslag van €4.102 bovenop het totaalbudget. Een persoon met een licht verstandelijke handicap met zorgzwaartepakket 5LVG die woont in een wooninitiatief ontvangt dan een budget dat berekend is op begeleiding in groep met vervoer, persoonlijke verzorging, individuele begeleiding en schoonmaakkosten van €62.798 + de toeslag van €4.102 (Zorginstituut Nederland, 2017).

Tabel 3 Tarieven 2017 PGB-Wlz in euro op basis van ZPZ (Zorginstituut Nederland, 2017)

ZPZ	Wel of geen BEG GR	PV	VP	BEG IND	BEG GR	schoon- maken	Totaal
<b>Licht verstandelijk gehandicapt</b>							
1LVG	ja, zonder vervoer	4.571		17.166	2.493	3.417	27.647
1LVG	ja, met vervoer	4.571		17.166	2.793	3.417	27.947
2LVG	ja, zonder vervoer	4.571		29.259	2.493	3.417	39.740
2LVG	ja, met vervoer	4.571		29.259	2.793	3.417	40.040
3LVG	ja, zonder vervoer	12.936		29.259	2.493	3.417	48.105
3LVG	ja, met vervoer	12.936		29.259	2.793	3.417	48.405
4LVG	ja, zonder vervoer	17.481		36.316	4.988	3.417	62.202
4LVG	ja, met vervoer	17.481		36.316	5.584	3.417	62.798
5LVG	ja, zonder vervoer	17.481		36.316	4.988	3.417	62.202
5LVG	ja, met vervoer	17.481		36.316	5.584	3.417	62.798
1SGLVG	ja, zonder vervoer	8.366		36.316	7.482	3.417	55.581
1SGLVG	ja, met vervoer	8.366		36.316	8.379	3.417	56.478

De hoogte van de eigen bijdrage is afhankelijk van het inkomen van de verzekerde, het vermogen en de leveringsvorm. Personen die een persoonsgebonden budget ontvangen mogen dit bedrag niet vanuit het PGB-Wlz betalen. De eigen bijdrage is in 2017 minimaal € 23,- en maximaal € 842,80 per maand. In 2016 was dit minimaal ook € 23,- en maximaal € 838,60 per maand. Net als binnen de Wmo, wordt de eigen bijdrage berekend door het CAK (Centraal Administratiekantoor [CAK], 2017).

### 3.2.4 Terbeschikkingstelling



Figuur 7 Leveringsvormen van de zorg in de Wet langdurige zorg

#### 3.2.4.1 *Zorg in een voorziening*

Zorgvragers die een CIZ-indicatie voor Wlz-zorg hebben gekregen, kunnen kiezen tussen verschillende leveringsvormen (varianten) om deze zorg te ontvangen. De keuze om de zorg ofwel thuis ofwel in een voorziening op te nemen is hierbij bepalend. Wordt de zorg in een voorziening geleverd dan is dit steeds zorg in natura en kan deze niet onder de vorm van een PGB opgenomen worden. In dat geval zal het zorgkantoor of de zorgverzekeraar de zorgaanbieders contracteren. Het zorgkantoor staat dan logischerwijze ook in voor de administratie verbonden aan de zorg en ondersteuning. De cliënt beschikt in principe, net zoals het geval is bij een PGB over de mogelijkheid om met de zorgaanbieder afspraken te maken over de manier waarop de zorg en ondersteuning wordt geboden. Zorg in natura kan omgezet worden naar een PGB als de persoon aan de voorwaarden voor een PGB voldoet en als 'PGB-vaardig' beschouwd wordt (Zorginstituut Nederland, 2017).

#### 3.2.4.2 *Zorg thuis*

Kiest de cliënt in samenspraak met het zorgkantoor om zijn zorg en ondersteuning thuis te ontvangen, dan bestaan hiervoor verschillende formules. Deze mogelijkheid om te kiezen voor thuiszorg is echter aan voorwaarden gebonden (Ministerie Welzijn, Volksgezondheid en Sport, 2014). Zo kan dit alleen als het thuis ontvangen van de nodige zorg verantwoord en doelmatig is. Met andere woorden, indien de zorg verantwoord is en de kosten niet hoger zijn dan deze voor een opname in een voorziening (Naar Keuze, 2016b). Het zorgkantoor beoordeelt of de persoon veilig en gezond thuis kan blijven wonen en overlegt met de verzekerde welke leveringsvorm het meest passend is bij zijn wensen en situatie. Binnen dit overleg wordt besproken welke zorg de gecontracteerde aanbieders kunnen bieden en welke zorg en ondersteuning door mantelzorgers gedragen kan worden (Zorginstituut Nederland, 2017). Een aanleunwoning, aangepaste of geclusterde woning die de cliënt huur of waarvan hij eigenaar is, vallen allen onder de noemer 'thuis' (Zorginstituut Nederland, 2017). Een persoon die de zorg thuis wenst te ontvangen kan kiezen tussen verschillende leveringsvormen: een volledig pakket thuis, een modulair pakket thuis, een persoonsgebonden budget of een combinatie van een MPT en een PGB.

Een eerste optie is het Volledig Pakket Thuis (VPT). Bij een VPT wordt alle zorg en ondersteuning (verpleging, persoonlijke verzorging, schoonmaken, hulp bij voeding ...) geleverd door één Wlz-

aanbieder (Zorginstituut Nederland, 2017). Bijgevolg zal deze ene aanbieder ook de verantwoordelijkheid dragen voor de coördinatie van alle te leveren zorg. Met een VPT wordt de zorg in natura geleverd, maar dan wel binnen de thuiscontext van de cliënt. Het VPT kan niet gecombineerd worden met een PGB. Aangezien specifieke kleding noden, geneeskundige, psychiatrische of farmaceutische zorg geen deel uitmaken van het VPT-pakket, zal de cliënt hiervoor beroep moeten doen op de Zorgverzekeringswet. Voor eventuele mobiliteitshulpmiddelen of woningaanpassingen zal de cliënt beroep moeten doen op ondersteuning vanuit de Wmo (Zorginstituut Nederland, 2017).

Een tweede optie is om de zorg thuis te ontvangen onder de vorm van een Modulair Pakket Thuis (MPT). Zoals in de naam vervat zit, wordt de zorg in dit geval geleverd door verschillende Wlz-zorgaanbieders. De afspraken met verschillende zorgaanbieders over wie welke zorgvorm biedt en welke zorg eventueel door mantelzorgers wordt opgenomen staan beschreven in het zorgplan. Een persoon heeft met een MPT de mogelijkheid om tegelijk zorg van een of meerdere Wlz-zorgaanbieders in natura te ontvangen en andere zorgvormen zelf in te kopen met een PGB (Rijksoverheid, n.d.-d). In het geval er voor een MPT wordt geopteerd, is de regie van de zorg in handen van de cliënt en/of zijn vertegenwoordiger. Vaak wordt ook ondersteuning door mantelzorgers in rekening gebracht in deze leveringsvorm (Zorginstituut Nederland, 2017).

### 3.2.4.3 *Zorg onder de vorm van een persoonsgebonden budget*

Tot slot kan een zorgvrager ook opteren voor een persoonsgebonden budget (Rijksoverheid, n.d.-d). Hij kan hier echter enkel aanspraak op maken indien hij als PGB-vaardig beschouwd wordt door het zorgkantoor. Dit betekent dat de verzekerde in staat moet zijn om heel wat zaken zelf te regelen: een budgetplan opstellen, zorgovereenkomsten afsluiten, etc. Wanneer de zorgbehoevende niet in staat is om deze taken op zich te nemen kan een wettelijk vertegenwoordiger deze rol opnemen. De Wet langdurige zorg vermeldt volgende voorwaarden om in aanmerking te komen voor een PGB (Wet langdurige zorg, 2015):

- Doelmatigheid: het zorgkantoor moet van oordeel zijn dat de zorg die met het PGB ingekocht wordt toereikende zorg van goede kwaliteit kan bieden aan de cliënt
- Eigen kracht: de zorgvrager is in staat op eigen kracht of met hulp van een vertegenwoordiger het budget te beheren
- Verantwoorde zorg: de budgethouder moet in staat zijn om – al dan niet met hulp van een vertegenwoordiger – de zorgaanbieders en mantelzorgers aan te sturen zodat er sprake is van ‘verantwoorde zorg’
- Motivatie: de zorgvrager moet motiveren waarom hij een PGB wenst te krijgen
- Budgetplan: de zorgvrager moet een budgetplan voorleggen aan het zorgkantoor

Uiteindelijk neemt het zorgkantoor de finale beslissing over de haalbaarheid van de door de cliënt gewenste leveringsvorm (Zorginstituut Nederland, 2017). Het zorgkantoor bezorgt de budgethouder een aanvraagformulier voor een persoonsgebonden budget en een ‘modelzorgbeschrijving’. De PGB-houder dient voor iedere zorgverlener een zorgbeschrijving op te stellen. Hierin dient te worden beschreven welke zorg elke individuele zorgverlener hem zal bieden. Het zorgkantoor dient op haar beurt deze zorgbeschrijvingen te controleren, waarbij het door het CIZ geïndiceerde zorgprofiel als ijkpunt fungeert. Met deze controle wordt nagegaan of de gewenste zorg die bij het zorgprofiel hoort ook door de zorgverlener wordt gegeven en of de zorgverlener al dan niet vanuit het PGB-Wlz betaald



mag worden. De Sociale Verzekeringsbank controleert of deze zorgovereenkomsten correct zijn ingevuld en of deze aan alle wettelijke vereisten voldoen en beheert het bedrag van de budgethouder volgens het principe van 'trekkingsrecht' (Zorginstituut Nederland, 2017).

Cliënten kunnen geen persoonsgebonden budget krijgen voor de functie Wlz-behandeling. Een budgethouder die Wlz-behandeling nodig heeft kan deze zorg in natura ontvangen van een door het zorgkantoor gecontracteerde zorgaanbieder (Zorginstituut Nederland, 2017). Ook bij deze leveringsvorm kunnen budgethouders voor roerende voorzieningen, mobiliteitshulpmiddelen en woningaanpassingen een beroep doen op de Wmo (Zorginstituut Nederland, 2017).

Ook binnen de Wet langdurige zorg ontvangt de hulpvrager het persoonsgebonden budget niet rechtstreeks op de eigen rekening en kan hij bijgevolg de zorgverstrekkers niet rechtstreeks betalen. Deze bevoegdheid van de Sociale verzekeringsbank heet 'trekkingsrecht' (Rijksoverheid, n.d.-c). De budgethouder sluit zorgovereenkomsten af met de zorgverleners en aanbieders naar keuze. In deze contracten wordt de soort zorg vermeld en de prijs die daarvoor zal worden betaald. Deze overeenkomsten en zorgdeclaraties zijn officiële documenten die door het zorgkantoor worden gecontroleerd en goedgekeurd. Het zorgkantoor stuurt deze op haar beurt door naar de Sociale Verzekeringsbank die de zorgaanbieders betaalt vanuit het PGB van de budgethouder. De SVB voert de betalingen enkel uit als er goedgekeurde zorgovereenkomsten aan ten grondslag liggen. Dit trekkingsrecht is in het leven geroepen (geherintroduceerd in 2015) om fraude met persoonsgebonden budgetten tegen te gaan. Deze controle gaat namelijk na of de gewenste zorg die bij het zorgprofiel hoort ook door de zorgverlener wordt geleverd en of de zorgverlener al dan niet vanuit het PGB-Wlz mag worden betaald (Zorginstituut Nederland, 2017).

Op vlak van termijnen wordt een periode van zes weken vooropgesteld voor de aanvraag van een indicering bij het CIZ. Een indicering binnen de Wlz geldt in principe voor onbepaalde duur (Centrum indicatiestelling zorg, 2017b).

### 3.2.5 Budgetbesteding

Het PGB kan worden ingezet voor de zorgfuncties onder de Wlz die in het Zorgprofiel van de budgethouder vervat zitten. De mogelijke zorgfuncties zijn de volgende<sup>16</sup> (Per saldo, 2017b):

- Individuele begeleiding;
- Begeleiding in groep;
- Logeren (kortdurend verblijf);
- Huishoudelijke hulp;
- Persoonlijke verzorging;
- Verpleging.

Behandeling kan als zorgfunctie kan niet met een PGB bekostigd worden. Voor zorg in natura kan de zorgbehoevende de zorgaanbieder van zijn of haar voorkeur kiezen uit de reeks zorgaanbieders die gecontracteerd zijn door het regionale zorgkantoor. De zorg die deze zorgaanbieders leveren dient aan te sluiten bij de geïndiceerde noden van de persoon en diens zorgprofiel. Indien het zorgkantoor de

---

<sup>16</sup> Zie 'zorg en ondersteuning wet langdurige zorg'.

instemt met de voorkeur van de geïndiceerde om de zorg via een persoonsgebonden budget in te kopen blijft ook deze zorg beperkt tot de zorgfuncties die vervat zitten in het zorgprofiel (Rijksoverheid, n.d.-f).

Het PGB uit de Wlz kan ingezet worden voor zorg door familie of mantelzorgers, voor zover dit de zorg betreft die in het zorgplan is vervat. Voor deze ondersteuning gelden wel lagere maximumtarieven dan voor professionele zorg en ondersteuning. 50% van alle PGB's wordt gedeeltelijk in het huishouden besteed. 25% van de PGB's in de Wlz worden volledig in het huishouden besteed. Een gemiddeld PGB bedraagt 50.000 euro, wat dus een groot deel van het inkomen van een gezin bepaalt wanneer dit aan een verzorgend familielid wordt uitbetaald. De Rijksoverheid problematiseerde de inkomensverwerving van een naaste met een PGB en reageerde met de invoering van een 'informeel tarief'. In dit informeel tarief wordt het maximumaantal uren voor informele zorg op 40u per week vastgelegd en wordt ook een maximaal uurtarief bepaald (Per Saldo, 2017b).

### 3.2.6 Verantwoording

Zodra het zorgkantoor de zorgbeschrijving heeft goedgekeurd en de zorgovereenkomst is verwerkt door de Sociale Verzekeringsbank kan de budgethouder voor deze zorgverlener declareren. Daarvoor kan hij of zij gebruik maken van het online platform "Mijn PGB" van de SVB om digitaal declaraties door te geven of van papieren declaraties. Aan het eind van het jaar stelt de SVB een eindafrekening op die wordt doorgestuurd naar het zorgkantoor wanneer de budgethouder zich hiermee akkoord verklaart. Het zorgkantoor kan de PGB-houder ook uitnodigen voor een gesprek over de besteding van het PGB-Wlz. Het deel van het persoonsgebonden budget dat op het einde van het jaar niet werd besteed aan zorg, betaalt de Sociale verzekeringsbank terug aan het zorgkantoor. Verder bevat ieder budget in de Wlz een verantwoordingsvrij bedrag. Dit bedrag bedraagt 1,5% van het toegekende PGB. De onder- en bovengrens van dit vrij besteedbare bedrag zijn respectievelijk €250 en €1250 (Per Saldo, 2017a).

### 3.2.7 Ondersteuning

Ook binnen de Wlz hebben personen recht op de hulp van een cliëntondersteuner bij het regelen van zorg en het maken van afspraken over de zorg (Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Sport, z.n.). Dit recht op kosteloze ondersteuning geldt voor iedere persoon met een indicatie van het CIZ voor zorg uit de Wet langdurige Zorg. Het zorgkantoor van de budgethouder dient de onafhankelijke cliëntondersteuning beschikbaar te stellen. Deze cliëntondersteuning dient onafhankelijk van het zorgkantoor te werken om het belang van de cliënt voorop te kunnen plaatsen. Het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Sport (z.n.) lijst volgende vormen van ondersteuning door onafhankelijke cliëntondersteuning op:

- Informatie en advies over het zorgaanbod in de regio, de verschillende zorgvormen, de cliëntrechten en eventuele wachtlijsten.
- Ondersteuning bij de keuze voor de gewenste zorgaanbieder, passend bij de individuele situatie.
- Hulp bij de invulling van de zorg, door bijvoorbeeld ondersteuning te bieden bij het opstellen van een persoonlijk plan waarin de best passende zorg wordt vastgelegd en de nodige leveringsvorm om dit te bekomen (verblijf in een zorginstelling, een volledig of modulair pakket thuis of persoonsgebonden budget).
- Hulp bij het opstellen, evalueren en bijstellen van het zorg- of ondersteuningsplan. Hierin wordt de invulling van de zorg afgestemd en afgesproken met de zorgverlener. Dit kan bijvoorbeeld betekenen dat de cliëntondersteuner u tijdens de bespreking met de zorgverlener bijstaat.

- Bemiddeling tussen de budgethouder en de zorgaanbieder. Indien de budgethouder een andere invulling van de zorgvraag wenst te bekomen en geen overeenstemming met de zorgaanbieder bekomt, kan een cliëntondersteuner helpen.
- Een cursus van de zorgverlener kan bekostigd worden met een PGB indien het een kortdurende cursus van niet meer dan 6 maanden betreft die een directe relatie heeft met de ondersteuning van beperkingen van de budgethouder.

Verder geldt dat administratie in het algemeen en administratie omtrent PGB in het bijzonder niet bekostigd kunnen worden met het PGB (ZN, 2017).

## **4 Het persoonsgebonden budget in de Zorgverzekeringswet**

### **4.1 Bestuurlijke organisatie**

#### **4.1.1 Stakeholders**

In het systeem van persoonlijke budgetten binnen de Zorgverzekeringswet (Zvw) vervullen de volgende stakeholders een centrale rol:

- Onafhankelijke verpleegkundige

Een onafhankelijke verpleegkundige is verantwoordelijk voor de indicatiestelling binnen de Zvw. Dit dient een andere verpleegkundige te zijn dan deze persoon die de zorg gaat leveren. Als uitzondering geldt dat de verpleegkundige die werkt voor een instelling voor zorg in natura waarmee de zorgverzekeraar afspraken heeft, de indicatie wel mag uitvoeren. Deze instelling moet dan een deel van de zorg ook via zorg in natura aan de geïndiceerde persoon leveren (Naar keuze, 2017).

- Zorgverzekeraar

De beoordeling van de PGB-aanvraag op basis van het volledig ingevulde aanvraagformulier en de indicatiestelling is een bevoegdheid van de zorgverzekeraar (Per saldo, 2016b). De gestelde voorwaarden in de polis en het reglement Zvw-PGB van de particuliere zorgverzekeraar zijn hierbij leidend. Bij deze beoordeling kan de zorgverzekeraar ook naar de visie van de (wijk)verpleegkundige peilen. Daar er geen trekkingsrecht geldt in de Zvw, is de zorgverzekeraar verantwoordelijk voor de betaling van het PGB (Naar Keuze, 2017b).

- Het Servicecentrum PGB van de Sociale Verzekeringsbank

De SVB is niet verantwoordelijk voor het beheer van het budget. Het uitbesteden van de administratie aan de SVB is dus geen verplichting voor personen met een Zvw-PGB. Dit servicecentrum kan echter helpen bij de salarisadministratie van PGB-houders binnen de Zorgverzekeringswet (Naar Keuze, 2017b; Ministerie Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2017).

#### **4.1.2 Bestuurlijke context**

Sinds 1 januari 2015 zijn de private zorgverzekeraars verantwoordelijk voor wijkverpleegkundige zorg. De Zorgverzekeringswet verplicht de zorgverzekeraars om in hun polissen een persoonsgebonden budget voor verpleging en verzorging als mogelijkheid op te nemen. Dit PGB is een volledig nieuw instrument binnen de Zorgverzekeringswet (Ramakers, 2016). Naast de algemene introductie van het PGB binnen

de Zvw bevat de wet ook de grondslag om regels te stellen omtrent de hoogte van de budgetten en voorwaarden ten aanzien van de cliënten om in aanmerking te komen voor een Zvw-PGB (Lunenborg, 2016). Alle zorgverzekeraars houden zich bovendien aan het 'reglement PGB'. Daarin zijn een aantal gemeenschappelijke afspraken gemaakt, onder meer omtrent de voorwaarden om in aanmerking te komen voor een PGB. Op 1 januari 2017 werden enkele nieuwe bepalingen geïntroduceerd in de Zvw-PGB-regeling (Molenaar, Rouvoet & van Rijn, 2016). Dit onder meer omtrent de maximale tarieven voor formele en informele zorg en de introductie van een normenkader voor de indicering door onafhankelijke wijkverpleegkundigen. Deze recente wijzigingen zijn verwerkt in de omschrijving van het systeem in dit rapport (Naar Keuze, 2017). De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) controleert of de zorgverzekeraars zich houden aan de acceptatieplicht van iedere vraag naar een basisverzekering, of de zorgplicht voor alle zorg die wettelijk in de basisverzekering is geregeld en een waakt over het verbod op premiedifferentiatie voor verschillende gezondheidskenmerken. Omdat het trekkingsrecht binnen de Zorgverzekeringswet niet geldt, heeft de SVB er een andere rol<sup>17</sup>.

### 4.1.3 Realisatiegraad

In de Zorgverzekeringswet zijn de voormalige particuliere verzekering en de Ziekenfondswet opgegaan. Deze wet is sinds 1 januari 2006 van kracht en regelt dat iedereen die in Nederland woont en/of loonbelasting betaalt, verplicht een basisverzekering moet afsluiten (Nza, n.d.-b). Deze zorgverzekering dekt de noodzakelijke en op genezing gerichte zorg. De Zorgverzekeringswet heeft tot doel de marktwerking in de zorg te bevorderen (Nza, n.d.-a). Onder de nieuwe regelgeving die het PGB introduceert, moeten consumenten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars meer ruimte en eigen verantwoordelijkheid krijgen om keuzes te maken. Eind 2016 waren er binnen Zvw ruim 16.900 budgethouders (Belder & Faun, 2017).

Er worden belangrijke veranderingen doorgevoerd in de Zvw-PGB in 2017. Zo wordt mogelijk gemaakt om een aanvraag te doen voor een Zvw-PGB voor personen van 18 jaar en ouder voor Medisch Specialistische Verpleging Thuis. Deze aanvraag kan worden gemaakt wanneer er in de indicatiestelling verwacht wordt dat de zorgvraag langer dan 1 jaar zal duren. Voorheen was een aanvraag voor Medisch Specialistische Verpleging Thuis enkel mogelijk voor personen jonger dan 18 jaar. Verder zijn er enkele zorgvormen die een persoon niet (meer) met een PGB kan inkopen in de Zvw en waarvan men bijgevolg verplicht is deze onder de vorm van zorg in natura te ontvangen. Het betreft onder meer Intensieve Kindzorg met verblijf in een medisch kinderdagverblijf of kinderspice, waarbij de zorgverzekeraar deze zorg inkoop op basis van Zorg in Natura (Naar Keuze, 2017).

Cliëntvertegenwoordigers, zorgverzekeraars en de overheid bekijken samen met Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN) of en op welke wijze het indiceren en evalueren van de zorgvraag bij het Zvw-PGB als een cyclisch proces (van aanvraag tot regelmatige evaluatie) kan worden ingezet. Deze partijen bekijken de mogelijkheid om in 2017 met een pilot te starten en vervolgens in 2018 het cyclische proces definitief in te bouwen bij de indicatiestelling en evaluatie van de zorg bij het Zvw-PGB. Het is de bedoeling om de indicatiestelling voor alle verzekerden gelijk te laten verlopen, onafhankelijk van de leveringsvorm. Verder werd vanaf 1 januari 2017 ook een tijdelijke, onafhankelijke adviescommissie indicatiestellingen ingesteld. Op aanvraag van zorgverzekeraars kan deze commissie van deskundigen een second opinion geven over de gestelde indicatie. De rechtmatigheid en doelmatigheid van de gestelde indicatie zal in dit advies beoordeeld worden. De besluitvorming over de toekenning van een

---

<sup>17</sup> Zie titel budgetbesteding.

Zvw-PGB blijft te allen tijde de bevoegdheid en verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraar (Molenaar, Rouvoet & van Rijn, 2016).

#### 4.1.4 Doelgroepen en toelatingsvoorwaarden

Personen met een indicatie voor verpleging en/of verzorging of intensieve kindzorg kunnen sinds 1 januari 2015 een PGB van de zorgverzekeraar uit de zorgverzekeringswet (Zvw) ontvangen. Dit persoonsgebonden budget kan vanuit verschillende polissen aangevraagd worden. De meeste verzekerden hebben een naturapolis. Daarnaast kunnen personen ook aanspraak maken op de restitutiepolis. Deze is duurder en stelt mensen ook in staat om andere zorgverleners zoals bijvoorbeeld een psycholoog te kiezen. De keuze voor deze andere zorgverleners kan echter niet uit het PGB betaald worden (Per Saldo, 2017a). Volgende doelgroepen komen in aanmerking voor zorg vanuit de Zvw (Per Saldo, 2016):

- Volwassenen met nood aan (medisch specialistische) verpleging en/of verzorging;
- Kinderen met nood aan (medisch specialistische) verpleging of intensieve kindzorg (IKZ);
- Kinderen met nood aan verpleging in verband met complexe lichamelijke problemen (Medisch Specialistische Verpleging Thuis);
- Mensen met nood aan terminale zorg wanneer de levensverwachting minder is dan drie maanden, vastgesteld door een behandelend arts.

De 'Verpleging en verzorging' aan volwassenen is de verzorgingscategorie waar het PGB binnen de Zvw veelal voor wordt ingezet. De intensieve kindzorg (IKZ) en medisch specialistische verpleging thuis (MSVT) worden in dit rapport niet verder besproken gezien de focus van dit rapport op meerderjarigen. Het oordeel van de zorgverzekeraar is doorslaggevend bij het bepalen of een persoon in aanmerking komt voor een PGB. Het PGB-reglement van de zorgverzekeraar is hierbij het leidend document (Per Saldo, 2017d). Als algemene regel om zorg vanuit de Zvw te krijgen, geldt dat de persoon een lichamelijk beperking of chronische ziekte heeft en langer dan een jaar zorg nodig heeft. Voor palliatief terminale thuiszorg geldt de voorwaarde van een zorgbehoefte langer dan 1 jaar uiteraard niet. Om een Zvw-PGB te kunnen ontvangen moeten onderstaande voorwaarden cumulatief voldaan worden (Ministerie Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2017):

- Een indicatie die is gesteld door een wijkverpleegkundige (niveau 5);
- De persoon kan een budgetplan maken;
- De persoon kan het PGB beheren (eventueel met hulp van een vertegenwoordiger), dat wil zeggen: contracten afsluiten met zorgverleners, de zorg inplannen, controleren of zorgverleners zich aan de afspraken houden, enzovoort. Dit betreft de PGB-vaardigheid van de cliënt.

Naast deze algemene voorwaarden was tot eind 2016 ook een noodzaak aan de aanwezigheid van een 'specifieke zorgvraag'. Om in aanmerking te komen voor een PGB binnen de Zvw moest er met andere woorden een zorgvraag zijn waardoor de cliënt geen gebruik kan maken van de zorgvoorzieningen die de zorgverzekeraar aanbiedt (Naar Keuze, 2016a):

- Zorgnood op wisselende of ongebruikelijke tijden;
- Zorg die nodig is op verschillende plaatsen (vb. thuis en op werk);
- Zorg die 24 uur per dag of op afroep beschikbaar moet zijn;
- Behoeft aan vaste zorgverleners omwille van gespecialiseerde zorg of bijzondere hulpmiddelen.

Veel PGB's werden door zorgverzekeraars afgewezen op basis van het argument dat bovenstaande criteria omtrent de 'specifieke zorgvraag' alle vier voldaan moeten zijn. Dat is echter niet in lijn met de regelgeving. Het volstaat om aan één van bovenstaande zorginhoudelijke criteria te voldoen (Per Saldo, 2017a). Omdat deze criteria in de praktijk vaak tot geschillen leidden tussen zorgverzekeraars en cliënten zijn deze voorwaarden sedert 1 januari 2017 niet meer van toepassing (Belder & Faun, 2017).

### 4.2 Het Traject

#### 4.2.1 Aanvraagprocedure

De aanvraag voor een PGB binnen de Zvw start bij de zorgverzekeraar. De zorgvrager dient een formulier in op basis waarvan de zorgverzekeraar zijn oordeel zal vellen. In de aanvraag moet hij aangeven waarom het PGB zijn of haar voorkeur wegdraagt. Bovendien moet ook een budgetplan opgesteld worden met daarin een omschrijving van de verwachte uitgaven. De cliënt moet ook aangeven of hij (al dan niet met ondersteuning van derden) in staat is om het budget te beheren. Tot slot bevat dit formulier ook een verpleegkundig deel dat ingevuld moet worden door de wijkverpleegkundige. Dit laatste gedeelte omvat de indicatie en omschrijft het aantal uur zorg waar de cliënt nood aan heeft (ZIC, n.d.).

De zorgverzekeraar zal bepalen aan de hand van de opgestelde voorwaarden (zie hierboven) en de indicatie of de aanvrager in aanmerking komt voor ZIN of voor een PGB. Hiervoor kan de zorgverzekeraar in het kader van de aanvraagprocedure een persoonlijk gesprek plannen met de aanvrager van een PGB. In de praktijk kan dit zowel telefonisch als op basis van een persoonlijk gesprek verlopen. Deze stap is bedoeld om te peilen naar de mate waarin de budgethouder voldoende goed weet wat van hem verwacht wordt en of hij in staat is om op verantwoorde wijze met het PGB om te gaan. Dit gesprek is gekend onder de noemer 'bewuste keuze gesprek' (Per Saldo, 2017a).

In de polisvoorwaarden van iedere afzonderlijke zorgverzekeraar staat vermeld waarop de aangesloten cliënten recht hebben. Voor verpleging en verzorging is het indien voldaan aan de voorwaarden, mogelijk om een persoonsgebonden budget te bekommen om zelf de zorg in te kopen. De verzekeraar is bevoegd voor de verdere uitwerking van de bepalingen in haar reglement. Het gaat onder meer over de specificering van de voorwaarden om in aanmerking te komen, de wijze van aanvraag en informatie en over de wijze van declaratie en toetsing. Ook de budgethoogtes worden bepaald door elke individuele zorgverzekeraar (Naar keuze, 2017; Molenaar, Rouvoet & van Rijn, 2016). Dergelijke reglementen maken onderdeel uit van de polisvoorwaarden van iedere zorgverzekeraar.

Zodra de aanvraag is goedgekeurd door de zorgverzekeraar kan de budgethouder van start gaan met het aannemen van zorgverstrekkers (Per Saldo, 2016). Gezien tussen de zorgverzekeraar en de cliënt een zorgpolis geldt, die een privaatrechtelijke overeenkomst is, zal in het geval een cliënt niet akkoord is met het resultaat van zijn aanvraag, de privaatrechtelijke weg gevolgd worden. In eerste instantie kan een klacht ingediend worden bij de zorgverzekeraar zelf die het besluit zal moeten heroverwegen. In tweede orde kan een klacht ingediend worden bij de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekering (Ramakers, 2016).

#### 4.2.2 Indicatiestelling

De indicatiestelling die noodzakelijk is om zorg te ontvangen binnen de Zorgverzekeringswet dient, in tegenstelling tot de gang van zaken binnen de Wet maatschappelijke ondersteuning en de Wet langdurige zorg, voorafgaand aan de aanvraag plaats te vinden. Deze indicatiestelling dient te gebeuren

door een onafhankelijke verpleegkundige (Naar keuze, 2017). Dat betekent dat de verpleegkundige die de zorg gaat leveren de indicatie niet zelf mag stellen<sup>18</sup> (Naar keuze, 2017). De aanvraag voor een Zvw-PGB moet steeds uitgaan van een actuele indicatie, die op het moment van de aanvraag niet ouder is dan drie maanden (Naar Keuze, 2017). De indicering gebeurt conform een normenkader opgesteld door de beroepsvereniging voor verpleegkundigen en verzorgenden (Ramakers, 2016). De zorgvraag van de verzekerde moet voorop staan en daarom is een goede indicatiestelling van belang. In de bestuurlijke afspraken omtrent het Zvw-PGB voor 2017/2018 wijzen Molenaar, Rouvoet en van Rijn (2016) op het belang om een kader uit te werken dat de indicerende verpleegkundigen handvaten aanreikt omtrent de wijze waarop zij de gebruikelijke zorg moeten vaststellen. Met andere woorden, welke zorg kan vanuit het netwerk als gebruikelijke, niet te vergoeden zorg worden beschouwd en wat is bovengebruikelijk en komt dan ook in aanmerking voor ondersteuning.

Iedere aanvraag naar een PGB dient wettelijk verplicht (Zorgwet, 2017) getoetst te worden aan vier voorwaarden tijdens het onderzoek dat de zorgverzekeraars doen ter beoordeling van de vraag. De individuele zorgverzekeraars kunnen deze voorwaarden in de praktijk verder invulling geven. De regels hieromtrent worden opgenomen in de polis en het reglement van de verzekeraars. De vier voorwaarden zijn:

- **Kwaliteit van de zorg:** de zorgverzekeraar moet van oordeel zijn dat de budgethouder in staat is om toereikende en kwalitatieve zorg of diensten te kunnen bekostigen met zijn Zvw-PGB. Daarom kan de zorgverzekeraar vragen aan de cliënt dat hij in zijn aanvraag motiveert op welke wijze hij de zorg zal inzetten om zijn zelfredzaamheid te verhogen;
- **Eigen kracht:** de budgethouder moet in staat zijn op eigen kracht (of met ondersteuning van een vertegenwoordiger, zijn budget en de daaraan verbonden taken en verplichtingen uit te voeren; in het 'bewuste keuze gesprek' kan de zorgverzekeraar toetsen op welke wijze de cliënt op de hoogte is van de rechten en plichten verbonden aan het PGB, en hoe hij hier in de praktijk mee zal omgaan;
- **Aansturing en coördinatie:** de budgethouder moet in staat zijn (eventueel met ondersteuning van zijn vertegenwoordiger) om de zorgaanbieders aan te sturen en af te stemmen om op die manier tot verantwoorde zorg te komen. De zorgverzekeraar kan toetsen of de zorg die de cliënt wil inzetten in het kader van zijn PGB aansluit op zijn zorgvraag;
- **Motivatie:** de cliënt moet motiveren waarom hij zijn zorg onder de vorm van een PGB wil opnemen. Dit moet de 'bewuste keuze' van de cliënt in beeld brengen.

Bij de beoordeling van al deze voorwaarden kan de zorgverzekeraar de visie van de indicerend wijkverpleegkundige vragen (Molenaar, Rouvoet & van Rijn, 2016). Samengevat beoordeelt de zorgverzekeraar de aanvraag op basis van de vastgestelde zorgbehoefte door de wijkverpleegkundige, het door de verzekerde aangeleverde aanvraagformulier en eventueel een bewust keuze gesprek (Naar keuze, 2017b). Het is de zorgverzekeraar die de uiteindelijke beslissing over de toekenning van een Zvw-PGB neemt en de aanvrager schriftelijk of per e-mail informeert over het toekennen of afwijzen van het

---

<sup>18</sup> Hierop geldt echter een uitzondering: de verpleegkundige die werkt voor een voorziening gecontracteerd door de zorgverzekeraar mag de indicatie wel uitvoeren. Deze voorziening moet dan een deel van de zorg ook onder de vorm van ZIN aan de geïndiceerde persoon leveren.

budget (Per saldo, 2016b). Een combinatie van PGB en zorg in natura is mogelijk binnen de Zvw (Belder & Faun, 2017).

Voor personen die reeds een PGB hebben, kan het in de praktijk soms lastig zijn om een wijkverpleegkundige te vinden die de (her)indicatiestelling wil doen omdat de cliënt niet verplicht is om de zorg in te kopen bij de zorgaanbieder waar deze wijkverpleegkundige werkt (Naar Keuze, 2017b). Doordat de zorgverzekeraar een zorgplicht heeft, dient deze in geval dergelijke moeilijkheden zich voor doen, een organisatie aan te wijzen die de indicatiestelling voor PGB-houder uitvoert (Per saldo, 2016b).

Indien een persoon overstapt naar een andere zorgverzekeraar en de toestemmingsverklaring en indicatie nog geldig zijn, dan neemt de nieuwe zorgverzekeraar de geldige toestemming over. Het aantal toegekende uren blijft gelijk, maar de hoogte van de vergoeding voor deze uren kan afwijken omdat iedere zorgverzekeraar eigen tarieven hanteert (Per saldo, 2017d).

### 4.2.3 Budgetbepaling

Bij een aanvraag voor een Zvw-PGB toetsen zorgverzekeraars of de cliënt aan de in de polis en het Zvw-PGB-reglement gestelde voorwaarden voldoet. Indien dit het geval is, moeten zij voor hun cliënt een budget vaststellen. De wet bepaalt dat dit budget 'toereikend' moet zijn. Wanneer een verzekerde niet aan de voorwaarden om een PGB te bekomen voldoet maar wel in aanmerking komt voor ondersteuning, dan is de zorgverzekeraar verplicht om in het kader van haar zorgplicht de zorg waarop deze persoon aanspraak maakt in natura te voorzien (Molenaar, Rouvoet & van Rijn, 2016; Naar keuze, 2017b). Het Zvw-PGB kent geen landelijk geldende vastgelegde tarieven. In de praktijk betekent dit dat de zorgverzekeraars zelf de tarieven bepalen. Zij baseren zich hiervoor op de door de NZa vastgestelde maximumtarieven (zie tabel 5). De tarieven worden telkens in de polis van de zorgverzekeraars vermeld en zijn in de praktijk vaak op de website van de zorgverzekeraar terug te vinden (Naar keuze, 2017b; Ramaekers, 2016). De individuele budgetten worden berekend op basis van het aantal weken in een jaar. In 2016 werden deze budgetten berekend op basis van 53 weken en in 2017 gebeurde dit op basis van 52 weken. Door deze nieuwe berekening kan er een verschil in budget zijn tussen 2016 en 2017 (Naar keuze, 2017).

Per Saldo (2016c) stelde een overzicht op van de tarieven per zorgverzekeraar voor 2016. De hoogte van het budget wordt vastgesteld aan de hand van het aantal gedeclareerde uren en het zogenoemde 'rekentarieef' (Per saldo, 2017a). Het rekentarieef is het urbudget dat de zorgverzekeraar heeft vastgelegd. Dit is gedifferentieerd voor formele of voor informele zorg. De budgethouder kan zijn zorg dan ook enkel inzetten volgens de verdeling zoals bepaald door de zorgverzekeraar. Een voorbeeld om dit te verduidelijken: er worden 40 uren geïndiceerd, waarvan 30u formele zorg en 10u informele zorg. In dit geval zal de budgethouder zijn budget voor maximaal 10u mogen inzetten voor informele zorg, en maximaal 30u voor formele zorg. Dit is de wijze waarop de meeste zorgverzekeraars hun budgetten vastleggen. Sommige verzekeraars maken gebruik van een 'financieel budget'. Deze verzekeraars vermenigvuldigen het rekentarieef voor formele zorg met het aantal geïndiceerde uren. In deze formule is de cliënt vrij in de wijze waarop hij dan vervolgens zijn budget verdeelt over formele of informele zorg (Ramakers, 2016).



Tabel 4 Hoogte uit te betalen tarieven per zorgverzekeraar (Per Saldo, 2016a)

<b>Verzekeraar</b>	<b>Rekentarief formeel verzorging</b>	<b>Rekentarief formeel verpleging</b>	<b>Rekentarief formeel MSVT</b>
Achmea	€ 38,40	€ 56,40	€ 61,20
ASR	€ 27,05	€ 48,84	€ 52,88
CZ	€ 38,56	€ 57,08	€ 56,39
DSW	€ 27,05	€ 48,84	€ 52,89
De Friesland	€ 37,80	€ 58,10	€ 58,10
ENO	€ 34,32	€ 53,62	€ 58,06
Menzis	€ 27,48	€ 50,16	€ 50,16
ONVZ	€ 38,13	€ 56,44	€ 61,12
VGZ	€ 37,86	€ 56,44	€ 56,44
Zorg en Zekerheid	€ 38,88	€ 57,48	€ 57,48

Bovenstaande tabel bevat de rektarieven. Dit zijn de tarieven die zorgverzekeraars vastleggen voor de bepaling van de hoogte van het budget. Daarnaast hebben zorgverzekeraars ook per functie een maximaal te declareren bedrag vastgesteld. Dit maximaal te declareren bedrag is het bedrag dat een budgethouder maximaal mag uitbetalen aan de zorgverleners (Per saldo, 2016c).

Tabel 5 Hoogte te besteden tarieven per zorgverzekeraar (Per Saldo, 2016a)

<b>Verzekeraar</b>	<b>Maximaal te declareren tarief verzorging</b>	<b>Maximaal te declareren tarief verpleging</b>	<b>Maximaal te declareren tarief MSVT</b>
Achmea	€ 38,40	€ 56,40	€ 61,20
ASR	€ 45,25	€ 70,74	€ 76,60
CZ	€ 38,56	€ 57,08	€ 56,39
DSW	€ 63,-	€ 63,-	€ 63,-
De Friesland	€ 37,80	€ 58,10	€ 58,10
ENO	€ 34,32	€ 53,62	€ 58,06
Menzis	€ 34,08	€ 53,28	€ 50,78
ONVZ	€ 38,13	€ 56,44	€ 61,12
VGZ	€ 37,86	€ 56,44	€ 56,44
Zorg en Zekerheid	€ 38,88	€ 57,48	€ 57,48

Voor informele zorgverleners zoals onder meer familieleden, geldt een speciaal tarief. Dit tarief ligt een stuk lager dan het tarief voor de formele zorgverleners en is over de verschillende functies gelijk. Met uitzondering van één zorgverzekeraar hanteerden alle zorgverzekeraars in 2016 het maximale informele tarief van € 23 (Per saldo, 2016c). In tegenstelling tot de Wmo en Wlz-regeling, betaalt de budgethouder in de Zvw geen eigen bijdrage voor de verpleging en verzorging (SVB, n.d.). Indien een deel van het Zvw-PGB niet gedeclareerd is, wordt dit na afloop van de toekenningsperiode niet meegenomen of overgeheveld naar een volgende periode. Het budget kan met andere woorden worden bijgesteld in een volgende toekenningsperiode wanneer dit in de huidige periode niet maximaal wordt ingezet (Per saldo, 2016c).

### 4.2.4 Terbeschikkingstelling

Er is geen wettelijke termijn bepaald voor het doorlopen van de procedure. De zorgverzekeraar moet de aanvrager tijdig op de hoogte te stellen over de goedkeuring, zodat de zorgvrager op tijd zijn zorg kan inkopen. Als de cliënt van oordeel is dat de zorgverzekeraar niet tijdig beslist, kan hij de zorgverzekeraar aanspreken op zijn zorgplicht en hem verzoeken om in afwachting van de beslissing, de zorg in natura te regelen (Ministerie Welzijn, Volksgezondheid en Sport, 2017). Zorgverzekeraars kunnen zelf een termijn vooropstellen waarbinnen zij hun besluit aan de cliënt kenbaar maken. Zorgverzekeraar VGZ geeft bijvoorbeeld aan dat zij de aanvraag beoordelen binnen de vier tot zes weken na ontvangst (Iz zorgverzekering, 2017).

Wat betreft de termijn waarvoor het budget ter beschikking gesteld wordt aan de zorggebruiker, heeft het zorgverzekeringskantoor de vrijheid. Het Reglement Zorgverzekeringwet Persoonsgebonden Budget (2017) maakt deel uit van de polisvoorwaarden van vijf grote zorgverzekeraars in Nederland. Dit reglement bepaalt dat de looptijd van de Zvw-PGB's bij deze zorgverzekeraars maximaal twee jaar is vanaf het ogenblik dat het Zvw-PGB is toegekend en zolang er een geldige indicatie is (Reglement Zorgverzekeringwet Persoonsgebonden Budget, 2017). Om opnieuw een PGB te ontvangen na deze maximale periode, dient er een nieuwe indicatie bij de (wijk)verpleegkundige te worden aangevraagd. Het staat de zorgverzekeraar eveneens vrij om te bepalen binnen welke termijn de nieuwe aanvragen uiterlijk moeten ingediend worden.

### 4.2.5 Budgetbesteding

In tegenstelling tot het PGB binnen de Wmo en de Wlz, geldt voor het Zvw-PGB geen trekkingsrecht. De Sociale Verzekeringsbank is voor het verstrekken van deze budgetten dus geen intermediaire. In de Zorgverzekeringwet zal de zorgverzekeraar de zorgdeclaraties uit het budget vergoeden aan de cliënt. De cliënt betaalt in de praktijk dus de zorgverstrekker en declareert de kosten bij de zorgverzekeraar die deze terugbetaalt (Naar Keuze, 2017b). In de polis en het Zvw-PGB-reglement staat informatie over de manier waarop de zorgverzekeraar betaalt. Uit praktijkonderzoek in 2015 bij negen verzekeraars, blijkt dat de ingediende kostendeclaraties van de cliënt door de zorgverzekering binnen de vijf kalenderdagen betaald worden (Ramakers, 2016). De budgethouder heeft ook de mogelijkheid om ondersteuning te krijgen van het Servicecentrum PGB van de Sociale Verzekeringsbank. Indien de cliënt deze keuze maakt, dan zal de Sociale Verzekeringsbank als tussenpersoon optreden voor de betalingen, op een vrij gelijkaardige manier zoals in de Wmo en Wlz onder de noemer 'trekkingsrecht' gebeurt. Het uitbesteden van de administratie aan de SVB is geen verplichting voor personen met een Zvw-PGB (Naar Keuze, 2017b). Onderstaande tabel is een weergave van de maximale uurtarieven voor formele zorgverleners die met een Zvw-PGB bekostigd kunnen worden.

Tabel 6 Hoogte te besteden tarieven per zorgverzekeraar (Per Saldo, 2016a)

Omschrijving	Uurtarief	Per eenheid van 5 minuten
Persoonlijke verzorging	€ 38,76	€ 3,23
Verpleging	€ 57,00	€ 4,75
Medisch Specialistische Verpleging Thuis	€ 61,80	€ 5,15

Wanneer een verzekerde een ander type zorg declareert dan de zorg waarvoor het Zvw-PGB werd toegewezen zal de zorgverzekeraar de declaratie niet goedkeuren (Molenaar, Rouvoet & van Rijn, 2016). De zorgverzekeraars hebben een grote vrijheid in het formuleren van modaliteiten om een Zvw-PGB toe te kennen. Zo kunnen het maximum toereikend budget voor een bepaalde tijdsperiode of het aantal uren tegen een toereikend tarief verschillen. De verzekerde heeft de mogelijkheid om een andere polis te kiezen en hiermee rekening te houden met de modaliteiten die het best bij zijn of haar situatie passen (Molenaar, Rouvoet & van Rijn, 2016; Per saldo, 2017d).

De zorgverzekeraar vergoedt de declaraties die de budgethouder uitschrijft uit het PGB en moet ook aan de cliënt verduidelijken op welke wijze hij verwacht dat de declaratie en betaling gebeurt (Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Sport, 2017). De geleverde zorg kan enkel achteraf gedeclareerd worden, de zorgverzekeraars verlenen geen voorschot.<sup>19</sup> Daarnaast is ook het declareren van een vast maandloon niet toegestaan en mag enkel de daadwerkelijk geleverde zorg in uren en minuten (afgerond op 5 minuten) worden gedeclareerd (Reglement Zorgverzekeringswet Persoonsgebonden Budget, 2017).

Hieronder volgt een opsomming van de zorg en ondersteuning waarvoor de zorgverzekeraar een PGB kan toekennen (Per saldo, 2017d):

- Verzorging (alleen volwassenen) die noodzakelijk is vanwege een geneeskundige zorg. Deze verzorging sluit vaak aan bij verpleegkundige handelingen zoals bijvoorbeeld de hulp bij uit/in bed komen, aan/uitkleden, lichamelijke hygiëne, toiletbezoek, eten/drinken, medicijnen innemen;
- Verpleging (volwassenen én kinderen) die nodig is vanwege geneeskundige zorg, uitgevoerd door een verpleegkundige of iemand die gemachtigd is verpleegkundige handelingen te verrichten;
- Begeleiding en/of kortdurend verblijf/logeeropvang (alleen kinderen met indicatie Intensieve Kindzorg, IKZ). Sinds 2015 zijn zorgverzekeraars hiervoor verantwoordelijk. Veel verzekeraars hebben nog geen aparte tarieven vastgesteld en er is geen duidelijke definitie van wat er onder begeleiding in de Zvw wordt verstaan. Daarom rekent de zorgverzekeraar vaak met de tarieven voor verzorging en verpleging wanneer een kind onder de IKZ valt (Per saldo, 2016c).

<sup>19</sup> Zie hoofdstukken zorgovereenkomsten en trekkingsrecht en declaraties.

- Palliatieve terminale zorg bij een levensverwachting minder dan drie maanden, vastgesteld door een behandelend arts. De zorg blijft beschikbaar tot het overlijden, ook als de levensduur langer is dan verwacht.

Afhankelijk van de verzekeringspolis kan de te bekostigen ondersteuning variëren. Zo kan een polis toelaten dat de budgethouder een overeenkomst aangaat van maximaal 40 uren per week met de partner, bloed- en aanverwanten in de eerste of tweede graad, wat bijvoorbeeld het geval is in het Reglement Zorgverzekeringswet Persoonsgebonden Budget (2017) van vijf zorgverzekeraars. Ook kan er een contract worden afgesloten met bloed- of aanverwanten waarbij het Arbeidstijdenbesluit van toepassing is. In dat geval mag de werkweek inclusief de uren die uit het Zvw-PGB bekostigd worden niet meer dan 48 uur bedragen en mag de zorgverlener niet jonger zijn dan 15 jaar.

In de praktijk is een trend vast te stellen onder de budgethouders om steeds meer informele verzorging en verpleging in te kopen ten opzichte van de formele verzorging en verpleging. Volgens gegevens van Vektis wordt het PGB tot vier keer meer ingezet voor informele dan voor formele verzorging en tot drie keer meer voor informele dan voor formele verpleging (Belder & Faun, 2017).

### 4.2.6 Verantwoording

De wijze waarop verwacht wordt dat de cliënt het gebruik van zijn PGB verantwoordt, is opgenomen in de polisvoorwaarden van de zorgverzekering. De verzekeraar kan erin opnemen wat wijze van declareren is en op welke wijze het gebruik van het PGB gecontroleerd wordt. De zorgverzekeraar is niet verantwoordelijk of aansprakelijk voor fouten van zorgverlener(s) met wie de PGB-houder afspraken heeft gemaakt (Per saldo, 2016c; Reglement Zorgverzekeringswet Persoonsgebonden Budget, 2017). De verzekeraar kan ook eisen dat de cliënt bepaalde maatregelen neemt om de continuïteit van zijn zorg te borgen. Kiest de cliënt er bijvoorbeeld voor om gebruik te maken van slechts één zorgverlener, dan kan gevraagd worden om aan te geven hoe en met welke zorgverlener(s) hij de continuïteit van zijn zorg zal garanderen als de zorgverlener uitvalt, bijvoorbeeld door ziekte, vakantie of om een andere reden (Naar Keuze, 2017). De budgethouder is met andere woorden verantwoordelijk voor de kwaliteit van de ingeschakelde zorg. Dat betekent enerzijds dat hij zelf keuzes mag maken over de inzet van zorgverleners en anderzijds dat hij gedurende de looptijd van het Zvw-PGB de verantwoordelijkheid heeft om zorg te dragen voor verantwoorde zorg (Molenaar, Rouvoet & van Rijn, 2016).

Daarnaast kunnen de zorgverzekeraars ook controles uitvoeren om vast te stellen of de zorg die gedeclareerd is ook daadwerkelijk geleverd is door de zorgverleners die gecontracteerd zijn en of ze in lijn is met de gestelde indicatie (Reglement Zorgverzekeringswet Persoonsgebonden Budget, 2017). Zij kunnen hierbij de doelmatigheid en kwaliteit van de geleverde zorg beoordelen, en indien ze dit nodig achten de budgethouder adviseren over hoe de zorg doelmatiger kan ingezet worden. Ook de toegangsvoorwaarden om een PGB te bekommen, vormen een middel voor de zorgverzekeraars om vooraf te controleren of de cliënt voldoende in staat zal zijn om kwalitatieve zorg in te kopen en deze op een goede manier te coördineren.

In de praktijk brengen sommige zorgverzekeraars een jaarlijks huisbezoek bij hun budgethouder om hierin na te gaan op de ondersteuning passend is, de draagkracht van de mantelzorgers na te gaan en om eventuele problemen of onregelmatigheden vast te stellen. Deze huisbezoeken zijn echter niet gesystematiseerd en gebeuren eerder steekproefsgewijs. Naast de huisbezoeken voeren de zorgverzekeraars ook materiele controle uit op de cliëntdossiers. Daarbij wordt het zorgplan bekeken, worden facturen en declaraties gecontroleerd, rekeningafschriften opgevraagd en worden de

zorgovereenkomsten getoetst met het zorgplan. De gedeclareerde uren worden ook getoetst aan de initiële indicatiestelling. Onregelmatigheden of incorrect gebruik kunnen leiden tot een gesprek met de cliënt of in ernstige gevallen tot een stopzetting van het PGB (Ramakers, 2016).

#### 4.2.7 Ondersteuning

Lid 7 van Artikel 13a van de Zorgverzekeringswet (2017) verwijst naar de verplichting van de zorgverzekeraar om de verzekerde bij de aanvraag te wijzen op het recht op cliëntondersteuning, zoals beschreven in de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015<sup>20</sup> (Molenaar, Rouvoet & van Rijn, 2016; Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, n.d.). Zoals eerder vermeld kan de cliënt indien gewenst ook beroep doen op de ondersteuning door het Servicecenter PGB van de SVB voor het beheer van het budget, de administratie en de betalingen verbonden aan het PGB.

---

<sup>20</sup> Zie ondersteuning hoofdstuk Wet Maatschappelijke Ondersteuning.

## 5 Synthese: persoonsgebonden budget in Nederland

Als slot van het beschrijvend hoofdstuk omtrent het PGB in Nederland, geven wij in dit hoofdstuk een overzicht van de belangrijkste conclusies omtrent de bestuurlijke werking en de concrete organisatie.

### *Bestuurlijk*

Door het wegvallen van de AWBZ-regelgeving is het PGB vanaf 2014 ondergebracht in vier wetten: de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), de Jeugdwet, de Wet langdurige zorg (Wlz) en de Zorgverzekeringswet (Zvw). De Rijksoverheid heeft het PGB binnen deze te onderscheiden regelgevende kaders mogelijk gemaakt. Onder welke regelgeving een zorgvrager in de praktijk terecht komt is afhankelijk van de grondslag, het type zorg- en ondersteuningsnood en de zorgzwaarte. De systemen zijn bestuurlijk gescheiden van elkaar georganiseerd, wat betekent dat binnen elk deelsysteem keuzes gemaakt kunnen worden omtrent de concrete implementatie in de praktijk.

De toegang tot zorg en ondersteuning onder de vorm van een PGB verloopt ongeacht de deelwet, telkens in twee trappen. In eerste instantie wordt nagegaan of de cliënt op basis van de grondslag en de zorgnoden in aanmerking komt voor zorg en ondersteuning binnen de desbetreffende wet. In een tweede stap wordt dan nagegaan in welke mate de cliënt zijn zorg onder de vorm van een PGB kan bekomen. Waar de toegangscriteria voor zorg en ondersteuning per wet verschillend zijn, zal de mogelijkheid om een PGB te bekomen, grotendeels op basis van gelijkaardige criteria beoordeeld worden. De instantie zal ten eerste nagaan of de persoon in staat is om zijn budget zelf of met hulp van een derde te beheren (de budgetvaardigheid). De budgetverstrekkende instantie zal ook de kwaliteit en/of doelmatigheid van de zorg en ondersteuning nagaan vooraleer een PGB toe te kennen. Bovendien wordt telkens van de zorgvrager verwacht dat hij motiveert waarom hij zijn zorg en ondersteuning onder de vorm van een PGB wenst te bekomen in plaats van zorg in natura. Ook de opmaak van een budgetplan is onderdeel van het traject om een PGB te bekomen.

De implementatie van het PGB verloopt het meest gedecentraliseerd binnen de Wmo, waar de gemeenten fungeren als toegangspoort voor het indiceren van de zorgnood, instaan voor de beoordeling van de geschiktheid van het PGB als leveringsvorm voor de cliënt en eveneens de beleidsvrijheid hebben om te bepalen op welke wijze de budgetten berekend worden. Dit in tegenstelling tot het PGB binnen de Wet langdurige zorg (Wlz), waar de indicering wordt uitgevoerd door een aparte instantie, het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ), dat een cliënt zal toewijzen aan een landelijk bepaald zorgprofiel met daaraan gekoppelde tarieven. Het zorgkantoor, een organisatie gekoppeld aan de zorgverzekering, zal dan beoordelen of de zorgvrager in aanmerking komt voor een PGB en het uiteindelijke budget of de zorg in natura toekennen.

De Zorgverzekeringswet (Zvw) is qua decentralisatie tussen de Wmo en de Wlz te situeren. Enerzijds beschikken de zorgverzekeraars over enige discretionaire ruimte om in hun eigen polissen specifieke regels uit te werken omtrent het PGB, onder meer wat betreft bepalingen over de berekening en de hoogte van het PGB dat zij toekennen. Anderzijds zijn deze gebonden aan de nationale wetgeving en zijn maximumtarieven vastgelegd. Bovendien gebeurt de indicering in het kader van de Zvw niet door de zorgverzekeraar maar wel door een onafhankelijke verpleegkundige. De zorgverzekeraar beslist dan op zijn beurt of de ondersteuning al dan niet onder de vorm van een PGB wordt toegekend.

De Wmo en Wlz zijn grotendeels van elkaar gescheiden systemen. Dat betekent in de praktijk – afgezien van enkele uitzonderingen – dat het niet mogelijk is voor iemand met PGB-ondersteuning binnen de

Wmo om gelijktijdig ondersteuning te krijgen uit de Wlz. Ook omgekeerd geldt dit principe. Een combinatie van ondersteuning uit de Wmo en de Zvw is wel mogelijk.

### *Organisatie traject*

Typerend voor het PGB in Nederland is het systeem van trekkingsrecht<sup>21</sup>. De invoering van het trekkingsrecht in Nederland moet de controle op het PGB versterken en misbruik van middelen verhinderen. Dit gaat echter ook ten koste van het basisconcept van het PGB, waarbij de cliënt zelf zijn middelen in handen krijgt om deze op een flexibele manier in te zetten voor zorg en ondersteuning op maat. Bij elke financiële transactie is een tussenkomst en goedkeuring door de Sociale Verzekeringsbank (SVB) die het budget voor de cliënt beheert, noodzakelijk. Het PGB binnen de zorgverzekeringswet vormt hierop een uitzondering. Voor dit PGB is het trekkingsrecht niet van toepassing.

Een tweede typerend kenmerk van het Nederlandse PGB-systeem is de mogelijkheid om het budget in te zetten voor de financiering van ondersteuning door familie of mantelzorgers van de cliënt, ongeacht of het een budget binnen de Wmo, Wlz of Zvw is. Voor indicerende instanties resulteert dit in een ambigue zone bij het definiëren van wat zij al dan niet als ‘gebruikelijke zorg’ beschouwen.

Een derde belangrijke vaststelling uit de systeembeschrijving is dat er afhankelijk van de zorg- en ondersteuningsnoden, verschillende toegangspoorten zijn voor de cliënt. In principe is een gelijktijdige combinatie van ondersteuning uit de Wmo en Wlz niet mogelijk. Dit creëert een mogelijk spanningsveld voor cliënten die net niet in aanmerking komen voor Wlz ondersteuning. Bovendien resulteert de sterke decentralisatie van de Wmo in een grote diversiteit aan uitvoeringswijzen van het PGB-beleid in de Nederlandse gemeenten.

Ook wat betreft het vaststellen van de ondersteuningsnood is een belangrijk onderscheid op te merken. Binnen de Wmo gaan de gemeenten heel duidelijk uit van het ‘eigen kracht-verhaal’ waarbij in kaart gebracht wordt welke rol het netwerk binnen de zorg en ondersteuning van de cliënt kan opnemen. In de Wlz gebeurt de indicatie van de zorg- en ondersteuningsnoden op basis van het principe van ‘de naakte man in de kale kamer’, waarbij de noden in kaart worden gebracht zonder rekening te houden met de ondersteuning die er reeds is vanuit het netwerk.

Tot slot hebben de systemen voor de Wmo en Wlz een eigen bijdrageregeling die berekend en geïnd wordt door het Centraal Administratie Kantoor (CAK). Deze eigen bijdrage is niet van toepassing binnen de Zvw.

---

<sup>21</sup> Trekkingsrecht betekent dat het budget dat aan de cliënt wordt toegewezen, niet op zijn eigen bankrekening terecht komt, maar dat dit wordt beheerd door de Sociale Verzekeringsbank die als tussenpersoon fungeert voor het betalen van facturen aan zorgverstrekkers die zorg of ondersteuning hebben geboden aan de cliënt.





## Hoofdstuk 4

### Persoonsgebonden budget in Engeland<sup>22</sup>

#### 1 Inleiding

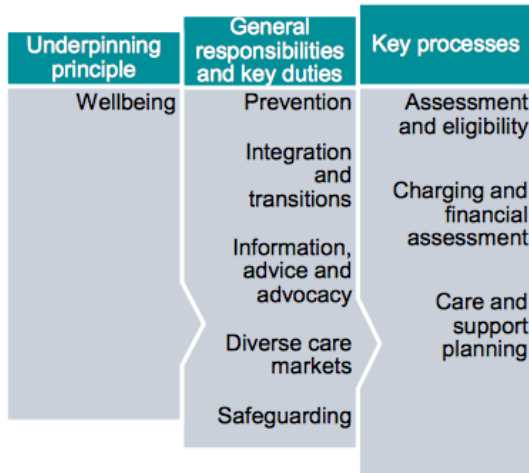
Met de Care Act 2014, die in werking is getreden op 1 april 2015, maakte het Engelse zorg- en ondersteuningsbeleid volgens toenmalig minister Norman Lamb de meest ingrijpende hervorming van de voorbije 60 jaar door (Department of Health, 2014c). De nieuwe wetgeving bouwt onder meer verder op de bevindingen en aanbevelingen die geformuleerd werden door de zogenaamde 'Francis commission' die een openbaar onderzoek voerde naar aanleiding van een groot schandaal in het Stafford Hospital, waar tussen 2005 en 2009 naar verluidt tussen de 400 en 1.200 patiënten stierven als gevolg van de slechte zorg (Campbell, 2013). In de nieuwe wet wordt bepaald op welke wijze aan mensen met zorg- en ondersteuningsnoden tegemoet gekomen moet worden (The Guardian, 2015). De overheid beoogt deze met de Care Act 2014 meer consistent en transparant te maken, onder meer door de introductie van minimum-criteria voor toegang tot zorg en ondersteuning die van toepassing zijn voor het hele land. Voorheen waren de lokale overheden bevoegd voor de bepaling van de toegangsdrempel. Deze 'landbrede' minimumcriteria moeten verhinderen dat lokale overheden – in het licht van de financiële druk op het zorgsysteem – het bekomen van zorg en ondersteuning bemoeilijken door verhoogde toegangsdrempels te creëren. Ook het samenbrengen van de vaak oude, complexe en versnipperde wetgeving omtrent zorg en ondersteuning in één 'moderne' wet, moet aan de beoogde transparantie bijdragen (Department of Health, 2014c). Bovendien werd met de Care Act voor het eerst een wettelijk recht op een Personal Budget (PB) geïntroduceerd en moet de lokale overheid aan iedereen die volgens de criteria in aanmerking komt voor zorg en ondersteuning, een personal budget geven (Department of Health, 2016; House of Commons Committee of Public Accounts, 2016). Het PB wordt met andere woorden een standaard leveringsvorm voor alle personen die in aanmerking komen voor zorg en ondersteuning onder deze wet.

Samen met het nieuw wetgevende kader werd ook het 'wellbeing principle' geïntroduceerd. Dat behelst dat elke beslissing omtrent zorg en ondersteuning gebaseerd moet zijn op het welzijn/welbevinden, en de outcomes die van belang zijn voor het individu. De overheid wil afstappen van een 'one size fits all' aanpak en de zorg meer op maat van het individu realiseren (Department of Health, 2014c). Met de nieuwe regelgeving wil de Westminster Government af van het systeem waarbinnen specifieke rechten enkel toegekend worden aan bepaalde types zorg en ondersteuning (Department of Health, 2016). Bovendien worden de lokale overheden binnen de nieuwe wet verplicht om meer proactief en preventief op te treden door diensten te voorzien die voorkomen dat mensen zorg- of ondersteuningsnoden ontwikkelen, eerder dan enkel tussen te komen met ondersteuning op het 'crispunt' (Department of Health, Adass, Local Government Association, & Skills for Care, 2014). Het is van belang om ook op te merken dat het 'wellbeing principle' niet enkel voor de zorggebruikers maar ook voor de mantelzorgers geldt. De Care Act 2014 introduceert in dit licht ook voor mantelzorgers het recht om ondersteuning te ontvangen (NHS, 2015). Figuur 10 geeft weer wat de nieuwe

---

<sup>22</sup> Persoonsgebonden budgetten worden in het Verenigd Koninkrijk ook in Wales, Ierland en Schotland gebruikt binnen de zorg voor personen met een beperking. In het kader van dit onderzoek werd enkel Engeland bestudeerd.

verantwoordelijkheden van de lokale overheden zijn binnen het wettelijk kader en binnen welke processen zij een sleutelrol spelen. Het ‘wellbeing principle’ geldt hierbij als onderliggend concept, doorheen de aanvraag en indicatiestelling, de kostenberekening en het vormgeven van de ondersteuningsplannen.



Figuur 8 Kernverantwoordelijkheden en processen voor de lokale overheid binnen de Adult Social Care (Skills for Care, 2014b, p. 2).

Een andere vernieuwende bepaling binnen de Care Act is de introductie van een zorgkostenplafond<sup>23</sup>. Dat betekent dat er in de praktijk een begrenzing wordt ingevoerd op het bedrag dat mensen met zorgen ondersteuningsnoden moeten financieren met persoonlijke middelen. Daarnaast dient de verplichting om als lokale overheid de optie tot een ‘plan voor uitgestelde betaling’ aan te bieden, ertoe te leiden dat niemand gedwongen kan worden om eerst zijn/haar eigen vermogen uit te putten (bv. door zijn huis te verkopen) om zijn residentiële zorg te kunnen bekostigen<sup>24</sup>. Ook wordt de communicatie omtrent het zorgaanbod versterkt en wordt er meer aandacht besteed aan het aanpakken van slechte zorg. Tot slot wordt met de Care Act 2014 ook de zorgfinanciering hervormd, door het mogelijk maken van gecombineerde budgetten voor gezondheidszorg en ‘social care’, dit om te vermijden dat mensen tussen de plooiën van de beide zorgsystemen vallen (Department of Health, 2014c).

<sup>23</sup> Merk op: deze invoering was voorzien maar is momenteel nog niet doorgevoerd. Zie hieronder (realisatiegraad systeem).

<sup>24</sup> In plaats daarvan wordt de ‘waarde’ van het huis gebruikt om de zorg te betalen. In dat geval zal de lokale overheid de rekeningen betalen voor de cliënt. Deze kan de betaling dan uitstellen tot hij/zij beslist om het huis te verkopen of tot hij/zij overlijdt (Department of Health, 2014c).

## 2 Het persoonsgebonden budget in de Care Act 2014

### 2.1 Bestuurlijke organisatie

#### 2.1.1 Stakeholders

In het systeem van persoonlijke budgetten binnen de social care in het kader van de Care Act 2014 vervullen de volgende stakeholders een centrale rol:

- Lokale overheid

De lokale overheid is de centrale actor in het systeem voor Personal Budgets (PB) en Direct Payments (DP) binnen de sociale zorg voor volwassen personen (adult social care) in Engeland. Zij is zowel verantwoordelijk voor het assessment van de persoon met zorgnoden (of de mantelzorger), het bepalen van de budgethoogtes en goedkeuren van het zorg- en ondersteuningsplan, als voor het voorzien van de zorg. Dit kan ofwel rechtstreeks onder de vorm van PB's waarbij de lokale overheid zelf zorgaanbieders contracteert (de zorg in natura) of onrechtstreeks door het toekennen van middelen aan de cliënt die hiermee zelf zijn zorg inkoop. De lokale overheid heeft ook de verantwoordelijkheid voor de opvolging van de kwaliteit van de zorg en de vooropgestelde doelen/outcomes (Department of Health, 2014a).

- Clinical Commissioning Groups

De Clinical Commissioning Groups (CCG's)<sup>25</sup> kunnen als actor betrokken zijn bij het bepalen en toekennen van een budget indien een zorgvrager zowel ondersteuningsnoden heeft binnen de sociale zorg als de gezondheidszorg. De CCG's zijn in 2013 opgericht ter vervanging van de 'Primary Care Trusts'. Het zijn klinisch georiënteerde onafhankelijke deelorganisaties van de NHS die de verantwoordelijkheid dragen voor de planning en inkoop van de gezondheidszorg in hun regio. In Engeland zijn in totaal 207 CCG's actief die ongeveer 2/3<sup>de</sup> van het totaalbudget van NHS England beheren: in 2017/18 £73.6 miljard<sup>26</sup> (NHS Clinical Commissioners, 2017).

- Independent advocacy services

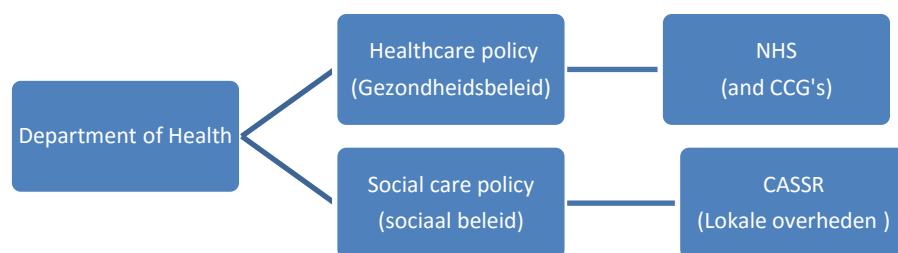
De Care Act legt de lokale overheid de verplichting op om onafhankelijke belangenbehartiging te bieden indien zij van oordeel is dat de zorgvrager substantiële moeilijkheden zou ervaren bij de stappen die gezet moeten worden doorheen het proces om een PB te bekomen. Het betreft hier zowel het assessment van de zorg- en ondersteuningsnoden als het opstellen van een ondersteuningsplan. Indien er een gepast vertegenwoordigend persoon is die zorgvrager kan bijstaan, dan moet de overheid niet aan deze verplichting voldoen. De centrale taak van de onafhankelijke belangenbehartiging is het ondersteunen van zorgvragers om actieve deelnemers te worden in het besluitvormingsproces dat verbonden is aan het PB. Zowel kinderen, volwassenen als hun mantelzorgers kunnen op beroep doen op deze dienst. De lokale overheden financieren de onafhankelijke belangenbehartigers in hun regio, maar deze mogen geen werknemer zijn van de lokale overheid. Voorbeelden van dergelijke diensten zijn SEAP advocacy of Age UK (Department of Health et al., 2014b).

<sup>25</sup> Meer informatie omtrent de CCG's is terug te vinden in het hoofdstuk omtrent Healthcare in Engeland.

<sup>26</sup> Wisselkoers op 7 december 2017: £1 = €1,346.

2.1.2 Bestuurlijke context

De sociale- en gezondheidszorg voor personen met een handicap in Engeland zijn de bevoegdheid van het Ministerie van Gezondheid (Department of Health). De staatssecretaris voor gezondheid draagt de verantwoordelijkheid voor dit ministerie en zijn beleidsdomeinen publieke gezondheid, de National Health Service England (NHS England) en sociale zorg. De NHS England is een onafhankelijk uitvoerend orgaan dat op nationaal niveau voornamelijk belast is met de verstrekking van gezondheidszorg en nursing care<sup>27</sup> (NHS, 2016). De uitvoering van het beleid omtrent sociale zorg en dus ook de ‘adult social care’ is de verantwoordelijkheid van de lokale overheden, meer bepaald de 152 Councils with Adult Social Services Responsibilities (CASSRs) (Daly, Ritters, Steils, & Woolham, 2015; Health and Social Care Information Centre, 2016). Onderstaande figuur 11 geeft de beleidsstructuur op vlak van sociale- en gezondheidszorg voor personen met een handicap in Engeland kernachtig weer.



Figuur 9 Healthcare & Social care policy Engeland.

De twee belangrijkste onderscheidende kenmerken tussen de NHS zorg en de Adult Social Care vanuit de lokale overheden zijn enerzijds het bestuursniveau dat de zorg en ondersteuning biedt en anderzijds de inkomensafhankelijkheid van de ondersteuning (Cromarty, 2017).

De sociale zorg georganiseerd door de lokale overheid is onderhevig aan een middelentoets bij de zorgvrager, waardoor de financiële tegemoetkoming mee bepaald wordt door zijn of haar inkomen/vermogen. De ondersteuning vanuit de gezondheidszorg is daarentegen niet inkomensafhankelijk en is de verantwoordelijkheid van de NHS (Cromarty, 2017). In dit hoofdstuk focussen wij op de sociale zorg in Engeland en het bijhorend systeem van Personal Budgets en Direct Payments. De NHS-zorg en -ondersteuning en de Personal Health Budgets (PHB) komen in het volgende hoofdstuk aan bod. Figuur 11 geeft weer hoe het lokale bestuursniveau in Engeland een onderscheid kent tussen lokale overheden met een unitaire bestuurslaag (single/unitary tier) en lokale overheden met twee bestuursniveaus (two tiers). Deze indeling is bepalend voor het niveau (upper of lower tier) van de lokale overheid dat bevoegd is voor de sociale zorg in de praktijk (Birrell & Gray, 2017).

<sup>27</sup> Verdere bespreking volgt in het hoofdstuk omtrent Personal Health Budgets.

Bestuurslagen	Upper tier authority	Lower tier authority
Unitair (Alle verantwoordelijkheden op één niveau)	Unitaire besturen in shire areas (graafschappen), London boroughs, metropolitan boroughs	
Twee bestuurslagen	County Councils (metropolitan en non-metropolitan)	District, borough of city councils

Figuur 10 Bestuurslagen Engeland

Een groot deel van de lokale overheden in Engeland kent twee bestuurslagen. In deze lokale besturen is de hoogste bestuurslaag, met name de county council, bevoegd voor Adult Social Care en bijgevolg voor de Personal Budgets. Een uitzondering hierop vormt Londen, waar de boroughs, de lower tier authorities, bevoegd zijn. Daarnaast kennen sommige lokale overheden slechts één bestuursniveau. Deze unitaire lokale overheden dragen dan alle bestuurlijke bevoegdheden voor de lokale overheid en bijgevolg dus ook voor social care. Figuur 12 geeft een overzicht van de verantwoordelijkheden van de lokale overheden wat betreft Adult Social Care (Birrell & Gray, 2017). In de meeste lokale besturen is de County Council dus verantwoordelijk voor deze oplijsting, maar in uitzonderingen zijn deze de bevoegdheid van de shire areas, de metropolitan boroughs en de London Boroughs.

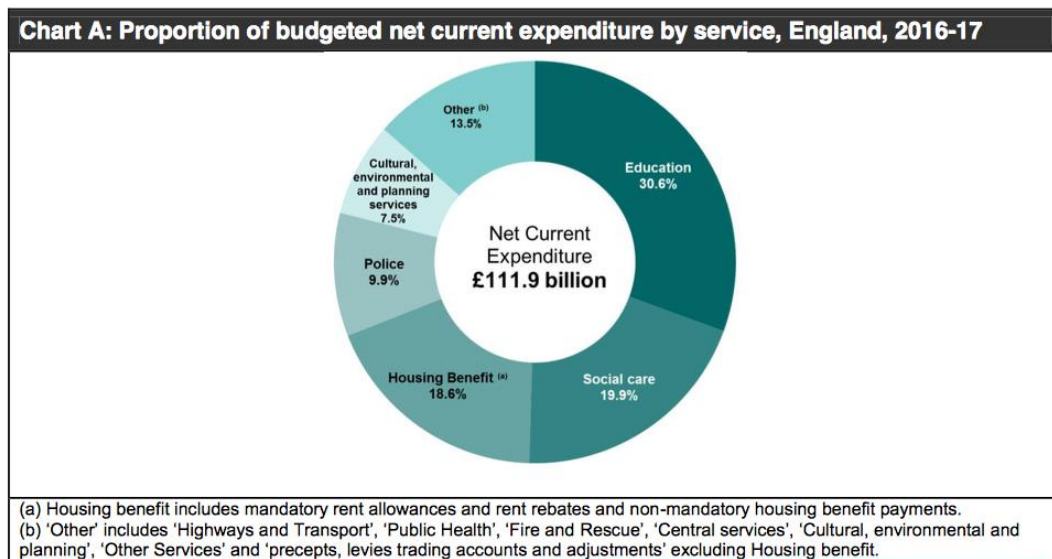
**Box 5.1: Adult social care services**

- Residential and nursing care.
- Domiciliary/home care, day care, meals.
- Reablement, intermediate care, hospital discharge.
- Support for carers.
- Assessment of needs.
- Personal budgets and direct payments.
- Advice and information and advocacy.
- Special services for vulnerable groups:
  - the elderly, frail elderly;
  - people with physical disabilities, learning disabilities;
  - mental health needs and asylum seekers; and
  - innovative services, for example, telecare.
- Safeguarding.

Figuur 11 Adult social care services (Birrell & Gray, 2017).

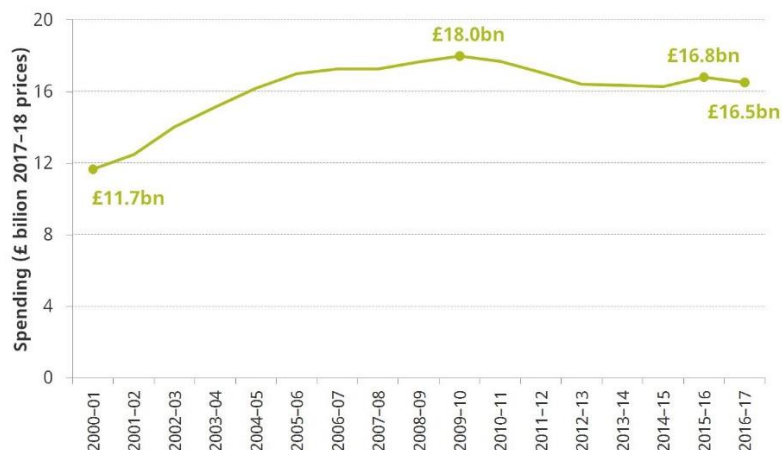
De Care Act 2014 brengt alle wetgeving omtrent sociale zorg samen. De hoofdmoot van de wet behelst de wijze waarop lokale overheden moeten voorzien in sociale zorg (Disability Rights UK, 2017a). Nadere bepalingen omtrent de implementatie van de Care Act zijn opgenomen in de ‘Care Act Statutory Guidance’ (Department of Health, 2014b). Adult Social Care wordt gefinancierd vanuit de lokale overheden en vormt het grootste pakket aan discretionair te besteden middelen voor dit bestuursniveau (zie figuur 12). In 2016/2017 hebben de lokale overheden gezamenlijk £ 16.8 miljard besteed aan dit beleidsdomein (Department for Communities and Local Government, 2016). De inkomstzijde van de lokale overheden die de financiering mogelijk moet maken, is complex en bestaat uit een combinatie

van overdrachten vanuit de centrale overheid, inkomsten uit bedrijfsbelastingen en de raadsbelastingen (gemeentebelasting). Het merendeel van deze middelen zijn niet-geoormerkt (Cromarty, 2017).



Figuur 12 Uitgaven lokale overheid (Department for Communities and Local Government, 2016).

Onderstaande figuur toont dat tussen 2009 en 2017 de reële uitgaven van de lokale overheden voor Adult Social Care gedaald zijn met 8%. Dit gebeurt in een context van stijgende vraag naar deze ondersteuning, onder meer omwille van hogere levensverwachting. Een schatting van de Association of Directors of Adult Social Services (ADASS) geeft aan dat lokale besturen ongeveer 31% minder uitgegeven<sup>28</sup> hebben op het domein van Adult Social Services op het einde 2015-2016 in vergelijking met de 2010-11. De context waarbinnen de lokale overheden de verantwoordelijkheden voor sociale zorg moeten opnemen, kent sterke financiële beperkingen (House of Commons Committee of Public Accounts, 2016).



Figuur 13 Uitgaven Adult Social Care (Simpson, 2017, p. 4).

Er zijn diverse bijkomende financiële transferts ingepland om een antwoord te bieden op de financiële druk die op de lokale overheden rust. Deze middelen zijn in tegenstelling tot de eerder vernoemde

<sup>28</sup> Na het incalculeren van een bedrag van £ 3 miljard om de toename van de prijzen en vragen te vertegenwoordigen

financieringsbronnen, wel geormerkt voor Adult Social Care. Een eerste maatregel is een richtlijn voor sociale zorg (de Social Care Precept) die de lokale overheden toelaat om tussen 2016/2017 en 2019/2020 de gemeentebelastingen te laten stijgen met 2% en tussen 2017/2018 en 2018/2019 zelfs met 3%. Ten tweede werd een verbeterde versie van het Better Care Fund geïntroduceerd dat voor bijkomende overdrachten naar de lokale overheden moet zorgen (tot £ 1,5 miljard tegen 2019/2020). Dit fonds moet de transformatie inleiden naar een geïntegreerde zorg en ondersteuning in een samenwerking tussen de diverse lokale actoren. Het gaat meer concreet om een financiering waarmee gecombineerde budgetarrangementen (pooled budget arrangements) tussen lokale overheden en de CCG's kunnen worden opgezet (Department of Health & Department for Communities and Local Government, 2014). Tot slot is een overdracht van £ 240 miljoen naar de lokale overheden voorzien in 2017/2018 onder de vorm van het Adult Social Care Support Grant (Cromarty, 2017; House of Commons Committee of Public Accounts, 2016).

Daar bovenop werd tijdens de lentebegroting in 2017 bekendgemaakt dat in de komende drie jaar een bijkomend budget van £2 miljard zal verdeeld worden over de lokale overheden ten behoeve van de financiering van Adult Social Care (Government UK, 2017). Ook het project omtrent Integrated Personal Commissioning dat momenteel in 12 gebieden proefdraait, beoogt een verdere integratie van de personal budgets met de personal health budgets (Department of Health & Department for Communities and Local Government, 2017). Ondanks de bijkomende budgetten waarschuwt ADASS dat heel wat lokale overheden op zoek moeten naar middelen om alle kosten voor sociale zorg te kunnen blijven financieren. Verschillende lokale overheden zijn genoodzaakt om hiervoor hun reserves aan te spreken of te snoeien in de dienstverlening (ADASS, 2016). De verwachting dat de vraag naar sociale zorg tegen 2030 met 44% zal stijgen onderstreept de precare financiële context waarbinnen het Engels systeem zich bevindt (Care England, 2017).

### 2.1.3 Realisatiegraad



Figuur 14 Fasering invoering Care Act 2014.

Bovenstaande figuur geeft de geplande fasering van de inwerkingtreding van de Care Act 2014 weer. De invoering van de Care Act 2014 was oorspronkelijk voorzien in twee fasen. Het eerste gedeelte van de regelgeving kwam in voege in 2015. Een tweede fase was voorzien voor april 2016 maar werd door de regering uitgesteld tot 2020. Het betreft voornamelijk voorziene wijzigingen op vlak van de financiering en het financieel assessment in functie van het bepalen van de eigen bijdrage en het recht op ondersteuning (ageUK, 2016). Vanaf 2020 zal een zorgplafond voor de kosten (cap on care) worden ingevoerd en een uitbreiding van het systeem voor financieel assessment van de cliënt. De doelstelling van deze voorziene wijzigingen is om een einde te maken aan onzekerheid bij cliënten omtrent de eigen bijdrage die betaald moet worden voor de zorg en ondersteuning. Binnen het huidig regelgevend kader krijgen enkel mensen met een vermogen lager dan £ 23,250 ondersteuning van de overheid in functie van hun zorg en ondersteuning. Dit kan ertoe leiden dat mensen met langdurige en zware zorgnoden heel veel persoonlijke bijdrage moeten betalen en dat zij op termijn in de armoede terecht komen. De voorziene wijzigingen beogen dit probleem te verhelpen door enerzijds een grens te stellen aan de bijdrage die personen doorheen hun volledige levensloop uit eigen middelen moeten financieren.

Daarnaast worden ook aanpassingen van het financieel assessment doorgevoerd waardoor de zorgbehoevenden meer van hun eigen middelen overhouden en ook meer mensen in aanmerking zullen komen voor zorg en ondersteuning door de overheid. Het is de intentie van de overheid om de boven- en onderlimieten die zijn vastgelegd in het huidige systeem uit te breiden, zodat meer mensen in aanmerking komen voor financiële ondersteuning (Department of Health, 2016). Concreet zal het 'cap on care' systeem bijhouden wat de bijdragen van de persoon zijn die hij doorheen zijn zorgtraject zelf financiert. Kosten voor dagelijks leven zoals bijvoorbeeld voeding en huur worden hierbij niet in aanmerking genomen. Voor personen in een residentiële setting is deze opdeling tussen kosten voor dagelijks leven en eigen bijdragen voor zorgkosten complexer. Daarom zal in de regelgeving voor deze doelgroep een notioneel bedrag worden vooropgesteld. De cliënten zullen in een individueel 'Care Account' kunnen opvolgen wat de progressie is richting het zorgkostenplafond. Zij krijgen hier minstens jaarlijks een overzicht van toegestuurd door de lokale overheid. Als de cliënt het plafond bereikt heeft, dan zal de lokale overheid verplicht zijn om aan de zorgnoden tegemoet te komen. Indien de cliënt opteert voor duurdere zorg dan het zorgbedrag waar hij recht op heeft, dan kan deze de bijkomende kost met een 'top-up payment' voor eigen rekening nemen (Department of Health, 2016).

Een andere wijziging waar de Care Act in voorziet is de mogelijkheid om DP's in te zetten in residentiële zorg. Hieromtrent liep een pilootproject binnen 18 lokale overheden, maar de doorvoer van deze wijziging wordt uitgesteld tot 2020. Door het uitstel van deze maatregel kunnen DP's op vandaag enkel ingezet worden voor gemeenschapszorg of voor kortverblijf in een voorziening voor een periode van maximaal vier weken binnen een tijdsbestek van twaalf maanden (Mithran, 2016).

In het voorjaar van 2017 werden de bevindingen van het pilootproject gepubliceerd. In de praktijk blijkt het aantal mensen dat gebruik maakt van een DP binnen residentiële zorg veel lager dan vooraf verwacht. Op het einde van de proefperiode gebruikten slechts 29 cliënten (t.o.v. de verwachte 400) een DP voor residentiële zorg. Als positieve aspecten verbonden aan het gebruik van het DP geldt dat mensen die voorheen zelf hun zorg financierden in een residentiële voorziening, bij overstap naar DP, bij deze voorziening konden blijven. Ook het gevoel van controle over het eigen budget, de mogelijkheid om alternatieve diensten in te kopen zoals dagactiviteiten en empowerment werden als belangrijk benoemd door respondenten. Vooral personen jonger dan 65 geven blijk van meer controle te hebben door het inzetten van een DP. Tegelijk werden ook enkele knelpunten geïdentificeerd. Eerst en vooral weigerden veel mensen om te kiezen voor een DP binnen dit proefproject. Bovendien bleek het gebruik van het DP in de praktijk voor gebruikers met hoge zorgnoden niet voordelig te zijn. Voor ouderen bleek de keuze die zij hebben om hun DP in te zetten boven een stuk beperkter dan voor andere doelgroepen. Verder bleken mensen die hun volledig budget als DP inzetten minder flexibiliteit en keuze te hebben dan mensen die slechts een deel van hun PB als DP inzetten. In dit tweede geval waren de residentiële zorgaanbieders bezorgd omtrent het mislopen van potentiële inkomsten. Tot slot besluit het rapport dat DP's duur zijn om in de praktijk in te zetten binnen residentiële zorg. Zowel op vlak van tijdsbesteding voor lokale overheden, cliënten, mantelzorgers of familie en de residentiële zorgaanbieders. Het rapport besluit dat binnen dit proefproject de potentieel innoverende initiatieven die verwacht worden door inzet van een DP vooralsnog niet opwegen tegen de relatief bescheiden output van het programma (Ettelt et al., 2017). Het blijft vooralsnog onduidelijk of en op welke wijze de voorziene invoering van het DP in de residentiële zorg zal uitgevoerd worden in 2020.



#### 2.1.4 Doelgroepen en toelatingsvoorwaarden

De Care Act heeft in beginsel alle volwassenen (18 jaar en ouder) met zorg- en ondersteuningsnoden als doelgroep voor ogen. In de praktijk behelst dit zowel personen met een verstandelijke, lichamelijke of sensorische handicap, psychische problemen, geestelijke gezondheidszorg en ouderen. Een persoon komt in aanmerking indien hij zorg- en ondersteuningsnoden heeft als gevolg van een fysieke of mentale toestand en indien hij daardoor ten minste twee van de vooropgestelde outcomes niet kan bereiken<sup>29</sup>. Tot slot moet er als gevolg hiervan ook een significante impact op het welzijn van deze persoon zijn. Op dit moment krijgen enkel mensen met een vermogen lager dan £23,250 financiële ondersteuning van de overheid (Department of Health, 2016; Jarrett, 2015).

Zoals in het inleidend gedeelte reeds aangegeven werd, behoren ook mantelzorgers sinds de invoering van de Care Act in 2015 tot de doelgroep die een Personal Budget kan bekomen. De Care Act is voornamelijk gericht op volwassen mantelzorgers. De minderjarige mantelzorgers en volwassenen die zorg en ondersteuning bieden aan hun kind met een handicap, worden ondersteund vanuit de jeugdwet (Children and Families act 2014). Sedert 2014 kunnen ook kinderen of jongeren een PB hebben. Dit PB kan samengesteld zijn uit middelen voor onderwijs, social care en gezondheidszorg. Dit PB is gevat onder de noemer 'integrated fund' (Department of Health, 2016). Afhankelijk van de situatie zal dit bedrag geheel of gedeeltelijk als DP opgenomen kunnen worden. Een belangrijke bemerking hierbij is dat het PB voor deze categorie een keuze is, in tegenstelling tot het verplichte karakter van deze leveringsvorm voor volwassenen met zorgnoden. Aangezien het PB voor jongeren of ouders met kinderen met een beperking samengesteld kan zijn uit middelen voor verschillende domeinen, is onder meer bij het assessment een samenwerking tussen verschillende actoren zoals de lokale overheid en de CCG's noodzakelijk (Together for short lives, 2014). Om in aanmerking te kunnen komen voor een DP moet aan bijkomende criteria voldaan zijn. Deze worden meer uitvoering beschreven in het hoofdstuk omtrent de bestedingswijze van het budget.

## 2.2 Het Traject

### 2.2.1 Aanvraag en Needs Assessment

De eerste stap om zorg en ondersteuning te bekomen onder de koepel van de Care Act, is het contacteren van de sociale dienst van de lokale overheid. Deze dienst zal een 'care and support needs assessment' opstarten. Het is een plicht voor de lokale overheid om dit assessment uit te voeren bij iedereen die zorg- en ondersteuningsnoden heeft, ongeacht zijn/haar financiële situatie. Het assessment moet in kaart brengen wat de noden van de zorgvrager zijn en op welke wijze deze een impact hebben op het welzijn en de outcomes die de persoon wil bereiken. De assessor, vaak een sociaal werker, heeft hiervoor een gepaste opleiding gekregen. In geval van complexe zorgnoden (vb. een combinatie van verschillende beperkingen) moeten hier experts bij betrokken worden. Verder is ook de betrokkenheid van de zorgvrager en zijn mantelzorger of iemand anders die de cliënt wenst aanwezig te zijn, van belang. Er kan desgewenst ook een onafhankelijk belangenbehartiger (independent advocacy) worden aangesteld door de lokale overheid om de zorgvrager te ondersteunen bij het assessmentproces (Department of Health, 2016). De lokale overheid is hiertoe verplicht indien de zorgvrager geen geschikte persoon in zijn omgeving kan inschakelen die zijn wensen kan

---

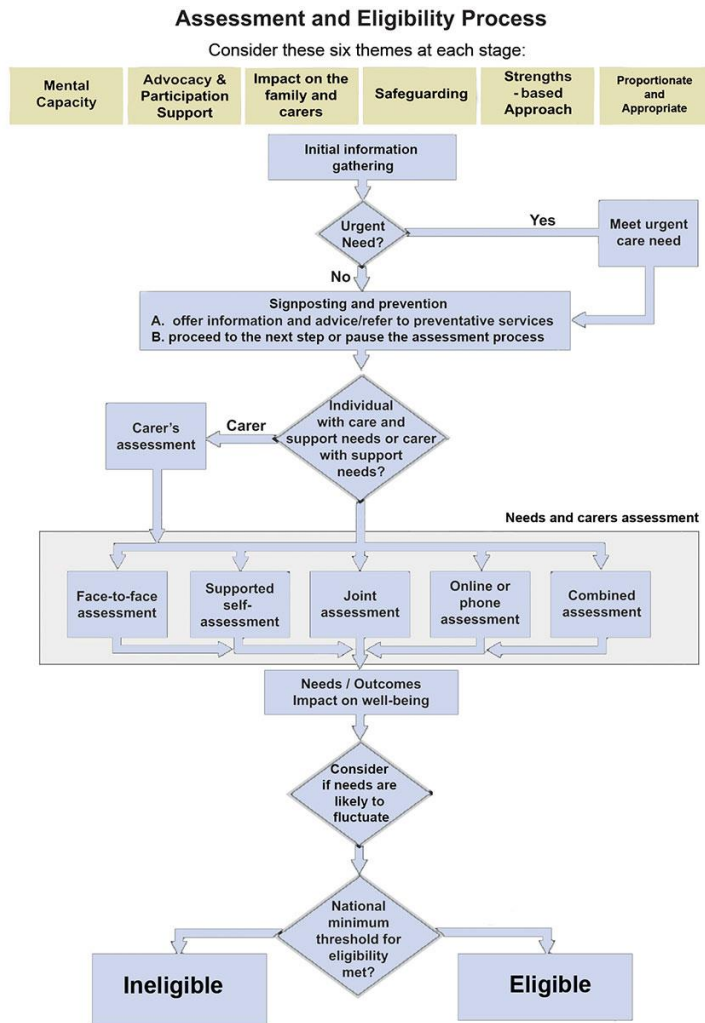
<sup>29</sup> Zie punt 1.2 'Het Traject' onderdeel 'Aanvraag en Needs Assessment'.

vertegenwoordigen en indien hij hulp nodig heeft om informatie te begrijpen, bezorgdheden en doelen uit te drukken en beslissingen te nemen in functie van de zorg (Disability Rights UK, 2017a).

Tijdens het assessment moet de overheid ook de ruimere noden van de familie van de zorgvrager in kaart brengen, bijvoorbeeld in het geval er een minderjarige mantelzorger is die bijkomende ondersteuning kan gebruiken. Indien de zorgvrager dat wenst en over de capaciteit beschikt, kan deze de keuze maken om een self-assessment uit te voeren (Department of Health, 2016). Een assessment van een persoon die de overgang maakt van minder- naar meerderjarige leeftijd, gebeurt vaak samen met beide bevoegde agentschappen/actoren. Een re-assessment of het in kaart brengen van minder complexe zorgnoden kan ook telefonisch gebeuren (Social Care Institute for Excellence, 2015).

Bij de uitvoering van het assessment zal de assessor in eerste instantie de informele zorg niet meerekenen bij het bepalen van de zorg- en ondersteuningsnood. Nadien wordt de mantelzorg dan ingerekend en de toewijzing van middelen aangepast op basis van de ondersteuning en zorg die de mantelzorger kan en wil bieden. De zorgpunten die initieel aan de persoon worden toegewezen, worden niet aangepast aan deze verkenning van de mogelijke informele ondersteuning. Dit moet toelaten om, in het geval de ondersteuning vanuit het eigen netwerk door omstandigheden wegvalt, het PB aan te passen zonder dat hiervoor een nieuw assessment nodig is (Skills for Care, 2014a). De lokale overheid is vrij te bepalen op welke wijze het assessment, zoals in figuur 15 weergegeven, gebeurt (Disability Rights UK, 2017a). Tijdens het assessment kan ook in kaart gebracht worden of de noden van de persoon kunnen voorkomen, verminderd of vertraagd worden door middel van vb. universeel beschikbare diensten, reablement, het voorzien van hulpmiddelen of kleine aanpassingen aan de woning. In dat geval wordt het assessmentproces even gepauzeerd om na te gaan in welke mate de persoon voordelen ervaart van deze eerder preventieve diensten (Social Care Institute for Excellence, 2015).

Met de Care Act 2014 is ook hetzelfde recht op assessment en ondersteuning gecreëerd voor meerderjarige (18+) mantelzorgers. In het assessment worden de noden van de mantelzorger, de impact ervan en de zaken die hij wil bereiken in het dagelijks leven in kaart gebracht. De overheid is hierbij ook verantwoordelijk om in kaart te brengen of de carer in staat is en ook bereid is om in de zorg te voorzien. Mantelzorgers jonger dan 18 jaar en volwassen mantelzorgers die instaan voor de zorg voor hun kind met een handicap krijgen een gelijkaardig assessment en ondersteuning vanuit de Children and Families Act. De Care Act voorziet verder dat deze laatste groep mantelzorgers ook bij de lokale overheid terecht kan vooraleer hun kind 18 jaar wordt om het bijvoorbeeld mogelijk te maken ondersteuning te bieden die beschikbaar is via een 'adult carers centre' (Department of Health, 2016).



Figuur 15 Assessment and Eligibility Process (Social Care Institute for Excellence, 2015).

Indien een zorgvrager op het moment van zijn assessment nog andere procedures lopende heeft waarbij zijn zorgvragen in kaart gebracht worden (bijvoorbeeld voor NHS Continuing Healthcare), dan kan de lokale overheid ervoor kiezen om een gezamenlijk assessment op te zetten, in samenwerking met de andere betrokken actoren. In dat geval zal de lokale overheid de coördinatie hiervan op zich nemen (Department of Health, 2016). In sommige gevallen wordt een afwijkend traject gevolgd omwille van spoedeisendheid van de zorgvraag. Dit is bijvoorbeeld het geval als mensen terminaal ziek zijn of indien hun toestand heel snel achteruit gaat of indien hun veiligheid in het gedrang is. In deze situaties schrijft de Care Act voor dat eerst de noden moeten geledigd worden en het assessmentproces pas moet hervat worden indien de hoogdringendheid niet meer van toepassing is (Social Care Institute for Excellence, 2015).

### 2.2.2 Indicering

Het needs assessment vormt het vertrekpunt voor de lokale overheid om te bepalen of de persoon in aanmerking komt voor zorg en ondersteuning. De minimumdrempel hiervoor is sinds de Care Act 2014 gelijkgesteld voor heel Engeland. De volgende drie voorwaarden dienen cumulatief vervuld te zijn (Department of Health, 2014b):

- De noden komen voort uit of zijn gerelateerd aan een fysieke of mentale aandoening of ziekte;
- De zorg- en ondersteuningsnoden hebben tot gevolg dat de volwassene niet in staat is om twee of meer van de gespecificeerde outcomes, zoals bepaald in de Eligibility Regulations, te bereiken<sup>30</sup>;
- Als gevolg van het niet kunnen bereiken van deze outcomes is er (of zal er heel waarschijnlijk) een significante impact zijn op het welzijn van de persoon.

De 'regulations' verduidelijken verder dat iemand in aanmerking komt voor hulp en ondersteuning wanneer deze outcomes niet zonder assistentie kunnen behaald worden. Dit geldt ook wanneer hij/zij wel in de mogelijkheid is om de outcome te bereiken zonder assistentie maar dit significante pijn, leed of angst met zich meebrengt. Ook indien de persoon de eigen gezondheid of die van anderen in gevaar zou kunnen brengen of indien de outcome wel bereikt kan worden, maar dit disproportioneel meer tijd in beslag neemt dan bij een persoon zonder beperking, wordt de cliënt beschouwd niet in staat te zijn de outcome te bereiken. Indien de zorg- en ondersteuningsnoden fluctueren dan is de overheid verplicht om een periode in rekening te nemen die toelaat om de hoogte van de zorggraad accuraat in beeld te brengen (Department of Health, 2015). Vervolgens wordt er op basis van het assessment omtrent de vooropgestelde outcomes beslist of de zorgnoden een significante impact hebben op het dagelijks leven van de zorgvrager (Disability Rights UK, 2017a).

Voor de assessmentprocedure en eligibility van de mantelzorgers gelden gelijkaardige bepalingen (Department of Health, 2016). De noden moeten het gevolg zijn van het voorzien in 'noodzakelijke zorg' voor een volwassene. Zorg die verleend wordt door de mantelzorgers die de cliënt zelf kan uitvoeren, wordt met andere woorden niet in rekening gebracht. Ook voor de carers zijn outcomes gespecificeerd. Hij of zij komt in aanmerking indien niet kan worden voldaan aan een of meerdere outcomes. Het gaat bijvoorbeeld over het in staat zijn om zorg te bieden aan de zorgvrager of aan het eigen kind, het leefbaar houden van de thuisomgeving van de carer, voldoende tijd hebben om de essentiële inkoop te doen, maaltijden te bereiden en voor vrije tijd. Het is opnieuw de lokale overheid die moet oordelen over de mate waarin er een significante impact is op het welbevinden van de mantelzorgers (Skills for Care, 2014a).

De gemotiveerde beslissing die aangeeft of de persoon met zorgvraag al dan niet in aanmerking komt, wordt schriftelijk overgemaakt aan de zorgvrager. Indien deze positief is dan kan gestart worden met de opmaak van een ondersteuningsplan (Care and Support Plan). Op dit moment zal de lokale overheid ook het 'indicative personal budget' meedelen. Dat is een inschatting van het bedrag dat de lokale overheid denkt dat nodig is om aan de ondersteuningsnoden tegemoet te komen. Dit moet een inzicht geven in de zorg en ondersteuning die ingekocht kan worden met het budget. Deze tussenstap geldt ter ondersteuning van het planningsproces. Het Care and Support Plan bevat minstens de ondersteunings-

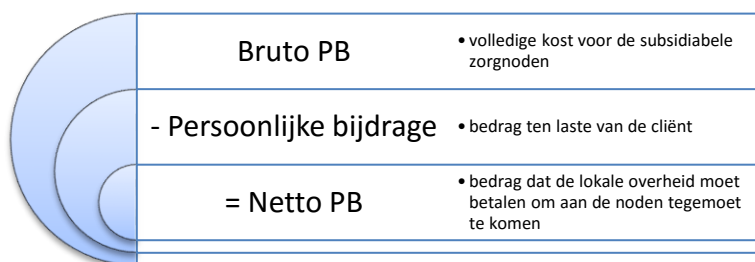
---

<sup>30</sup> Care and Support (Eligibility Criteria) Regulations 2015 omvatten onder meer (niet limitatief) het beheersen van vaardigheden omtrent voeding, persoonlijke hygiëne, toiletnoden, gepast gekleed zijn, een leefbare thuisomgeving onderhouden, etc.

noden, de beoogde outcomes van de cliënt, de wijze waarop hij ondersteund wil worden, de noden die de lokale overheid financieel zal ondersteunen en informatie omtrent de wijze waarop men zal trachten te vermijden dat de ondersteuningsnoden stijgen. Voor de opmaak van het plan kan de zorgvrager beroep doen op ondersteuning van een tussenpersoon, onafhankelijk belangenbehartiger (wettelijk recht uit de Care Act) of familielid (Disability Rights UK, 2017a). Voor de mantelzorg die de aanvraagprocedure doorlopen heeft wordt een gelijkaardig support plan opgemaakt. Ondersteuningsvormen kunnen onder meer hulp bij het huishouden zijn, aankoop van materiaal, lidmaatschap van een sportorganisatie of ‘replacement care’ zodat de mantelzorg even een pauze kan inlassen. Dit laatste is enkel mogelijk indien de zorgvrager hiermee akkoord gaat (Department of Health, 2016). Nadat de gemeente het zorg- en ondersteuningsplan heeft goedgekeurd wordt het definitief PB bekend gemaakt. Het PB wordt als volgt gedefinieerd: “a statement that sets out the total agreed amount of money allocated to cover the costs of your assessed care and support needs” (Disability Rights UK, 2017a, p. 12). Dit finale bedrag kan zowel hoger als lager zijn dan het indicatief Personal Budget.

### 2.2.3 Budgetbepaling

Het PB dat bekend gemaakt wordt aan de cliënt omvat drie samenstellende delen, zoals voorgesteld in figuur 16. Ten eerste vermeldt het PB de totale kost (lees: het brutobedrag) voor de lokale overheid om tegemoet te komen aan de zorgnoden zoals vastgesteld op basis van het assessment. Ten tweede bevat het plan ook het bedrag dat ten laste valt van de cliënt op basis van het financieel assessment (means tested). Tot slot wordt in het PB-besluit het nettobedrag vermeld dat de lokale overheid moet betalen om aan de noden tegemoet te komen (ageUK, 2016).



Figuur 16 Bepaling PB.

De principes om de budgethoogtes te bepalen zijn uitgezet in de Care Act en de Statutory Guidance. Het zijn drie (eerder algemene) principes waaraan de budgetberekening moet voldoen. Ten eerste moet de berekening transparant zijn. Dit betekent dat het duidelijk en begrijpelijk moet zijn op welke wijze de berekening gebeurd is. Ten tweede wordt met het principe van tijdigheid vereist dat de lokale overheid een indicatief budget bekend maakt vooraleer het zorg en ondersteuningsproces wordt opgestart<sup>31</sup>. Tot slot wijst de statutory guidance op de noodzaak van ‘sufficiency’. Het definitief PB moet voldoende zijn om tegemoet te komen aan de noden en redelijke voorkeuren van de cliënt zoals omschreven in het zorg- en ondersteuningsplan. Bovendien moet dit bedrag de lokale marktcondities weerspiegelen, wat maakt dat de budgetten regionaal kunnen verschillen. Daarenboven mogen lokale overheden geen arbitraire kostenplafonds inbouwen die mensen dwingen om voor een residentiële zorgvoorziening te kiezen. Bij het bepalen van de kosten moet de overheid zich baseren op lokaal marktonderzoek en de kostprijs van lokale kwalitatieve zorg. In de praktijk hebben de gemeenten de beleidsvrijheid om de

<sup>31</sup> Zie care & support plan.

wijze te kiezen waarop zij hier uitvoering aan geven. Twee types aanpak worden door veel gemeenten gebruikt (ageUK, 2016):

- De 'ready reckoner approach' is een eenvoudig omrekenstelsel waarbij het aantal uur zorg- en ondersteuningsnood in kaart gebracht wordt en besproken wordt op welke wijze de cliënt de zorg wil krijgen, waarna de uurkost berekend wordt voor de zorg om op die manier het PB te bepalen;
- Het 'resource allocation system' (RAS) is een softwaresysteem waar veel lokale overheden gebruik van maken. Dit gebruikt data uit het assessment om op basis van statistische informatie omtrent de zorgkosten een PB te berekenen. Dit bedrag zal uiteraard meer gestandaardiseerd – en dus minder op maat - zijn dan de hierboven beschreven 'ready reckoner approach'.

De Statutory Guidance vermeldt dat het 'resource allocation system' enkel gebruikt mag worden in functie van het vaststellen van een indicatief PB. De hoogte van het definitief PB moet dan worden bijgesteld op basis van de berekening van de effectieve kosten om zorg en ondersteuning in te kopen (ageUK, 2016). Met een RAS wordt in eerste instantie in kaart gebracht wat de ondersteuningsnoden zijn voor de diverse domeinen. Dit resulteert in een score, die nadien op basis van de ondersteuning uit eigen netwerk naar beneden kan bijgesteld worden. Onderstaand voorbeeld (figuur 17) geeft een inzicht in de praktische toepassing van het resource allocation system in Warwickshire.

For example:

For the outcome of 'Dressing Myself Appropriately' Mrs Example answered that:

She often needed support to dress appropriately (score 2.3 points)

She needed the support of one person during the day and one at night (score 2.3 points)

Therefore the total score for that need was 4.6 points.

However, Mrs Example said that she was able to get some of the support from family/friends.

This meant that 30% of the points were deducted.

Her final score for the outcome was therefore 3.2 points.

Mrs Example has a main carer – her daughter Miss Example. Miss Example has been assessed as being eligible for support in her caring role. This means the 1.4 points deducted will be re-allocated to be part of the replacement care RAS score.

Figuur 17 Voorbeeld resource allocation system (Warwickshire county council, 2015)

Op basis van de bekomen score zal vervolgens een indicatief budget bekomen worden dat nadien, bij het concreet bespreken van de invulling van de zorg en ondersteuning, nog bijgesteld kan worden. Een voorbeeld van deze omschaling in Warwickshire County is hieronder in figuur 18 ter illustratie opgenomen.

Score	Yearly Budget	Weekly Budget
10	£ 3,000	£ 58
20	£ 6,600	£ 127
30	£ 11,729	£ 225
40	£ 20,159	£ 387
50	£ 28,589	£ 548
60	£ 37,733	£ 724
70	£ 50,133	£ 962
80	£ 63,933	£ 1,226
90	£ 77,933	£ 1,495
100	£ 85,183	£ 1,634

Figuur 18 Omschaling resource allocation system naar budget (Warwickshire county council, 2015).

De Statutory guidance vermeldt verder nog het belang van de opmaak van duurzame ondersteuningsplannen. Dat betekent dat er niet noodzakelijkerwijs gekozen moet worden voor de goedkoopste optie, maar dat outcomes en 'value for money' mee in overweging moeten genomen worden. Indien de cliënt kiest voor direct payments, dan moet in de hoogte van het bedrag ook de wettelijke kosten die samenhangen met het werkgeverschap meegerekend worden (ageUK, 2016).

De lokale overheid kan de keuze maken om bepaalde financiële beperkingen in te bouwen. Als een DP bijvoorbeeld dubbel zoveel kost als de zorg zou kosten indien deze door de gemeente wordt ingekocht bij een zorgvoorziening, dan kan beslist worden om het DP-bedrag te bepalen op basis van het bedrag dat het de lokale overheid zou kosten. Wil de cliënt dan toch het bedrag als DP inzetten op zijn 'duurdere' voorkeur, dan moet hij de bijkomende kosten uit zijn persoonlijke middelen financieren (ageUK, 2016). Wat betreft de hoogte van het bedrag bij keuze voor een DP geeft de statutory guidance verder nog aan dat het een mogelijkheid is om het PB te verhogen indien een persoon met een DP zorg kan inkopen die meer kost, maar waarvan ook verwacht wordt dat hierdoor de outcomes significant beter zullen zijn. Vanuit deze optiek moeten de outcomes en value for money, eerder dan de louter financiële motieven vooropgesteld worden (Jarrett, 2015).

In tegenstelling tot de gezondheidszorg binnen de NHS, is de zorg en ondersteuning binnen de social care niet gratis. Dat betekent dat de lokale overheid een bijdrage kan vragen voor de diensten die via het personal budget gefinancierd worden (Disability Rights UK, 2017a). Zoals eerder in dit document aangegeven, voert de lokale overheid een financieel assessment uit om de persoonlijke bijdrage in de kosten voor de zorg en ondersteuning te berekenen. Afhankelijk van de financiële situatie van de zorgvrager kan de persoonlijke bijdrage oplopen tot het volledige bedrag van de zorgkost. De overheid zal tussenkomen als kostendrager om de zorg en ondersteuning te garanderen (Department of Health, 2016). In bepaalde gevallen kan de lokale overheid geen persoonlijke bijdrage aanrekenen (Disability Rights UK, 2017a):

- Bij personen die in aanmerking komen voor 'NHS continuing health care'. De zorgkosten worden dan gedragen door de NHS en zijn gratis voor de cliënt<sup>32</sup>;
- Bij personen die 'intermediate care' krijgen. Deze zorgvorm moet gratis verstrekt worden voor een periode van 6 weken of indien nodig voor langer;

<sup>32</sup> Zie Personal Health Budgets

- Voor hulpmiddelen en kleine aanpassingen (vb. aan de woning) tot een bedrag van £ 1.000;
- Bij zorg en ondersteuning voor personen met de ziekte van Creuzvelt-Jakob;
- Indien de zorg wordt geregeld op basis van sectie 117 van de Mental Health Act.

Het financieel assessment gebeurt op basis van het inkomen enerzijds en het kapitaal anderzijds. Hierbij wordt gewerkt met drempelwaarden. Mensen met meer dan £ 23.250 spaargeld (vermogen) komen niet in aanmerking voor financiële ondersteuning. Personen met minder dan £ 14.250 vermogen komen in aanmerking voor zorg en ondersteuning maar kunnen gevraagd worden een bijdrage te betalen die berekend wordt op basis van het inkomen. Onder deze drempelwaarde wordt geen eigen bijdrage gevraagd op basis van vermogen. Wie spaargeld heeft voor een bedrag tussen beide drempelbedragen in, komt in aanmerking voor ondersteuning maar kan een bijdrage gevraagd worden die gebaseerd zal zijn op zowel vermogen als inkomen. Het is belangrijk op te merken dat onder de term inkomen, de voordelen begrepen worden die de persoon krijgt en niet bedoeld wordt op het inkomen van de persoon uit arbeid, noch dat van zijn of haar partner. Het gaat wel om bepaalde tegemoetkomingen die gerelateerd zijn aan de handicap zoals vb. de onderhoudsuitkering voor personen met een beperking, de verzorgingstoelage etc. Figuur 19 geeft de bedragen weer zoals vermeld in de Care Act die de persoon moet minimaal dient over te houden na het betalen van de bijdragen. Dit wordt gevat onder de noemer van ‘minimum inkomensgarantie’ (Disability Rights UK, 2017a).

<b>Basic allowances</b>		<b>per week</b>
Single person	18-24	£72.40
	25 to pension credit age	£91.40
	pension credit age	£189.00
Lone parent	18 or over	£91.40
Member of couple	one or both 18 or over	£71.80
	one or both pension credit age	£144.30
Child dependant		£83.65
<b>Premiums</b>		<b>per week</b>
Disability	single	£40.35
	member of couple	£28.75
Enhanced disability	single	£19.70
	member of couple	£14.15
Carer		£43.25

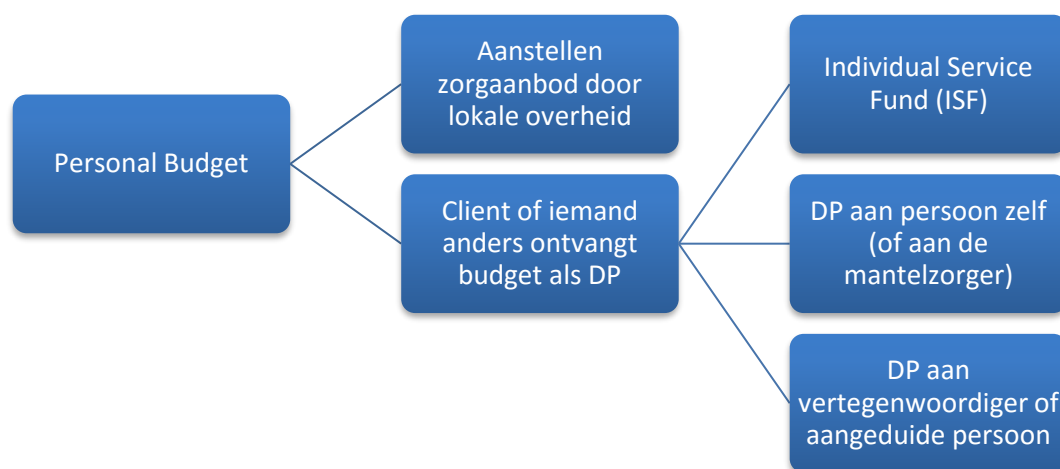
Figuur 19 Minimum inkomensgarantie (Disability Rights UK, 2017b).

In de meeste gevallen zal voor de ondersteuning die geboden wordt op basis van het ‘carer assessment’ geen persoonlijke bijdrage aangerekend worden. Dit wordt beschouwd als een erkenning van de waardevolle bijdrage die de mantelzorger levert in de ondersteuning van de zorgvrager. Het blijft echter de discretionaire bevoegdheid van de gemeente om desgevallend toch een bijdrage aan te rekenen op basis van een financieel assessment (Department of Health, 2016).



### 2.2.4 Terbeschikkingstelling

Indien een cliënt kiest voor een direct payment, dan wordt het toegekende bedrag periodiek op een aparte rekening van de cliënt gestort. Afhankelijk van de lokale regelingen in de gemeente gebeurt dit op wekelijkse of maandelijkse basis, of eventueel een nog andere periodieke basis. De meeste lokale overheden stellen het bedrag elke vier weken ter beschikking (Disability Rights UK, 2017a). Na de toekenning van het DP is er in principe geen eind aan de terbeschikkingstelling, tenzij de cliënt dat wil of tenzij de budgethouder het DP niet meer kan beheren of de zorgnood niet meer bestaande is. Het DP kan ook worden stopgezet indien de cliënt zich niet aan de afspraken en voorwaarden heeft gehouden (Rethink Mental Illness, 2016). In de praktijk kan het budget op verschillende manieren ingezet worden, zoals weergegeven in onderstaande figuur 20.



Figuur 20 De leveringsvormen van een 'Personal Budget'.

Een eerste leveringsvorm van het PB is onder de vorm van een 'local authority managed account'. In dit geval zal de lokale overheid het budget beheren in lijn met de gemaakte afspraken in het ondersteuningsplan. De overheid zal afspraken maken met verschillende zorgaanbieders, het budget opvolgen en instaan voor de betalingen, wat vergelijkbaar is met het vouchersysteem in Vlaanderen. Een variant hierop is de situatie waarbij een derde partij deze rol op zich neemt. Deze 'broker' of bemiddelaar kan de organisatie zijn die zorg of ondersteuning biedt aan de cliënt. Deze tweede variant is gekend onder de naam 'individual service fund' (ISF). In dit geval zal de lokale overheid deze organisatie betalen om deze functie te vervullen. De derde wijze waarop het budget kan worden ingezet, is onder de vorm van een direct payment. Dit is de situatie waarbij de cliënt of diens vertegenwoordiger het geld cash op een specifiek daarvoor bestemde bankrekening gestort krijgt en zelf instaat voor het beheer en de opvolging van het budget. Tot slot is het ook mogelijk om er voor te kiezen om een deel van de zorg of ondersteuning als DP te krijgen, bijvoorbeeld om een persoonlijk assistent tewerk te stellen, en om het andere gedeelte als managed account door de overheid te laten beheren (ageUK, 2016; Department of Health et al., 2014; Disability Rights UK, 2017a). In het geval dat een persoon zowel recht heeft op ondersteuning vanuit social care als vanuit NHS health care onder de vorm van een Personal Health Budget dan kan een gecombineerd budget (joint funding) aangeboden worden (Department of Health et al., 2014).

De meeste lokale besturen zullen het nettobedrag, met name het bedrag van het personal budget verminderd met de persoonlijke bijdrage, storten op de rekening van de persoon die een direct payment

heeft. De cliënt wordt dan geacht dit bedrag aan te vullen met het bedrag van zijn persoonlijke bijdrage. Een alternatieve werkwijze is dat de lokale overheid het volledige bedrag stort en op periodieke basis een factuur stuurt voor de betaling van de persoonlijke bijdrage (Disability Rights UK, 2017a).

Iedereen die in aanmerking komt voor ondersteuning van de lokale overheid heeft het recht om zijn personal budget als cash budget (direct payment) te vragen. Er zijn echter enkele voorwaarden verbonden aan de goedkeuring van deze aanvraag en het is de verantwoordelijkheid van de lokale overheid om na te gaan of aan deze voorwaarden is voldaan. Ten eerste moet de persoon die de aanvraag doet over de mentale capaciteit beschikken, of indien het een vertegenwoordigend persoon betreft, moet deze akkoord zijn om het DP te ontvangen. Ten tweede mag de persoon niet verhinderd zijn door de wet om een DP te ontvangen. Dit is enkel het geval voor mensen die door een rechtbank of vanuit de 'mental health law' verplicht zijn een drugs- of alcoholgerelateerd rehabilitatieprogramma te volgen. Vervolgens moet de lokale overheid ook van oordeel zijn dat de persoon in staat is om een DP te managen, ofwel zelf ofwel met hulp van een genomineerd persoon – vaak een familielid of mantelzorger. Tot slot moet het bestuur er ook van overtuigd zijn dat een DP een 'gepaste manier' is om aan de zorg- en ondersteuningsnoden tegemoet te komen (Disability Rights UK, 2017a). Deze laatste twee criteria bieden enige ruimte voor discretionaire interpretatie.

In het geval een genomineerd persoon (aangewezen door de lokale overheid) het DP beheert, dan gelden enkele bijzondere voorwaarden. Zo is deze persoon verplicht om steeds te handelen in het belang van de cliënt, de cliënt zoveel mogelijk input te geven in beslissingen en dient deze de bevoegde diensten op de hoogte te stellen indien de cliënt de mentale capaciteit heeft teruggewonnen om zelf de beslissingen te nemen. Het beheer van de middelen kan ook in een 'user-controlled trust' of 'independent living trust' georganiseerd worden. De trustees, mensen uit het netwerk van de cliënt, kunnen in dat geval de middelen beheren. Naast de middelen van het DP worden ook andere sociale tegemoetkomingen in dat fonds ondergebracht en beheerd (NHS choices, 2015).

### - Budgetbesteding

Met het PB kunnen de meeste sociale diensten bekostigd worden, met uitzondering van de 'reablement programma's. Deze hebben als doel om gedurende een korte termijn (vaak 6 weken) zorg en ondersteuning te bieden om de persoon in staat te stellen om terug onafhankelijk te leven. Voor deze diensten kan de lokale overheid geen kosten aanrekenen en kan het PB bijgevolg ook niet ingezet worden. Een andere uitzondering zijn kosten voor aanpassingen aan de woning of kosten voor hulpmiddelen, die minder dan £ 1.000 bedragen (ageUK, 2016). Voor deze kosten dient de overheid rechtstreeks tussen te komen.

Voor het inzetten van een DP gelden bijkomend een aantal specifieke voorwaarden. Het centraal wettelijk principe is dat een DP ingezet kan worden om tegemoet te komen aan elke vastgestelde zorgnood in het assessment. Indien een DP ingezet wordt voor zaken die niet tegemoetkomen aan de vastgestelde noden, dan kan de sociale dienst van de lokale overheid het desbetreffende bedrag terugvorderen of eventueel zelfs beslissen om de DP-overeenkomst stop te zetten (NHS choices, 2015). Een DP kan voornamelijk niet ingezet worden voor residentiële zorg<sup>33</sup> (ageUK, 2016). Hoewel de algemene regelgeving bepaalt dat DP's niet bedoeld zijn om inwonende familieleden tewerk te stellen en bijgevolg te betalen, kunnen deze in sommige gevallen bekostigd worden met het DP van de cliënt voor de door

---

<sup>33</sup> Zie 'realisatiegraad'. Uitzondering hierop vormen de 18 lokale overheden in Engeland waar momenteel een proefproject loopt waarbinnen het wel de mogelijkheid is het DP in te zetten voor residentiële zorg.

hun geleverde zorg en ondersteuning. Het lokaal bestuur moet echter akkoord gaan met de noodzakelijkheid – en dus het ontbreken van afdoende alternatieven - vooraleer deze optie in de praktijk benut kan worden. Verder kan een DP ook niet ingezet worden voor de aankoop van diensten bij de overheid die het DP verstrekt. Deze regel is ingevoerd om belangenconflicten te vermijden. De lokale overheid heeft ook de mogelijkheid om bijkomende voorwaarden op te leggen in verband met het gebruik van DP's (ageUK, 2016).

Hoewel aan een DP zoals hierboven beschreven staat, diverse voorwaarden verbonden zijn, geeft de wetgever ook uitdrukkelijk aan dat hoe een persoon ook aan zijn noden tegemoet wil komen - via DP, local authority managed budget, ISF of een mix van voorgaande – er geen onredelijke beperkingen mogen zijn omtrent de wijze waarop aan de noden tegemoet gekomen wordt. Flexibiliteit, keuze en innovatie staan hierbij voorop. De cliënt kan zijn budget dus zowel gebruiken voor (gevestigde) dienstverleners, ondersteuning door PA's, maar ook voor ICT-middelen, de aankoop van ondersteuningsmiddelen voor zover deze niet door de NHS worden aangeboden, dagdiensten en dagcentra, vervoerskosten, lidmaatschap van een club etc. (Department of Health et al., 2014; Disability Rights UK, 2017b). Een DP wordt vaak gebruikt voor de inkoop van persoonlijke assistentie (House of Commons Committee of Public Accounts, 2016; NHS choices, 2015). Dit betekent in de praktijk dat de budgethouder ook werkgever wordt. Een rapport voor het House of Commons geeft aan dat een degelijke ondersteuning voor deze cliënten belangrijk is, om zo te vermijden dat gebruikers niet het DP als leveringsvorm links laten liggen uit schrik voor de bijhorende verantwoordelijkheden als werkgever.

#### 2.2.5 Verantwoording

Zes maanden na de toekenning van het DP volgt een beoordeling waarbij nagegaan wordt of het DP op de juiste wijze benut wordt en in overeenstemming is met de specifieke voorwaarden die er aan verbonden zijn. Na deze eerste beoordeling volgt een jaarlijkse evaluatie van het gebruik van het DP. Indien de lokale overheid van oordeel is dat het DP op een correcte wijze wordt ingezet, dan kan na verloop van tijd een lightversie van deze beoordeling plaatsvinden (Department of Health, 2014b). De cliënt en de mantelzorger worden betrokken in deze evaluatie, en indien van toepassing wordt de geautoriseerde (vertegenwoordigende) persoon hier ook bij betrokken (ageUK, 2016). Bovendien kunnen gebruikers door de lokale overheid verplicht worden om hen op regelmatige basis te informeren over de gang van zaken. De periodiciteit hiervan (vierwekelijks, per kwartaal, jaarlijks) is afhankelijk van de bepalingen die de lokale overheid hieromtrent heeft gemaakt (Disability Rights UK, 2017a).

Daarnaast dient ook het zorg- en ondersteuningsplan ten minste jaarlijks geëvalueerd worden om na te gaan of er op de best mogelijke manier aan de zorgnoden wordt tegemoetgekomen. Indien blijkt dat de noden gewijzigd zijn, kan dit ertoe leiden dat een nieuwe assessment-procedure wordt opgestart (NHS choices, 2015).

Sommige lokale overheden kiezen ervoor om te werken met een prepayment card waarop de overheid op regelmatige tijdstippen geld overschrijft. Enkel het bedrag dat op de kaart staat kan in dat geval worden gepend. De lokale overheid behoudt bovendien het overzicht over de uitgaven met deze kaart. Deze vorm biedt dus een bijkomende controle-mogelijkheid voor de overheid, maar kan niet verplicht opgelegd worden aan de cliënten (Disability Rights UK, 2015).

### 2.2.6 Ondersteuning

De overheid kan ondersteuning bieden bij het beheer van het DP, maar is hier niet toe verplicht. De overheid kan, indien zij dit nodig acht, middelen bedoeld voor het beheer aan een persoon uit het huishouden van de cliënt betalen. De lokale overheid kan er ook voor kiezen om deze ondersteuning gratis aan te bieden door middel van een makelaar (brokerage) of payroll dienst. Deze dienst zowel een dienst van de lokale overheid zijn, als door een externe organisatie aangeboden worden (Department of Health et al., 2014). Deze ondersteuning kan variëren van eenmalige diensten tot diensten die helpen bij de zoektocht naar en werving van personeel of bij het afsluiten van contracten (ageUK, 2016).

Voor gebruikers met een joint budget waarbij zowel middelen uit de NHS healthcare als uit de social care onder de vorm van een DP ter beschikking gesteld worden, zal de lokale overheid de trekkersrol op zich nemen om deze budgetten op elkaar af te stemmen (ageUK, 2016). Verder is de lokale overheid ook verantwoordelijk om de continuïteit van de zorg te garanderen, bijvoorbeeld indien een zorgaanbieder failliet gaat. Daarnaast heeft de lokale overheid de verantwoordelijkheid om een 'Adult Safeguarding Board' in te richten. Deze raad draagt de verantwoordelijkheid om misbruik van 'kwetsbare' inwoners te voorkomen en dient bijzondere aandacht te hebben voor deze doelgroepen in de uitvoering van het PB en DP (Disability Rights UK, 2017b).

## 3 Het persoonsgebonden budget als 'Personal Health Budget' in de langdurige zorg

### 3.1 Bestuurlijke organisatie

#### 3.1.1 Stakeholders

In het systeem van Personal Health Budgets binnen de NHS Continuing Healthcare vervullen de volgende stakeholders een centrale rol:

- Clinical Commissioning Groups (CCG's)

Clinical Commissioning Groups (CCGs) organiseren de meeste van de ziekenhuizen en de NHS-diensten in de lokale gebieden waar ze verantwoordelijk voor zijn (NHS, 2015d). 'Commissioning' betekent beslissen welke diensten nodig zijn en verzekeren dat deze diensten worden geleverd. CCG's staan onder toezicht van NHS Engeland. De National Health Service blijft verantwoordelijk voor de organisatie van eerstelijnszorg zoals huisartsen en tandheelkundige diensten, evenals enkele gespecialiseerde ziekenhuisdiensten. Enkele voorbeelden van diensten die onder de organisatie van de CCG's vallen zijn de geplande ziekenhuiszorg, revalidatie, de dringende hulp en noodhulp, gemeenschaps-gezondheidsdiensten en diensten voor geestelijke gezondheid en leerstoornissen (NHS, 2015d).

- Local Authorities

De rol van de Local Authorities wordt uitvoerig besproken in het hoofdstuk over Personal Budgets. Deze spelen ook een rol indien een gecombineerd budget wordt toegekend dat deels bestaat uit middelen van de CCG's en deels uit middelen van de lokale overheid.

- Independent Review Panel (IRP)

Het 'Independent Review Panel' (IRP) wordt ingeroepen wanneer een lokale oplossing omtrent een onenigheid bij een beslissing van een CCG onmogelijk blijkt. Deze organisatie werkt nauw samen met cliënten, hun families en vertegenwoordiger en gezondheids- en sociale zorgorganisaties. De werking van de IRP wordt gecoördineerd door de vier regionale kantoren van NHS England en staat onder toezicht van de regionale NHS Continuing Healthcare leiding. De IRP-zetels zijn onafhankelijk en zijn niet in dienst in de National Health Service of de sociale zorg. De leden zijn benoemd omdat zij in staat zijn om in vergaderingen en review-panelen te zetelen met kennis van zaken en een onpartijdigheid aan de dag kunnen leggen (NHS, 2015).

- National Institute for Health and Care Excellence (NICE)

De opdracht van dit instituut is het verbeteren van de werking van de diensten van de NHS en de kwaliteit van deze diensten voor mensen die gebruik maken van de NHS en andere diensten op het gebied van volksgezondheid en sociale zorg (NICE, 2017). Dit doen ze door wetenschappelijk onderbouwde begeleiding en advies te voorzien, kwaliteitsnormen en prestatiecriteria te ontwikkelen voor professionals in de gezondheidszorg en sociale zorg en door informatie te verstrekken aan CCG's, professionals en managers in de sector van gezondheids- en sociale zorg. Zo werd bijvoorbeeld in samenwerking met de NHS en met vertegenwoordigersgroepen van professionals en patiënten de 'Clinical Commissioning Group Outcomes Indicator Set' (CCGOIS) ontwikkeld (NICE, 2017). Dit is een kader voor het meten van de gezondheidsresultaten en de kwaliteit van zorg die door Clinical Commissioning Groups werden bereikt.

### 3.1.2 Bestuurlijke context

De intentie om Personal Health Budgets in te voeren werd voor het eerst vooropgesteld in de 'NHS Next Stage Review' in 2008 als een proces om gebruikers meer controle te geven over de diensten die zij ontvangen en over de wijze waarop de ondersteuning wordt beheerd en georganiseerd (Forder, Jones, Glendinning, Caiels, Welch, Baxter, et al., 2012). Het 'Personal Health Budget' (PHB) werd gelanceerd door het Department of Health in 2009. Het opgezette pilootprogramma werd op basis van een externe evaluatie opgevolgd om te bepalen of de PHB's een betere gezondheid en betere zorg voor de cliënt met zich meebrachten in vergelijking met de conventionele dienstverlening. Het belang van Personal Health Budgets werd sindsdien voortdurend herbevestigd in beleidsdocumenten. Zo werd Personal Health Budgets in de '2010 White Paper Equity and Excellence, Liberating the NHS' (HM Government, 2010) voorgesteld als een initiatief dat niet alleen de mogelijkheid in zich draagt om resultaten te verbeteren maar tegelijk ook de NHS-cultuur kan transformeren door keuze en controle van gebruikers te vergroten en de integratie tussen gezondheidszorg en sociale zorg te stimuleren. In 2011 benadrukte de regering het belang van publieke betrokkenheid in dienstverlening door te pleiten voor een gezondheidssysteem waar patiënten en burgers een sterkere stem en meer controle hebben, met het credo "no decision about me without me" (HM Government, 2011). Het Department of Health (2009) benoemt twee belangrijke onderliggende kenmerken van de Personal Health Budgets:

- Na een initieel assessment en de identificatie van mogelijke resultaten met een Personal Health Budget kennen personen die een PHB ontvangen de hoeveelheid middelen die beschikbaar zijn in het budget;
- Personen worden aangemoedigd een zorg- en ondersteuningsplan op te stellen waarin wordt aangegeven hoe de hulpbronnen zullen worden gebruikt om aan de geïdentificeerde behoeften tegemoet te komen.

In april 2014 werd het 'Right to Ask' geïnitieerd, dat mensen die in aanmerking komen voor NHS Continuing Healthcare (NHS CHC) in de mogelijkheid stelt om een PHB aan te vragen (Turner & Giraud - Saunders, 2014). In oktober 2014 werd dit recht om een PHB te vragen omgevormd en uitgebreid tot een recht op het verkrijgen van een persoonlijk gezondheidsbudget. Ook kan de NHS de Personal Health Budgets (met inbegrip van Direct Payments) aanbieden aan mensen met langdurige gezondheidsproblemen of mensen met geestelijke gezondheidsproblemen. Personal Health Budgets zijn voornamelijk gericht op mensen met aanzienlijke gezondheidsbehoeften, wat de NHS de kans biedt om enerzijds tegemoet te komen aan de ongelijkheid in de gezondheidszorg en anderzijds de gezondheidsresultaten te verbeteren voor degenen die niet goed bediend worden door conventionele en dure diensten (Turner & Giraud -Saunders, 2014).

De langdurige gezondheidszorg van de National Health Service<sup>34</sup> wordt op verschillende wijzen en in diverse instellingen aangeboden aan de personen die hiervoor in aanmerking komen (NHS, 2017). Zo kunnen personen de zorg ook in eigen huis ontvangen. De NHS betaalt dan voor de gezondheidszorg zoals voor diensten van een gemeenschapsverpleegkundige of een specialistische therapeut en voor persoonlijke verzorging zoals hulp bij het baden, aankleden, etc. Ook kan de zorg in een verzorgingstehuis worden geleverd. De NHS betaalt dan naast de gezondheidszorg en persoonlijke verzorging ook voor de verzorgingspremies in de voorziening, wat de kosten omvat voor de accommodatie en de medewerkers. In tegenstelling tot de sociale zorg en gemeenschapsvoorzieningen die door de lokale overheden worden ingericht is de langdurige gezondheidszorg van de National Health Service gratis. Voor de zorg georganiseerd door lokale overheden kunnen personen een bedrag aangerekend worden, afhankelijk van inkomen en bezit (NHS, 2017).

Afhankelijk van de specifieke gezondheids- en maatschappelijke zorgbehoeften van een persoon, kan zijn zorgpakket een gedeelde financiering door de NHS en de lokale overheid met zich meebrengen (Age UK, 2016). Een zorgpakket van de NHS CHC dat volledig door de NHS wordt gefinancierd wordt dan aangevuld door sociale zorg van de lokale overheid. Een persoon kan dus een persoonlijk budget of een direct payment voor zowel de gezondheidszorg als voor sociale zorg ontvangen. In dat geval zijn er wettelijke richtlijnen die het belang van samenwerking benadrukken tussen beide organen om ervoor te zorgen dat het systeem geharmoniseerd functioneert (Age UK, 2016). Zo hoeven personen die zich in dergelijke situatie bevinden bijvoorbeeld geen twee aparte bankrekeningen of rapportagesystemen te hanteren. De coördinatie van deze samenwerking is bijna altijd in handen van de lokale overheid. De Personal Budgets binnen de Continuing Health Care, voor NHS-gefinancierde diensten, kunnen door middel van een 'Direct Payment' worden afgeleverd. Soortgelijke principes als in de sociale zorg zijn van toepassing, hoewel de NHS een 'Direct Payment' kan weigeren als ze niet denken dat het een kosteneffectieve manier is om aan de persoonlijke behoeften aan gezondheidszorg te voldoen.

### 3.1.3 Realisatiegraad

In 2013 werd de 'Health and Social Care Information Centre' (HSCIC) opgericht als een uitvoerend publiek orgaan dat fungeert als nationale aanbieder van informatie, data en technologie-systemen voor patiënten, gebruikers, klinici en onderzoekers in de domeinen gezondheids- en sociale zorg (HSCIC, 2015). De organisatie werkt samen met tal van partners uit de gezondheidszorg en de sociale zorg, en voornamelijk met de National Information Board (NIB), om via technologie, data en informatie deze

---

<sup>34</sup> In 2015 bedroegen de Engelse nationale uitgaven voor NHS Continuing Healthcare ongeveer 2,5 miljard pond per jaar (omgerekend 2,89 miljard euro) voor ongeveer 60.000 personen (NHS, 2015).

domeinen te ondersteunen in hun transformatieproces naar een meer gepersonaliseerde zorg. In navolging hiervan publiceerde de NIB “Personalised Health and Care 2020: A framework for Action” (HSCIC, 2015; National information Board [NIB], 2014). Dit is geen nationaal plan, maar een kader voor actie die eerstelijnsverlener, patiënten en burgers dient te ondersteunen en in staat te stellen om gebruik te maken van de mogelijkheden van digitale technologieën en informatie om aanzienlijk betere en efficiëntere gezondheids- en sociale zorguitkomsten te leveren. (HSCIC, 2015; NIB, 2014; NHS, 2015a). Een van de centrale argumenten in het NIB Framework is dat lokale organisaties in de loop der tijd belast zijn met de implementatie en uitvoering van lokale systemen, die in overeenstemming dienen te zijn met een nationaal normenkader.

In dit licht identificeert de National Information Board (2014) drie grote aandachtspunten voor de langdurige gezondheidszorg: de kloof tussen gezondheid en welzijn, de kloof tussen zorg en kwaliteit en de kloof tussen financiering en efficiëntie. Deze mogelijke leemtes worden versterkt door het gebrek aan integratie in de zorgsector, tussen ziekenhuizen en voorzieningen en zorg thuis, tussen informele en formele zorginstellingen, etc. Met het actiekader “Personalised Health and Care 2020: A framework for Action” wil het NIB dat stakeholders uit de gezondheidszorg en sociale zorg zich engageren om het potentieel van informatietechnologie en data te benutten om deze kloven te overbruggen. Zo heeft het Department of Health reeds een informatica-accountant aangesteld die verantwoordelijk is voor de verstrekking van informatietechnologie, het beheren en verwerken van gegevens en de uitvoering van het National Information Board-kader (NIB, 2014; HSCIC, 2015). Daarnaast voorziet NHS England sinds april 2015 in een programma waarin individuele digitale zorgprofielen worden beheerd. Hierin worden administratieve gegevens van gebruikers samengebracht met gegevens omtrent hun PHB als een stap richting 'Integrated Personal Commissioning' (National Information Board, 2014). Met deze initiatieven wordt gepoogd om de verhouding tussen nationale normen en lokale vrijheden af te stemmen en om innovatie aan te drijven (NIB, 2014).

In februari 2017 bereikten NHS England in samenwerkingen met Clinical Commissioning Groups een akkoord dat IT-oplossingen voor de ondersteuning van Personal health Budgets en Integrated Personal Commissioning (IPC) waardevol, kwalitatief en efficiënt dienen te zijn. NHS England vraagt in het licht van dit proces aan IT-leveranciers om samen te bepalen hoe deze aan de vooropgestelde vereisen kunnen voldoen in het creëren van tools (NHS, 2016). Verder werkt de NHS hard aan het verbeteren van de mogelijkheden voor patiënten om keuzes te maken over hun zorg. In 2020 wil NHS England (2016) dat alle patiënten in de mogelijkheid zijn om:

- De verschillende soorten beschikbare hulpverlening met de huisarts of zorgverlener te bespreken;
- Keuzes en mogelijkheden voor de zorg of voor tests ter beschikking te krijgen;
- Alternatieve aanbieders te kiezen ook nadat de vastgelegde maximale wachttijd verstreken is;
- Beschikbare en toegankelijke informatie te verkrijgen om een keuze te maken;
- Binnen een redelijke termijn een weloverwogen besluit te kunnen nemen.

### 3.1.4 Doelgroepen en Toelatingsvoorwaarden

NHS Continuing Healthcare verwijst naar het pakket van permanente zorg voor volwassenen dat alleen door de National Health Service is geregeld en gefinancierd en waarbij de persoon een 'primaire gezondheidsbehoefte' heeft. Deze zorg is voorzien om te voldoen aan behoeften die zijn ontstaan als gevolg van handicap, ongeval of ziekte (NHS, 2015; 2016; 2017). Om in aanmerking te komen voor langdurige gezondheidszorg vanuit de NHS dient de gebruiker ouder te zijn dan 18 jaar en voortdurende aanzienlijke zorgbehoeften hebben (NHS, 2017). Dit zijn personen die beoordeeld zijn met het hebben van een "primaire gezondheidsbehoefte", wat betekent dat hun hoofd- of primaire zorgbehoefte betrekking heeft op de gezondheid. De vastgestelde diagnose of conditie is van belang, maar aan zich niet doorslaggevend. Dit betekent dat een persoon met een handicap die gediagnosticeerd is met een langdurige ziekte of aandoening, niet vanzelfsprekend in aanmerking komt voor de langdurige gezondheidszorg van de NHS (NHS, 2017).

Het 'national framework for NHS continuing healthcare and NHS funded nursing care' (2012) vermeldt de principes en processen voor het beoordelen van de toegang tot Langdurige zorg van de NHS. Dit nationaal kader maakt melding van de instrumenten 'Checklist Tool', 'Decision Support Tool' en een 'fast track pathway tool' die zijn ontworpen om artsen en praktijkwerkers te helpen bij het besluitvormingsproces. De vorm en inhoud tools van deze tools worden op regelmatige basis herzien (Department of Health, 2012; 2016b). Op dit ogenblik geldt dat om in aanmerking te komen voor langdurige gezondheidszorg van NHS, de hulpbehoevende door een multidisciplinair team van zorgverleners beoordeeld dient te worden als persoon met een "primaire gezondheidsbehoefte"(NHS, 2015; 2017).

De eerste stap in de beoordeling van de toegang bestaat meestal uit het overlopen van de zogenaamde 'Checklist Tool' (NHS, 2015). Dit is een screening-tool die praktijkwerkers in de gezondheidszorg en de sociale zorg helpt in het nemen van een beslissing of het al dan niet passend is om een volledig assessment te doen voor langdurige zorg. Deze checklist kan worden ingevuld door een verpleegkundige, een arts, een andere zorgverlener of een maatschappelijk werker. De persoon die wordt beoordeeld moet hiervan op de hoogte worden gebracht en dient toestemming te geven (NHS, 2015). Deze checklist geeft niet aan of het individu in aanmerking komt voor langdurige gezondheidszorg van de NHS, maar is een tool die informatie kan geven over de eventuele noodzaak tot een volledige beoordeling voor langdurige zorg (NHS, 2015). Ook betekent het in aanmerking komen voor een volledige beoordeling niet dat de persoon vanzelfsprekend in aanmerking komt voor de langdurige gezondheidszorg van de NHS. Het doel van de checklist is om iedere persoon die eventueel in aanmerking komt voor langdurige zorg in de mogelijkheid te stellen om een volledige beoordeling van geschiktheid te krijgen (NHS, 2017). Indien de checklist is afgerond en aangeeft dat er een volledige beoordeling van de geschiktheid voor Continuing Healthcare nodig is, zal de persoon die de checklist uitvoert contact opnemen met de lokale CCG. Deze zal op haar beurt een multidisciplinair team samenstellen die een actuele beoordeling van alle zorgbehoeften van de persoon uitvoert. Hierbij wordt gebruik gemaakt van de 'Decision Support Tool' (NHS, 2015).

Een multidisciplinair team bestaat uit twee of meer gezondheids- of sociale zorgverleners/professionals die reeds betrokken zijn bij de zorg van de persoon. Indien de beoordeelde hierin toestemt zullen alle andere betrokken zorgverleners een bijdrage leveren in het assessment, om een volledig beeld van de behoeften te bekomen (NHS, 2015). In sommige gevallen zal het multidisciplinaire team vragen om gedetailleerde specialistische evaluaties van deze professionals. Het multidisciplinaire team zal de informatie van de beoordeling gebruiken om het 'Decision Support Tool' te voltooien (NHS, 2015c). De



'Decision Support Tool' wordt gebruikt als hulpmiddel in het besluitvormingsproces over de aard, complexiteit, intensiteit en onvoorspelbaarheid van de behoeften en dus of de persoon een 'primaire gezondheidsbehoefte' heeft. Hiervoor kijkt het multidisciplinaire team via deze tool naar elf verschillende soorten zorgbehoeften (NHS, 2015):

1. Behaviour
2. Cognition
3. Communication
4. Psychological/emotional needs
5. Mobility (ability to move around)
6. Nutrition (food and drink)
7. Continence
8. Skin (including wounds and ulcers)
9. Breathing
10. Symptom control through drug therapies and medication
11. Altered states of consciousness

In deze vaststelling van een 'primaire gezondheidsbehoefte' worden alle zorgbehoeften in rekening genomen en gekoppeld aan de vier indicatoren (NHS, 2013; 2015a):

- 'Nature' (Aard)
 

De kenmerken en het type van de behoeften van het individu worden beschreven en het algehele effect dat deze behoeften hebben op het individu. Hierbij wordt ook verkend welke mogelijke interventies nodig kunnen zijn om aan die behoeften tegemoet te komen.
- 'Complexity' (Complexiteit)
 

Dit betreft de wijze waarop de individuele behoeften verschijnen en interageren en het niveau van vaardigheden die nodig zijn om de symptomen te controleren, de aandoening te behandelen en/of de zorg te verlenen.
- 'Intensity' (Intensiteit)
 

Hieronder wordt de omvang en de ernst van de behoeften van het individu verstaan en de ondersteuning die nodig is om hieraan tegemoet te komen, wat de behoefte aan duurzame en voortdurende zorg omvat.
- 'Unpredictability' (Onvoorspelbaarheid)
 

Dit betreft de moeilijkheid om veranderingen te voorspellen in de behoeften, de onvoorspelbaarheid van de situatie, met inbegrip van de risico's voor de gezondheid van de persoon als de juiste zorg niet op het juiste moment wordt verstrekt.

Vervolgens worden deze behoeften gekenmerkt als "prioritair", "ernstig", "hoog", "gemiddeld", "laag" of "geen nood" (NHS, 2015). Het multidisciplinaire team communiceert op haar beurt een aanbeveling naar de CCG over het al dan niet in aanmerking komen voor langdurige gezondheidszorg. De CCG accepteert deze aanbeveling meestal, behalve in uitzonderlijke omstandigheden (NHS, 2013). Zodra een persoon in aanmerking komt voor Continuing Healthcare, wordt de zorg gefinancierd door de NHS. Deze assessment wordt op regelmatige basis onderworpen aan een herbeoordeling. Wanneer de zorgbehoeften veranderen, kunnen de toegang tot langdurige zorg en de financieringsregelingen ook veranderen (NHS, 2015; 2017a). Een besluit over de toegang tot de langdurige zorg moet meestal worden gemaakt binnen 28 dagen na de beslissing dat de persoon een volledige beoordeling nodig heeft voor de 'continuing healthcare'. Voor personen die een dringende zorgnood hebben omdat hun

toestand snel verslechtert, kan het zogenaamde *'Fast Track Tool'* gebruikt worden. Dit stelt de CCG in staat om de nodige zorg sneller te voorzien (NHS, 2015c). Als iemands conditie snel verslechtert en het levenseinde nadert, moet deze persoon in aanmerking komen voor de *'NHS continuing healthcare fast track pathway'* (NHS, 2015a). Hierdoor kan een passend zorg- en ondersteuningspakket zo snel mogelijk –meestal binnen de 48u- in gebruik worden genomen.

Wanneer iemand niet in aanmerking komt voor langdurige gezondheidszorg van de NHS, kan deze persoon worden doorverwezen naar diens lokale overheid (Department of Health, 2014a). De gemeente kan dan met deze persoon bespreken of er ondersteuning van hen mogelijk is. Indien een persoon met ondersteuning vanuit de gemeente toch nog gezondheidsbehoeften heeft, kan de NHS een deel van het ondersteuningspakket bekostigen. Dit staat bekend als een *'joint package of care'*, een gezamenlijk pakket van zorg (NHS, 2015a).

Daarnaast zijn er ook toelatingsvoorwaarden voor een PHB. Een persoonlijk budget voor de gezondheidszorg is een bedrag dat de betreffende persoon ondersteunt en helpt te voldoen aan diens gezondheids- en welzijnsbehoeften, die worden geïdentificeerd en vastgelegd door de zorgbehoevende of diens vertegenwoordiger en de zorgverlener. Het zorgplan bevat een uiteenzetting van deze behoeften samen met de begroting en welk bedrag er wordt gebruikt om te voldoen aan de geïdentificeerde behoeften (NHS, 2015a). Een *'Personal Health Budget'* (PHB) is het bedrag dat normaal gesproken door de NHS zou worden besteed aan de zorg, maar dan op een manier die meer keuze en controle geeft. Het doel is om mensen met langdurige aandoeningen en handicaps meer keuze en controle over hun gezondheidszorg te geven (NHS, 2015a). Een persoon hoeft geen persoonlijk budget voor de gezondheidszorg te hebben als hij dit niet wil (NHS, 2015a).

Sinds oktober 2014 is er een wettelijk recht om een Personal Health Budget te ontvangen voor iedere volwassene die in aanmerking komt voor NHS Continuing Care (NHS CHC) en voor kinderen die in aanmerking komen voor Continuing Care (NHS, 2015a). Daarnaast zijn de Clinical Commissioning Groups in de mogelijkheid gesteld om op vrijwillige basis PHB's toe te kennen aan personen waarvan zij van oordeel zijn dat een PHB ten goede zal komen. CCG's zijn verplicht om, naast het aanbieden van een PHB aan personen die hier wettelijk aanspraak op kunnen maken, ook een lokaal aanbod te ontwikkelen omtrent de andere personen die eventueel een PHB kunnen aanvragen (NHS, 2015a). De toelatingsvoorwaarden voor een PHB zijn, naast de wettelijk vastgestelde groep personen ook afhankelijk van het beleid van de lokale Clinical Commissioning Group. Kortom, het is de lokale CCG die verantwoordelijk is voor het verzekeren dat een persoonlijk budget voor gezondheidszorg wordt aangeboden, indien dit van toepassing is volgens de algemene regels en bijkomende lokale regels. NHS England voorziet in 2016 en 2017 in een ondersteuningsprogramma voor professionals die werkzaam zijn in CCG's en die betrokken zijn bij de lokale levering van Personal Health Budgets. Dit nationale steunprogramma heeft enerzijds tot doel de CCG's te helpen bij de verdere uitrol van PHB's om het door de nationale regering vooropgestelde criterium van 50.000-100.000 Personal health Budgets tegen het jaar 2020/2021 te bereiken. Anderzijds ondersteunt dit programma de CCG's in hun verantwoordelijkheid om iedereen die in aanmerking komt voor langdurige gezondheidszorg van de NHS hun recht op een Personal Health Budget te verzekeren (NHS, 2017).

Wanneer een persoon wettelijk in aanmerking komt voor een PHB en het gevoel heeft dat deze keuze niet werd aangeboden, kan dit in eerste instantie bij het CCG aangekaart worden (NHS, 2015a). Als de lokale CCG de klacht niet voldoende blijkt, kan de persoon klacht indienen bij de *'Independent Parliamentary and Health Service Ombudsman'*. De ombudsman is de laatst mogelijke fase van het klachtensysteem.

Samengevat zijn de beperkingen voor de toegang tot een Personal Health Budget tweeërlei: afhankelijk van de soort zorg die een persoon behoeft en afhankelijk van de persoon die aanspraak wenst te maken op een PHB. Het is niet mogelijk om een persoonlijk budget voor gezondheidszorg in te zetten voor alle NHS-diensten, bijvoorbeeld voor dringende hulp of voor een bezoek aan de huisarts. Ook kan dit niet aangewend worden voor de aankoop van geneesmiddelen. Daarnaast zijn ze bestemd voor mensen met een langdurige gezondheidsbehoefte en niet voor acute zorg of noodsituaties (NHS, 2015a). Verder kunnen sommige mensen geen aanspraak maken op het ontvangen van een PHB als een Direct Payment, bijvoorbeeld personen die onder gerechtelijk bevel staan (NHS, 2015). Echter, in dit geval kunnen personen hun PHB flexibel inzetten wanneer de NHS of een derde partij het geld namens hen beheren.

### 3.2 Het Traject

#### 3.2.1 Aanvraagprocedure

Wanneer een persoon meer informatie wenst over de mogelijkheden van een PHB, dient deze contact op te nemen met een huisarts, zorgverlener of met een lokaal CCG (NHS, 2015a). De aanvraag voor indicering kan ook door een extern persoon aangevraagd worden, maar een beoordeling voor NHS CHC kan niet worden uitgevoerd zonder de toestemming van de desbetreffende persoon (NHS, 2015a, 2016). Het is dus mogelijk om als hulpbehoevende een beoordeling te weigeren. Het CCG dient de redenen voor het weigeren te onderzoeken en oor te hebben voor de bezorgdheden van de hulpbehoevende. Als iemand het mentale vermogen ontbreekt om met een beoordeling in te stemmen of om deze te weigeren, zullen de principes van de 'Mental Capacity Act' van toepassing zijn en in de meeste gevallen zal een beoordeling worden gegeven in het belang van de persoon (NHS, 2015).

#### 3.2.2 Indicatie

Clinical Commissioning Groups voeren het assessment uit voor de langdurige gezondheidszorg van de National Health Service als blijkt dat iemand deze zorg nodig heeft <sup>35</sup>(NHS, 2015a, 2015d). Bij de meeste mensen wordt er een 'Initial Checklist Assessment' afgenomen, die gebruikt wordt om te bepalen of iemand een volledige beoordeling nodig heeft. Wanneer er dringende zorg nodig is - bijvoorbeeld in het geval van een ongeneselijke en terminale ziekte- kan de beoordeling '*fast-tracked*' worden uitgevoerd (NHS, 2013, 2015a, 2015c).<sup>36</sup>

Na een holistische beoordeling van de behoeften van het individu, dient door middel van een onderzoek te worden nagegaan of iemand een 'primaire gezondheidsbehoefte' waardoor hij of zij in aanmerking komt voor NHS Continuing Healthcare. Hierbij dient rekening te worden gehouden met de wettelijke grenzen van lokale bevoegdheden (NHS, 2015b). Het onderzoek betreffende het assessment en indicering voor Personal Health Budgets binnen de NHS, het PVF-traject binnen de langdurige zorg, verschilt niet van de beoordeling voor het in aanmerking komen voor langdurige zorg aan zich. Kort gesteld worden de aard, intensiteit, complexiteit en onvoorspelbaarheid van de behoeften van een persoon in overweging genomen en wordt er nagegaan of een van deze factoren buiten de bevoegdheden van de lokale autoriteiten ligt (NHS, 2015b). Het in aanmerking komen voor langdurige gezondheidszorg van de National Health Service is gebaseerd op een onderzoek naar behoeften en is niet gebaseerd op specifieke aandoeningen of diagnoses. Als er tenminste één prioritaire behoefte

<sup>35</sup> Zie doelgroepen en toelatingsvoorwaarden 'checklist tool'.

<sup>36</sup> Zie toelatingsvoorwaarden voor langdurige zorg.

aanwezig is of ernstige behoeften in ten minste twee gebieden, komt de persoon in aanmerking voor langdurige gezondheidszorg van de NHS. Ook kan een persoon in aanmerking komen wanneer deze in één gebied zware behoeften heeft, plus een aantal andere behoeften, of een aantal hoge of gematigde behoeften, afhankelijk van hun aard, intensiteit, complexiteit of onvoorspelbaarheid (NHS, 2015a, 2015b, 2017a). In alle onderzoeken wordt rekening gehouden met de algehele behoefte en de interacties tussen behoeften (NHS, 2015b). Daarnaast wordt ook bewijs uit een risicobeoordeling gebruikt bij het bepalen of NHS-langdurige gezondheidszorg moet worden verstrekt. Deze beoordeling dient de standpunten van de hulpbehoevende en eventuele verzorgers in rekening te brengen. Uiteindelijk dienen de beslissingsdocumenten aan de hulpvrager bezorgd worden, waarin een duidelijke reden voor de beslissing moet staan (NHS, 2015a).

NHS (2015a) lijst een resem belangrijke voorwaarden op die moeten garanderen dat CCG's een eerlijk en efficiënt proces uitwerken met een goede kwaliteitsbeoordeling om de behoeften van het te onderzoeken individu accuraat in kaart te brengen:

- Maak gebruik van de nationale tool (de checklist) wanneer er een tool wordt gebruikt. Het individu of diens vertegenwoordiger moet op de hoogte gebracht worden van de resultaten van het screeningproces;
- Verzekert dat een multidisciplinair team de beoordeling uitvoert;
- Gebruik de 'national Decision Support Tool' bij het bepalen of een persoon een primaire gezondheidsbehoefte heeft;
- Overweeg bij de beslissing of iemand een primaire gezondheidsbehoefte heeft wat de grenzen van de verantwoordelijkheid van de lokale overheid zijn. Consulteer waar mogelijk de desbetreffende maatschappelijk werker/dienstverlener alvorens een besluit te nemen over een persoon zijn of haar toegang tot de NHS Continuing Healthcare;
- Indien een gezondheidswerker of clinicus een 'Fast Track-application' voor de langdurige gezondheidszorg van de NHS uitvoerde, dient diens besluit geaccepteerd te worden;
- Breng het individu of de vertegenwoordiger schriftelijk op de hoogte van de beslissing en van hun recht om een herziening van deze beslissing te vragen;
- Voorzie of financier een zorgpakket voor eenieder die in aanmerking komt voor NHS Continuing Healthcare om aan alle beoordeelde gezondheidszorg-, persoonlijke verzorgings- en sociale zorgbehoeften te voorzien;
- Verzekert de beschikbaarheid van informatie en ondersteuning om de volledige keuze en take-up van Personal Health Budgets mogelijk te maken;
- Maak de overweging of degenen die niet in aanmerking komen voor NHS Continuing Healthcare in aanmerking komen voor NHS 'Funded Nursing Care' of 'Joint Funding';
- Bevordert en verzekert passende diensten voor personen die niet of niet langer in aanmerking komen voor NHS Continuing Healthcare, inclusief personen die in aanmerking komen voor 'joint funding';
- Volg het nationale kader.

CCG's moeten normaal gesproken binnen de 28 dagen na het verkrijgen van een ingevulde checklist of verzoek om een volledige beoordeling beslissen over het al dan niet in aanmerking komen voor NHS-

Continuing Healthcare (NHS, 2015d). Dit kan met uitstel indien er zich oncontroleerbare omstandigheden voordoen. Indien het CCG besluit dat de persoon in aanmerking komt voor langdurige zorg maar het langer dan 28 dagen duurt om dit te beslissen en de vertraging niet kan worden gerechtvaardigd, dienen zij de zorgkosten van de 29e dag tot de datum van hun beslissing terug te betalen.

Als de NHS het organiseren, financieren of het verstrekken van een deel van de zorg op zich neemt, moet er een 'case review' worden uitgevoerd drie maanden na de initiële toelatingsbeslissing. Hierin worden de zorgbehoeften en het in aanmerking komen voor NHS Continuing Healthcare beoordeeld om ervoor te zorgen dat het zorgpakket aan deze behoeften voldoet. Beoordelingen moet nadien minimaal jaarlijks plaatsvinden (NHS, 2015b).

Wanneer een persoon niet in aanmerking komt voor NHS Continuing Healthcare, maar wordt beoordeeld met een behoefte aan verpleegzorg in een verzorgingshuis (met andere woorden, een verzorgingshuis dat geregistreerd is om verpleegkundige zorg te leveren), komt deze persoon in aanmerking voor 'NHS-funded nursing care' (NHS, 2015a). Dit betekent dat de NHS een bijdrage levert aan de kosten van de geregistreerde verpleegkundige zorg. Deze zorg is beschikbaar ongeacht welke instantie of wie het andere deel van de vergoedingen van het verzorgingshuis financiert.

Als een CCG heeft besloten dat een persoon niet in aanmerking komt voor NHS-langdurige gezondheidszorg, maar deze beslissing na een geschil herziet, dient de geïndiceerde persoon zijn of haar zorgkosten te vergoeden voor de periode tussen de oorspronkelijke en de herziene beslissing (NHS, 2015d). Wanneer individuen of hun vertegenwoordigers ontevreden zijn met de beslissing over de toekenning of met het door de Clinical Commissioning Group ondernomen proces, dienen zij hun bezorgdheid rechtstreeks bij de CCG melden die dit lokaal moet oplossen. Indien alle lokale oplossingsprocessen zijn uitgeput kunnen individuen, hun families en vertegenwoordigers een onafhankelijke beoordeling van een besluit van de lokale CCG verzoeken (NHS, 2015b). Hiermee wil de wetgever verzekeren dat de NHS alle nodige stappen onderneemt om duidelijk en eerlijk te zijn in het maken van beslissingen omtrent het in aanmerking komen voor de langdurige zorg.

Wanneer een persoon in aanmerking komt voor de langdurige gezondheidszorg van de NHS is de volgende stap het opstellen van een zorg- en ondersteuningspakket dat voldoet aan de vastgestelde en beoordeelde behoeften. Afhankelijk van de individuele situatie kunnen verschillende mogelijkheden geschikt zijn, met inbegrip van ondersteuning in eigen huis en de mogelijkheid om een Personal Health Budget te ontvangen (NHS, 2015a). Ook wanneer er wordt overeengekomen dat een zorgvoorziening de beste optie is, kan er gediversifieerd worden en kan ondersteuning in meerdere voorzieningen geschikt zijn om aan de vastgestelde behoeften tegemoet te komen. Tijdens het opstellen van zorgplannen worden de exacte aard van de zorgbehoeften van de persoon en de taken die nodig zijn om aan deze behoeften te voldoen, verduidelijkt. Als het zorgplan het werk van een persoonlijke assistent(e) omvat, dient de persoon te overwegen welke taken deze persoonlijke assistent(e) zal uitvoeren en welke vereiste competenties en eventuele training noodzakelijk zijn (NHS, 2017). Daarnaast is het ook waardevol om te overwegen welke steun het individu kan nodig hebben bij de rol van werkgever.

Het indicatieve budget fungeert als een gids om het ondersteuningsplan te sturen en op te stellen. NHS (2017) noemt het een 'best guess' van hoeveel geld het waarschijnlijk zal kosten om aan de beoordeelde gezondheidsbehoeften van een persoon te voldoen en de resultaten te bereiken die in het zorg-ondersteuningsplan zijn opgenomen. Het indicatieve budget hoeft niet precies en exact te zijn. Het is

verder geen noodzaak voor CCG's om een geavanceerd budgetteringsinstrument te ontwikkelen alvorens budgetten aan te bieden. NHS England raadt aan om op kleine schaal te beginnen en te leren uit ervaringen. De meeste CCG's hebben dan ook een lokaal proces ontwikkeld (NHS, 2017).

Het is de verantwoordelijkheid van een CCG om samen te werken met de zorgbehoevende en dienst standpunt in overweging te nemen bij de goedkeuring van het zorg- en ondersteuningspakket en de beslissing in welke setting deze verstrekt zal worden. Daarnaast houden CCG's ook rekening met andere factoren zoals de kosten van de zorg en de efficiëntie van de besteding van de middelen (NHS, 2015a).

### 3.2.3 Budgetbepaling

Wanneer het opstellen van een zorg- en ondersteuningsplan duidelijk geïdentificeerde uitkomsten voortbrengt, uitklaart wat nodig is om hieraan tegemoet te komen en bepaalt welk bedrag hiertegenover dient te staan, kan er een definitief budget worden overeengekomen (NHS, 2015; 2016). Na een 'initial assessment' krijgt een persoon dus een transparant pakket aan middelen binnen het Personal Health Budget om diensten en zorg te kopen die tegemoetkomen aan de geïdentificeerde gezondheidsbehoeften (Department of Health, 2014b). De definitieve begroting dient binnen een redelijk bereik (20 procent) van de indicatieve begroting te blijven (NHS, 2017). Verder is het niet mogelijk om de pakketten van NHS-langdurige zorg aan te vullen, zoals wel mogelijk is met de zorgpakketten van de lokale overheid. De enige manier waarop NHS-Continuing Healthcare pakketten individueel kunnen worden aangevuld, is door het betalen voor extra privé-diensten bovenop de diensten die de NHS aanbiedt. Deze privé-diensten dienen te worden verschaft door andere praktijkwerkers en bij voorkeur in een andere setting (NHS, 2015a). Wanneer een persoon gebruik maakt van een persoonlijke assistent, moet de begroting werving, opleiding en verzekering omvatten. Het kan wellicht ook specifieke kosten omvatten zoals apparatuur en medische benodigdheden (NHS, 2017).

Veel personen die gebruik maken van zorg- en ondersteuningsdiensten nemen alle kosten op zich. Dit wordt benoemd als 'self-funder' van de zorg (NHS, 2017). Bij het kiezen van de zorg wordt in overweging genomen hoeveel de kosten van de zorgvoorzieningen kunnen bedragen. De kosten van de zorg worden grotendeels bepaald door de locatie, de kwaliteit en het aanbod van diensten (NHS, 2017). Vanaf april 2020 wordt er een 'cap on care costs' geïnstalleerd op de kosten om tegemoet te komen aan de vastgestelde zorgbehoeften (NHS, 2017). Deze beperking op de kosten komt er niet voor accommodaties die verband houden met zorg- en verpleegkosten. De 'cap' betekent dat, eenmaal deze bereikt wordt, de lokale overheid de kosten overneemt. De beperking geldt niet voor dagelijkse kosten (huur, voeding, nutsvoorzieningen en alle kosten die een persoon onafhankelijk van de zorgbehoeften heeft). Er wordt een 'daily living cost' (de dagelijkse kosten voor levensonderhoud) vastgesteld op nationaal niveau. Dit cijfer zal een 'notionele' hoeveelheid zijn, eerder dan een actuele kost, wat mensen in staat moet stellen om vooruit te plannen en consistentie te ondersteunen (NHS, 2017).

### 3.2.4 Terbeschikkingstelling

Als iemand in aanmerking komt voor langdurige gezondheidszorg van de NHS moet het behoeften en ondersteuningspakket normaal gesproken binnen drie maanden worden herzien. Nadien volgt minstens een jaarlijkse herziening (NHS, 2015, 2017). Deze beoordeling gaat na of het bestaande zorg- en ondersteuningspakket voldoet aan de beoordeelde behoeften. Als de behoeften zijn veranderd, zal in de evaluatie ook overwogen worden of de persoon nog steeds in aanmerking komt voor NHS-Continuing Healthcare (NHS, 2015).

De NHS biedt meer verschillende opties aan om personen in staat te stellen om keuzes te maken omtrent de NHS-zorg en ondersteuning die ze wensen te ontvangen, opdat deze het beste aansluiten bij de individuele omstandigheden en de mensen meer controle geven (NHS, 2016). Het beheer van een PHB kan op verschillende manier gevoerd worden, op de wijze die het best aansluit bij de behoeften en mogelijkheden van de betreffende persoon (Disability Rights UK, 2016). De beschikbare opties zijn (Department of Health, 2014a; Disability Rights UK, 2016; NHS, 2017):

- Notioneel budget

Een persoon kan erachter komen hoeveel geld er beschikbaar is om aan de geformuleerde zorgbehoefte tegemoet te komen. Er kan contact opgenomen worden met de lokale NHS-afdeling om te praten over de verschillende manieren om het budget te besteden. Zij zullen dan de afgesproken zorg en ondersteuning regelen met het beschikbare budget.

- Third party budget

Een andere organisatie, trust of een vertegenwoordiger beheert het budget en helpt de persoon bij het bepalen welke zorg en ondersteuning nodig is. Nadat er een overeenkomst is met het lokale NHS-team, koopt deze organisatie de geprefereerde ondersteuning.

- Direct Payment

Bij een Direct Payment for Healthcare krijgt de persoon het geld rechtstreeks om de zorg en ondersteuning te kopen die in samenspraak met het CCG werd vastgelegd. De budgethouder of diens vertegenwoordiger koopt en beheert zelf de nodige zorg, maar dient te verantwoorden waaraan het budget wordt uitgegeven. Het Personal Health Budget wordt op een aparte bankrekening gestort. Ook betalingen van en naar sociale zorg en diensten kunnen via dit bankaccount verlopen. Naast de mogelijkheid van een bankrekening kan een Direct Payment beheerd worden via een prepaidkaart en een bankrekening die beheerd wordt door een derde. Voor personen met een leerstoornis of personen die de capaciteit niet hebben om betalingen te verrichten, kan de Direct Payment aan een vertegenwoordiger of familielid uitgekeerd worden. Als een persoon een Direct Payment ontvangt, schaft de NHS zelf geen diensten aan. Er is met andere woorden geen vereiste om het standaard NHS-contract of een lokale kaderovereenkomst te gebruiken (Turner & Giraud-Saunders, 2014). Het is aan de persoon om zelf de ondersteuningsregelingen te kiezen. Dit geldt ook voor 'third party budgets', waarbij de persoon nog steeds de provider kiest die het best tegemoet komt aan diens noden. Als de persoon een notioneel budget heeft, regelt de NHS de zorg en ondersteuning zoals normaal en zijn de gebruikelijke procedures van toepassing.

### 3.2.5 Budgetbesteding

Personen worden aangemoedigd een zorg- en ondersteuningsplan op te stellen waarin wordt aangegeven hoe de hulpbronnen zullen worden gebruikt om aan de geïdentificeerde behoeften tegemoet te komen. Hierin is een grote mate van flexibiliteit in de diensten en ondersteuning die kan worden aangekocht van belang. Het Department of Health (2014b) legt echter enkele restricties op het gebruik van Personal Health Budgets op, zoals: primaire medische diensten (dat wil zeggen GP-diensten) en nooddiensten, gokken, terugbetaling van schulden, aankoop van tabak en alcohol, etc. Verder is de mogelijkheid om een persoonlijke assistent in dienst te nemen een van de grootste kansen die het Personal health Budget biedt. Persoonlijke assistenten zijn een groeiende beroepsgroep en de trend om hiervan gebruik te maken blijft toenemen (NHS, 2017). Een PHB of een DP kan niet worden ingezet om

rechtstreekse betalingen te doen aan familieleden tot de tweede graad of aan personen die in hetzelfde huis wonen als de budgethouder. Hierop kunnen uitzonderingen gelden wanneer het CQC besluit dat een dienst van de inwonende of het familielid noodzakelijk is om te voldoen aan de behoeften van de zorgbehoevende (NHS, 2015).

### 3.2.6 Verantwoording

De normen voor zorgverleners en verzorgingshuizen, worden uiteengezet door de CQC (Care Quality Commission). De inspectieverslagen van de CQC geven weer welke diensten aan de minimale eisen voldoen. Wanneer een persoon denkt dat een dienst niet aan de kwaliteitseisen voldoet, kan er klacht worden ingediend bij de CQC. De 'Care Act 2014' vereist verder dat de CQC een prestatiebeoordeling uitvoert van aanbieders van gezondheidszorg en sociale voorzieningen voor volwassenen. Deze prestatiebeoordelingen worden in de vorm van een rating verstrekt. Bij het invoeren van de ratings in 2014 betrof het de beoordeling van NHS-trusts en NHS-foundation trusts, huisartsenpraktijken, zorgverleners in de sociale zorgverlening aan volwassenen en onafhankelijke ziekenhuizen (Department of Health, 2016). Op jaarlijkse basis vindt er een 'case review' plaats waarin wordt beoordeeld of het zorgpakket van de NHS nog aan de zorgbehoeften van de cliënt voldoet en wordt geëvalueerd hoe de budgetten werden besteed (NHS, 2015).

### 3.2.7 Ondersteuning

Het gehele besluitvormingsproces over de toegang tot de langdurige zorg dient 'persoonsgebonden' te zijn (NHS, 2015). Dit betekent dat het individu en diens standpunt over de nodige ondersteuning en zorg om tegemoet te komen aan de behoeften centraal dient te staan gedurende het hele proces. Dit betekent ook dat het individu een volwaardige rol moet spelen gedurende de assessment en het beoordelingsproces, en hierbij ondersteuning kan krijgen indien nodig. Verzorgers en familieleden dienen te worden geraadpleegd waar dit van toepassing is. Een individu kan bijvoorbeeld ondersteund of bijgestaan worden door een vriend of een familielid om zijn of haar standpunt te verduidelijken (NHS, 2015, 2016).

Wanneer personen beslissingen dienen te nemen met verregaande financiële implicaties kunnen ze onafhankelijk financieel advies inwinnen. Het is steeds de moeite om eerst de kosten van alternatieven te onderzoeken. Wanneer iemand bijvoorbeeld een zorgplaats in een voorziening overweegt, dienen de kosten gewogen te worden tegen de kosten van zorg en ondersteuning om thuis te blijven, zoals thuiszorg (NHS, 2017). Daarnaast worden er ook toolkits ontwikkeld zoals bijvoorbeeld 'Skills for Care', dat mensen die hun eigen persoonlijke assistenten in dienst hebben ondersteuning biedt. Deze toolkit helpt bij het aansturen van een persoonlijke assistent, en helpt bij vragen omtrent verantwoordelijkheden als werkgever en bij het begrijpen van de wettelijke verplichtingen bij deze rol (NHS, 2016).



## 4 Synthese Engeland

### *Bestuurlijk*

In Engeland is de regelgeving en de organisatie omtrent persoonlijke budgetten voor personen met een beperking gevat in twee wetten<sup>37</sup>. De Care Act enerzijds die de sociale zorg (social care) regelt en die uitgevoerd wordt door de lokale overheden en anderzijds het wetgevend kader voor de NHS Continuing Healthcare, de nationaal geregelde zorg en ondersteuning voor personen van wie de primaire zorgnood gezondheidsgerelateerd is. Deze laatste wordt uitgevoerd door de Clinical Commissioning Groups (CCG's), die als gedecentraliseerde organen van de NHS op lokaal niveau in 207 regio's instaan voor de uitvoering van het gezondheidsbeleid van de NHS. Hoewel het recht op een Personal Budget (PB) in de sociale zorg (social care) reeds langer bestaat, geldt het recht om het Personal Health Budget (PHB) te bekomen binnen de gezondheidszorg pas sinds 2014. Met een PB en een PHB worden personen in kennis gesteld van de hoeveelheid middelen die voor hun zorg en ondersteuning beschikbaar zijn. Daarnaast wordt men ook aangemoedigd om een zorg- en ondersteuningsplan op te stellen waarin dient te worden aangegeven hoe de middelen ingezet zullen worden om aan de geïdentificeerde behoeften tegemoet te komen. Naast dit recht op een PB en een PHB wordt zowel in de sociale zorg als de langdurige gezondheidszorg de mogelijkheid op de ondersteuning in een cash-leveringsvorm te bekomen onder de noemer 'Direct Payment'. De budgethouder of zijn vertegenwoordiger staat dan zelf in voor de organisatie van de nodige zorg en ondersteuning, het beheer van het bedrag en de verantwoording van de besteding. Het bestuursniveau dat verantwoordelijk is voor de implementatie en de inkomensafhankelijkheid van de toegang tot de zorg zijn de twee belangrijkste verschillen tussen de adult social care en de Continuing Healthcare. De sociale zorg georganiseerd door de lokale overheid is onderhevig aan een middelentoets bij de zorgvrager, waardoor de financiële tegemoetkoming mee bepaald wordt door zijn of haar inkomen/vermogen. De ondersteuning vanuit de gezondheidszorg is daarentegen niet inkomensafhankelijk en is de verantwoordelijkheid van de NHS. In tegenstelling tot de gezondheidszorg binnen de NHS, is de zorg en ondersteuning binnen de social care niet gratis.

### *Organisatie traject*

De toegang tot de NHS CHC is meer gestandaardiseerd dan deze tot de sociale zorg door het gebruik van de 'Checklist Tool' en de 'National Decision Support Tool' die praktijkwerkers bijstaat in het nemen van beslissingen. Binnen de social care werden nationale minimumcriteria vooropgesteld om te bepalen of iemand al dan niet in aanmerking komt voor zorg en ondersteuning, maar blijft tegelijk discretionaire ruimte bij de overheid om hier een interpretatie aan te geven. Voor de terbeschikkingstelling van een DP gelden in beide systemen een aantal gelijklopende regels. Ten eerste wordt de 'mentale capaciteit' van de cliënt of zijn vertegenwoordiger onderzocht. Ten tweede wordt beoordeeld of de zorgvrager in staat is om een persoonsgebonden budget te beheren en of dit een 'gepaste' wijze is om aan de zorgbehoefte tegemoet te komen. Alvorens een finaal budget toe te wijzen aan de cliënt wordt een indicatief budget opgesteld. Dit is een 'best guess' van wat de ondersteuning voor de geïndiceerde behoeften kan kosten. Dit bedrag kan na het gezamenlijk opstellen van een zorg- en ondersteuningsplan worden bijgesteld. Binnen de sociale zorg geldt dat er bij de budgetbesteding niet noodzakelijkerwijs gekozen dient te worden voor de goedkoopste optie. Het leidend principe is 'value for money' en het in overweging nemen van de outcomes die in het zorgplan werden opgenomen. De lokale overheden

<sup>37</sup> Zie hoofdstuk 4 voor meer duiding omtrent de zorgtypes die respectievelijk onder sociale zorg en gezondheidszorg gevat worden.

kunnen echter financiële beperkingen inbouwen bij de budgetbepaling. Ook de Clinical Commissioning Groups (CCG's), nemen efficiëntie als leidend principe in de beoordeling van de budgetbesteding. De CCG's kunnen echter ook een DP als leveringsvorm weigeren wanneer deze van oordeel zijn dat dit geen kosteneffectieve manier is om aan de persoonlijke gezondheidsbehoeften tegemoet te komen. Binnen beide systemen geldt ook dat een familielid en een inwonende enkel bij uitzondering betaald kunnen worden voor de zorgtaken die ze uitvoeren indien de lokale overheid of het CCG dit nodig en mogelijk acht.

Tot slot kunnen de budgetten uit de social care en de CHC worden samengevoegd in een 'joint package of care', een gezamenlijk zorgpakket waarbij zowel de lokale overheid als de NHS instaan voor de bekostiging. Deze samenwerking ter overbrugging van grijze zones en om te vermijden dat personen tussen de plooiën van beide zorgsystemen vallen, hangt sterk af van het engagement van lokale entiteiten (city council en lokaal CCG).

## Hoofdstuk 5

### Persoonsgebonden budget in Duitsland

#### 1 Inleiding

In 1994 werd de mogelijkheid om voor een Persönliches Budget (PB) te kiezen voor het eerst geïntroduceerd in de Duitse langdurige zorg (Pflegeversicherung). Personen met langdurige zorgnoden konden vanaf dat moment binnen hun zorgverzekering de keuze maken tussen ambulante zorg in natura of een PB. Vanaf 1996 werd ook de financiering van institutionele zorg mogelijk met de Pflegeversicherung. Het terugdringen van de kosten van de sociale bijstand en het reduceren van de druk op de mantelzorg waren hier belangrijke onderliggende motieven voor. Tussen 2004 en eind 2007 werd het PB als ondersteuningsvorm uitgetest in 8 modelregio's in Duitsland (Breda, Gevers, & Van Landeghem, 2008). In navolging van de invoering van de eerste wettelijke grondslag in 2001 in het Sozialgesetzbuch IX (SGB IX), werd de zorglevering in de vorm van een PB op 1 januari 2008 een wettelijk recht voor personen met een handicap op het volledige Duitse grondgebied<sup>38</sup> (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2014a; Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, 2009; Landschaftsverband Rheinland, 2016). Tot 31 december 2007 stond het de frontliniewerker van de betrokken instantie (Leistungsträger) vrij om te beslissen of er op het verzoek van een cliënt om zijn zorg onder de vorm van een persoonlijk budget te ontvangen zou worden ingegaan (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2014). Sinds 1 januari 2008 is het PB als leveringsvorm voor alle zorgvragers een wettelijk recht geworden (SGB IX, 2017; Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2014). Dit betekent meer specifiek dat iedereen die een persoonlijk budget wenst te ontvangen en aan de toekenningsvoorwaarden voldoet, zich op dit recht kan beroepen (Breda et al., 2008). Het regelgevend kader voor het persoonlijk budget is uitgezet door de Duitse Rijksoverheid. In § 17 van het SGB IX wordt de concrete rechtsgrond voor het persoonlijk budget als volgt geformuleerd: “auf Antrag können Leistungen zur Teilhabe auch durch ein Persönliches Budget ausgeführt werden, um den Leistungsberechtigten in eigener Verantwortung ein möglichst selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen” (SGB IX).

---

<sup>38</sup> Voor een meer exhaustief overzicht van de periode voorafgaand aan de nationale invoering van het TPB, verwijzen wij naar het rapport van Breda (2008).

## 2 Het persoonsgebonden budget in Duitsland

### 2.1 Bestuurlijke organisatie

#### 2.1.1 Stakeholders

In het Duitse systeem van persoonlijke budgetten vervullen de volgende stakeholders een centrale rol:

- Leistungsträger

De Leistungsträger (LT) zijn de centrale actoren in het systeem van PB's. De Leistungsträger zijn de instanties verantwoordelijk voor de diverse sociale uitkeringen en ondersteuningsvormen in Duitsland. Het overzicht van deze instanties en de bijhorende ondersteuning die zij bieden is opgenomen in SGBI (Sozialgesetzbuch SGB I.; Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen, 2001). De belangrijkste LT in het kader van persoonlijke budgetten voor personen met een beperking zijn de Sozialhilfeträger (gevat in SGBXII) en de Pflegekassen (gevat in SGB XI).

- Gemeinsame Servicestelle

Gemeinsame Servicestelle zijn joint service centers of anders geformuleerd gezamenlijke onthaaldiensten voor ondersteuningsaanvragen. In regel zijn dit geen afzonderlijke organisaties, maar worden zij ingericht door bestaande instanties (Rehabilitations- of Leistungsträger) die een bijkomende rol krijgen als gemeenschappelijk contact- en coördinatiepunt voor alle LT in een bepaalde regio. Zij vervullen hierbij een informatie- en adviesfunctie voor alle kwesties omtrent revalidatie/rehabilitatie (Reha) en participatie (Teilhabe) (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, 2010; Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2014). Over heel het land zijn dergelijke centra ingericht die over de diverse instanties heen (trägerübergreifend) en lokaal georganiseerd zijn. Deze centra zijn ook een toegangspoort voor de zorgvrager die een aanvraag wil maken om zijn ondersteuning onder de vorm van een PB te bekomen. In het negende sociale wetboek staat verder dat deze Gemeinsame Servicestellen zodanig uitgerust dienen te worden dat zij hun taken volledig en deskundig kunnen uitvoeren, dat belemmeringen voor toegang en communicatie worden voorkomen en dat wachttijden worden vermeden (SBG IX, 2017). Om dit te bewerkstelligen dient gekwalificeerd personeel ingezet te worden met een brede expertise op het gebied van revalidatierecht en de rehabilitatiepraktijk. Ondanks dit ambitieus en beloftevol wettelijk kader bleef, op enkele uitzonderingen na, de werking van de Gemeinsame Servicestellen onder de verwachtingen. Daarom zullen de Gemeinsame Servicestelle met de inwerkingtreding van de Bundesteilhabegesetz<sup>39</sup> met ingang van 31 december 2018 afgeschaft worden op basis van algemene consensus dat deze in de praktijk niet naar behoren werken (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2017a).

- Bundesministerium für Arbeit und Soziales

Het Ministerie voor Arbeid en Sociale zaken is verantwoordelijk voor de wettelijke regeling van het PB. Deze is vervat in de sociale wetgeving (SGB) (SGB IX, 2017; Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2017a).<sup>40</sup>

---

<sup>39</sup> Zie hoofdstuk realisatiegraad Duitsland.

<sup>40</sup> Zie Inleiding persoonsgebonden budget in Duitsland.

- Bundesministerium für Gesundheit

Het Ministerie voor Volksgezondheid is verantwoordelijk voor de wettelijke regeling van het Pflegegeld, het persoonlijk budget binnen de Pflegeversicherung, zoals geregeld in SGB XI (Bundesministerium für Gesundheit, 2017).

- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation

Deze federale werkgroep voor rehabilitatie is een platform waarop alle Leistungsträger en alle deelstaten van Duitsland vertegenwoordigd zijn, alsook de werkgeversverenigingen en vakbonden. Het platform heeft als doel om door middel van samenwerking en coördinatie, een gelijke behandeling van chronisch zieken en mensen met een beperking te garanderen (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, 2009). Verder formuleert deze werkgroep ook aanbevelingen voor implementatie van wetgeving of in functie van wetwijzigingen.

- Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben

De "Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben in Deutschland eV - ISL" is de overkoepelende organisatie van de centra voor onafhankelijk leven van personen met een handicap en werd op 19 oktober 1990 opgericht door personen met een handicap (ISL, 2017). Deze organisatie is de Duitse tak van de internationale organisatie van belangenbehartiging van en voor personen met een beperking: 'Disabled People International'. Deze organisatie voorziet in informatie en advies omtrent de mogelijkheden van een persoonlijk budget via webpagina's, folders en een telefoonlijn. Dit gebeurt voornamelijk aan de hand van Peer-Counselling.

### 2.1.2 Bestuurlijke context

Het huidige Duitse sociaal beleid voor personen met een handicap is vervat in het Sociaal Wetboek nr. 9 (SGB IX). Het federaal ministerie voor Arbeid en Sociale zaken werkte deze regelgeving uit. SGB IX heeft enerzijds als doel de discriminatie op grond van een handicap aan te pakken en te bannen. Anderzijds wil het beleid door het voorzien in gerichte bijstand en ondersteuning, de zelfbeschikking voor personen met een handicap versterken en gelijke participatie in de samenleving bevorderen (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2017a). De ondersteuning wordt verleend onder de noemer van 'Sozialleistungen' (sociale uitkeringen) die voor personen met een beperking geleverd worden als 'Leistungen zur Teilhabe'. In dit rapport zal 'Integratiebijstand' gehanteerd worden als vertaling van deze term. Het is de doelstelling om in het kader van de integratiebijstand door middel van het PB het 'Wunsch- und Wahlrecht' van personen met een beperking te versterken zodat zij een betere keuze kunnen maken omtrent de wijze waarop hun integratie in de samenleving dient te verlopen. (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2017b).

In het Duitse sociale stelsel zijn de verantwoordelijkheden verdeeld over verscheidene 'Sozialleistungsträger', instanties, die elk afzonderlijk verantwoordelijk de verantwoordelijkheid dragen voor een ander aspect van de integratiebijstand. De instanties en hun bevoegdheden worden in het SGB IX beschreven (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2017b). Deze verschillende diensten voor integratiebijstand zijn als volgt gegroepeerd:

Tabel 7 Domeinen integratiebijstand

<b>Domeinen Teilhabe (Integratiebijstand)</b>	
Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	Medische rehabilitatiehulp
Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	Hulp bij integratie in arbeidsleven
Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft	Bijstand voor sociale integratie

Zoals in bovenstaande tabel te lezen is, omvat de integratiebijstand drie deeldomeinen. Een eerste deeldomein is de medische rehabilitatie, gericht op hulp en ondersteuning bij medisch herstel van de zorgvrager. In een tweede deeldomein wordt ondersteuning geboden die het mogelijk moet maken voor de persoon met een beperking om op een volwaardige manier deel te nemen aan het arbeidsleven. Het laatste domein omvat de sociale integratie en moet deelname aan het maatschappelijk leven mogelijk maken. Voor elk deeldomein kunnen meerdere Leistungsträger (LT) betrokken of verantwoordelijk zijn voor het bepalen en toekennen van de ondersteuning, al naar gelang de concrete situatie (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2017b). De openbare voorzieningen voor jeugdzorg (Jugendhilfe) en sociale bijstand (Sozialhilfe) hebben brede bevoegdheden en treden in de meeste gevallen op als ‘subsidiare’ zorgverstrekkers. Dit betekent dat ze pas verantwoordelijk zijn voor het bieden van ondersteuning als alle andere mogelijke ondersteuningsbronnen zijn uitgeput. Wanneer met andere woorden de primair verantwoordelijke instanties reeds alle mogelijke ondersteuning hebben geboden, zal Sozialhilfe of Jugendhilfe een deel of het volledige pakket aan ondersteuning voorzien (Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2017b; SGB IX, 2017).

Onderstaande figuur<sup>41</sup> biedt een overzicht van de verdeling van de types toelagen en ondersteuning in het kader van integratie- en rehabilitatiebijstand door de acht instanties die bevoegd kunnen zijn.

Leistung zur	Unfall- versiche- rung	Soziale Entschä- digung	Kranken- versiche- rung	Renten- versiche- rung	Bundes- agentur für Arbeit	Grund- sicherung für Arbeit- suchende	Jugend- hilfe	Sozial- hilfe
medizi- nische Rehabili- tation	X	X	X	X			X	X
Teilha- be am Arbeits- leben	X	X		X	X	X	X	X
Teilhabe am Leben in der Gemein- schaft	X	X					X	X

Figuur 21 Leistungsträger zur Teilhabe (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2017b, p. 42)

<sup>41</sup> Achtereenvolgens: de ongevallenverzekering, kas voor oorlogsslachtoffers, de ziekteverzekering, pensioenfonds, federaal agentschap voor werk, arbeidsintegratiedienst, jeugdhulp en sociale hulp.

Welke instantie verantwoordelijk is voor de implementatie van het persoonsgebonden budget is afhankelijk van de desbetreffende zorgnood die beantwoord moet worden. In de praktijk is het mogelijk dat het beantwoorden van een zorg- en ondersteuningsvraag van een persoon met een handicap door meerdere instanties tegelijk beantwoord moet worden. Kiest de cliënt er in die situatie voor om zijn ondersteuning bij meerdere aanbieders onder de vorm van een PB op te nemen, dan is sprake van een Trägerübergreifendes Persönliches Budget (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2014). De uitvoering in de praktijk gebeurt dan door de diverse LT's en is gekoppeld aan hun desbetreffende wettelijke regeling. De betrokken verantwoordelijke diensten voor de implementatie kunnen dus zowel de sociale dienst van het lokaal bestuur zijn als de pensioenverzekering, enz. Voor dit rapport is voornamelijk de bestuurlijke organisatie van het PB binnen de Sozialhilfe en Pflegeversicherung relevant<sup>42</sup> (SGB IX, 2017; Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2014; Einfach Teilhaben, 2017).

De Sozialhilfe is geregeld in het Sociaal wetboek XII (SGB XII). De 'örtlichen' (het lokale bestuursniveau) en 'überörtlichen Träger' (het bovenlokale bestuursniveau) zijn aangeduid als bevoegde niveaus voor de implementatie van de Sozialhilfe. In de regel zijn de lokale niveaus de Kreise - die meerdere steden en gemeenten overkoepelen - of de Kreisfreie Städte, die samenvallen met het bestuurlijk niveau van de stad. De bovenlokale niveaus zijn per deelstaat anders georganiseerd<sup>43</sup>. Het zijn deze bovenlokale bestuursniveaus die bevoegd zijn voor de integratiebijstand die participatie in het reguliere maatschappelijk leven mogelijk moet maken, de 'Eingliederungshilfe' ('Leistungen zur Teilhabe' verstrekt door de Sozialhilfeträger) en 'Hilfe zur Pflege' (verplegingsdiensten gefinancierd door de Sozialhilfeträger), maar ook hierop bestaan landsbreed diverse uitzonderingen<sup>44</sup> (Socialnet, 2017). Op het niveau van de deelstaten wordt de verdeling van bevoegdheden en verantwoordelijkheden tussen lokale, bovenlokale en regionale (Länder) op zeer uiteenlopende wijzen vormgegeven.

Voor de langdurige zorg zijn de zorgkassen (Pflegekasse) de verantwoordelijke instantie (Leistungsträger) van de Pflegeversicherung. Door elke ziekenkas is een zorgkas opgericht. Daarnaast zijn ook private zorgkassen actief. De regel is dat wie verzekerd is bij een publieke ziekenkas, ook bij de daarbij horende publieke zorgkas aangesloten is. Dezelfde analogie geldt voor wie privaat verzekerd is. De financiering van de Pflegeversicherung is afkomstig uit werkgevers- en werknemersbijdragen (Bundesministerium für Gesundheit, 2017a).

Ook de onderlinge verdeling van bevoegdheden over de diverse LT heen is vrij complex. Zo kan bijvoorbeeld een uitkering voor deelname aan het beroepsleven (Teilhabe am Arbeitsleben) worden verstrekt door de instelling die verantwoordelijk is voor integratiebijstand (Eingliederungshilfe), bv. een Landschaftsverband verantwoordelijk voor de Sozialhilfe, maar ook vanuit de dienst voor arbeidsintegratie, de pensioenverzekering of ongevallenverzekering. De toekenning van de ondersteuning is echter afhankelijk van de voorwaarden en criteria opgenomen in het desbetreffende Sociale Wetboek (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, n.d.-a). Zo is de pensioenverzekering een federale bevoegdheid, wat het eenvoudig maakt om een coherente en uniforme toepassing van de wet te verzekeren in heel Duitsland. Dergelijke uniformiteit is minder vanzelfsprekend in het geval van de integratiebijstand (Eingliederungshilfe) voor mensen met een ernstige handicap. Deze dienstverlening

<sup>42</sup> Voor de achterliggende logica, zie hs 2.2.

<sup>43</sup> In Nordrhein-Westfalen zijn dit bv. de Landschaftsverbände, in Hessen het Landeswohlfahrtsverband etc.

<sup>44</sup> In Baden-Württemberg is bv. het lokale niveau bevoegd.

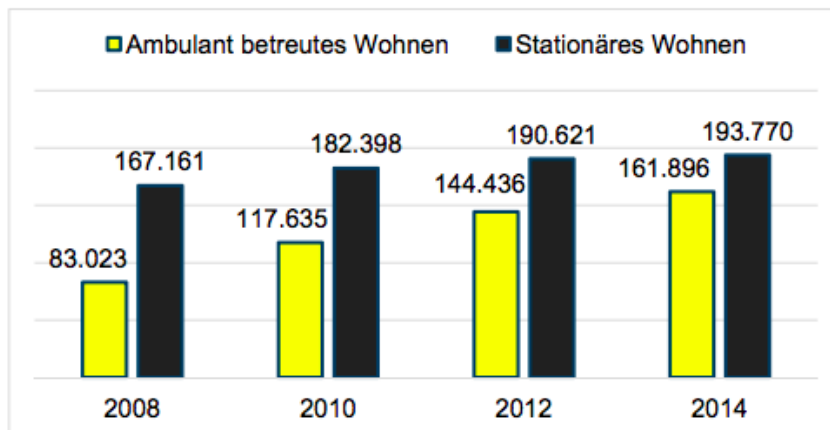
wordt in SGB XII geregeld als federale wetgeving, maar er is een ruime discretionaire bevoegdheid waar de autoriteiten in de deelstaten verschillend gebruik van maken.

### 2.1.3 Realisatiegraad

Met de ratificatie van het VN-verdrag slaat ook de Duitse federale regering de weg in naar een de-institutionalisering binnen de zorg voor personen met een beperking. Het PB is slechts één van de wijzen waarop Duitsland poogt om meer autonomie en zelfstandigheid te bekomen in het leven van personen met een beperking. Ook de inzet op vormen van begeleid en zelfstandig wonen (Betreutes Wohnen) binnen de contouren van intramurale zorg, wordt gezien als wijze van ondersteuning om de zelfstandigheid en zelfredzaamheid te bevorderen en te behouden. De Deutscher Bundestag (2017) geeft in een rapport weer hoe de levenssituatie van personen met een beperking tussen 2008 en 2014 evolueerde (p. 184):

- Het aantal mensen dat hulp ontvangt vanuit de Sozialhilfe voor zelfstandig wonen in intramurale zorg is gestegen van 167.161 in 2008 met 16% naar 193.770 in 2014;
- Het aantal mensen dat ambulante zorg ontvangt vanuit Sozialhilfe in de vorm van begeleid wonen (Leistungen des ambulant betreutes Wohnen) steeg met 95% van 83.023 in 2008 tot 161.896 in 2014.
- Eind 2014 maakten in totaal 9.473 mensen gebruik van een persoonlijk budget binnen de Eingliederungshilfe. Het aantal budgethouders is sinds 2010 met 78% gestegen.

In onderstaande figuur komt de enorme toename in het ambulant begeleid wonen (ambulant betreutes Wohnen) tegenover de lichte stijging in het zelfstandig wonen in de intramurale zorg duidelijk in beeld.



Figuur 22 Aantal personen ambulant versus zelfstandig wonen in intramurale zorg aan het jaareinde van 2008 tot 2014 (Deutscher Bundestag, 2017)

De federale overheid blijft het als haar opdracht zien om deze praktijken verder uit te breiden en de bekendheid van deze woonvormen bij personen met een beperking te vergroten. Het Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2014) stelt expliciet dat het Persoonlijk Budget uitermate geschikt is om de overgang tussen leven en wonen in een voorzieningen (heim) naar het zelfstandig leven in een accommodatie van begeleid wonen te vergemakkelijken en te verlichten.



De meest recente studie omtrent de PB's die een vergelijking over verschillende LT's heen vat, dateert van december 2012 en is voornamelijk gebaseerd op data van 2010. Op een totaal van 14.193 PB's<sup>45</sup> in 2010 waren 11.495 budgetten toegekend vanuit de Sozialhilfe. In de ongevallenverzekering werden 1.800 budgetten in kaart gebracht. De toegekende budgetten vanuit de andere Leistungsträger zoals de jeugdzorg, de dienst voor arbeidsintegratie etc. waren vanuit dit kwantitatief perspectief eerder marginaal (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2012).

Bij het overschouwen van de toegekende budgetten vanuit de Sozialhilfe in onderstaande tabel, die samen met de Pflegeversicherung de grootste verstrekker van PB's is, springen de grote regionale verschillen op vlak van het aantal toegekende budgetten in het oog. Dit duidt erop dat de realisatiegraad van de implementatie van de PB's in de praktijk geografisch sterk gediversifieerd is. In de vierde kolom is het totale aantal budgetten terug te vinden in 2012. Waar dit in Bremen slechts over 7 budgetten ging, waren in Rheinland-Pfalz ruim 4.800 budgetten.

Tabel 8 Aantal Persönliche Budgets bij de Sozialhilfeträger, stand van zaken 2010 (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2012, p. 6)

Bundesland	Budgets
Baden-Württemberg	1.033
Bayern	1.320
Berlin	163
Brandenburg	105
Bremen	7
Hamburg	95
Hessen	531
Mecklenburg-Vorpommern	119
Niedersachsen	573
Nordrhein-Westfalen	987
Rheinland-Pfalz	4.824
Saarland	169
Sachsen	500
Sachsen-Anhalt	564
Schleswig-Holstein	175
Thüringen	328
<b>Deutschland</b>	<b>11.493</b>

<sup>45</sup> Het is van belang op te merken dat dit aantal niet de budgetten vanuit de Pflegeversicherung vat omdat data omtrent PB's op dat ogenblik niet beschikbaar waren (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2012).

Ook wat betreft het aandeel budgethouders ten opzichte van het totaal aantal ontvangers van zorg- en ondersteuning binnen de Sozialhilfe, zijn grote verschillen vast te stellen tussen de deelstaten. Het aandeel varieert tussen 1 budgethouder op 1.000 in Bremen en 183 op 1.000 in Rheinland-Pfalz. Globaal beschouwd over Duitsland ontvangen 18 personen op 1.000 die zorg en ondersteuning krijgen vanuit de Eingliederungshilfe, dit onder de vorm van een PB. Bovendien is 99% van deze PB's een 'einfaches' PB en vormden de TPB's de uitzondering in 2012 (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2012). Uit onderstaand overzicht in tabel 9 omtrent de uitgaven in miljoen euro die gemaakt worden door de verschillende LT's, valt af te leiden dat de PB's in belang toenemen in Duitsland.

Tabel 9 Macro-uitgaven voor rehabilitatie en integratie onder de vorm van een Persönliches Budget (in miljoen euro) (Deutscher Bundestag, 2017, p. 217)<sup>46</sup>

	<b>GKV</b>	<b>GRV</b>	<b>BA</b>	<b>IA</b>
2011	5,7	0,1	5,8	0,3
2012	8,6	0,3	6,7	0,1
2013	11,6	0,5	8,0	0,5
Veränderung seit 2011	+104 %	+400 %	+38 %	+67 %

Ondanks dat bovenstaande tabel aangeeft dat het belang van PB's in Duitsland toeneemt moet enige nuance in rekening gebracht worden. Zo illustreren cijfers uit (het Bezirk) Berlijn – dat deel uitmaakt van dit onderzoek - dat het relatief aandeel budgethouders binnen de Sozialhilfe vooralsnog beperkt is. In de periode van 2011 tot en met 2014 opteert op een totaal van 28.647 personen die recht hebben op participatieondersteuning (Eingliederungshilfe) slechts 2% om dit onder de vorm van een PB op te nemen (Abgeordnetenhaus Berlin, 2016).

Binnen de Pflegeversicherung ontvangen op een totaal van ruim 3 miljoen gebruikers van ondersteuning ongeveer 2,3 miljoen personen ambulante ondersteuning. Van deze laatste categorie kiest 81% voor ondersteuning die geheel of gedeeltelijk onder de vorm van een PB (Pflegegeld) wordt toegekend (Bundesministerium für Gesundheit, 2017b). Met de focus op zowel de Pflegeversicherung als op de Sozialhilfe vat dit rapport de belangrijkste elementen van het huidige PB-systeem in Duitsland.

Tussen 2017 en 2023 treedt de 'Bundesteilhabegesetz' (BTHG) of federale participatiewet stapsgewijs in werking. Deze wet dient ter verdere implementatie van het VN-verdrag inzake de rechten van personen met een beperking (UNCPRD), dat op 26 maart 2009 in werking is getreden in Duitsland (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2017a; Der paritätische Gesamtverband, 2016). De 'Bundesteilhabegesetz' heeft het verbeteren van de levensomstandigheden van mensen met een handicap tot doel, met het oog op een inclusieve samenleving. De centrale doelstelling is het omvormen van de bestaande regelgeving tot een kader aangepast aan de moderne maatschappij, dat het mogelijk moet maken voor personen met een beperking om te participeren aan de samenleving (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2017b). Deze nieuwe wetgeving beoogt onder meer het versterken van het principe van 'Leistungen wie aus einer Hand' (zie verder in dit rapport) en moet vermijden dat personen met een handicap in de toekomst dubbele beoordelingsprocedures dienen te doorlopen in het kader van hun ondersteuningsvraag. Verder wordt ook het onafhankelijke advies versterkt door de oprichting van of bijkomende financiering van counseling centra met peer counseling. De federale overheid zal voorzien in een jaarlijks bedrag van €58 miljoen om deze centra te financieren.

<sup>46</sup> GKV: Ziekteverzekering; GRV: Pensioenkas; BA: Federaal Agentschap voor Werk; IA: Arbeidsintegratiedienst.

Bovendien wordt de inkomens- en vermogensdrempel verhoogd die mensen met een beperking mogen hebben vooraleer zij het recht op zorg en ondersteuning verliezen. Waar de vermogensgrens destijds was vastgelegd op €2.600, is deze sedert 1 april 2017 verhoogd naar €30.000 en zal de grens verder opgetrokken worden tot € 50.000 in 2020. Vanaf dat jaar zal het vermogen en inkomen van de partner niet meer meegeteld worden bij de berekening. De inkomensgrens wordt opgetrokken tot €1.470 per maand in de loop van 2017 en zal in 2020 €2.529 bruto per maand bedragen (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2017b; Gesley, 2017). Tot slot worden door middel van het BTG met ingang van 31 december 2018 de Gemeinsame Servicestellen afgeschaft op basis van algemene consensus dat deze in de praktijk niet naar behoren werken<sup>47</sup> (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2017a).

Ook binnen de verpleegkundige zorg, de Pflegeversicherung, wordt een heroriëntering en herdefiniëring doorgevoerd met de 'Pflegestärkungsgesetz'. Als centrale aanleiding voor de Pflegestärkungsgesetz wordt de stijgende levensverwachting benoemd. Die leidt ertoe dat eind 2015 ruim 2,9 miljoen mensen in Duitsland aangewezen zijn op verplegingszorg. Een aantal dat in de toekomst enkel zal toenemen. Sinds 2017 wordt bij de beoordeling van de zorgvragen binnen de Pflegeversicherung rekening gehouden met fysieke beperkingen, maar ook met mentale en psychologische beperkingen (Bundesministerium für Gesundheit, 2017). Dit betekent dat alle zorgbehoevenden gelijke toegang hebben tot de zorgverzekering, ongeacht of zij een lichamelijke, geestelijke of psychische beperking hebben. Daarnaast worden de drie zorgniveaus die voorheen bestonden, vervangen door vijf nieuwe zorggraden. De overgang naar de nieuwe 'Pflegegrade' gebeurt automatisch (Bundesministerium für Gesundheit, z.n.). Tabel 10 geeft weer hoe deze overgang zal verlopen. De regel "+1" geldt voor personen die enkel een lichamelijke beperkingen hebben. De regel "+2" is van toepassing op mensen met aanzienlijk verminderde dagelijkse vaardigheden.

Tabel 10 Pflegegrade vanaf 2017 (Bundesministerium für Gesundheit, z.n.)

Bei Menschen mit ausschließlich körperlichen Einschränkungen gilt die Regel „+1“.

In Pflegestufen bis 2016	In Pflegegraden seit 2017
Pflegestufe I	Pflegegrad 2
Pflegestufe II	Pflegegrad 3
Pflegestufe III	Pflegegrad 4
Pflegestufe III (Härtefall)	Pflegegrad 5

Bei Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz gilt die Regel „+2“.

In Pflegestufen bis 2016	In Pflegegraden seit 2017
Pflegestufe 0	Pflegegrad 2
Pflegestufe I	Pflegegrad 3
Pflegestufe II	Pflegegrad 4
Pflegestufe III	Pflegegrad 5

<sup>47</sup> Zie 'Bestuurlijke organisatie'.

Met het vernieuwde ‘Pflegebedürftigkeitsbegriff’, de nieuwe conceptualisering van de behoefte aan langdurige zorg, neemt het aantal verzekerden dat recht heeft op ondersteuning binnen de Pflegeversicherung toe. Dit komt doordat de ondersteuning veel eerder begint: de verpleeggraad 1 wordt ingeschoven als een nieuwe ondersteuningsgraad. Deze lage verpleeggraad omvat mensen die nog geen significante beperkingen hebben, maar die toch al in zekere mate - meestal fysiek - beperkt zijn (Bundesministerium für Gesundheit, 2017). In wat volgt bespreken we enkele opmerkelijke veranderingen die een impact hebben op de zorg en ondersteuning voor personen met een beperking in het algemeen en de organisatie van de zorg met een PB in het bijzonder.

In het kader van de ‘Pflegestärkungsgesetz’ wordt werk gemaakt van een meer eenduidig en uniformer ondersteuningsbedrag voor de vijf onderscheiden zorggraden. Voor personen met Pflegegrad 2 tot 5 die voltijds in een intramurale voorziening voor personen met een beperking verblijven, geldt dat de Pflegeversicherung in deze vernieuwde constellatie een forfaitair bedrag betaalt voor de kosten van de verpleging. Deze bijdrage wordt berekend op 10% van de kosten in de voorziening, met een maximaal bedrag van €266 per maand (Bundesministerium für Gesundheit, 2017). Voorheen nam bij een hogere ondersteuningsnood de uitkering uit de zorgverzekering toe, maar tegelijkertijd nam ook de eigen bijdrage voor de zorg toe. Deze eigen bijdrage neemt nu niet meer toe als iemand in een hogere graad van zorg wordt ingeschaald.

Daarnaast hebben personen recht op een volledig ‘Pflegegeld’, in verhouding tot het aantal dagen dat deze thuis zorg en ondersteuning ontvangen. Dit Pflegegeld kan worden aangevraagd wanneer de zorg extramuraal wordt geregeld, en dus verwanten en vrijwilligers de zorg op zich nemen. Dit persoonlijk budget (Pflegegeld) kan ook in combinatie met ambulante diensten verkregen worden. Door het nieuwe Pflegestärkungsgesetz zouden alle bedragen van dit Pflegegeld verhogen. In tabel 11 en 12 wordt duidelijk dat er nog grote verschillen blijven bestaan tussen de budgethoogtes in het ‘Pflegegeld für häusliche Pflege’ (het PB voor thuisverpleging) en de budgetten voor de ‘Pflegesachleistungen für häusliche Pflege’ (de gecontracteerde thuiszorg in natura).

Tabel 11 Pflegegeld voor thuisverzorging (Bundesministerium für Gesundheit, 2017, p. 8)

<b>Pflegebedürftigkeit</b> in Graden	<b>Leistungen seit 2017</b> pro Monat
Pflegegrad 2	316 Euro
Pflegegrad 3	545 Euro
Pflegegrad 4	728 Euro
Pflegegrad 5	901 Euro

Tabel 12 Bedragen gecontracteerde thuiszorg in natura (Bundesministerium für Gesundheit, 2017, p. 9)

<b>Pflegebedürftigkeit</b> in Graden	<b>Leistungen seit 2017</b> maximale Leistungen pro Monat
Pflegegrad 1	*
Pflegegrad 2	689 Euro
Pflegegrad 3	1.298 Euro
Pflegegrad 4	1.612 Euro
Pflegegrad 5	1.995 Euro

Een derde opmerkelijk punt is de invoering van een ‘Entlastungsbetrag’. Sinds 1 januari 2017 ontvangen de patiënten van alle verpleeggraden (1 tot 5) die gebruik maken van ambulante verpleging een vast ‘Entlastungsbetrag’ (ondersteuningsbudget) van €125 per maand (Bundesministerium für Gesundheit, 2017). Dit is geen forfaitair bedrag zonder oormerk, maar kan voor specifieke zaken ingezet worden. Zo kan het gebruikt worden in de Pflegegraden 2-5 voor de vergoeding van de kosten van gedeeltelijke dag- of nachtverzorging, tijdelijke voltijdse intramurale zorg, kortdurende zorg of ambulante verpleegdiensten. Verzekerden binnen de Pflegegrad 1 kunnen dit bedrag inzetten voor zelfzorg, wat niet kan voor personen binnen de Pflegegraden 2 tot 5. De inzet van dit ‘Entlastungsbetrag’ dient bij te dragen aan het verlichten van de lasten voor zorgverleners en toe te laten dat de zorgbehoevende mensen zo lang mogelijk in hun thuisomgeving kunnen blijven, sociale contacten kunnen onderhouden en hun dagelijks leven zo zelfstandig mogelijk blijven vormgeven.

Het bedrag van deze tegemoetkoming wordt bovenop de andere diensten voor thuisverpleging van de Pflegeversicherung toegekend, zonder dat het met andere mogelijke uitkeringen en diensten wordt verrekend (Bundesministerium für Gesundheit, 2017). De bedragen die niet volledig gebruikt worden, kunnen naar de volgende maanden binnen hetzelfde kalenderjaar worden overgedragen. Wanneer deze bedragen aan het einde van het kalenderjaar nog niet zijn opgebruikt, kunnen deze naar het volgende kalenderjaar worden overgedragen.

#### 2.1.4 Doelgroepen en Toelatingsvoorwaarden

De doelgroep van een PB zijn personen met een beperking of personen die door een beperking bedreigd worden. Dit geldt ongeacht de leeftijd (kinderen en adolescenten hebben ditzelfde recht) van de rechthebbende en ongeacht het type handicap, de ernst en de oorzaak. Ook indien de persoon niet zelf in staat is om zijn budget te beheren en hierdoor genoodzaakt is om te vertrouwen op advies en ondersteuning van derden (bv. familieleden of juridische adviseurs) vormt dit geen beletsel voor het recht op een PB (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, 2009; Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2014).

Op basis van SGB IX wordt iemand beschouwd als persoon met een beperking indien zijn of haar lichamelijk functioneren, mentaal vermogen of geestelijke gezondheid gedurende meer dan zes maanden afwijkt van de voor die leeftijd typische toestand, waardoor zijn/haar deelname aan het maatschappelijk leven aangetast is. Met beperking bedreigde personen zijn mensen waarvan dergelijke aantasting van het maatschappelijk leven te verwachten is (Sozialgesetzbuch SGB IX. Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen, 2001). Bovendien onderscheidt de wetgever een categorie van mensen met een zware beperking. De ernst van de beperking wordt bepaald op basis van een indicatiestelling

door een controlearts. Het resultaat van dit onderzoek is de toekenning van een beperkingsgraad (Grad der Behinderung) die tussen 20 en 100 kan variëren. Vanaf graad 50 wordt de persoon beschouwd als een persoon met een zware beperking en gelden bijzondere regels. In sommige gevallen kunnen personen met een beperkingsgraad van minstens 30 gelijkgesteld worden aan de categorie van mensen met een zware beperking. Personen die gecategoriseerd worden als personen met een zware beperking, kunnen op basis van deze indicering beroepen op bijkomende bescherming en ondersteuning (My Handicap, n.d.).

Een PB kan aangevraagd worden voor alle diensten ter ondersteuning van de deelname van de persoon met handicap in de samenleving, de 'Leistungen zur Teilhabe'. Voor alle andere Leistungen komt alle zorg en ondersteuning in aanmerking die geboden wordt door de ziektekas, verpleegkas, ongevallenverzekering en de zorgondersteuning vanuit de Sozialhilfe, indien zij voldoen aan de twee onderstaande voorwaarden (Holuscha-Uhlenbrock, Allmendinger, & Fleckenstein, 2011):

- Dagdagelijkse noden: verwijst naar de eisen en verwachtingen ten aanzien van werk, privéleven en maatschappij en de vormgeving van de eigen leefomgeving. Het betreft een nood aan zorg en ondersteuning die de persoon in staat stelt om beter aan deze dagdagelijkse noden tegemoet te komen. Een basisvoorwaarde om over een 'dagdagelijkse' nood te kunnen spreken is dat deze minimum zes maanden aanwezig is;
- Regelmatig terugkerende noden: verwijst naar vast te stellen tijdsintervallen waarop de nood zich manifesteert (bv. dagelijks, wekelijks, jaarlijks ...).

Verdere vereisten zijn afhankelijk van de ondersteuningsvraag die ingewilligd moet worden. Zo zal bijvoorbeeld in het geval het een aanvraag voor integratieondersteuning uit de Sozialhilfe voor de persoon met een beperking betreft, de voorwaarde zijn dat er een wezenlijke lichamelijke, mentale of psychische beperking is vastgesteld. Voor de Pflegeversicherung geldt dan weer dat een persoon moet behoren tot een van de vijf vooropgestelde zorggraden (Bundesministerium für Gesundheit, 2017a).

## 2.2 Het Traject

### 2.2.1 Aanvraag en Indicering

De eerste stap in het traject om een persoonlijk budget te bekomen, is het indienen van een aanvraag door de persoon met handicap, desgevallend zijn ouders of iemand uit het netwerk. Deze aanvraag kan gemaakt worden bij een van de Leistungsträger<sup>48</sup>, desbetreffend een Gemeinsame Servicestelle, voor zowel een EPB of een TPB (Bundesarbeitsgemeinschaft Persönliches Budget, 2017). In het laatste geval waarin het PB wordt samengesteld uit middelen van verschillende LT zal de instantie waar de persoon met een zorgvraag zich initieel aangemeld heeft, de opdrachthouder (Beauftragter) worden die verantwoordelijk is voor de verdere opvolging en coördinatie van de zorgvraag en voor de volledige overdracht van de het PB (Intakt, 2016). Het principe van 'Leistungen wie aus einer Hand' vormt hierbij het uitgangspunt van de wetgever (Holuscha-Uhlenbrock et al., 2011). We behandelen de fasen 'aanvraag' en 'indicering' in het Duitse PB-traject als een en dezelfde. Het zijn namelijk de LT of 'Beauftragter' bij worden aangesproken bij de aanvraag die ook behept zijn met de indicering. Deze indicering wordt niet op basis van een gestandaardiseerde methode gedaan, maar is het resultaat van

---

<sup>48</sup> De Krankenkasse, Pflegekasse, Rentenversicherung, Unfallversicherung, Alterssicherung der Landwirte, Kriegsopferversorgung und -fürsorge, Jugendhilfeträger, Sozialhilfeträger, Integrationsamt en de Agentur für Arbeit.

de afwegingen die tijdens de ‘Hilfepan-Konferenz’ (hulpplangesprek) worden gemaakt en wordt gevat in de ‘Zielvereinbarung’, de doelenovereenkomst tussen de cliënt en de LT.

Gezien het PB bij diverse instanties aangevraagd kan worden en rekening houdende met de diversiteit aan actoren die uiteindelijk betrokken kunnen zijn bij het bepalen van de budgetten die een antwoord moeten bieden op de geformuleerde zorgvraag, is het niet mogelijk om een eenduidig aanvraag- en indiceringstraject te schetsen. Desalniettemin kunnen wij, verder bouwend op een typisch verloop, geschetst door het Bundesministerium (2017), volgend traject onderscheiden:

- De persoon richt zijn zorgvraag naar een GS. Deze aanvraag kan eventueel voorafgegaan worden door een kosteloos advies bij een onafhankelijk adviescentrum, bv. Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben, de Bundesvereinigung Lebenshilfe en Assistenz.de. De inhoud van de aanvraag die naar de LT of naar de GS wordt gericht, verschilt deels afhankelijk van de instantie die wordt aangeschreven (Assistenz.de, 2016);
- De persoon met een handicap brengt vervolgens door middel van een hulpplan (Hilfepan) zijn zorgvraag in kaart. In dit plan wordt omschreven voor welke noden de persoon met een beperking zorg of ondersteuning wenst, welke wensen en doelen de persoon heeft en hoe deze beantwoord kunnen worden. Het opstellen van dit plan kan gebeuren door de persoon met handicap zelf, al dan niet ondersteund door familie, advies- of ondersteuningsdiensten. In sommige situaties is het duidelijk welke ondersteuning de persoon op basis van zijn hulpplan en de geldende regelgeving kan krijgen. In andere gevallen is bijkomende afstemming nodig;
- De GS of de opdrachthoudende LT neemt contact op met de bevoegde LT's. Deze dienen binnen de twee weken een advies over te maken aan de onthaaldienst. Dit advies omvat minstens een uitspraak over de zorgnoden die in aanmerking komen voor ondersteuning, de hoogte van het PB als cash of onder de vorm van voucher, de inhoud van de doelenovereenkomst (Zielvereinbarung) en de behoefte aan advies en ondersteuning (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2014);
- Op haar beurt zal de GS het advies met de cliënt bespreken. Indien het geval van een TPB zullen ook de andere desbetreffende instellingen bij dit gesprek worden betrokken. Dit is het consultatiegesprek waarin het hulpplan centraal staat, het hulpplangesprek (Hilfepan-Konferenz). In het geval van een TPB zullen alle betrokken LT's en desgevallend ook de Gemeinsame Servicestelle vertegenwoordigd zijn op dit gesprek;
- Zodra de zorgnood en de omvang van de bijhorende budgetten zijn vastgesteld sluiten de onthaaldienst en de zorgvrager een doelenovereenkomst af (Zielvereinbarung) over de diensten die door het PB moeten worden ondersteund;
- De persoon met een beperking bekomt vervolgens een toekenningsverklaring waarin de details omtrent zijn PB zijn opgenomen;

Indien de zorgvrager zijn ondersteuningsvraag richt naar een individuele LT, dan heeft deze twee weken de tijd om te bewijzen of hij al dan niet bevoegd is. Hij moet hierbij zowel de feitelijke als de territoriale bevoegdheid aantonen. Indien deze LT niet bevoegd is, moet hij onverwijld de aanvraag overmaken aan een instantie die wel bevoegd is (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2014).

De Eingliederungshilfe binnen de Sozialhilfe is zoals eerder vermeld, samen met de Pflegeversicherung een van de belangrijkste ondersteuningsvormen die geleverd worden als PB aan personen met een handicap. Daarom behandelen wij de Sozialhilfe ook met bijzondere aandacht in dit rapport. Het is belangrijk om op te merken dat de Sozialhilfe in de wetgeving omschreven wordt als een secundaire

ondersteuningsvorm (Nachrang der Sozialhilfe). Dit principe valt uiteen in twee kenmerken. Ten eerste betekent het dat ondersteuning vanuit de Sozialhilfe pas mogelijk is nadat andere ondersteuningsvormen zoals bijvoorbeeld ondersteuning vanuit de Pflegeversicherung of Rentenversicherung zijn uitgeput. Ten tweede geldt ook de voorrang van zelfhulp of ondersteuning door familie. Hierbij geldt het principe van gebruikelijke zorg<sup>49</sup> waarvan verwacht kan worden dat zij door familie geleverd kan worden (SGB XII). Verder is het bekomen van een budget niet inkomens- of vermogensafhankelijk bij de meeste LT, maar de zorg en ondersteuning geboden vanuit de Sozialhilfe vormt hier een uitzondering op<sup>50</sup> (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2017; LVR, 2016).

Voor de Pflegeversicherung gelden meer eenduidige en algemene regels bij de indicering voor zorg en ondersteuning. Een persoon komt in aanmerking voor zorg en ondersteuning indien hij of zij op basis van lichamelijke, cognitieve of psychische beperkingen of omwille van gezondheidsredenen in zijn/haar zelfstandigheid en vaardigheid beperkt is en bijgevolg is aangewezen op de hulp van derden (Bundesministerium für Gesundheit, 2017a). De beperkingen moeten zich minstens gedurende een periode van zes maanden aanhouden. De aanwezigheid van deze beperkingen wordt door de medische dienst van de ziekteverzekering of door een andere onafhankelijke evaluator in kaart gebracht op basis van volgende zes criteria: 1) de mobiliteit 2) de cognitieve en communicatieve vaardigheden 3) gedrag en psychische problemen 4) zelfverzorging 5) de omgang met de door ziekte of therapie veroorzaakte behoeften en stress 6) de vormgeving van het dagelijks leven en sociale contacten. Tegelijk wordt bepaald wat de zorggraad (Pflegegrad) van de persoon is. Voorafgaand aan dit onderzoek zal de dienst nagaan of de persoon aanspraak maakt op verzorging voor oorlogsslachtoffers of vanuit de ongevallenverzekering. Beiden zijn voorliggend op de Pflegeversicherung (Bundesministerium für Gesundheit, 2017a). Aan de vastgestelde zorggraad zijn vaste hoeveelheden diensten via zorg in natura (ZIN) of geldbedragen gelinkt. Verder geldt wettelijk dat de ondersteuning binnen de Pflegeversicherung primair gericht is op thuisverpleging en het ondersteunen van de zorg die geboden wordt door familieleden en burens, en dat pas in tweede orde kan aanspraak worden gemaakt op residentiële ondersteuning. Dit moet het mogelijk maken voor personen met een zorgnood om zo lang mogelijk in hun thuisomgeving te blijven. In de praktijk betekent dit dat indicering voor dagopvang en kortdurende zorg ook steeds voorrang zullen hebben op intramurale zorg (SGB XI).

### 2.2.2 Budgetbepaling

Het budget is bedoeld om te voldoen aan de individuele behoeften van een persoon met een beperking. De hoogte van de maandelijks toegekende budgetten varieert tussen €36 en €13.000. Het Bundesministerium voor Arbeid en Sociale zaken (2014; 2017) geeft aan dat de meerderheid van de toegekende budgetten in de praktijk tussen de €200 en €800 bedragen. Meer geld dan voorheen mag niemand echter verwachten: het persoonlijke budget mag niet hoger zijn dan het bedrag van de kosten van alle eerder bepaalde diensten. Voor de bepaling van de budgethoogte gelden twee uitgangspunten. Ten eerste moet het PB voldoende zijn om de zorgnood van de cliënt te dekken (Bedarfsdeckung). De kostprijs voor de zorg in natura vormt hierbij het uitgangspunt voor het bepalen van de budgethoogte (Kruse, n.d.). Sommige instanties bepalen het budget op basis van vooraf uitgewerkte tabellen (Pauschalen). Het tweede uitgangspunt is dat het PB niet duurder mag zijn dan de kostprijs van de hulp

---

<sup>49</sup> Cfr het PGB in Nederland.

<sup>50</sup> Zie 'realisatiegraad': Bundesteilhabegesetz voor de regeling voor inkomens- en vermogensafhankelijkheid binnen Sozialhilfe.



in natura waarop de cliënt recht heeft (Deckelung). De hoogte van het budget dat toekend wordt, is met andere woorden afhankelijk van de zorgnood die in het ondersteuningsplan (Hilfeplan) is vastgesteld. Indien het budget een TPB betreft, zal eerst bij de diverse Leistungsträger een deelbudget worden opgesteld. Het uiteindelijk toegekende budget omvat dan de som van de verschillende deelbudgetten en is opgenomen in het toekenningsbesluit (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, n.d.-a).

De wijze waarop de budgethoogte in de praktijk concreet wordt berekend, is ten eerste afhankelijk van het type zorg en ondersteuning waarvoor het budget bedoeld is. Zo zijn bijvoorbeeld afspraken op het niveau van de ziekteverzekering gemaakt omtrent de bedragen die worden toegekend voor thuisverpleging vanuit deze verzekering. De berekening kan zowel gebeuren op uurbasis (met eventuele toeslagen voor zorg geleverd door personeel met bijzondere kwalificaties) als op basis van een forfaitair bedrag voor een bepaalde vorm van ondersteuning. Ten tweede kan de locatie waar iemand de aanvraag doet ook een rol spelen. Elk Bundesland kan vrij bepalen welke ondersteuningsvormen van de Sozialhilfe door de 'örtliche' of 'überörtliche Träger' aangeboden worden. Bovendien geldt bij de samenstelling van de budgetten ook het principe van de subsidiariteit van de budgetten van Sozialhilfe, die een aanvullend karakter hebben. Voor alle budgetten die toegekend worden via de Sozialhilfe geldt dat er geen landelijk gestandaardiseerde categorieën bestaan. In die zin worden deze budgetten bepaald op basis van de individuele noodzaak, wat de wetgever vat als: "Die Leistungen richten sich nach der Besonderheit des Einzelfalls" (§9 SGB XII). Waar bij de start van de PB's voornamelijk met forfaitaire bedragen gewerkt werd, wordt in 2011 reeds melding gemaakt van steeds meer Sozialhilfeträger die op basis van het individu indiceren (Holuscha-Uhlenbrock et al., 2011).

Onderstaande tabel 13 toont de handelingsaanbevelingen van de deelstaat Baden Württemberg en geldt als illustratie van een indeling op basis van forfaitaire bedragen (Pauschalen) (Holuscha-Uhlenbrock et al., 2011).

Tabel 13 Richtwaarden Eingliederungshilfe Baden Württemberg (Holuscha-Uhlenbrock et al., 2011).

	Seelisch behinderte Menschen	Geistig behinderte Menschen	Körperlich behinderte Menschen
HBG 1 *	425 €	425 €	425 €
HBG 2	640 €	695 €	750 €
HBG 3	910 €	1.015€	1.120 €
HBG 4	1.015 €	1.120 €	1.230 €
HBG 5	1.175 €	1.280 €	1.390 €

\* falls eine wesentliche Behinderung vorliegt

Voor de budgetbepaling binnen de Pflegeversicherung zijn de maximale bedragen voor een uur ondersteuning op federaal niveau vastgelegd (zie tabel 14) om een basisondersteuningsgarantie te bieden. Indien de behoefte deze maxima overschrijdt, dan kan aanvullende ondersteuning worden gevraagd vanuit de Sozialhilfe. Deze bijkomende ondersteuning zal in dat geval inkomens- en vermogensafhankelijk zijn. Voor mensen met zware beperkingen is dit vaak de enige manier om de zorgnoden volledig te kunnen dekken.

Tabel 14 Tarieven Pflegeversicherung (Bundesministerium für Gesundheit, 2017a).

<b>Pflegegrade</b>	<b>Geldleistung (ambulant)</b>	<b>Sachleistung (ambulant)</b>	<b>Entlastungsbetrag (ambulant)*</b>	<b>Leistungsbetrag (vollstationär)</b>
PG 1	-	-	125 Euro	125 Euro
PG 2	316 Euro	689 Euro	125 Euro	770 Euro
PG 3	545 Euro	1.298 Euro	125 Euro	1.262 Euro
PG 4	728 Euro	1.612 Euro	125 Euro	1.775 Euro
PG 5	901 Euro	1.995 Euro	125 Euro	2.005 Euro

\* *zweckgebunden*

Bovenstaande tabel toont aan dat het budget dat wordt toegekend binnen de Pflegeversicherung afhankelijk is van de keuze om de ondersteuning als cash bedrag of als ZIN (Sachleistung) op te nemen. Het toegekende bedrag voor ZIN is ongeveer dubbel zo hoog als de cash variant. In tegenstelling tot de bedragen in de Sozialhilfe zijn de bedragen die worden toegekend vanuit de Pflegeversicherung op federaal niveau vastgelegd per categorie. Het budget dat ter beschikking gesteld wordt vanuit de Pflegeversicherung is niet bedoeld ter volledige dekking van alle gemaakte kosten (Bundesministerium für Gesundheit, 2017a).

Tot slot dient bij de bepaling van de budgethoogte rekening te worden gehouden met de behoefte aan advies omtrent gebruik van het budget en de ondersteuning bij het inzetten van het PB. Beide zaken moeten met het budget gefinancierd kunnen worden (Holuscha-Uhlenbrock et al., 2011).

Om de complexiteit van de samenstelling van budgetten te duiden, maken wij gebruik van een voorbeeld uit de praktijk zoals opgenomen in een brochure van het Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2014) om het TPB te duiden. Het betreft een vrouw van 32 jaar met lichamelijke beperkingen die van het Integrationsamt ondersteuning krijgt om haar deelname aan het arbeidsleven mogelijk te maken. Op basis van de vastgestelde zorggraad bekommt zij het recht op verpleging via de Pflegeversicherung en daarbovenop 28 dagen vervangingsverpleging die dient ter ontlasting van haar netwerk. Bij de ziekenkas heeft zij recht op fysiotherapie. Vanuit de Sozialhilfe ontvangt zij een budget ter ondersteuning van deelname aan het vrijetijdsleven en via de Bundesagentur für Arbeit bekommt zij tot slot ook een budget ter vergoeding van haar woon-werkverkeer. In dit voorbeeld kiest de cliënte ervoor om enkel de ondersteuning vanuit het Integrationsamt en de Sozialhilfe als PB op te nemen. Deze worden beiden vervat in het TPB van deze vrouw als één gezamenlijk budget. Zij kiest er voor om de andere ondersteuning onder de vorm van ZIN op te nemen (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2014).

### 2.2.3 Terbeschikkingstelling

Aan het toekennen van de PB's zijn in Duitsland enkele wettelijke termijnen gekoppeld. Ten eerste moet, in het geval een TPB wordt aangevraagd, de aangesproken LT nagaan of zij territoriaal en inhoudelijk bevoegd is. Dit moet gebeuren binnen de twee weken na het indienen van de aanvraag (SGB IX). Binnen de daaropvolgende week - m.a.w. drie weken na de aanvraag - moet de zorgnood vastgesteld worden.

De wettelijke termijn waarbinnen de aanvraag van een cliënt voor ondersteuning binnen de Pflegeversicherung verwerkt moet zijn, is vijftientig werkdagen. Hierop bestaan uitzonderingen, zoals in het geval van verblijf in een ziekenhuis, hoogdringendheid of in het kader van zorgcontinuïteit (Otte, n.d.). Verder geldt dat indien de LT van oordeel is dat een deskundig medisch advies nodig is om de zorgnoden vast te stellen, de wettelijke termijn wordt opgeschort tot het advies is opgesteld. In de praktijk is vaak nood aan dergelijk deskundig advies. Dan is de LT verplicht om onverwijld een dienst de opdracht te geven om dit advies op te stellen. SGB IX verplicht de LT om aan de cliënt een lijst van drie experts voor te leggen die in de regio actief zijn en waartussen hij een keuze kan maken (Der Querschnitt, 2015). In de praktijk bedraagt de doorlooptijd van aanvraag tot het bekomen van het budget gemiddeld tussen drie en zes maanden. Respondenten in het kader van dit onderzoek geven aan dat de termijn voor de cliënt varieert afhankelijk van de vraag, maar dat doorgaans minimum drie maand in rekening moet gebracht worden. In principe wordt het PB maandelijks vooruitbetaald op de rekening van de budgethouder (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2014; Statistische Bundesamt, 2015). In regel wordt een budget ter beschikking gesteld voor een periode van twee jaar, waarna de zorgnood opnieuw beoordeeld dient te worden, of voor 6 maand in functie van de opstart van een traject.

Wat betreft de leveringsvormen is het de vrije keuze van de aanvrager om zijn of haar zorg en ondersteuning te ontvangen onder de vorm van een Sachleistung enerzijds, waarbij de zorg en ondersteuning door de instantie aan de zorgverlener betaald wordt, of anderzijds door middel van een PB. De wijze waarop het PB in de praktijk wordt ingezet is geregeld in §17 van SGB IX. Indien de ondersteuning via deze leveringsvorm ter beschikking wordt gesteld, dan zal dit in regel als een geldbedrag op de rekening van de cliënt worden gestort. Enkel in een aantal gemotiveerde uitzonderingen kan het budget onder de vorm van een voucher (Gutscheine) worden toegekend (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, 2009). Meer concreet betreft het de diensten van erkende verpleeginrichtingen die gecontracteerd zijn met de Pflegekassen die enkel door middel van een voucher betaald kunnen worden (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2014). Indien de cliënt binnen de Pflegeversicherung kiest voor het Pflegegeld dan heeft hij meer vrijheid, maar worden wezenlijk lagere tarieven gehanteerd voor een zelfde zorggraad dan wanneer deze voor Sachleistung als leveringsvorm zou opteren (Deutsches Studentenwerk, 2017; *Sozialgesetzbuch SGB IX. Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen.*, 2001). Het is bovendien ook mogelijk voor de cliënt om een deel van zijn zorg en ondersteuning als zorg in natura (Sachleistung) te bekomen en een deel als PB<sup>51</sup>. Een cliënt kan dus bv. zijn ondersteuning op het werk als naturazorg bekomen en gelijktijdig een PB beheren voor de assistentie bij het zelfstandig wonen (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, n.d.-b).

#### 2.2.4 Budgetbesteding

Een persoonlijk budget kan worden ingezet voor alle diensten en middelen die betrekking hebben op deelname aan en integratie in de samenleving (Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft) (Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2017b). Het kan hierbij gaan om zowel medische revalidatie als om deelname aan het arbeids- en maatschappelijk leven. In het kader van een Persoonlijk Budget is de bijstand voor sociale integratie de dienst waarop het meest beroep wordt gedaan. Er wordt uitdrukkelijk voorgeschreven dat een persoonlijk budget voor begeleid wonen gebruikt kan worden. Het Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2014) stelt dat het PB bijzonder geschikt is om de overgang

---

<sup>51</sup> Zoals beschreven in het praktijkvoorbeeld bij het onderdeel 'budgetbepaling'.

tussen leven en wonen in een voorzieningen (Heim) naar het zelfstandig leven in een accommodatie van begeleid wonen te vergemakkelijken en te verlichten.

De budgetbesteding van een PB is afhankelijk van welke instantie de nodige middelen voor de ondersteuning voorziet en de doelen die worden neergeschreven in de 'Zielvereinbarung' (doelovereenkomst). Hierbij geven wij enkele niet exhaustieve voorbeelden van soorten zorg- en ondersteuning die, afhankelijk van de financierende LT, kunnen worden bekostigd:

- Zorgverlening vanuit de Pflegeversicherung: onder meer dag- en nachtverpleging, kortverpleging, hulpmiddelen en aanpassingen aan de woning (Otte, n.d.);
- Zorgverlening vanuit de Sozialhilfe: advies en bijstand bij persoonlijke verzorging, hulp bij huishouden, deelname aan het gemeenschapsleven, bieden van onderwijskansen, reiskosten etc. (Holuscha-Uhlenbrock, Allmendinger, & Fleckenstein, 2011);
- Diensten voor hulp en ondersteuning bij het arbeidsleven: arbeidsassistentie.

Binnen de Pflegeversicherung kan het Pflegegeld ingezet worden om een familielid of vrijwilliger te vergoeden voor de geleverde zorg. Ook een combinatie van Pflegegeld en 'Sachleistung' behoort tot de mogelijkheid. Kiest een cliënt voor 'Sachleistung' dan kan hij gebruik maken van de ambulante pleegdiensten die gecontracteerd zijn door de Pflegekassen (Bundesministerium für Gesundheit, 2017a). Met de inwerkingtreding van de 'Pflegestärkungsgesetze' worden deze mogelijkheden verder uitgebreid en de budgetten algemeen opgehoogd<sup>52</sup>(Bundesministerium für Gesundheit, 2017).

In de Sozialhilfe is het daarentegen meestal niet mogelijk om naaste familieleden in te huren en te betalen voor de ondersteuning die zij bieden (ISL, 2010). Zo sluit SGB XII de tewerkstelling uit van naaste familieleden in de Hilfe zur Pflege, de verpleegkundige zorg. Dit zijn zogenaamde "Beistandspflichten" (hulptaken) die bijvoorbeeld ouders vervullen ten aanzien van hun hulpbehoevende kinderen (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2014). Verwanten van de tweede of een hogere graad en andere personen uit het netwerk van de budgethouder mogen wel een gepaste verloning ontvangen voor de ondersteuningstaken die zij op zich nemen. De ondersteuning in het kader van Teilhabe kan wel door gezinsleden worden verstrekt en worden vergoed binnen het kader van een persoonlijk budget, indien deze niet als 'Beistandspflichten' worden aanzien<sup>53</sup>. Het betalen van gezinsleden is binnen Sozialhilfe dus alleen in uitzonderlijke gevallen mogelijk (LAG Selbsthilfe NRW, 2017). Er dient steeds in samenspraak met het bevoegde bureau van de Sozialhilfeträger te worden nagegaan of het mogelijk en wenselijk is om het PB in te zetten voor de bekostiging van familieleden of personen uit het netwerk. Verder geldt ook dat het budget in het kader van Sozialhilfe niet gebruikt kan worden voor het financieren van kosten voor het dagelijks leven (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2017a).

### 2.2.5 Verantwoording

Het Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2014) stelt dat het persoonlijk budget tot doel heeft om personen met een beperking, door middel van een doelgericht gebruik van een cash budget of vouchers, in staat te stellen om deel te nemen aan het maatschappelijke leven. Om dit te waarborgen dienen de verscheidene dienstverlenende instanties (Leistungsträger) en budgethouders een doelovereenkomst af te sluiten die bepaalt of en hoe het gebruik van het budget zal worden aangetoond. De wijze waarop de verantwoording in de praktijk gebeurt door de cliënt zal dus met andere woorden het resultaat zijn

---

<sup>52</sup> Zie 'realisatiegraad'.

<sup>53</sup> Dit lijkt op het concept 'bovengebruikelijke zorg' in de Nederlandse Wmo-regelgeving.

van een onderhandelingsproces. Dit bewijs dient duidelijk weer te geven welke ondersteuning en hulp er werd geboden, en dient dus meer te omvatten dan een loutere opsomming van de verschillende kosten (BAS, 2014). De verantwoording gebeurt op basis van een outcome-based gesprek. Afhankelijk van het type ondersteuning en de behoefte van de budgethouder zal de bureaucratische last andere proporties aannemen. Er wordt echter verwacht dat het verantwoordingsmateriaal in een zo eenvoudig mogelijke vorm (so wenig wie möglich, so viel wie nötig) weergegeven wordt, met een minimale bureaucratische last. Op deze manier moet de bereidheid van de budgethouder voor zelfverantwoordelijkheid en zelfbeschikking worden versterkt (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2014).

### 2.2.6 Ondersteuning

Om de toegang tot het persoonlijk budget voor mensen met een handicap te vergemakkelijken, bieden de 'Gemeinsame Servicestelle' informatie en advies. Het doel is de budgethouder te voorzien van de nodige vaardigheden en kennis om met het persoonlijk budget om te gaan (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2017). De medewerkers van de Gemeinsame Servicestelle dienen ook te helpen bij het indienen en doorsturen van aanvragen naar de verantwoordelijke LT. Daarnaast dienen zij de aanvrager bij te staan tot deze de nodige ondersteuning ontvangt (Ministerium für Arbeit, Integration und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen, 2011). Daarnaast dienen deze ook te voorzien in counseling en hulp aan personen met een handicap die kans hebben op uitval. Dit omvat ook de mogelijkheid om te helpen bij het gebruik van een persoonlijk budget. Het advies en de ondersteuning vanuit deze servicepunten is kosteloos.

Budgetassistentie valt uiteen in twee begrippen (Holuscha-Uhlenbrock et al., 2011):

- Budgetadvies: advies omtrent alle vragen die te maken hebben met het gebruik of de besteding van een PB. Dit advies is een recht voor de aanvragers;
- Budgetondersteuning: hulp bij de uitvoering van de PB's.

Indien de budgethouder een andere vorm van advies of ondersteuning kiest, dan moet dit met het PB gedekt worden. Het budget moet zo berekend zijn dat zowel budgetadvies als budgetondersteuning ermee gefinancierd kunnen worden (Holuscha-Uhlenbrock et al., 2011). Vanaf 1 april 2010 introduceerde de Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben in Deutschland (ISL) een landelijke counseling-telefoon omtrent het persoonlijk budget. Met deze hotline kunnen personen met een handicap, hun familieleden en belangstellenden geïnformeerd worden door personen met een handicap die optreden als adviseurs van de ISL over de mogelijke voordelen van een persoonlijk budget (ISL, 2017).

Daarnaast voorziet het Federaal Ministerie van Arbeid en Sociale Zaken ook in een 'Bürgertelefon' waar personen met een beperking en dienst familie en ondersteuners vragen kunnen stellen omtrent het persoonlijk budget (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2017).

Heel wat ondersteuning wordt op regionaal (Länder) en lokaal (gemeenten) niveau georganiseerd en gefinancierd. Zo voorziet de organisatie KoKoBe (Koordinierungs-, Kontakt- und Beratungsstellen) in coördinatie en advies en helpt het personen met een handicap om een onafhankelijk en zelfbepaald leven te leiden (<http://www.kokobe-duesseldorf.de/>). Deze organisatie biedt gratis en onafhankelijke dienstverlening aan personen met een handicap, familieleden van personen met een handicap en ondersteuners en professionals in de deelstaat Rijnland. KoKoBe wordt gefinancierd door het Landschaftsverband Rheinland, dat als bovenlokale instantie verantwoordelijk is voor Sozialhilfe (LVR, 2016).

### 3 Synthese

Het persoonlijk budget is in Duitsland in 2008 geïntroduceerd als een wettelijk recht voor personen met een beperking. Het regelgevend kader is uitgewerkt binnen het sociaal wetboek en heeft als doel de participatie en integratie van personen met een handicap te bevorderen. Ondersteuning onder de vorm van een Persönliches Budget (PB) kan in Duitsland aangevraagd worden bij een groot aantal betrokken instanties (Leistungsträger). De belangrijkste instanties in het kader van ondersteuning voor volwassen personen met een beperking zijn de sociale diensten enerzijds, en de zorgkassen anderzijds. Maar ook vanuit de arbeidsintegratiedienst, ongevallen- en pensioenverzekering kan een zorgvrager ondersteuning krijgen onder de vorm van een PB. De sociale diensten worden op (boven)lokaal niveau georganiseerd en hebben discretie omtrent de wijze waarop zij de zorgvrager indiceren en in het bepalen van de budgethoogtes. De zorgkassen zijn meer gebonden aan landelijke regels omtrent de indicering van de zorgbehoefte en het bepalen van de tarieven.

Uniek aan het Duitse systeem is het principe van 'Leistungen wie aus einer Hand'. Dit betekent in de praktijk concreet dat een cliënt van bij de aanvraag tot op het moment dat hij zijn budget effectief bekommt, één centraal aanspreekpunt heeft. Dit is in principe de instantie (Leistungsträger) die hij initieel heeft gecontacteerd met zijn zorgvraag. Dat betekent dat elke instantie in de praktijk de coördinerende rol voor het aanvraagtraject toegewezen kan krijgen. Dit vergt uiteraard ook enige expertise. Om deze in te bouwen heeft de overheid 'joint service centers' opgericht (Gemeinsame Servicestelle). Deze zijn per regio toegewezen aan een specifieke instantie (Leistungsträger). In de praktijk functioneren deze centra echter niet naar behoren, waardoor in recent wetgevend initiatief de beslissing is genomen om deze eind 2018 terug af te schaffen. In de praktijk zijn de sociale diensten steeds onderliggend op andere regelgeving. Eerst moet dus bijvoorbeeld ondersteuning vanuit de Pflegeversicherung uitgeput zijn, vooraleer aanspraak gemaakt kan worden op de Sozialhilfe.

#### *Organisatie Traject*

Indien een cliënt ondersteuning als PB kan bekomen vanuit verschillende instanties, dan heeft hij de mogelijkheid om dit als een overkoepelend budget (Trägerübergreifend Persönliches Budget) op te nemen. In dat geval worden alle budgetten onder coördinatie van de instantie die de cliënt initieel heeft aangesproken, gecombineerd in één budget.

De toegang tot zorg en ondersteuning is in principe niet inkomens- of vermogensafhankelijk. De sociale zorg, die een belangrijk onderdeel vormt voor personen met een beperking, vormt hier de uitzondering op. Enkel personen die de inkomens- en vermogensgrens niet overschrijden, komen in aanmerking voor een PB. De inkomens- en vermogensgrenzen wordt gradueel opgetrokken tegen 2020.

## Hoofdstuk 6

### De typetrajecten ontleed

#### 1 Inleiding

In de voorgaande hoofdstukken is het PGB-systeem, inclusief het traject dat de cliënt doorloopt, in de drie landen die deel uitmaken van deze studie exhaustief in kaart gebracht. In hoofdstuk zes en zeven formuleren wij een antwoord op het tweede onderzoeksdoel van dit rapport. Wij brengen in kaart wat de factoren zijn die een mogelijke impact hebben op het traject dat een zorgvrager in de praktijk doorloopt. Resultaten van dit onderzoeksgedeelte zijn in hoofdstuk zes per land uitgebreid opgenomen en worden telkens als besluit van de deelhoofdstukken gevat in een synthese. In hoofdstuk zeven maken wij een comparatieve analyse van de resultaten omtrent de drie landen die deel uitmaken van deze studie. Deze analyse vormt meteen ook de basis voor het formuleren van enkele lessen in functie van systemen van persoonsgebonden financiering, die ook voor de Vlaamse context relevant kunnen zijn.

#### 2 Methodologie typetrajecten

##### 2.1 Selectie van de respondenten

Op basis van uitgebreide deskresearch in functie van het beantwoorden van het eerste onderzoeksdoel in hoofdstuk drie tot en met vijf (de systeembeschrijving), werden de verschillende kernactoren die betrokken zijn bij het systeem van persoonsgebonden financiering per land in kaart gebracht. De identificatie van deze sleutelfiguren vormde de basis voor een eerste selectie van de respondenten. Om de buitenlandse systemen in kaart te kunnen brengen was het van belang om enerzijds actoren te betrekken met voldoende zicht op de effecten op het 'landniveau'. Anderzijds was het ook belangrijk om voldoende inzicht te krijgen in de concrete ervaringen in de praktijkwerking van de persoonsgebonden financiering. Omwille van deze reden werden twee soorten respondenten betrokken bij het onderzoek. De actoren betrokken bij het beleid op nationaal niveau en actoren uit koepelorganisaties (macroniveau) enerzijds. En actoren betrokken bij de implementatie van het beleid op lokaal niveau (mesoniveau) anderzijds.

Er werd bij de selectie van de respondenten telkens rekening gehouden met twee criteria. Ten eerste was het van belang dat er binnen de groep respondenten in elk land een vertegenwoordiging was van alle verschillende rollen en bevoegdheden die doorheen het traject met de cliënt in aanraking komen: van aanvraag, over indicering tot ondersteuning van de cliënt. Ten tweede was het een vereiste dat de actoren omwille van hun functie binnen hun eigen organisatie, zowel op de hoogte waren van het beleid als van de praktijkcases omtrent persoonsgebonden budgetten. Het hoofdcriterium bij de selectie van de macro-actoren was hun kennis en betrokkenheid van het systeem op landelijk niveau.

Bij de selectie van de actoren op het mesoniveau werd bovendien telkens gepoogd om actoren in het onderzoek te betrekken die niet alleen ervaring hebben met de uitvoering van het beleid in bv. een lokaal bestuur, maar die ook een functie opnemen als vertegenwoordiger van dit beleidsniveau in een overkoepelend orgaan (bv. de Association of Directors of Adult Social Services in Engeland of de Vereniging voor Nederlandse Gemeenten in Nederland). Zo konden deze actoren zowel hun ervaringen

in de eigen praktijk als de inzichten op macroniveau met ons delen. In tweede instantie werd op basis van 'snowball sampling' contact gelegd met andere relevante stakeholders in het systeem om op die manier alle diverse sleutelactoren betrokken bij het PGB-traject te vatten (Noy, 2008). De relatief beperkte steekproefomvang van dit onderzoek is te rechtvaardigen omwille van twee redenen. Ten eerste omdat het voor het bereiken van de gewenste diepgang en overtuigingskracht in het rapport belangrijker is dat de data in het onderzoek intensief en rijk zijn, in plaats van omvangrijk in aantal interviews (Crouch & McKenzie, 2006). Ten tweede noodzaakten de timing en scope van dit onderzoek ons om gericht een beperkt aantal actoren te bevragen.

Om een voldoende breed zicht te krijgen op de mogelijke factoren die het traject van een cliënt kunnen beïnvloeden baseerden wij de selectie van de respondenten betrokken bij de implementatie op het mesoniveau op twee bijkomende criteria. Eerder onderzoek naar PGB wijst op een mogelijk onderscheid tussen landelijke en stedelijke gebieden. In deze eerste gebieden zou de vraag lager kunnen zijn, met bijgevolg minder aanbod en uiteindelijk ook minder mogelijkheid om te kiezen tussen dit aanbod. Ervaringen betreffende de toegankelijkheid van dienstverlening in landelijke gebieden ten opzichte van de meer stedelijke regio's kunnen dus verschillen (Dew et al., 2013). Bij de selectie van respondenten voor het onderzoek op mesoniveau werd met dit onderscheid rekening gehouden. Er werden telkens zowel actoren uit een meer landelijke en uit een meer stedelijke context geïnterviewd.

Ten tweede baseerden wij onze keuze voor de selectie van de lokale overheden ook op de PGB-ratio, met name het aantal personen dat een cash budget krijgt toegewezen ten opzichte van het totale aantal personen dat ondersteuning krijgt (cash & voucher). Dit criterium weerspiegelt mogelijke verschillen in beleidskeuzes die lokale overheden maken ten aanzien van het PGB. Ten slotte werd in Engeland ook de diversiteit in bestuurlijke organisatie van de lokale overheid in rekening gebracht. In Engeland werd hierbij gekozen voor een metropolitan, two-tier en een unitair gestructureerde lokale overheid. In aanvulling hierop werden voor de bevraging in functie van het mesoniveau ook de andere actoren die op dit lokale niveau betrokken waren, gecontacteerd voor een gesprek.

Gezien de relatief grote autonomie die de deelstaten in Duitsland hebben, werd voor de analyse van dit land geopteerd om enkel actoren in Berlijn te interviewen. De complexiteit van het Duitse systeem, samen met de taalbarrière die werd ervaren bij het aanspreken van de lokale actoren, leidt ertoe dat factoren zoals PGB-ratio en het landelijk versus stedelijk karakter niet in rekening gebracht zijn bij de selectie van de actoren. De verscheidenheid aan betrokken actoren enerzijds en hun sleutelpositie binnen het Duitse PGB-beleid kunnen deze beperking grotendeels ondervangen. Onderstaande tabellen bieden per land een overzicht van de types actoren die werden geïnterviewd. Per actor is in de tabel af te lezen in welke fase van het PGB-traject hij of zij als actor betrokken is.



<b>NEDERLAND (N=14)</b>	Aanvraag	Indicatie	Budget- bepaling	Terbeschik- kingstelling	Verant- woording	Onder- steuning
Belangenorganisatie gebruikers						X
Beleidsmedewerker indicatiesteller gezondheidszorg		X				
Beleidsmedewerker Rijksoverheid	X	X	X	X	X	X
Beleidsmedewerker vereniging lokale besturen (n= 2)	X	X	X	X	X	X
Beleidsmedewerker vereniging zorgaanbieders				X	X	
Beleidsmedewerker en praktijkwerker zorgverzekeraar	X	X	X	X	X	
Praktijkwerker cliëntondersteuning	X					X
Beleidsmedewerker en praktijkwerker stedelijke gemeente	X	X	X	X	X	X
Praktijkmedewerker landelijke gemeente (n=2)	X	X	X	X	X	X
Praktijkmedewerker cliëntondersteuning stedelijke gemeente	X	X				X

<b>ENGELAND (N=11)</b>	Aanvraag	Indicatie	Budget- bepaling	Terbeschik- kingstelling	Verant- woording	Onder- steuning
Belangenorganisatie personen met een beperking (n=2)	X					X
Beleidsmedewerker gezondheidsbeleid nationale overheid (n=4)	X	X	X	X	X	X
Praktijkwerker cliëntondersteuning						X
Beleidsmedewerker Metropolitan local Authority	X	X	X	X	X	
Praktijkwerker CCG Metropolitan Local Authority		X	X	X	X	
Beleidsmaker Unitair Local Authority	X	X	X	X	X	
Praktijkwerker CCG Unitair Local Authority		X	X	X	X	

<b>DUITSLAND (N=6)</b>	Aanvraag	Indicatie	Budget- bepaling	Terbeschik- kingstelling	Verant- woording	Onder- steuning
Belangenorganisatie PB- gebruikers	X			X		X
Praktijkmedewerker cliëntondersteuning en belangenvereniging gebruikers						X
Beleidsmedewerker Unfallversicherung	X	X	X	X	X	
Beleidsmedewerker Bundesministerium Arbeit und Soziales (n=2)	X	X	X	X	X	X
Praktijkwerker lokale aanbieder van persoonlijke assistentie	X					X

## 2.2 Dataverzameling: semigestructureerde diepte-interviews

Om een antwoord te vinden in het kader van onderzoeksdoel twee, werden 22 semigestructureerde interviews gevoerd met een totaal van 31 actoren (zie bovenstaande tabel). De topiclist die de leidraad vormde voor deze gesprekken was enerzijds gebaseerd op de vragenlijst aangereikt door het steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin en anderzijds op het conceptuele 5B-model ontwikkeld door Hubeau en Parmentier (1991). Dit model is een analysekader voor beleid en praktijk waarmee in kaart gebracht wordt in welke mate de toegang tot zorg voor de cliënt gegarandeerd is. Het initiële 5B model, dat ook wel wordt aangevuld tot een 7B-model met de begrippen 'bekendheid' en 'betrouwbaarheid', verwijst naar de vraag of de hulpverlening voor de gebruiker 'bereikbaar, beschikbaar, betaalbaar, begrijpbaar en bruikbaar' is (Hubeau & Parmentier, 1991; Roose & De Bie, 2003). Wezenlijk aandacht besteden aan deze B's betekent dat het kwaliteitsvraagstuk van de hulpverlening niet louter vanuit het aanbod kan worden behandeld, maar dat de betekenisverlening van mensen met ondersteuningsnoden voortdurend mee in rekening moet worden genomen (Bouverne-De Bie, 2005). Deze zeven kernbegrippen gebruiken we als kapstok voor het formuleren van een reeks open vragen om de kwalitatieve semigestructureerde diepte-interviews met de stakeholders te leiden. Hiermee willen we de betekenis van deze begrippen van voldoende ruimte voorzien opdat de respondenten hun ervaring uit de praktijk kunnen verwoorden zonder deze vast te zetten binnen deze begrippen. Ze vormen met andere woorden een leidraad, een gids om zo veel mogelijk zaken in beschouwing te nemen. Afhankelijk van de kernopdracht, rol en verantwoordelijkheid van de respondenten binnen de eigen organisatie en binnen het systeem van persoonsvolgende financiering, werd deze leidraad met vragen licht aangepast daar bepaalde topics meer of minder relevant waren. De standaard vragenlijst is terug te vinden in bijlage (Bogdan & Biklen, 2003; DiCicco-Bloom & Crabtree, 2006; Gill, Stewart, Treasure, & Chadwick, 2008; Mortelmans, 2007).

Voorafgaand aan de gesprekken werd een topiclist bezorgd aan de respondenten en werd een ‘informed consent’ voorgelegd om hen op de hoogte te stellen van het onderzoeksopzet en de wijze waarop de data uit het interview gebruikt worden. Deze werd schriftelijk of mondeling overlopen en bekrachtigd. Alle data die in het onderzoek werden verkregen zijn geanonimiseerd. De interviews werden digitaal opgenomen en letterlijk uitgetypt als transcript. Gemiddeld namen de interviews 1 uur en 45 minuten in beslag. De gesprekken werden telkens afgenomen en getranscribeerd door dezelfde twee onderzoekers. Deze getranscribeerde gesprekken werden later in het softwarepakket Nvivo gecodeerd en geanalyseerd. Deze transcripten zijn beschikbaar bij de onderzoekers.

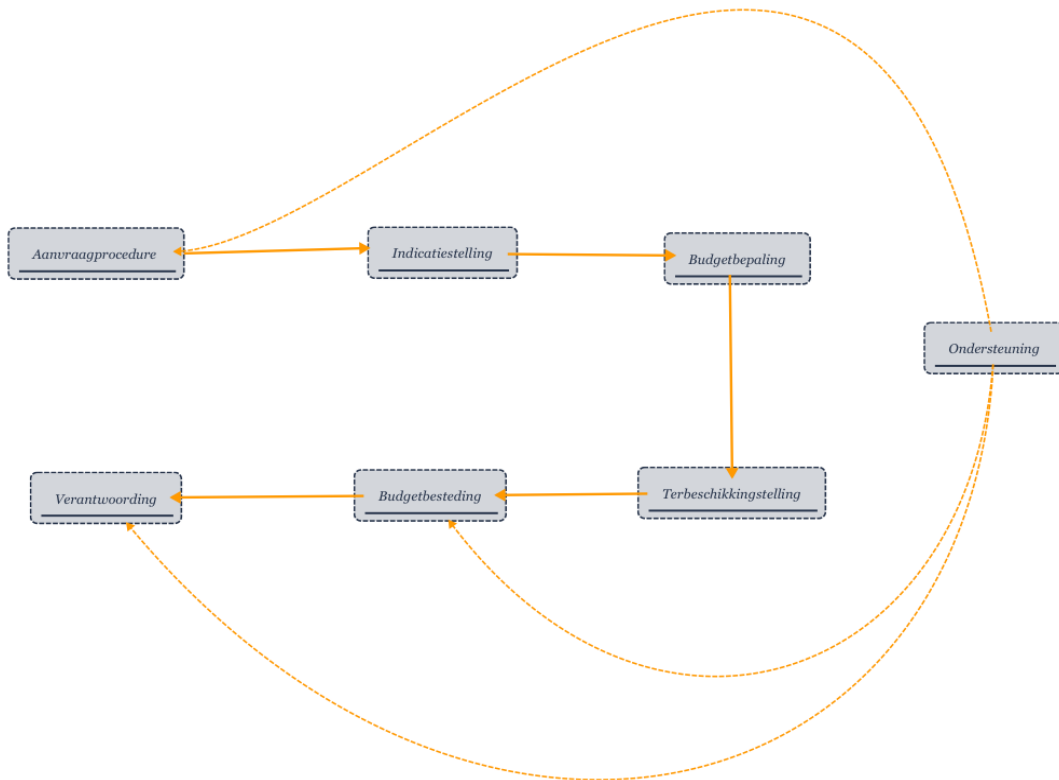
### **2.3 Data-analyse**

De transcripten werden deels inductief geanalyseerd, gebruikmakend van een gegevensgeleide aanpak van code-ontwikkeling (Van Hove & Claes, 2011). Een uitspraak van een respondent omtrent bijvoorbeeld de impact van de complexiteit van de zorgvraag van de cliënt werd gevat onder de code ‘complexiteit zorgvraag’. Daarnaast werd ook deels deductief gecodeerd in Nvivo, waarbij de gecodeerde onderdelen van de interviews werden toegewezen aan de te onderscheiden fasen in de trajecten (aanvraag, indicering etc.). We gebruikten onze inzichten uit onderzoeksdeel 1 om de codes te bundelen in meer algemene categorieën. Daarnaast genereerde de analyse ook aanvullingen op ontbrekende informatie of onduidelijkheden binnen onderzoeksdeel 1.

De transcripties van de gesprekken werden thematisch geanalyseerd (Floersch, Longhofer, Kranke & Townsend, 2010; Mortelmans, 2007; Van Hove & Claes, 2011). Er werd een individuele code toegekend aan de uitspraken die een factor benoemen die het traject van de cliënt kan beïnvloeden. Vervolgens werden de uitspraken gebundeld tot thema’s die de basis vormden voor de rapportering in dit hoofdstuk.

### **2.4 Basiskader voor het ‘typetraject’**

Het uitgangspunt van deze analyse is dat ongeacht de varianten die in de systemen waar te nemen zijn in Nederland, Engeland en Duitsland, het verloop telkens enkele vaste fases kent. Deze fases zijn schematisch weergegeven in onderstaande figuur.



Figuur 23 Verloop van het typetraject voor de cliënt

De eerste stap in het traject om tot zorg en ondersteuning te komen is de aanvraag. In de analyse hieronder vatten wij onder deze titel alle factoren die een impact hebben tot op het moment van de eerste contactname met de dienst verantwoordelijk voor de intake. Vervolgens zijn factoren die een impact hebben op het vaststellen van het al dan niet aanwezig zijn van een subsidiabele zorg- en ondersteuningsnood, terug te vinden onder de titel indicatiestelling. Factoren die de wijze waarop het budget bepaald wordt affecteren, worden weergegeven in het hoofdstuk budgetbepaling. Terbeschikkingstelling omvat vervolgens die factoren die een rol spelen in de wijze waarop het budget aan de cliënt ter beschikking gesteld wordt (bijvoorbeeld als cash budget, beheerd door de overheid, of nog onder een andere variant). Het hoofdstuk budgetbesteding geeft factoren weer die een impact hebben op de wijze waarop het budget besteed wordt/kan worden. De elementen die de wijze beïnvloeden waarop verantwoording afgelegd dient te worden omtrent de inzet van de middelen zijn terug te vinden in het hoofdstuk verantwoording. Tot slot wordt onder de titel ondersteuning gevat welke factoren een impact kunnen hebben op de professionele ondersteuning die de cliënt kan krijgen.

#### LEESWIJZER

De factoren die in dit onderzoek geïdentificeerd zijn, worden in onderstaande hoofdstukken telkens per fase van het PGB-traject in een tabel benoemd. Deze tabellen bieden bij elke afzonderlijke fase een overzicht van de factoren die een impact hebben op het traject dat de cliënt doorloopt. Deze kernpunten worden vervolgens telkens bondig besproken. We geven hier een zo volledig mogelijk beeld van mogelijke factoren met een invloed op de trajecten van personen met een handicap in de systemen van persoonsvolgende financiering.

In de tabellen wordt het onderscheid tussen een lage en hoge zorgzwaarte meegenomen. Wij baseren ons hierbij op wat in de desbetreffende landen als lage en hoge zorgzwaartecategorie benoemd wordt. Een kruisje bij de desbetreffende categorie betekent dat het effect op basis van dit onderzoek een rol kan spelen in het traject. Hierdoor wordt een meer genuanceerd beeld geschetst wat betreft de mogelijke invloed van factoren en de mate waarin deze voor de onderscheiden wetgevingen verschillen.

### 3 Nederland: de typetrajecten ontleed

#### 3.1 Aanvraag/Aanmelding

AANVRAAG		Lage zorgzwaarte	Hoge zorgzwaarte
Cliënteigenschappen	Complexe zorgvraag	X	X
	Zelfexpressie	X	X
Contextfactoren cliënt	Financiële context van gemeenten	X	X
	Culturele gemeenschap	X	X

- Complexe zorgvraag

De voornaamste beweegredenen om de uniforme AWBZ-wetgeving onder te verdelen in vier wetten was de vereenvoudiging van het systeem voor enkelvoudige vragen. Voor personen met een zorgvraag die moeilijk onder te brengen zijn binnen de vooraf gedefinieerde zorg- en ondersteuningstypes, is de aanvraagprocedure niet eenvoudig. Respijtzorg, begeleiding en participatie (en jeugdzorg) wordt ondergebracht bij de gemeente, vanuit de argumentatie dat dit bestuursniveau dicht bij de burger staat. Verzekeraars zijn verantwoordelijk om verzorging en verpleging op te nemen in de zorgverzekeringspakketten. De langdurige zorg, 24u per dag levenslang en levens breed, blijft onder de bevoegdheid van het CIZ. Deze opdeling resulteert in verscheidene systemen met verscheidene toegangspoorten. Personen met een enkelvoudige zorgvraag zijn gebaat bij deze opdeling en vinden eenvoudiger en sneller toegang tot gepaste zorg. Personen met complexe noden lopen echter het risico om tussen de verschillende systemen verloren te lopen.

- Zelfexpressie

In de Wmo zijn het, volgens praktijkmedewerkers en beleidsverantwoordelijken van de gemeente, voornamelijk mondige burgers en personen met een duidelijk beeld van de zorg en ondersteuning die zij wensen, die een PGB aanvragen. Personen met een zware zorgbehoefte zijn daarentegen in veel gevallen niet meer in staat om zelf actief de aanmelding bij het CIZ te doen. Iemand anders dan de persoon met een zorgvraag doet in deze gevallen de aanvraag. Vaak is dit een familielid, iemand uit de nabije omgeving of een zorgaanbieder. Hier kan ook onafhankelijke cliëntondersteuning in beeld komen om de zorgvraag te helpen formuleren. De keuze om de zorg al dan niet onder de vorm van een PGB op te nemen komt in deze tweede situatie dus vaker voort uit het netwerk van de cliënt.

- Financiële context van gemeenten: Bezuinigingsbeleid

Een gemeentelijk bezuinigingsbeleid kan als gevolg hebben dat personen uit de Wmo worden aangestuurd een aanvraagprocedure te starten binnen de Wlz. Een respondent zegt hierover het volgende:

*“Als zorgvrager wordt je door sommige gemeenten losgelaten. En het zal ongetwijfeld heel erg per gemeente verschillen, want sommigen proberen de kosten te beheersen en daar zijn die bezuinigingen een prikkel om ervoor te zorgen dat zij [de cliënten] zoveel mogelijk naar de Wlz toegaan.” [Beleidsmedewerker A]*

Respondenten geven aan dat deze doorverwijzing in sommige gevallen ook terecht en noodzakelijk is. Hierbij is het wel van belang om de persoon te begeleiden en niet los te laten wanneer blijkt dat deze niet aan de Wlz-criteria voldoet. Het doorverwijzen van een persoon naar langdurige zorg vanuit besparingslogica doet zich voornamelijk voor wanneer de zorgvrager zich in de grijze zone tussen Wmo en Wlz bevindt, waarbinnen verschillende indicatiestellers niet tot eenzelfde besluit kunnen komen. Het is dus niet zo dat gemeenten systematisch kunnen doorverwijzen naar de Wlz.

- Culturele gemeenschap

Respondenten geven aan dat regio's en gemeenten met een grote Turkse gemeenschap meer aanvragen krijgen om de zorg via een PGB te regelen. Personen die deel uitmaken van deze gemeenschap willen vaker de zorg in familiale kring regelen en ontvangen. Ook zijn er aanbieders die gespecialiseerd zijn in het aanbieden van zorg aan personen met migratieachtergrond, waar hulpverleners bijvoorbeeld dezelfde taal spreken. Dit wordt zowel door respondenten uit de gemeenten als respondenten die verbonden zijn aan zorgkantoren vermeld.

### 3.2 Indicatiestelling

INDICATIESTELLING		Lage zorgzwaarte	Hoge zorgzwaarte
<b>Cliënteigenschappen</b>	Complexe zorgvraag	X	X
	Sociaal netwerk met draagvlak	X	/
	Geschiedenis in zorg, Zorgtraject	X	X
	24u zorgnood levenslang	/	X
<b>Contextfactoren cliënt</b>	Systeem van Zorgzwaarteprofielen	/	X
	Gemeentelijke Discretie	X	/
	Keukentafelgesprek	X	/
	Aangrijpingspunt indicatiestelling	/	X

- Complexe zorgvraag

De facto werkt het zo dat personen waarover enige twijfel bestaat, door de gemeenten doorverwezen worden naar het CIZ voor een indicatiestelling binnen de Wet langdurige zorg. Personen met een complexe zorgvraag - waarover in eerste instantie geen duidelijkheid bestaat tot welk zorgstelsel zij behoren - kunnen dus terecht komen in een heen-en weer-spel tussen indicatie-instanties. Hoe complexer de zorgvraag, hoe moeilijker het is om de zorgbehoefte in kaart te brengen. Daarom kan een individuele indicatiesteller van het CIZ de deskundigheid van een arts inroepen in geval van twijfel en onduidelijkheid.

Individuele indicatiestellers kunnen een dossier aanvinken als eventueel risico of als niet eenduidig, waardoor een collega een review van de indicatie dient te doen. Complexe zorgvragen hebben meer kans om in deze steekproefsgewijze kwaliteitsborging, het 'vierogen-principe' genaamd, gevat te worden.

- Sociaal netwerk

In elk van de vier zorgwetten staat het recht op een persoonsgebonden budget ingeschreven. In elke wet is het PGB dus in principe een gelijkwaardige leveringsvorm aan de zorg in natura. Echter, de Wmo stelt dat er eerst dient te worden gekeken naar welke zorgtaken het sociaal netwerk van de hulpbehoevende persoon kan opnemen. Pas daarna wordt er gekeken naar het aanbod van algemene voorzieningen in de gemeente. Indien ook in de algemene voorzieningen geen gepaste zorg kan worden geleverd, worden de maatwerkvoorzieningen aangeboord. Het is slechts in deze maatwerkvoorzieningen dat een PGB kan ingezet worden. Indien er wordt geoordeeld dat er een netwerk met voldoende draagvlak voor alle zorgtaken is, wordt de zorgbehoevende persoon niet verder geïndiceerd. In die zin heeft het al dan niet hebben van een sociaal netwerk dat zorgtaken kan opnemen een impact op het vaststellen van een subsidiabele zorg- en ondersteuningsnood.

- Geschiedenis in zorglandschap

Bij personen die reeds zorg en ondersteuning binnen de Wmo of Zvw ontvangen, verloopt de indicatiestelling door het CIZ binnen de Wet langdurige zorg vaak eenvoudiger. Dit geldt ook voor personen die reeds zorg ontvangen binnen de Wlz, maar een herindicatie ondergaan doordat ze een hogere zorgbehoefte hebben dan initieel werd vastgesteld. In deze gevallen is de aanvraag reeds vrij compleet, gezien de onderliggende stukken voor de dossierstudie eenvoudig op te vragen zijn, of reeds in het bezit van het CIZ zijn. Vaak volstaat de dossierstudie om de indicatie af te handelen, wanneer daar reeds uit blijkt dat aan de criteria voor langdurige zorg wordt voldaan. Indien de dossierstudie geen uitsluitsel geeft, wordt een huisbezoek bij de cliënt gedaan om te zien hoe deze in de woonsituatie functioneert. Voor personen van wie reeds in de Wmo, Wlz of Zvw een dossier wordt bijgehouden, verloopt de indicatie vaak het efficiëntst.

- 24u zorgnood levenslang

Een persoon die aan deze voorwaarden voldoet heeft recht op zorg binnen de Wlz, de langdurige zorg voor een zware zorgnood. Deze indicatie is in principe levenslang en maakt dat personen met een Wlz-indicatie een standvastiger traject doorlopen dan personen met een Wmo-indicatie of Zvw-indicatie. Deze laatste dienen namelijk binnen een afgesproken periode met de gemeente of wijkverpleging samen te zitten voor een opvolging en evaluatie van de zorgnoden.

Anderzijds is er een veranderende houding zichtbaar ten aanzien van de criteria om een indicatie in de Wlz te krijgen. Het toegangscriterium van 24u zorgnood wordt vaak heel strikt gehanteerd binnen de Wlz. Respondenten merken dat, door de strengere lezing van criteria voor zorg binnen de Wlz, het voor personen met een lichamelijke beperking moeilijker wordt om toegang te krijgen tot Wlz-ondersteuning en zij bijgevolg vaak gebruik moeten maken van een combinatie van ondersteuning binnen de Wmo en verzorging binnen de Zvw.

- Systeem van Zorgprofielen (ZP)

Het CIZ indiceert personen op basis van de zorgbehoefte op het moment van de indicatie in één zorgprofiel. Er zijn zorgpakketten voor personen met een lichamelijke handicap, een zintuigelijke handicap, verpleging en verzorging en voor psychiatrie. Binnen deze categorieën zijn er verschillende zorgprofielen, afhankelijk van de zorgbehoefte. De cliëntkenmerken bepalen het zorgprofiel waar de persoon op geïndiceerd wordt. Een persoon met een meervoudige beperking wordt binnen dit systeem geïndiceerd op de meest zwaar doorwegende grondslag, of anders gezegd de beperking die de zwaarste zorgvraag voortbrengt. Zo zal het CIZ bijvoorbeeld bij een meervoudige handicap waarbij de



verstandelijke handicap leidt tot de meeste zorg, het meest passende zorgprofiel binnen de categorie verstandelijke beperking plaatsen. Binnen dit systeem worden zorgzwaarteprofielen niet horizontaal opgeteld, maar wordt enkel het meest passende zorgprofiel geselecteerd. Een respondent [Medewerker belangenorganisatie A] zegt hierover het volgende:

*“Je hoeft helemaal niet zo een ernstige dominante beperking te hebben, maar wel andere beperkingen. Dan ben je de pizza, want dan krijg je gewoon niet meer.”*

Het systeem van zorgprofielen zorgt er ook voor dat mensen regelmatig terugkomen voor een herindicatie. De marge waarmee de behoeften van een persoon binnen het geïndiceerde zorgprofiel kunnen evolueren is een belangrijke factor voor de periode waarvoor deze indicatie geldt. Een herindicatie is nodig wanneer het budget, gekoppeld aan het zorgprofiel, de kosten niet meer dekt. Deze procedure gaat evenwel sneller omdat het CIZ reeds in het bezit is van het dossier van de budgethouder. Een veel gehoorde kritiek op de indicatie op basis van zorgprofielen is dat dit quasi onmogelijk een indicatie op maat kan voortbrengen.

- Aangrijpingspunt indicatiestelling: zorgbehoefte centraal i.p.v. zorgvraag

Het aangrijpingspunt bij de indicatiestelling in de Wlz verschilt fundamenteel met dit in de Wmo. Niet de zorgvraag maar de zorgbehoefte staat hier namelijk centraal. De zorgbehoefte als basis van de indicering betekent dat er gekeken wordt naar wat men ‘de naakte man in de kale kamer’ noemt. Hierbij wordt niet in rekening gebracht welke aspecten van de zorg reeds door familie en netwerk worden opgenomen. Dit betekent dat het al dan niet hebben van een netwerk dat een groot deel van de zorg op zich neemt geen invloed heeft op de indicatie binnen de wet langdurige zorg.

Dit kan als gevolg hebben dat er meer mensen instromen in de langdurige zorg wanneer deze doorverwezen worden door frontliniewerkers binnen de Wmo. Deze zijn zich bewust van de verschillende grondslag van de indicering en kunnen dit aangrijpen om verantwoordelijkheden naar de Wlz te verwijzen. Een beleidsverantwoordelijke zegt hierover het volgende:

*“Dus je hebt in die zin al per definitie een groter potentieel dat in de Wlz terechtkomt dan vroeger. Maar ook al zou je de context wel meenemen dan zouden zij er nog in terechtkomen, want je indiceert de zorgbehoefte in de Wlz. En wij hebben nu het vraagstuk in de Wlz: gaan wij nu rekening houden met het sociale netwerk waardoor wij minder budget gaan toekennen? En een maatwerkprofiel gaan doen?” [Beleidsmedewerker A]*

- Gemeentelijke discretie

Een medewerker van een belangenorganisatie geeft het voorbeeld van een gemeente die geen logeerfunctie<sup>54</sup> indiceert als een persoon geen 24u per dag en nacht iemand naast zich nodig heeft. Een logeerfunctie wordt vanuit deze invullingswijze door de gemeente dus voorbehouden voor Wlz, terwijl een logeerfunctie ook binnen de Wmo voor een gezin heel belangrijk kan zijn:

*“Als je een heel ernstig gehandicapt kind hebt en het kind kan één keer per twee weken een weekendje logeren dan houdt dat gezin het vol. Die dingen vallen weg, waardoor gezinnen omvallen, waardoor ze uiteindelijk in zwaardere vormen van zorg terechtkomen.” [Medewerker belangenorganisatie A]*

<sup>54</sup> Via logeeropvang kunnen mantelzorgers de zorg een tijdje overdragen aan professionele hulpverleners en logeert de zorgbehoevende kortdurend in een zorginstelling.

Ook de invulling van het begrip ‘gebruikelijke zorg’ kan breed geïnterpreteerd worden. Een voorbeeld hiervan is een gemeente die ‘gebruikelijke zorg’ koppelde aan 14 uren zorg per week. Deze gemeente betaalde dan slechts voor het aantal geïndiceerde uren zorg, min deze 14 uren ‘gebruikelijke zorg’. De hoogste rechter heeft deze interpretatie tenietgedaan met als reden dat de indicatie en de beoordeling van wat ‘gebruikelijke zorg’ is, op individueel niveau dient plaats te vinden. Respondenten geven mee dat de gemeentelijke discretie door het beleid van het kabinet wordt verdedigd vanuit de idee dat gemeenten dichter bij de mensen staan en beter kunnen regelen wat zij nodig hebben. Dit resulteert in een heel grote diversiteit in de organisatie en het aanbod tussen gemeenten onderling.

- Keukentafelgesprek

Het keukentafelgesprek is bedoeld om de zorgvraag in beeld te brengen en een zicht te krijgen op de taken die door naasten kunnen worden opgenomen. Datzelfde gesprek vormt ook de basis voor de beoordeling van de PGB-vaardigheid van de persoon. Dit is een beslissend gesprek voor de latere terbeschikkingstelling van een budget, maar vindt plaats gedurende de indicatiestelling. Dit verschilt van het ‘bewuste keuzegesprek’, dat na de indicatiestelling volgt. Hierin wordt er getoetst waarom iemand voor een PGB kiest en of de persoon dit wel kan, hoe het budgetplan er uitziet etc. In een keukentafelgesprek wordt naar de individuele situatie gekeken om na te gaan wat de gebruikelijke zorg is en welke actoren uit het netwerk van de zorgvrager op vrijwillige basis -onbetaald- zorgtaken kunnen opnemen. Door in deze gesprekken strenger te zijn wat betreft de toegang tot de zorg in natura en impliciet meer druk te zetten op de persoon om te kijken wat het netwerk kan opnemen, zonder hierin te verplichten, wordt gepoogd om minder personen te indiceren of een lagere indicatie toe te kennen. Een bezuinigingsbeleid vormt ook hier de katalysator om de toegang tot de zorg te beperken. Een praktijkwerker binnen de Wmo vertelt:

*“Dat is eigenlijk een bezuinigingsbeleid [...] waardoor we strenger moeten kijken van euh... meer mensen in de thuissituatie moeten blijven en eigenlijk pel je de vraagstelling altijd af hé. Wat kan iemand zelf, wat kan zijn netwerk, en in laatste instantie van wat moet de overheid dan regelen?”*  
[Praktijkwerker A]

In de bespreking van de individuele situatie weegt ook het oordeel van de indicatiesteller door. De discretie van de indicatiesteller kan een belangrijke rol spelen in de bepaling van wat gebruikelijke zorg in een particuliere situatie is en welke zorgtaken uiteindelijk geïndiceerd zullen worden.

### 3.3 Budgetbepaling

BUDGETBEPALING		Lage zorgzwaarte	Hoge zorgzwaarte
Cliënteigenschappen	Bijkomende zorgnood	X	/
	Geen of weinig inkomen	/	X
Contextfactoren cliënt	Eigen bijdrages	X	X
	Leveringsvorm: Volledig Pakket Thuis	/	X
	Systeem van Zorgprofielen	/	X
	Gemeentelijk financieringskader (Outputgericht/uurtje factuurtje)	X	/

- Bijkomende zorg/hulpvraag

Praktijkwerkers in de Wmo geven aan dat het budget in hun gemeente wordt gebaseerd op de beginsituatie van de hulpvrager. De beginsituatie wordt op basis van de indicatiestelling opgesteld en wordt vervolgens gekoppeld aan een passend aanbod voor deze zorgnoden, vertaald in uren of dagdelen. Op basis hiervan wordt een zorgpakket opgesteld van bijvoorbeeld vier dagdelen dagbesteding en drie uur begeleiding. Dit budget wordt vervolgens aan de aanbieder gegeven die samen met de persoon kijkt hoe dat dan precies ingevuld wordt. Wanneer een persoon bijkomende uren zorg, dagbesteding of begeleiding nodig zou hebben dient deze persoon terug naar het wijkteam of het Wmo-loket te stappen om meer ondersteuning te vragen en een nieuwe indicatie te verkrijgen alvorens er extra uren in het budget kunnen worden opgenomen.

- Laag inkomen

De hoogte van het inkomen of het hebben van vermogen heeft geen effect op de budgethoogte van een PGB. Wel heeft dit gevolgen voor de eigen bijdrage die een persoon binnen de Wlz dient te betalen aan het Centraal Administratiekantoor (CAK). Voor een PGB is er in principe een lage eigen bijdrage van toepassing, omdat een budgethouder zelf voorziet in de kost en inwoon. Dit is echter inkomensafhankelijk. Bij regel betalen personen met weinig of geen inkomen een bedrag van 23 euro per maand. Heeft een budgethouder een inkomen, dan kan de eigen bijdrage snel oplopen. Dit heeft tot gevolg dat heel wat personen na verloop van tijd de Wmo-zorg laten voor wat het is en de zorg zelf organiseren, aangezien dit weinig tot geen verschil in kost betekent.

- Eigen bijdrages

De gemeente bepaalt het tarief voor het PGB én kan ook bijsturen in de hoogte van de eigen bijdrage die de cliënt moet betalen in de algemene voorzieningen en de maatwerkvoorzieningen. Verder is de gemeente ook in de mogelijkheid om een maximumtarief vast te leggen, een maximumprijs die de voorzieningen kunnen vragen voor de geleverde zorg. De cliënt en de aanbieder zijn vrij om in onderlinge overeenstemming afspraken te maken over de hoogte van de tarieven. Dit wil zeggen dat de cliënt een extra bijdrage kan betalen aan de aanbieder, bovenop het door de gemeente vastgelegde maximumtarief. Deze meerprijs kan echter niet met het PGB bekostigd worden. Concreet betekent dit dat de budgethouder deze meerkosten van tevoren dient te storten op zijn/haar rekening van de Sociale

verzekeringsbank (SVB), die op haar beurt de zorgaanbieder vergoedt met de middelen van de gemeente en de middelen die de gebruiker –in overleg met de aanbieder- extra betaalt.

Ook kunnen budgethouders binnen de Wlz afspraken maken met aanbieders om een eigen bijdrage te betalen wanneer het door de bevoegde zorgverzekeraar vastgelegde maximumtarief overschreden wordt. Dezelfde regeling met de SVB geldt hier, waarbij de gebruiker de eigen bijdrage vooraf op de rekening stort. Dit staat los van de ‘eigen bijdrage’ die de gebruiker betaalt aan het CAK. Het CAK berekent deze eigen bijdrages, die een minimum- en een maximumtarief kennen<sup>55</sup>.

Een ander gevolg van de onduidelijkheid over eigen bijdrages komt tot uiting wanneer een budgethouder met een Wmo- of een Zvw-indicatie bij een zwaarder wordende zorgnood geïndiceerd wordt voor Wlz-zorg. Deze persoon kan er dan voor kiezen om de zorg en ondersteuning, net als binnen de Wmo en de Zvw, thuis te ontvangen. In dit geval zal de persoon een eigen bijdrage moeten betalen, wat voordien, binnen de Wmo en Zvw, niet het geval was. Een zwaardere zorgvraag, maar een continuïteit in de levering van de zorg en ondersteuning, kan dus resulteren in een zwaardere financiële last.

- Leveringsvorm Volledig Pakket Thuis (VPT)

De persoonlijke budgetten bevatten ook middelen voor de woonkosten wanneer de persoon met een handicap de zorg in een voorziening ontvangt. In die zin heeft het persoonsvolgend aspect van de budgetten invloed op de financiering van voorzieningen. Wanneer een persoon ervoor kiest om de zorg via een volledig pakket thuis (VPT) te regelen, bevat het budget geen middelen voor de bekostiging van de woonplaats. Dit heeft als gevolg dat instellingen financiële gevolgen dragen wanneer er plaatsen onbenut blijven. De residentiële voorzieningen krijgen in die gevallen minder vergoeding voor gebouwen omdat meer cliënten thuis wonen en de eigen huur betalen. Kort gesteld: doordat meer mensen thuis de zorg ontvangen via de VPT-optie, kampen voorzieningen met meer leegstand en krijgen zij minder financiering voor hun gebouwen.

- Systeem van zorgprofielen

De indicatie in een zorgprofiel met een bijhorend zorgpakket vormt de grondslag van de budgetbepaling binnen de Wlz. Aan ieder profiel dat het CIZ toekent is een bedrag gekoppeld. De budgethouder heeft geen zicht op de budgetten die aan de zorgprofielen gekoppeld zijn, enkel het zorgkantoor heeft toegang tot deze informatie. Het zorgkantoor gaat in gesprek met de cliënt om te achterhalen of deze aan de criteria voor een persoonsgebonden budget voldoet –de zogenaamde PGB-vaardigheid- waarna deze de exacte hoogte van het budget vaststelt. Samengevat stelt het zorgkantoor de budgethoogte vast aan de hand van het zorgprofiel in het indicatiebesluit van het CIZ. De verschillende zorgkantoren kunnen hier een andere positie innemen, waardoor de budgethoogtes voor eenzelfde zorgprofiel toch kunnen verschillen per zorgregio. Verder zijn de budgetten binnen zorgprofielen berekend voor de kost van zorg in voorzieningen. Door de efficiëntie-voordelen gekoppeld aan de schaal van voorzieningen is deze kost lager dan wanneer de zorg en ondersteuning aan een individu wordt geleverd. De tarieven van PGB zijn lager dan deze in ZIN én de budgetten zijn berekend op basis van de kost van zorg in natura. Dit maakt het niet eenvoudig om de zorg thuis te organiseren binnen het systeem van zorgprofielen.

---

<sup>55</sup> Zie Hoofdstuk ‘Budgetbepaling’ Nederland.

- Gemeentelijk financieringskader

Gemeenten kunnen elk afzonderlijk een financieringskader ontwikkelen voor de bekostiging van voorzieningen. De ene gemeente zal dit in de praktijk op basis van een outputmodel doen terwijl anderen een input-model hanteren (financiering per uur geleverde zorg, het zogenaamde ‘uurtje-factuurkje’). Daarbovenop worden de middelen uit het gemeentefonds volgens een bepaalde sleutel verdeeld onder de afzonderlijke gemeenten. De lokale besturen ontvangen middelen die zij vervolgens versleutelen naar de voorzieningen in het kader van de Wmo zorg en ondersteuning leveren. Dit heeft verregaande gevolgen voor de organisatie van particuliere voorzieningen. Deze verdeling van middelen van het gemeentefonds wordt geproblematiseerd en vormt een aangrijpingspunt voor een onderzoek naar mogelijke aanpassing van deze verdeelsleutel.

*“Dat gemeentefonds, dat verdeelt het geld over de gemeenten. En dat is niet eerlijk verdeeld. Bijvoorbeeld als je de gemeente X bij ons neemt. Die heeft een grote instelling voor gehandicapten, met heel veel rolstoelen en hulpmiddelen. Die moeten uit de WMO betaald worden. En, X, die heeft, dat is logisch dat zij als gemeente wat extra uit dat fonds moeten kunnen putten. Dat is daar nu niet in verwerkt. En daarvoor is een studie gaande om te bekijken hoe die middelen eerlijker kunnen verdeeld worden.” [Beleidsmedewerker B]*

### 3.4 Terbeschikkingstelling

TERBESCHIKKINGSTELLING		Lage zorgzwaarte	Hoge zorgzwaarte
<b>Cliënteigenschappen</b>	PGB-vaardigheid	X	X
	Uitvoeringsplan	X	X
	Geletterdheid		
	Netwerk/vertegenwoordiger		
	Uitgesproken voorkeur zorg	X	X
<b>Contextfactoren cliënt</b>	Aanbod algemene voorzieningen	X	/
	PGB-vaardigheid oordeel	X	X
	Gemeentelijke voorbereiding op WMO	/	X
	Wachtlijsten	/	X
	Bewuste-keuzegesprek	X	X
	‘Monetarisering’ indijken	X	X

- Beoordeling PGB-vaardigheid

De toegang tot een PGB als leveringsvorm voor de zorg en ondersteuning wordt beoordeeld aan de hand van de vragen: (1) wil de persoon een PGB dit en (2) kan de persoon dit PGB beheren. Deze criteria gelden zowel in de Wmo, Jeugdwet, Zvw als de Wlz. In deze wetten is het recht op PGB verankerd. Voor elk van deze wetten zijn er instanties bevoegd met de beoordeling van de toegang van een zorgvrager

tot een persoonsgebonden budget. Qua toegangseisen lijken de verschillende kaders op elkaar, maar de beoordeling van de bevoegde instantie is doorslaggevend. Zo hebben de verschillende zorgverzekeraars een verschillend beleid omtrent PGB die de terbeschikkingstelling van een budget beïnvloed.

- Uitvoeringsplan/zorgplan

In een uitvoeringsplan geeft een persoon aan hoe hij/zij de zorg zal regelen. Hierin geeft de zorgbehoevende aan met wie er een zorgovereenkomst zal afgesloten worden en wat daar precies in gevat wordt (takenpakket, tijdstippen...). Dit uitvoeringsplan draagt bij in de beoordeling of iemand 'PGB-vaardig' is. De gemeente kan op basis van dit uitvoeringsplan aanraden om, in plaats van de zorg via een PGB te organiseren en in te kopen, de organisatie uit handen te geven en de zorg en ondersteuning door de gemeente te laten contracteren.

- Geletterdheid en netwerk/vertegenwoordiger

Een netwerk waarbinnen personen kunnen helpen, bijvoorbeeld bij het opstellen van een uitvoeringsplan, is een belangrijke variabele doorheen de PGB-trajecten. Een persoon die niet geletterd is in de wijze waarop verwacht wordt een uitvoeringsplan op te stellen heeft minder mogelijkheden om als 'PGB-vaardig' gezien te worden. Wanneer dergelijke personen een beroep kunnen doen op een vertegenwoordiger of een netwerk met behulpzame krachten, kan dit stimulerend zijn in de terbeschikkingstelling van een budget. Een cliëntondersteuner zegt hierover het volgende:

*"Het is subjectief, ja, en soms hangt het echt om taal. Dus als je bepaalde woorden gebruikt wordt dat goedgekeurd en ...in principe vinden we wel dat een cliënt een plan zelf moet schrijven, maar daar adviseren we zeker in mee, ja." [Praktijkwerker C]*

De geletterdheid van de persoon in kwestie, het hebben van een netwerk met geletterde personen of een vertegenwoordiger en de capaciteit om een goed uitvoeringsplan op te stellen kunnen in deze gezien worden als een cluster van variabelen. Het uitvoeringsplan geldt hier als zichtbaar artefact waarbinnen deze factoren een rol spelen. Gezamenlijk zijn deze van betekenis in de beoordeling van de PGB-vaardigheid van een persoon.

- Voorkeur budgethouder, uitgesproken idee van zorg

In veel gevallen vragen personen een PGB aan omdat ze een uitgesproken idee hebben hoe ze het budget willen besteden en welk soort zorg ze willen. Vaak gebeurt dit ook door een wettelijke vertegenwoordiger, in veel gevallen ouders, die de zorg willen regelen zoals zij dat willen: op een meer onafhankelijke en flexibele wijze.

*R1: "Ja, en die ouders weten elkaar ook vaak goed te vinden."*

*R2: "En die vinden soms niet in de reguliere zorg wat zij daarin zoeken. Dat is een factor. En ook dat zij zichzelf in willen huren als hulpverlener." [Praktijkwerker A en B]*

Personen die voorafgaand aan de aanvragen weten waarvoor ze een PGB willen gebruiken hebben later een grotere kans om als 'PGB-vaardig' beoordeeld te worden, en een persoonlijk budget ter beschikking te krijgen. Als de persoon geen specifieke voorkeur voor een vorm van ZIN heeft is de kans groot dat hij/zij zal zorg zal ontvangen binnen een ZIN-aanbod van de gemeente. Dit hangt samen met de beoordeling van een persoon als PGB-vaardig. Wanneer iemand geen blijk geeft van te weten welk soort zorg te willen ontvangen en door wie deze zorg geleverd dient te worden, zal het oordeel over de 'PGB-vaardigheid' van een persoon minder gunstig zijn dan wanneer deze blijk geeft een duidelijke visie over

de eigen zorg te hebben. Personen met een specifieke voorkeur voor de zorg, met een duidelijk zorgplan, hebben een stap voor wat de terbeschikkingstelling van een PGB betreft.

Dit geldt zowel voor de (minder zware) zorg binnen de Wmo als de (zware en levenslange) zorg binnen de Wlz. Wanneer personen in de gesprekken met het CIZ in het kader van de indicatiestelling een duidelijke voorkeur uitspreken voor een PGB als leveringsvorm, wordt dit meegedeeld aan het zorgkantoor, dat bevoegd is voor de terbeschikkingstelling. De voorkeur of keuze voor een PGB heeft echter geen enkele invloed op de indicatie die door het CIZ wordt gesteld. Het zorgkantoor is echter geneigd om een PGB eenvoudiger toe te kennen aan personen bij wie dit reeds een voorkeur genoot bij de indicatiestelling, dan aan personen die dit pas in de gesprekken met het zorgkantoor aanhalen. Indien de zorgbehoevende reeds op voorhand een duidelijke voorkeur voor een PGB uitsprekt, verloopt het traject en de beoordeling als 'PGB-vaardig' vlotter en eenvoudiger.

- Gemeentelijk kader omtrent aanbod

Het aanbod van hulpverlening dat de gemeente contracteert is bepalend voor de terbeschikkingstelling van een persoonsvolgend budget. Enkel wanneer de zorg en ondersteuning die een persoon nodig heeft niet in een algemene voorziening wordt aangeboden of wanneer de persoon nood heeft aan speciale ondersteuning komt deze in aanmerking voor een maatwerkvoorziening. Het is enkel binnen deze noodzaak aan maatwerkvoorzieningen mogelijk om een PGB ter beschikking te krijgen. De beleidspraktijk hieromtrent is verscheiden. Zo zijn er gemeenten die sterk inzetten op een toegankelijke eerstelijnszorg met heel veel algemene voorzieningen en een uitgebreid aantal contracten met voorzieningen, opdat maatwerkvoorzieningen een vorm van 'noodzakelijk kwaad' worden.

*"Als je nu wat meer contracteert en je zet wat meer alternatieven neer op het betalen van informele zorg, dan zal je zien dat het aantal PGB's daalt. En dat gebeurt dus ook. Het roept alleen de bemerkingen in het parlement op van 'jullie hebben een ontmoedigingsbeleid rond het PGB'. Terwijl wij er nu juist een recht van hebben gemaakt in alle wetten."* [Beleidsmedewerker A]

Een typevoorbeeld van de uitbreiding van algemene voorzieningen waar bovenstaand citaat op doelt is het uitbouwen van een 'scootmobiel-park'. Personen die omwille van een mobiliteits-beperking een scootmobiel nodig hebben kunnen kiezen uit het aanbod van soorten die de gemeente aankocht. Op die manier hoeven mensen zelf niet meer op zoek te gaan naar een passend model met een PGB. Dit is een eenvoudig maar exemplarisch voorbeeld van de wijze waarop gemeenten een uitgebreid zorg- en ondersteuningsaanbod uitbouwen. Een medewerker van een belangenorganisatie vertelt over het mogelijke PGB-beleid van gemeenten het volgende:

*"Ze maken ook afspraken: tot dit bedrag mag jij als zorgaanbieder zorg verlenen. Dus met het inschakelen van ZIN kunnen zij hun uitgaven in de hand houden. En als je mensen laat kiezen voor een PGB dan zien zij dat als extra uitgaven. Dat is natuurlijk niet waar. Alleen, zij maken zulke afspraken met de natura aanbieders, dat ze eigenlijk sowieso te veel inkopen. En dan is elke PGB-er er één te veel, want die moet eigenlijk naar naturazorg."* [Medewerker belangenorganisatie A]

Verder geeft een medewerker van een gemeente [Praktijkwerker D] ook aan dat ze ingefluisterd kreeg om mensen zo veel mogelijk te helpen met zorg in natura, omdat de gemeente dit een betere optie vindt dan ondersteuning onder de vorm van een PGB. De uitvoering van de Wmo gaat hier gepaard met een duidelijke aanbeveling om zorg in natura als de standaard en de wenselijke vorm van zorg te zien. Samenvattend kunnen we stellen dat het zorgaanbod van gemeenten samenhangt met de financiële realiteit van deze gemeenten. Meerdere malen wordt dit geproblematiseerd en benoemd als 'bijten in de hand die eten geeft'.

- Gemeentelijke voorbereiding op systeemshift

*“Je hebt eigenlijk drie keer een soort paradigmashift. Van de burger die nu alles zelf moet doen, de beleidsmedewerker die de regie moet voeren en die eigenlijk niet weet van welke partituur die de regie moet voeren, en wij die nog moeten kijken in de uitvoering van waar leidt dit allemaal toe en we hebben niet altijd de instrumenten om dingen te controleren.” [Praktijkwerker B]*

Gemeenten zijn enerzijds vragende partij voor meer vrijheid maar wachten ook lang om hier werkelijk iets mee te doen. Zo ook scheidt de Wmo-directie van de rijksoverheid een wetgevend kader en laat het de gemeenten vrij om hier zelf verdere regels in de implementatie rond te ontwikkelen. Veel gemeenten hebben echter lange tijd gewacht om invulling te geven aan de uitwerking van dit lokaal kader en zien daardoor PGB als een sluitstuk, een zorgfinanciering voor wanneer de algemene zorg en gecontracteerde maatwerkvoorzieningen geen optie meer zijn. De gemeenten startten op wisselende wijze met de Wmo, maar lopen stelselmatig meer naar elkaar toe. Men begint te leren van elkaar binnen verbanden van steden of binnen de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG), waardoor een ‘postcode lottery’ steeds minder een rol speelt. Anderzijds ontbreekt het gemeenten vaak aan deskundigheid bij vragen van personen met ingewikkelde hulpvragen.

*“De reikwijdte van de hulpvragen krijgen ze helemaal niet in beeld, en zij vinden het zorgaanbod dat zij inkopen via de reguliere weg, de zorg in natura zoals we dat noemen, zij vinden dat prima. En waarom zou je dan een PGB moeten voorzien?” [Medewerker belangenorganisatie A]*

Meerdere respondenten geven aan dat gemeenten onvoldoende voorbereid en toegerust zijn om PGB-trajecten op te zetten en uit te bouwen. Een onvoldoende uitgewerkt kader met handvaten omtrent het in kaart brengen van de hulpvraag, het aftasten of iemand in staat is om de eigen regie te voeren en om te gaan met een PGB, resulteert in het vasthouden aan en het teruggrijpen naar de gekende leveringsvormen van zorg.

- Wachtlijsten

Het zorgkantoor is verantwoordelijk voor de zorgtoewijzing en de eventuele wachtlijstbemiddeling. Wachtlijsten kunnen een katalysator zijn in de keuze voor de terbeschikkingstelling van een PGB. In Nederland zijn de wachtlijsten niet formeel vastgelegd, maar betreft het een tekort aan plaatsen in voorzieningen of een tekort aan gepaste hulp. In die gevallen kunnen personen die geen gepaste hulp vinden overschakelen naar een PGB om deze zorg zelf in te kopen. Het zorgkantoor kan ook zelf een PGB als leveringsvorm adviseren als tussenoplossing wanneer ze niet tijdig een contract kunnen vastleggen met een aanbieder voor de gepaste zorg. Ook hier geldt dat dit een meer voorkomend verschijnsel is voor personen met een meer complexe zorgvraag. Een ander voorbeeld van hoe het PGB kan worden gezien als een oplossing in het wegwerken van wachtlijsten is terug te vinden in de Nederlandse jeugdzorg. Daar werd, voor de herintroductie van het trekkingsrecht in 2013, de verplichting van bureaus jeugdzorg om zorg te leveren binnen een wachtlijstproblematiek aangepakt door alle wachtenden een PGB te verschaffen.

- Bewustekeuzegesprek

Een respondent vertelt het volgende over ouders die hun job opgeven om voltijds de zorg en ondersteuning voor hun zoon of dochter op te nemen:

*“Dus er zijn wel risico’s. En daar moet je ze ook proberen op te wijzen op zo een moment dat men een bewuste keuze gesprek komt voeren. Om te zeggen, je kan ook een paar dagen werken en de rest van de tijd huur je iemand anders in.” [Praktijkwerker A]*



Het bewuste-keuzegesprek kan een invloedrijke factor zijn in de uiteindelijke terbeschikkingstelling van een PGB. Dit gesprek volgt na het keukentafelgesprek dat plaatsvindt gedurende de indicatiestelling. De verwachting bij dergelijke gesprekken is dat personen die twifelen of niet zeker zijn van hun keuze, zullen afstappen van de idee om de zorg zelf met een budget te organiseren en bekostigen. Een praktijkmedewerker vertelt ons: "Ik zeg ook, als je geholpen bent met de standaardoplossing moet je het zelf niet op je nek halen" [Praktijkwerker B]. Het PGB wordt in 'bewustekeuzegesprekken' vaak voorgesteld als een leveringsvorm voor bijzonderheden, voor die gevallen wanneer het niet anders kan. De administratie die bij een PGB komt kijken wordt ook vaak naar voor geschoven als een drempel in pogingen om personen te ontraden. In principe zouden onafhankelijke cliëntondersteuners hierbij kunnen helpen, maar ook de mogelijkheid tot ondersteuning wordt in veel gevallen niet vermeld.

- 'Monetarisering' Indijken

In het kader van de 'monetarisering' zijn zorgkantoren in de mogelijkheid gesteld om bepaalde eisen te stellen bij de terbeschikkingstelling van een budget in de Wlz. De 'monetarisering' verwijst kortweg naar het verschijnsel dat de introductie van het PGB ook inhoudt dat personen zorg kunnen bekostigen waar voorheen geen betaling tegenover stond. De zorg in voorzieningen werd bekostigd, maar de mantelzorg en zorg door familieleden en het netwerk rond een persoon waren vrij van betaling.

In deze context mogen de zorgkantoren extra drempels inbouwen om deze beweging te minimaliseren en in te dijken. Ook gemeenten kunnen dit in het kader van de Wmo doen. Voorbeelden hiervan zijn de beoordeling van personen als PGB-vaardig en het voorzien van een uitgebreid algemeen aanbod in de Wmo of een uitgebreide reeks gecontracteerde ZIN-aanbieders in de Wlz.

*"In naam belijden wij dat het gelijk moet zijn, maar in de praktijk zijn wij er toch wel voorzichtigjes wat aan het indammen. [...] We snappen dat er een zekere indekking plaats vindt omdat wij ook fraude en misstanden moeten voorkomen. Maar wij willen wel dat wie het kan in eigen regie dat ook wel maximaal kan benutten." [Beleidsmedewerker D]*

De discretie van de bevoegde instanties voor de terbeschikkingstelling van een budget (zorgkantoren en gemeenten) speelt opnieuw een grote rol. Hierbij gaat het om handelen in een poging om controle te krijgen op de achterliggende financiële context, of wat wordt benoemd als de indijking van de 'monetarisering'.

### 3.5 Budgetbesteding

BUDGETBESTEDING		Lage zorgzwaarte	Hoge zorgzwaarte
Cliënteigenschappen	Inwonende	X	/
	'Moeilijk plaatsbaren'	X	X
	Onderhandeling	X	X
Contextfactoren cliënt	Informeel tarief	/	X
	Gemeentelijk aanbod	X	/
	Wachlijsten	X	X
	Gemeentelijke kwaliteitseisen	X	/
	Modulair Pakket Thuis	X	X
	'Extra diensten'	X	X

- Zorg door inwonende (Gezinssamenstelling)

Deze variabele houdt verband met de discussie omtrent de invulling van 'gebruikelijke zorg'. Een budgethouder kan niet-inwonende verwanten betalen om zorg- en ondersteuningstaken uit te voeren. Voor taken die als 'gebruikelijke zorg' beschouwd worden, kan niet betaald worden met een PGB. Inwonende verwanten kunnen echter wel betaald worden voor het verlenen van 'bovengebruikelijke' zorgtaken.

- 'Moeilijk plaatsbaren'

*"Er zijn ook van dit soort cliënten die in een woonvoorziening van een instelling wonen en die daar ook niet goed floreren. En die moeten daar eigenlijk uit. En nu kunnen wij eigenlijk niet goed voortdurend nieuwe plaatsen creëren voor die categorie. En daar hebben wij onlangs nog heel wat instellingen van ons gesproken. En over het algemeen is er een vierledige reactie. Het is voor een deel een huisvestingsprobleem, want wij hebben daar geen goede huisvesting voor. Het is voor een deel een expertiseprobleem, ik kan ze wel opnemen maar ik heb niet het juiste personeel, ik weet niet wat ik er mee moet doen. Het is ook voor een deel een financieringsvraagstuk, want ze zijn hartstikke duur en daar krijg je niet volledig voor betaald. En het vierde punt is ook laten we zeggen, we moeten dit in de regio als instellingen, de gemeente, zorgverzekeraars, zorgkantoren samen oplossen." [Beleidsmedewerker D]*

Deze groep personen wordt in Nederland vaak als 'Moeilijk plaatsbaren' benoemd. Samenwerkingsverbanden worden gezien als een cruciaal element in het omgaan met deze problematiek, met daarbij de noodzaak aan een gedegen financiering. Dit soort samenwerkingsverbanden komt meer en meer tot stand op regionaal niveau. Media en politieke interesse zijn twee zaken die deze evolutie naar meer samenwerking in de hand werken. De vier redenen die in het bovenstaande citaat worden aangehaald, geven aan waarom het voor personen met een complexe zorgbehoefte heel moeilijk is een aanbod te vinden of te voorzien. Niet enkel is dit een probleem van expertise, maar eveneens een financieringsvraagstuk en een probleem van versnippering van het zorgaanbod.

- Onderhandeling

De uiteindelijke invulling van het zorgprofiel dat een persoon krijgt toegewezen binnen de Wlz gebeurt tussen de cliënt en de zorgaanbieder. De wijze waarop het budget wordt besteed, wordt dus in de onderhandeling tussen de budgethouder als werkgever en de zorgaanbieder (voorziening of individu) vormgegeven. Dit komt tot stand nadat het zorgkantoor de zorg heeft toegewezen of het budget ter beschikking stelde van de budgethouder. De mogelijkheden van een budgethouder tot onderhandeling zijn dus van groot belang in het soort zorg dat men ontvangt.

- Gemeentelijke kwaliteitseisen

Dit behoort ook tot de gemeentelijke discretie om een Wmo-beleid uit te werken. Een respondent [Beleidsmedewerker C] gaf aan dat haar gemeente bepaalt dat dagbesteding niet in een informele setting mag ingekocht worden. Dit betekent dat men kiest om de dagbesteding met een PGB enkel mogelijk te maken wanneer dit door een formele aanbieder wordt geleverd. Deze aanbieder hoeft niet door de gemeente gecontracteerd te zijn, maar dient wel aan de kwaliteitseisen te voldoen die de gemeente aan voorzieningen stelt. Dit lokale kwaliteitsbeleid dient budgethouders te behoeden voor een dagbesteding van lage kwaliteit. Als gevolg van de decentralisatie in Nederland verschilt dit navenant per gemeente. Een andere beleidsmedewerker [Beleidsmedewerker E] binnen de Wmo gaf aan dat er geen onderscheid wordt gemaakt in haar gemeente wat betreft kwaliteitsvereisten tussen verschillende soorten aanbieders. Verder speelt ook de omvang van de bevoegde gemeente een rol: hoe groter de gemeente en hoe meer middelen deze ter beschikking heeft, hoe meer kwaliteitsmedewerkers er kunnen worden ingeschakeld om kwaliteitscriteria te beschrijven en te controleren.

- Informeel Tarief

In de Wlz wordt 50% van alle PGB's voor een deel in het huishouden besteed. 25% Van de PGB's in de Wlz worden volledig in het huishouden besteed. Een gemiddeld PGB bedraagt 50.000 euro, wat dus een groot deel van het inkomen van een gezin bepaalt wanneer dit aan een verzorgend familielid wordt uitbetaald die bovengebruikelijke zorgtaken op zich neemt. De Rijksoverheid problematiseerde de inkomensverwerving van een naaste met een PGB en reageerde met de invoering van een 'informeel tarief'. In dit informeel tarief wordt het maximumaantal uren voor informele zorg op 40u per week gezet en wordt ook een maximaal uurtarief bepaald. Er zijn ook gemeenten die normen opleggen wat betreft de betaling van naasten en familieleden binnen de Wmo. Gemeenten kunnen echter niet verbieden dat familieleden worden betaald met het PGB, aangezien in de wet staat dat het mag. Wel kunnen gemeenten een speciaal tarief laten gelden voor deze zorg en andere extra regelgeving ontwikkelen, zoals blijkt uit volgend citaat:

*“Dus ze mogen wel bepaalde regels stellen, maar geen te strikte. Dus niet: ga maar eerst 14u zelf voor je eigen rekening regelen, daarna krijg je pas geld. Zo een dingen mogen zij niet doen. Ze mogen het ook niet verbieden, zij mogen ook niet zeggen: je moet eerst een diploma halen. Ze moeten wel aftasten of het kan binnen het gezin. Als je twee ouders hebt die eigenlijk overbelast zijn, en die gaan zichzelf inhuren voor de zorg van hun kind, dat is geen goede situatie. Maar dat moet in het gesprek dat je met de gemeente hebt aan de orde komen.” [Medewerker belangenorganisatie A]*

- Gemeentelijk kader omtrent aanbod

Net als bij de terbeschikkingstelling hebben ook hier de contracten die de gemeente afsluit met mogelijke aanbieders een invloed op het traject van budgethouders. Afhankelijk van wat de gemeente als algemene voorziening uitwerkt en welke maatwerkvoorzieningen ze contracteert voor de zorg in natura (ZIN), zal een persoon de zorg al dan niet zelf kunnen inkopen. Het onderscheid dat een gemeente uitwerkt tussen algemene voorzieningen en maatwerkvoorzieningen met ZIN, beïnvloedt de mogelijkheid om een persoonsgebonden budget te ontvangen, alsook logischerwijs de mogelijkheid om dit budget te besteden.

- Wachlijsten

*“Een beetje wachtlijst is niet erg. Dat is voor instellingen goed want dat betekent doorstromingen en ook werken aan uitstroom zodat er nieuwe instroom kan komen. Dus als je geen wachtlijsten hebt, leidt dat tot verslapping, maar te veel wachtlijst dat is een probleem.”*  
[Beleidsmedewerker D]

Bovenstaand citaat duidt op een verwachting dat voorzieningen een incentive nodig hebben om voldoende aanbod te voorzien. In Nederland zijn er geen officiële wachtlijsten. Maar officiële wachtlijsten, of beter benoemd als een ‘wachttijd om zorg te krijgen in een voorziening’, komen wel voor. Zo zijn er wachtlijsten in de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) in Nederland. Gemeenten zijn in het kader van de Wmo ook bevoegd voor de uitvoering van alle GGZ-zorg en voor beschermd wonen. Verder zijn er ook wachtlijsten voor specialistische zorg en ondersteuning binnen de Wlz. Ongeacht een hoge of lage zorgzwaarte bestaat de kans dat een persoon op een wachtlijst dient te staan om zorg en ondersteuning te ontvangen of in te kopen. In die zin zijn de wachtlijsten (die zorgtype- en sectorspecifiek zijn) een variabele die het PGB-traject kunnen beïnvloeden.

Binnen de Wlz is het regionale zorgkantoor bevoegd met wachtlijstbemiddeling. Wanneer een persoon ervoor kiest om de zorg als ZIN te ontvangen, maar de voorziening die dit kan leveren heeft geen plaatsen meer, dan gaat het zorgkantoor met de cliënt op zoek naar een oplossing gedurende de periode dat deze plaats niet vrij is. Hierbij kan het zorgkantoor voorstellen om een PGB te voorzien gedurende de te overbruggen periode.

- Modulair Pakket Thuis als leveringsvorm

Personen hebben een ruimere keuze aan mogelijkheden wanneer deze het budget met de leveringsvorm Modulair Pakket Thuis (MPT) ontvangen. In die gevallen kan zowel zorg uit de Wmo als de Wlz bekostigd worden. *“Bij de MPT hebben ze...kunnen ze voor een deel uit de Wmo halen en voor een deel uit de Wlz halen en dan kunnen ze als het ware allemaal kiezen”* [Beleidsmedewerker D]. Deze respondent geeft aan dat dit de organisatie van de zorg wel lastig kan maken, maar dat de keuzevrijheid van de cliënt wel aanzienlijk wordt uitgebreid. Echter, sinds 1 april 2017 wordt de huishoudelijke hulp opnieuw naar de Wlz overgeheveld opdat deze hier ingekocht kan worden. Hierdoor wordt een combinatie van Wlz en Wmo onnodig en tevens onmogelijk. Dit kadert binnen een beweging van administratieve vereenvoudiging: MPT-cliënten zitten toch voornamelijk binnen de Wlz, waardoor men het logischer acht om de huishoudelijke hulp uit de Wmo binnen de Wlz onder te brengen.

- ‘Extra’ Diensten

Als een persoon de zorg intramuraal ontvangt, dan worden de kosten voor de ‘woonfunctie’ ook met het PGB bekostigd. In principe dienen de budgethouders geen extra kosten te betalen. Echter, instellingen kunnen een bijkomende bijdrage vragen voor ‘extra’ diensten die zij leveren. Hieronder kan

bijvoorbeeld het wassen van kleren worden verstaan. Dit hangt volledig af van het beleid dat de voorziening voert. Dit wordt soms ook benoemd worden als een 'eigen bijdrage', maar is iets compleet verschillend aan de eigen bijdrage die wordt betaald op grond van het inkomen en vermogen.

### 3.6 Verantwoording

VERANTWOORDING		Lage zorgzwaarte	Hoge zorgzwaarte
Cliënteigenschappen	Stabiliteit zorgnood	X	X
	Complexiteit zorgvraag	X	/
	Vertegenwoordiger	X	X
Contextfactoren cliënt	Individuele voorwaarden	/	X
	PGB-zorgaanbieder vrij van verantwoording	X	X
	Kwaliteitsklachten	X	X

- Stabiliteit zorgvraag

Binnen de Wlz, en dus voor personen met een hoge zorgzwaarte, geldt de stabiliteit van de zorgzwaarte niet als een variabele op de trajecten van de budgethouders. De indicatie binnen de Wlz is immers gebaseerd op een stabiele situatie (nood aan 24u zorg, levenslang en levensbreed). Bij personen die geen Wlz-indicatie hebben, in principe personen met een minder zware zorgnood die onder de Wmo of Zvw-wetgeving vallen, kan de zorgvraag variëren. Afhankelijk van de stabiliteit van de zorgvraag kunnen gemeenten langere of kortere beschikkingen geven. Dit betekent dat personen die naar oordeel van de gemeentelijke inschaler een stabiele zorgvraag hebben, een langere beschikking krijgen en dus voor langere termijn zekerheid hebben omtrent het PGB. Personen die als 'niet-PGB-vaardig' worden beschouwd of personen bij wie de situatie sterk fluctueert kunnen de kans krijgen om gedurende een korte periode (6 maanden) met een PGB aan de zorgvraag tegemoet te komen. Nadien volgt een evaluatie waarbij wordt nagegaan of dit wordt verdergezet of de gemeente de aanbieder zal contracteren. De stabiliteit van de zorgvraag weegt dus door in de zekerheid en duurzaamheid, en de mate van verantwoording van een persoonsgebonden budget binnen de Wmo.

- Complexe zorgnood

Een persoon met een complexe zorgnood kan een PGB ontvangen dat zowel binnen de contouren van de Wmo en de Zvw wordt toegekend. De verantwoording van de besteding van deze middelen gebeurt hierbij zowel naar de zorgverzekeraars (verantwoordelijk voor de Zvw) en naar gemeenten (verantwoordelijk voor de Wmo). Bij een complexe zorgvraag is ook de administratie die samengaat bij de verantwoording complexer. Zo kan het zijn dat een budgethouder een hulpverlener heeft die zowel de begeleiding als de verzorgingstaken op zich neemt. De budgethouder dient dan voor één en dezelfde persoon twee declaraties in te dienen bij de Sociale Verzekeringsbank. Een respondent zegt hierover het volgende:

*“Met één factuur kan je dat wel nog regelen, maar als je iemand in dienst hebt, die kan je nooit twee keer in dienst hebben. Dan moet je een zogenaamd combicontract gaan afsluiten. Wel, dat wil je helemaal niet weten hoe je dat moet administreren. Dat is echt heel ingewikkeld.”*  
[Medewerker belangenorganisatie A]

Ook wanneer een budgethouder meerdere personen in dienst heeft, dient deze voor iedere werknemer de eigen gegevens op de overeenkomsten in te vullen en dergelijke meer. De verantwoording is dus een stuk uitgebreider en tijdrovender voor personen met een meervoudige zorgvraag die resulteert in een noodzaak aan verschillende hulpverleners.

- Vertegenwoordiger

In de afgelopen jaren is er een verschuiving merkbaar in de populatie van PGB-houders. Waar initieel meerderjarigen met een lichamelijke handicap de doelgroep was, evolueert de groep budgethouders naar meer personen met een verstandelijke handicap, minderjarigen, personen met een meervoudige handicap en dementerende ouderen. In deze gevallen (en voornamelijk binnen de Wlz) is het beheer van het budget vaak in handen van een vertegenwoordigend persoon en stelt deze de declaraties op. De budgethouder, de geïndiceerde persoon, blijft echter verantwoordelijk voor wat er met het budget gebeurt. Een vertegenwoordiger is belast met de verantwoording, maar de verantwoordelijkheid blijft op de budgethouder rusten.

- PGB-Zorgaanbieder vrij van verantwoording

Als een zorgaanbieder enkel PGB-zorg levert is deze niet gebonden aan inspectie-eisen en kwaliteitscriteria. Dit betekent dat zorgaanbieders erkend moeten zijn en aan kwaliteitseisen dienen te voldoen, willen zij Zorg In Natura (ZIN) leveren. Dit zijn de zogenaamde ‘toelatingseisen’ uit de Wet Toelating Zorginstellingen. Een aanbieder die enkel zorg levert die via een PGB betaald wordt, dient hier niet aan te voldoen. Dit zorgt voor een discrepantie tussen het aanbod van voorzieningen in Zorg In Natura en het aanbod dat zich enkel op PGB toelegt. Een respondent zegt hierover het volgende:

*“Dat is voor ons een doorn in het oog, want het is in feite een stuk concurrentievervalsing. Want je kan dan veel goedkoper zorg leveren omdat je niet aan bepaalde eisen hoeft te voldoen. En wij vinden, los van de vraag of dat nu zeg maar een financiële kwestie is, maar wij vinden dat dat een bedreiging is voor de kwaliteit van de zorg. En omdat er zo weinig controle is, werkt dat de kans op fraude in de hand”. [Beleidsmedewerker D]*

Zorgaanbieders die enkel met PGB als leveringsvorm werken, hoeven geen rekening te houden met de kwaliteitseisen van inspectie en kunnen hierdoor onder andere een flexibeler aanbod ontwikkelen. Dit kan oneerlijke concurrentie tussen voorzieningen aanwakkeren. Er wordt namelijk een tweedeling geïnstalleerd in de kwaliteitseisen en de verantwoording van voorzieningen. Instellingen die een zorgaanbod voor én ZIN én PGB voorzien, dienen echter ook het PGB-aanbod te verantwoorden. Een ander gevolg hiervan is dat zorgkantoren deze zorgaanbieders in veel gevallen proberen te overtuigen om een ZIN-aanbod te voorzien. Kwaliteitsgarantie en kwaliteitscontrole kunnen op die manier beter in de hand gehouden worden.

- Individuele voorwaarden

Zorgkantoren kunnen een PGB ter beschikking stellen onder voorwaarden. Deze voorwaardelijkheid spruit dan voort uit een oordeel over de individuele situatie. Wanneer in de gesprekken met de toekomstige budgethouder blijkt dat er redelijke risico's verbonden zijn aan de geplande budgetbesteding in relatie tot de zorgvraag, kan het zorgkantoor advies geven en voorwaarden

opwerpen. Als tijdens de afgesproken evaluatie blijkt dat de middelen niet volgens de afspraken worden ingezet en de declaraties niet op correcte wijze gebeuren, kan dit voldoende reden zijn om het PGB in te trekken. De verantwoording speelt een grote rol in het al dan niet tegemoetkomen aan de gestelde voorwaarden, daar het zorgkantoor via deze weg kan inschatten of de middelen op de afgesproken wijze worden ingezet. Respondenten geven aan dat het heel lastig is om een PGB te weigeren of in te trekken, maar dat het wel gebeurt.

- Kwaliteitsklacht gebruiker

Een PGB-houder die in een instelling verblijft en zorg geleverd krijgt, kan in geval van klachten omtrent de kwaliteit van de zorg contact opnemen met de klachtencommissie binnen de instelling. Iedere voorziening dient een klachtencommissie te hebben. Als tweede stap kunnen de PGB-houder of diens vertegenwoordiger contact opnemen met de inspectie, die op haar beurt stappen zal ondernemen.

Deze procedure gaat echter niet op voor voorzieningen die enkel een PGB-aanbod hebben. Een respondent [Beleidsmedewerker B] zegt hierover: “Daar zit de verantwoordelijkheid bij de PGB-houder, maar die moet natuurlijk voldoende sterk in zijn schoenen staan”. PGB-aanbieders dienen geen klachtencommissie te voorzien in hun instelling en ook de inspectie kan hier geen stappen in ondernemen, gezien deze aanbieders niet aan kwaliteitseisen gebonden zijn. Wanneer gebruikers in deze voorzieningen klachten hebben omtrent de kwaliteit van de geleverde zorg, ligt alle verantwoordelijkheid bij hen.

### 3.7 Ondersteuning

ONDERSTEUNING		Lage zorgzwaarte	Hoge zorgzwaarte
Cliënteigenschappen	Administratieve geletterdheid	X	X
	Complexe zorgnood/ geen passende zorg	/	X
Contextfactoren cliënt	Lokaal beleid	X	/
	Gewaarborgde hulp	/	X

- Administratieve geletterdheid

De persoonsgebonden budgetten bevatten geen percentage middelen om mogelijke administratie te bekostigen en budgethouders ontvangen geen bijkomende middelen voor het regelen van de administratie. Een budgethouder kan iemand betalen om de administratie te regelen, maar dit kan niet met middelen uit het PGB bekostigd worden.

*“Wij zeggen ja dat moet je zelf kunnen in principe want anders ben je niet PGB-vaardig. En als je dat niet zelf kan: of je hebt geen PGB of je hebt een vertegenwoordiger. Maar de administratie dat mag wel maar dan moet je er zelf voor betalen, dat mag niet uit je PGB.”*  
[Beleidsmedewerker C]

Zoals bovenstaand citaat weergeeft, geldt in regel dat budgethouders deze administratieve zaken zelf zouden moeten kunnen regelen en bekostigen. Respondenten geven aan dat het eigenlijk aan de SVB is om de declaraties met administratie-uren uit te filteren. In de praktijk gebeurt dit zelden tot niet. Het is

namelijk quasi onmogelijk om na te gaan of iemand administratieve taken op zich neemt gedurende de gedeclareerde zorguren.

Het verkrijgen van informatie blijkt geen eenvoudige opdracht:

*“Als je voor PGB kiest moet je maar op de bladeren zitten. Dan moet je maar zien hoe je aan je informatie komt, hoe je aan je ondersteuning komt” [Medewerker belangenorganisatie A].*

De waardering van zorgkantoren en gemeenten voor het PGB als leveringsvorm is een belangrijk element in de informatie-toevoer voor mogelijke PGB-houders. Mensen moeten namelijk op het spoor gezet worden om informatiekanalen zoals de budgethoudersvereniging ‘Per Saldo’ en cliëntondersteuner ‘MEE’ te vinden. Een ander aspect van geletterdheid betreft dus het op de hoogte zijn van de mogelijkheid tot cliëntondersteuning. Binnen de Wlz zijn zowel het CIZ als de zorgaanbieders verplicht om de cliënt en budgethouder te wijzen op het bestaan van onafhankelijke cliëntondersteuning. Het CIZ doet dit door melding te maken van deze mogelijkheid in de brief die ze naar de geïndiceerde sturen. De kans is groot dat de budgethouder bij het lezen van deze brief eenvoudigweg over de vermelding kijkt, of niet goed begrijpt wat dit dan uiteindelijk kan betekenen.

Een andere drempel in de toegang tot informatie is de vereiste om lid te worden van een budgethoudersvereniging als de persoon met een beperking niet kan worden geholpen bij de algemene helpdesk. De vereniging wordt enkel gesubsidieerd voor deze algemene helpdeskfunctie. Hierdoor dient de hulpvrager lidgeld te betalen voor gedetailleerde informatieverstrekking, zonder dat dit door het PGB kan bekostigd worden.

- Lokaal Beleid

Individueel met complexe zorgvragen kunnen zich beroepen op de gratis cliëntondersteuning die iedere gemeente moet voorzien. Deze ondersteuning kan geboden worden in de vorm van informatie, advies en bemiddeling. Gemeenten moeten, wettelijk gezien, wijzen op personen hun recht op ondersteuning doorheen het traject. Dit gebeurt echter niet consequent. Een respondent [Praktijkwerker C] geeft mee dat uit een rondvraag van haar organisatie blijkt dat slechts 30% van de personen in de Wmo-zorg weet heeft van het bestaan van gratis onafhankelijke cliëntondersteuning.

- Gewaarborgde hulp

Dit is de term voor de persoon die binnen de Wlz een budgethouder ondersteunt bij het PGB, de administratie op zich neemt, de zorg inkoop, etc. De gewaarborgde hulp kan bijvoorbeeld worden ingeroepen wanneer de wettelijke vertegenwoordiger deze taken niet meer kunnen uitvoeren (bijvoorbeeld wanneer de ouders van een budgethouder te oud worden of sterven). Deze gewaarborgde hulp wordt niet bekostigd met het persoonsgebonden budget.

- Geen passende zorg

In de Wlz zijn er steeds meer personen die geen gepaste zorg en gepaste zorgaanbieder kunnen vinden. Vaak zijn dat kinderen en jongeren met een verstandelijke beperking en gedragsproblemen. De ouders zijn in veel van deze gevallen budgethouder en ook zorgverlener, maar kunnen dit niet meer dragen. Dit betreft dan die problematieken waar geen aanbod voor beschikbaar is en waar niet echt een markt voor bestaat omdat het heel arbeidsintensief is voor zorgaanbieders. Cliëntondersteuning-organisatie MEE probeert in deze gevallen samen met de ouders op zoek te gaan naar een structurele oplossing, waarbij deze zorgverleners weer meer ademruimte kunnen krijgen.



### 3.8 Synthese typetrajecten Nederland

	Cliënteigenschappen	Contextsfactoren
<b>Aanvraag</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Complexe zorgvraag</li> <li>- Zelfexpressie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Financiële context gemeenten</li> <li>- Culturele gemeenschap</li> </ul>
<b>Indicatiestelling</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Complexe zorgvraag</li> <li>- Sociaal netwerk met draagvlak</li> <li>- Geschiedenis in zorg. Zorgtraject</li> <li>- 24u zorgnood levenslang</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Systeem van Zorgzwaarteprofielen</li> <li>- Gemeentelijke discretie</li> <li>- Keukentafelgesprek</li> <li>- Aangrijpingspunt indicatiestelling</li> </ul>
<b>Budgetbepaling</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bijkomende zorgnood</li> <li>- Geen of weinig inkomen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Leveringsvorm: Volledig Pakket Thuis</li> <li>- Systeem van Zorgprofielen</li> <li>- Gemeentelijk financieringskader</li> </ul>
<b>Terbeschikkingstelling</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- PGB-vaardigheid</li> <li>- Uitvoeringsplan/Geletterdheid/ Netwerk en vertegenwoordiger</li> <li>- Uitgesproken voorkeur zorg</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aanbod algemene voorzieningen</li> <li>- PGB-vaardigheidsoordeel</li> <li>- Gemeentelijke voorbereiding op WMO</li> <li>- Wachtlijsten</li> <li>- Bewustekeuzegesprek</li> <li>- 'Monetarisering' indijken</li> </ul>
<b>Budgetbesteding</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Inwonende</li> <li>- 'Moeilijk plaatsbaren'</li> <li>- Onderhandeling</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Informeel tarief</li> <li>- Gemeentelijk aanbod</li> <li>- Wachtlijsten</li> <li>- Gemeentelijke kwaliteitseisen</li> <li>- Leveringsvorm: Modulair Pakket Thuis</li> <li>- Extra diensten</li> </ul>
<b>Verantwoording</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Stabiliteit zorgnood</li> <li>- Complexiteit zorgvraag</li> <li>- Vertegenwoordiger</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Individuele voorwaarden</li> <li>- PGB-aanbieder vrij van verantwoording</li> <li>- Kwaliteitsklachten gebruiker</li> </ul>
<b>Ondersteuning</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Administratieve geletterdheid</li> <li>- Complexe zorgnood</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lokaal beleid</li> <li>- Gewaarborgde hulp</li> </ul>

In de bovenstaande tabel zien we factoren die van invloed kunnen zijn op (de verschillende fases van) het traject die personen met een beperking doorlopen. Deze factoren zijn uit de gesprekken met de belangrijkste stakeholders naar boven gekomen, en kunnen ingedeeld worden in cliëntgebonden factoren (persoonlijke eigenschappen) en contextfactoren.

### *Clïëntgebonden factoren*

Doorheen onze gesprekken met de belangrijkste stakeholders in het systeem kwamen enkele cliëntfactoren in beeld die een grote impact kunnen hebben op het traject dat de zorgvrager doorheen het systeem aflegt. Een eerste factor is het soort zorgvraag dat de cliënt heeft. Deze heeft zowel een impact op de aanvraag als op de indicatiestelling, doordat het Nederlandse systeem van persoonsgebonden budgetten gekenmerkt wordt door verschillende, grotendeels van elkaar gescheiden systemen waarbinnen de zorgvrager zijn traject doorloopt. Het betreft in de praktijk een tweedeling waarbij de toegang tot de sociale zorg binnen de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) geregeld is, terwijl de toegang tot de langdurige, meer intensieve zorg geregeld is in de Wet langdurige zorg (Wlz). Aanvullend fungeert de Zorgverzekeringswet (Zvw) als toegangspoort voor bepaalde vormen van verpleging en verzorging. Deze opdeling van de toegangspoorten heeft als gevolg dat cliënten die zich in de 'grijze zone' tussen de twee regelgevende kaders bevinden, een minder eenduidig traject doorlopen. Het is voor hen in eerste instantie minder eenvoudig om de correcte toegangspoort te identificeren en om in kaart te brengen welk traject voor hen tot het beste antwoord op hun zorg- en ondersteuningsnoden kan leiden. Bovendien lopen zij het risico om van het kastje naar de muur gestuurd te worden en op die manier een onnodig lang traject te doorlopen vooraleer een persoonsgebonden budget te bekomen. De strikte scheidingslijn tussen de Wmo en Wlz werkt bovenstaande in de hand. Nochtans bepaalt de toegangspoort waarbinnen de cliënt terecht komt voor een groot deel zijn verder traject, onder meer omwille van het verschil in wijze waarop geïndiceerd wordt. Waar wel nog een combinatie van budgetten uit verschillende wetten mogelijk is (in casu, een combinatie van Wmo- en Zvw-ondersteuning) heeft dit voor de cliënt een impact op de verantwoording. Het is immers mogelijk dat de cliënt de ontvangen zorg van eenzelfde zorgverstrekker zal moeten verantwoorden bij twee afzonderlijke instanties.

Een tweede belangrijke factor is de taligheid van de cliënt. De mate waarin de zorgvrager zijn zorgnoden en wensen ten aanzien van de indicerende instantie kan uitdrukken, heeft een impact op zijn traject. In het Nederlandse systeem wordt de PGB-vaardigheid van de cliënt beoordeeld vooraleer hij of zij een budget toegewezen krijgt. De mate waarin een cliënt zijn zorgnoden voldoende goed in kaart kan brengen, de wijze waarop hij zijn ondersteuningsvraag stelt en de mate waarin hij een concreet plan kan opstellen om aan zijn ondersteuningsnoden tegemoet te komen, zullen bijgevolg mee bepalend zijn voor het antwoord op de vraag of een cliënt al dan niet zijn zorg onder de vorm van een PGB kan bekomen. Zowel de aanwezigheid van een sterk netwerk rondom de cliënt als de hulp door middel van onafhankelijke cliëntondersteuning, kunnen versterkend werken voor de minder talige cliënten. De taligheid van de cliënt kan ook een invloed hebben tijdens de onderhandelingsfases die eigen zijn aan het traject. Zo is er enerzijds de onderhandeling tussen de zorgvrager en de frontlijnwerker omtrent de invulling van het zorgplan en anderzijds de onderhandeling tussen de zorgvrager en de zorgaanbieders.

### *Contextfactoren*

Een eerste bepalende factor in de Nederlandse context is de discretionaire ruimte waarover de gemeenten beschikken. In de praktijk hebben zij heel wat ruimte wat betreft het vormgeven en uitvoeren van de sociale zorg. Dit resulteert in een versnipperd landschap waarbinnen sprake is van een 'postcode lotery': de toegang tot en de mogelijkheden met een PGB verschillen naargelang de invulling die door de lokale overheid aan het beleid wordt gegeven. Binnen de Wmo gelden heel brede toelatingscriteria (iedere persoon met een zorg- en ondersteuningsbehoefte komt in aanmerking voor ondersteuning), waarbij inkomens- en vermogensafhankelijkheid geen rol speelt. In de praktijk kan de toegang tot een PGB echter nog door diverse factoren ingeperkt worden. Het nagaan van welke zorg

‘gebruikelijk’ is en door het netwerk kan opgevangen worden en de regeling omtrent eigen bijdragen kunnen een drempel vormen voor personen met een groot vermogen. In de praktijk leidt dit ertoe dat cliënten soms uit het systeem stappen en de zorg zelf regelen. Verder wordt de verplichting tot informatieverstrekking omtrent het recht op onafhankelijke cliëntondersteuning niet steeds strikt nageleefd en wordt in heel wat gemeenten creatief omgegaan met het onderscheid tussen ‘algemene voorziening’ en ‘maatwerkvoorzieningen’ waardoor de toegang tot een PGB in de praktijk bemoeilijkt wordt voor de cliënt. Daarnaast resulteert de gemeentelijke invulling van de berekening van de budgethoogtes in een grote diversiteit aan wat een cliënt in de praktijk toegekend krijgt en wordt op die manier een ongelijke toegang tot zorg en ondersteuning gecreëerd. Bovendien heeft de decentralisatie naar de gemeenten met zich mee gebracht dat de gemeenten zelf de nieuwe toegangspoort werden voor een groot deel van de zorg- en ondersteuningsvragen. De expertise omtrent indiceren en de mogelijkheden van het persoonsgebonden budget zijn echter niet in alle gemeenten even sterk aanwezig.

Daarnaast merken wij op dat ook de financiële context waarbinnen het systeem uitvoering moet krijgen een belangrijke rol speelt. Indien het systeem van persoonsgebonden financiering gepaard gaat met een context van beperkte financiële middelen, heeft dit vaak ongewenste effecten zoals onder meer de hierboven vermelde doorverwijzing naar andere toegangspoorten. De verdeling van de middelen vanuit de Rijksoverheid naar de gemeenten, waarbij onvoldoende rekening gehouden wordt met de spreiding van zorgaanbod en vraag, verloopt niet probleemloos. Dit heeft een moeilijker toegang tot de zorg als resultaat.

## 4 Engeland: de typecases ontleed

### 4.1 Aanvraag/aanmelding

AANVRAAG		Lage zorgzwaarte	Hoge zorgzwaarte
<b>Cliënteigenschappen</b>	Bereidheid om hulp te aanvaarden	X	X
<b>Contextfactoren cliënt</b>	Preventie & demand management	X	X
	Kennis en informatie	X	X

- Bereidheid om hulp te aanvaarden

Niet alle mensen komen ertoe om zichzelf aan te melden met hun hulpvraag. Soms is de reden hiervoor dat zij verkiezen geholpen te worden door hun eigen netwerk zonder tussenkomst van derden. Anderen hebben een hulpvraag maar beschikken onvoldoende over een netwerk dat hen faciliteert om zich aan te melden. Voor deze groep mensen kan een mogelijk resultaat zijn dat zij onvoldoende consistente en kwalitatieve zorg en ondersteuning bekomen, terwijl zij tegelijkertijd onder de radar van de diensten blijven die hen kunnen helpen. Het gevolg is dat zij pas op latere termijn in het systeem instromen, wanneer hun noden dusdanig geëscaleerd zijn dat zij in een crisissituatie verkeren.

- Preventie en demand management

Verschillende elementen kunnen een impact hebben op de aanmelding van een persoon met een zorgvraag. Een eerste factor is de mate waarin de lokale overheid inzet op wat gevat wordt onder de noemer van 'prevention and demand management'. Meer bepaald, een gericht preventiebeleid en een inzet op acties die het sociaal kapitaal in de gemeenschap versterken. Dit beleid kan in bepaalde gevallen vermijden dat mensen uiteindelijk met hun zorgvraag bij de lokale overheid terecht komen. Het betreft dus voornamelijk het voorkomen dat bepaalde problemen zich voordoen of dat ze voldoende ernstig worden om uiteindelijk in aanmerking te komen voor gesubsidieerde zorg en ondersteuning. Een voorbeeld hiervan zijn preventiemaatregelen die specifiek gericht zijn naar gemeenschappen waar een hoger risico op specifieke problematieken bestaat. Door middel van gerichte acties ten aanzien van deze doelgroepen, zal men het aantal mensen die met deze problematiek te maken krijgen proberen te reduceren. De hoofdmoot van het preventiebeleid is in de praktijk gericht op ouderen en minder op personen die geboren worden met een beperking. Een respondent [Beleidsmedewerker F] gaf hieromtrent aan dat het grootste gedeelte van de budgetten besteed wordt aan mensen die reeds in aanmerking komen voor zorg en ondersteuning en dat hierdoor de financiële ruimte voor de lokale overheden om bijkomend te investeren in preventie, beperkt is. Zoals een respondent hieromtrent aangeeft is de mate waarin de centrale overheid voorziet in voldoende middelen om dit preventieve luik uit te bouwen, bepalend voor wie wanneer in het zorgtraject terecht komt.

- Kennis en informatie

Een tweede factor die bepalend is voor de mate waarin cliënten toegang vinden tot het systeem is de beschikbaarheid van informatie. Sinds de Care Act van 2014 hebben ook mantelzorgers recht op een tussenkomst van de overheid na assessment<sup>56</sup>. Een respondent gaf hieromtrent aan dat heel wat mantelzorgers niet op de hoogte zijn van hun rechten binnen het systeem. Dit ondanks de informatieplicht die de lokale overheden hebben vanuit de Care Act. De mate waarin lokaal wordt ingezet op het informeren van mantelzorgers zal uiteraard een impact hebben op het aantal mantelzorgers dat van deze ondersteuning gebruik zal maken. Het voorzien in goede en toegankelijke informatie omtrent rechten en mogelijkheden geldt uiteraard ook ten aanzien van de cliënten. Het ontbreken van deze informatie kan een belangrijke barrière vormen voor cliënten om de toegang tot het systeem te vinden. Hierbij wordt gewezen op het belang van inzet op informatie die op maat van de cliënt en zijn netwerk ter beschikking gesteld wordt. Hierbij dient bovendien aandacht besteed te worden aan voldoende begrijpbare informatie voor diverse doelgroepen (aandacht voor eenvoudig taalgebruik, verschillende talen etc.). Specifiek betreffende de bekendheid van het systeem, is er nog een bijkomende drempel voor de gezondheidszorg en de bijhorende PHB's. Onder meer omdat deze manier van werken binnen de gezondheidszorg pas sinds 2014 is geïntroduceerd, wordt aangegeven dat de bekendheid van deze budgetten beperkter is dan de budgetten binnen de social care. De PHB's zijn niet bij alle professionals even goed gekend. Artsen zijn niet altijd op de hoogte van wat een PHB is en wat de mogelijkheden om dit in te zetten zijn. Dit kan uiteraard een effect hebben op de doorverwijzing naar de bevoegde diensten voor aanmelding.

#### 4.2 Indicatiestelling

INDICATIESTELLING		Lage zorgzwaarte	Hoge zorgzwaarte
<b>Cliënteigenschappen</b>	Welbespraaktheid	X	X
<b>Contextfactoren cliënt</b>	Discretionaire ruimte	X	X
	Lokale afstemming	X	X
	Belangenbehartiging	X	/
	Re-enablement	X	/

- Welbespraaktheid van cliënt en netwerk

De welbespraaktheid van de cliënt of zijn netwerk kan een rol spelen bij het al dan niet bekomen van een positief resultaat van het assessment. Cliënten (of vertegenwoordigers daarvan) die goed van taal zijn, zullen beter kunnen aangeven met welke zorgnoden zij kampen en waarom bepaalde ondersteuning noodzakelijk is. Volgens een respondent [Beleidsmedewerker H] heeft dit type cliënten een grotere kans om een positief assessment te bekomen. Ook het aanvechten van een negatief assessment is eenvoudiger voor deze cliënten.

<sup>56</sup> Zie 'bestuurlijke organisatie' Social care.

- Discretionaire ruimte lokale overheden en CCG's

Een van de speerpunten van de invoering van de Care Act in 2014 was de introductie van uniforme criteria voor subsidiabiliteit onder de vorm van nationale 'eligibility' criteria<sup>57</sup> gekoppeld aan vooropgestelde outcomes. Deze waren bedoeld om de verschillen tussen lokale overheden te verkleinen bij het bepalen of iemand al dan niet in aanmerking komt voor zorg en ondersteuning. Uit de gesprekken met onze respondenten leren wij dat de resultaten hiervan gemengd zijn. Enerzijds heeft dit in sommige gevallen de verschillen in de praktijk effectief verkleind. Anderzijds blijft ook binnen het nieuw wettelijk kader heel wat discretionaire ruimte voor de lokale actoren om te beoordelen in welke mate er een impact is op het welzijn van het individu. De plaats waar een cliënt of mantelzorger woont, en de beleidspraktijk die daar in voege is, zullen dus een impact hebben op de beoordeling of de persoon al dan niet in aanmerking komt voor zorg en ondersteuning.

- Belangenbehartiging

Belangenbehartiging kan bovenstaand effect (lokale afstemming) mediëren. Doordat lokale overheden echter zelf beslissen over de vraag of iemand onafhankelijke cliëntondersteuning nodig heeft, krijgt niet elke cliënt de gepaste ondersteuning toegewezen. De aanwezigheid van lokale gebruikersorganisaties (user led organisations) kan ook een rol spelen. Diverse respondenten benadrukken het belang van de aanwezigheid van een goed peer supportnetwerk. Deze netwerken zijn echter niet in alle regio's even sterk uitgebouwd.

- Gezondheidszorg of welzijn (primaire zorgnoden) & lokale afstemming

Zoals eerder in dit document omschreven werd, is het mogelijk voor een cliënt om zowel binnen de gezondheidszorg als binnen de welzijnszorg (social care) een PB of DP te bekommen. Het traject dat hij/zij aflegt zal bijgevolg afhankelijk zijn van de zorg en ondersteuning waarvoor de cliënt in aanmerking komt. Indien de gezondheidsbehoefte primair is zal het assessment van de persoon gebeuren door het CCG. Is dit niet het geval dan zal de subsidiabiliteit onderzocht worden door de lokale overheid. De huidige regelgeving laat de vrijheid aan de lokale actoren om te beslissen hoe en in welke intensiteit zij hieromtrent samen werken. Dat resulteert in grote regionale verschillen in aanpak. Zeker in het geval waarin een cliënt nood heeft aan zowel middelen uit de social care als uit de health care, kan de lokale afstemming tussen de actoren een impact hebben op het traject. Een respondent [Beleidsmedewerker H] uit dit onderzoek geeft hieromtrent aan dat een goed gecoördineerde samenwerking op het lokaal niveau eerder de uitzondering dan de regel is. Een goede verstandhouding tussen de lokale actoren in samenspel met werkbaar arrangementen worden als sleutelfactoren benoemd om tot een goede lokale beleidspraktijk voor de cliënt te komen op dit vlak.

---

<sup>57</sup> Zie hoofdstuk PB in Engeland.

### 4.3 Budgetbepaling

BUDGETBEPALING		Lage zorgzwaarte	Hoge zorgzwaarte
Contextfactoren cliënt	Inkomens-/ vermogensafhankelijkheid	X	X
	Marktcontext	X	X
	Rekensleutel	X	X
	Financiële context lokale overheden	X	/
	Onderscheid DP PB	X	X

- Inkomens- en vermogensafhankelijkheid

Afhankelijk van de toegangspoort van de zorg en ondersteuning is de financiële tussenkomst waar een cliënt recht op heeft 'means tested' (inkomens- en vermogensafhankelijk). Voor het toekennen van PB's en DP's vanuit de social care, wordt een eigen bijdrage berekend en kan het ook gebeuren dat een cliënt helemaal geen financiële ondersteuning krijgt indien hij de vermogensdrempel van £ 23.500 overschrijdt. Cliënten die in aanmerking komen voor zorg en ondersteuning zullen dus afhankelijk van de hoogte van hun vermogen een eigen bijdrage moeten betalen voor hun zorg. De PHB's en DP's die worden toegekend vanuit de gezondheidszorg zijn daarentegen niet inkomens- en vermogensafhankelijk.

- Lokale/regionale marktcontext

De budgetten die worden toegekend voor zorg en ondersteuning weerspiegelen in principe de lokale marktkenmerken (vraag en aanbod). De budgetten in een bepaald gebied zullen met andere woorden afgestemd zijn op de kostprijs van de zorg in die specifieke regio. Deze kostprijs wordt beïnvloed door diverse factoren zoals onder meer de bevolkingssamenstelling, bevolkingsdichtheid en het gemiddeld inkomen. In landelijke, relatief welstellende gebieden zal het aanbod voor thuiszorg bijvoorbeeld vaak duurder zijn ten opzichte van andere minder welstellende gebieden. In de meer welvarende regio's zullen er meer mensen zijn die omwille van hun hoog vermogen en/of inkomen hun zorg zelf moeten bekostigen. In regio's met veel 'self-funders' ontstaat op die manier ook een andere relatie tussen de zorgaanbieders, cliënten en overheid onderling dan in gebieden waarin de overheid voor het merendeel van de zorg tussenkomt met financiële ondersteuning. Zo zullen ook de woningprijzen in een bepaalde regio hun impact hebben op de kostprijs van de zorgprofessionals omdat deze op hun beurt de kosten moeten kunnen dragen om te leven in deze regio.

- Berekeningswijze van de budgethoogte

De wetgever geeft de vrijheid aan de gemeenten omtrent de wijze waarop zij de budgetten bepalen. Sommige gemeenten werken hiervoor met een computersysteem gebaseerd op een checklist met bijhorende algoritmes. Dit instrument wordt een Resource Allocation System (RAS) genoemd. De actuele kostprijs van het zorgaanbod in de regio maakt deel uit van de rekensleutel van deze systemen. Een respondent [Beleidsmedewerker G] geeft hieromtrent aan dat dit systeem er bij sommige frontliniewerkers toe kan leiden dat zij – vanuit het idee goed te willen doen voor de cliënt – bij het mee uitdenken van een zorgantwoord, zoveel mogelijk van dit budget willen benutten. De mate waarin de frontliniewerkers bewust gemaakt worden van de financieel beperkte context waarbinnen zij actief zijn, heeft een invloed op de budgethoogtes die finaal worden toegekend.

- Financiële context van gemeenten

De financiële context waarbinnen de gemeenten het beleid moeten uitvoeren, leidt ertoe dat sommige gemeenten het aantal 'outcomes' die in het zorg- en ondersteuningsplan worden opgenomen, beperken. Ook binnen deze fase van het proces speelt de locatie waar de cliënt woont dus een rol. Ook wat betreft het toekennen van het budget zijn verschillen tussen de diverse gemeenten onderling. Sommige gemeenten antideren het budget voor de dienstverlening automatisch naar het moment waarop de persoon zich heeft aangemeld. Dit is bijvoorbeeld het geval indien het assessment een lange tijd in beslag heeft genomen en de cliënt in die periode reeds bepaalde zorg heeft ingekocht. Andere gemeenten doen dit niet. Ook hier speelt met andere woorden een vorm van postcode lottery.

In dit verband wordt ook melding gemaakt van een historische formule die de inkomsten van stedelijke (metropolitane) gebieden bevoordeelt. Een respondent in het onderzoek gaf aan dat gemeenten soms 'of the record' en buiten de geest van de wet om, verwijzen naar andere budgetten waar de cliënt gebruik van kan maken om zijn noden te bekostigen om op die manier de kosten voor de lokale overheid te reduceren. Tot slot gaan sommige gemeenten actiever op zoek dan andere naar kosteloze oplossingen voor een zorgvraag van de cliënt. Dit heeft eveneens een impact op de definitieve budgethoogte die aan de cliënt wordt toegekend.

- Onderscheid budgethoogte PB en DP

Het is afhankelijk van de lokale beleidskeuzes of een gemeente of CCG een ander (hoger of lager) budget toekent indien een cliënt opteert voor een DP in plaats van voor een PB. Een respondent vertelt dat sommige CCG's voor een DP structureel lagere budgetten toekennen vanuit de logica dat de cliënt door deze zelf te beheren de overheadkosten kan drukken. Het CCG waar een respondent [Beleidsmaker G] werkzaam is, gelooft niet in deze redenering omdat de cliënt in de praktijk, in het geval hij kiest voor een DP, ook moet instaan voor bepaalde overkoepelende kosten zoals tewerkstellingskosten en training. Ook binnen de lokale overheden zijn verschillen in de wijze waarop budgetten variëren voor DP of PB-zorg. Een lokale overheid in ons onderzoek kiest er bijvoorbeeld voor om meer budget ter beschikking te stellen voor een DP dat bedoeld is om een thuiszorgvoorziening te betalen, maar een lager budget te geven indien een cliënt een PA tewerkstelt voor om dezelfde zorgnood te ledigen.

#### 4.4 Terbeschikkingstelling

INDICATIESTELLING		Lage zorgzwaarte	Hoge zorgzwaarte
<b>Cliënteigenschappen</b>	Doelgroep	X	X
<b>Contextfactoren cliënt</b>	Gezondheidszorg vs. welzijn	X	X
	Gecontracteerde zorg	X	X
	Bekendmaken DP's	X	X
	Prepayment card	X	/
	Match zorgvraag – zorgaanbod	X	X
	Lokale beleidsfactoren	X	X
	Peer support-netwerken	X	X



- Doelgroepen en cliënttypes

Hoewel DP's in principe aan een breed scala aan doelgroepen met zorgnoden kunnen aangeboden worden, zijn er in de praktijk een aantal cliëntgebonden factoren die een impact hebben op de kans om een DP te bekomen. Ten eerste leren wij uit onze gesprekken dat de doelgroep een bepalende factor is voor de opname van DP's. Zo zullen het voornamelijk jongvolwassenen met een fysieke of zintuigelijke beperking zijn die traditioneel meer de keuze maken voor een DP. Ook de doelgroep van mensen met een verstandelijke beperking maakt vaak deze keuze. Een verschilpunt in het traject voor deze laatste doelgroep is dat zij doorgaans worden bijgestaan door een ondersteuningsdienst of door een gemandateerd familielid of persoon uit het netwerk die instaat voor het beheer van de budgetten. Ouderen zijn doorgaans minder bereid om voor een DP te kiezen. Bovendien kan ook gesteld worden dat het weinig aantrekkelijk is voor ouderen om te kiezen voor een DP met bijhorende administratieve taaklast indien dit niet resulteert in andere opties om hun zorg en ondersteuning te organiseren. Daarnaast geeft een respondent [Medewerker belangenorganisatie C] aan dat er een onderscheid is tussen het traject dat ouderen afleggen in de zorg ten opzichte van dat van personen met een beperking. Vaak komen ouderen eerder vanuit een crisissituatie in de zorg terecht terwijl de zorg voor personen met een beperking meer toelaat om een lange termijnplanning op te maken. Dit leidt ertoe dat de doelgroep ouderen in de praktijk vaak nog als een 'bulk' mensen worden beschouwd waarvoor een oplossingen gevonden moet worden. Wat voor deze doelgroep kan resulteren in een minder doorgedreven vorm van verpersoonlijking van de zorg en ondersteuning. Voor minderjarigen met een beperking wordt vaak gebruik gemaakt van gemengde pakketten die deels uit een PB en deels uit een DP bestaan. Tot slot is de doelgroep van mensen met psychische problemen en druggebruikers die gebruik maken van een DP, na een initiële periode met veel weerstand, voorzichtig aan het toenemen.

- Gezondheidszorg versus welzijnszorg

De sector waarin een cliënt met zijn zorgvraag terecht komt, heeft een impact op de kans dat hij een DP bekommt. Dit is enerzijds historisch te verklaren. De sociale diensten van gemeenten hebben reeds hun eerste ervaring met het toekennen van PB's en DP's sinds 1996. Binnen de langdurige gezondheidszorg (NHS CHC) werd het recht om een PB te krijgen in 2014 ingevoerd<sup>58</sup>. Ondanks het gegeven dat een CCG niet kan weigeren om een PB toe te kennen aan iemand die voldoet aan de wettelijke voorwaarden, blijft het tot de discretie van de CCG's behoren om een PB aan te bieden aan personen die dit niet vragen. Dit in tegenstelling tot de lokale overheden binnen het kader van de social care, waar het sinds 2014 een verplichting is geworden om iedereen een PB of DP te geven (NHS, 2015). Deze wettelijke bepaling zorgen, samen met de beperktere ervaring van de CCG's en de weerstand van hun medewerkers omtrent het geven van keuze en controle aan de cliënt, dat PB's en DP's lang niet in alle CCG's worden aangeboden aan cliënten die hiervoor in aanmerking komen. Nationaal probeert de NHS het aanbod van PB's en DP's door CCG's te stimuleren door de aantallen op te volgen en onderlinge benchmarking op te zetten. Andere impulsen om het aantal PB's op te drijven binnen de CCG's zijn onder meer het inzetten van PB's voor hulpmiddelen zoals bijvoorbeeld de aankoop van een rolstoel.

- Bekendmaken DP's aan burgers

Gemeenten en CCG's hebben de plicht om informatie te verspreiden omtrent PB's en DP's. De mate waarin een lokale actor inspanningen levert om DP's naar de doelgroep toe bekend te maken zal effecten hebben op het aantal mensen die een voorkeur hebben voor DP's. Het betreft bovendien ook

---

<sup>58</sup> Zie Hoofdstuk 'persoonsgebonden budget in Engeland'.

het bekend maken van alle opties waaraan een DP besteed kan worden. Verschillende praktijkwerkers promoten het DP enkel in functie van het inzetten van een persoonlijk assistent, terwijl een DP in de praktijk uiteraard een ruimer scala aan mogelijkheden omvat. Diverse respondenten geven ook aan dat gebruikers soms worden afgeraden om voor een DP te kiezen om de ‘administratieve rompslomp’ te vermijden.

- Gecontracteerde zorg

De DP’s moeten een alternatief bieden voor de standaard gecontracteerde welzijns- en gezondheidszorg. Terwijl in heel wat regio’s de manier van contracteren gewijzigd is met dit systeem, blijven verschillende actoren nog een groot deel van hun budget vastleggen voor gecontracteerde zorg. Dit leidt tot moeilijkheden om tegelijk de continuïteit van dit gecontracteerd zorgaanbod te kunnen garanderen en tegelijk ook middelen vrij te maken voor DP’s van individuele cliënten. Zeker in de overgangperiode waarin de nieuwe regelgeving werd ingevoerd, hebben heel wat lokale overheden zorg dubbel gefinancierd. Een beleidsmedewerker in het onderzoek geeft aan dat binnen de gezondheidszorg de traditionele diensten het standaardaanbod blijft.

*“But actually if you wanted to not do that and you wanted to go – I don’t know – swimming instead of going to a day centre, or to the pub, ... well, actually that is quite difficult concept for the NHS to manage. Because you are replacing direct care with something that is completely different. And actually that is not easy to get your head around” [Beleidsmedewerker 1]*

De respondent geeft verder aan dat de gecontracteerde zorg vooralsnog minder verpersoonlijkt is dan de zorg die ingekocht wordt met DP’s.

- Peer support-netwerken

Sommige lokale actoren zetten in op het betrekken van peer support-organisaties doorheen het traject om een budget te bekomen. De aanwezigheid van dergelijke, al dan niet officieel gestructureerde netwerken in een regio, en de mate waarin zij ondersteund en betrokken worden door de lokale actoren kan een belangrijke factor zijn bij de keuze voor een DP of PB. Deze netwerken kunnen de cliënt tijdens het proces helpen om een beter zicht te krijgen op de gevolgen en mogelijkheden van een keuze voor een DP in de praktijk.

- Prepayment card

Een groeiend aantal lokale overheden biedt de optie aan DP-clieënten om voor een prepayment card te kiezen. Voor de overheid biedt deze kaart het voordeel dat het eenvoudig is om alle transacties direct op te volgen. Bovendien kunnen met deze kaart ook beperkingen worden opgelegd omtrent maximale uitgaven per periode, zorgaanbod dat betaald kan worden met de kaart etc. Steeds meer lokale overheden promoten deze optie als de standaard manier om DP’s op te nemen. Ook in het geval er naar aanleiding van het assessment en contacten met de cliënt bezorgdheid is omtrent diens capaciteit, zal een overheid sneller geneigd zijn om een prepayment kaart aan te bieden dan het DP via de klassieke weg op een bankrekening van de cliënt te storten. De prepayment card biedt voornamelijk toegenomen controlemogelijkheid voor de overheid. Terwijl sommigen het gebruik van deze kaarten beschouwen als het opleggen van bijkomende beperkingen voor de cliënt, argumenteren anderen dat dit meer mensen de kans biedt om een DP te bekomen.

- Match tussen zorgvraag en aanbod

Het type zorg en ondersteuning waar een cliënt naar op zoek is, zal mee een invloed hebben op de keuze voor een DP of PB. Bestaat een degelijk aanbod binnen het gecontracteerd circuit dan zal voornamelijk gekozen worden voor een PB. Is er een meer aangepast aanbod op maat nodig, dan zal de cliënt eerder een DP verkiezen. De spreiding van de zorgnood is hierbij ook bepalend. Indien een cliënt bijvoorbeeld zorg en ondersteuning nodig heeft gedurende vier opeenvolgende uren per dag, dan zal hij hiervoor eenvoudiger een PA vinden op de markt dan in het geval hij meer verspreide zorg- en ondersteuningsmomenten heeft. In dat laatste geval is de kans groter dat hij beroep zal moeten doen op een care agency. Sommige lokale overheden en CCG's werken een register uit waarin PA's uit de regio en hun specifieke vaardigheden gematcht kunnen worden met specifieke vragen en noden van een cliënt. Dergelijke beleidsacties die de afstand tussen zorgvraag en zorgaanbod verkleinen, kunnen een faciliterend effect hebben voor cliënten die een DP willen opnemen.

- Lokale beleidsfactoren

Zoals ook het geval is bij diverse andere stappen in het traject om een P(H)B of DP te bekomen speelt de invulling die de lokale actoren geven in beleid en praktijk een rol. De onderlinge verschillen tussen gemeenten en CCG's worden onder meer duidelijk door verschillen in het percentage cliënten dat een DP wordt toegekend. Deze verschillen worden enerzijds bepaald door de demografie van een bepaalde regio, maar ook de cultuur bij de frontliniewerkers speelt hierbij een rol. De mate waarin deze praktijkwerkers risico aanvaarden en met dit risico omgaan, is hierbij van belang. Verder is ook de aan- of afwezigheid van voldoende expertise bij personeel omtrent DP's een factor die het al dan niet toekennen van een DP kan beïnvloeden. Sommige lokale overheden kiezen er daarom voor om een expertenteam voor het toekennen van DP's samen te stellen. Dit moet het proces faciliteren en toelaten om meer (creatieve) oplossingen op maat te genereren. Bovendien speelt ook de tijdsinvestering die een lokale actor wil voorzien een potentiële rol in zowel het aantal toegekende DP's als in de kwaliteit ervan.

#### 4.5 Budgetbesteding

BUDGETBESTEDING		Lage zorgzwaarte	Hoge zorgzwaarte
Cliënteigenschappen	Hoogdringendheid	X	X
	Netwerk en toegang tot informatie	X	X
Contextfactoren cliënt	Ondersteuning budgetbeheer	X	X
	Lokale beleidskeuzes	X	X
	Beschikbaarheid zorgaanbod	X	X
	Publieke perceptie	X	/

- Hoogdringendheid

Soms speelt de context een rol bij het bepalen van bestedingsopties voor de zorg. Dit is het geval indien nood is aan een snelle oplossing voor de cliënt. Bijvoorbeeld indien een cliënt na ontslag uit het ziekenhuis onmiddellijk bepaalde zorg en ondersteuningsnoden heeft. In dit geval zal het traject dat doorlopen wordt om tot zorg en ondersteuning te komen veel korter zijn en is er dus minder tijd om

samen met de cliënt te doorlopen wat en op welke wijze hij ondersteuning wenst. Vaak zal dan na een drietal weken een herassessment volgen.

- Gebruikers met netwerk en toegang tot informatie

Verschillende respondenten geven aan dat cliënten die beschikken over een goed netwerk en goed geïnformeerd zijn, er beter zullen in slagen om goede zorg in te kopen of georganiseerd te krijgen. Bovendien zijn de noden van heel wat mensen nogal eenduidig en laten zij weinig ruimte aan alternatieve invulling van hun zorg en ondersteuning. Dit betreft dan het 'getting up and get dressed', de alledaagse zorgtaken.

In regel is het niet mogelijk om het DP in te zetten voor de zorg die door naasten wordt geleverd. In uitzonderlijke gevallen, in overleg tussen de budgethouder en de lokale overheid, kan dit echter wel toegestaan worden, bijvoorbeeld als dit de zelfredzaamheid van een persoon op andere levensdomeinen ten goede komt. Indien personen een netwerk hebben dat deze eenvoudige zorgtaken wil en kan opnemen, én dat goed geïnformeerd is en in overleg treedt met de financierende instantie, bestaat de mogelijkheid om ook dit netwerk met een DP te bekostigen.

- Ondersteuning budgetbeheer

Personen die moeite hebben met de administratie en/of het beheer van de middelen kunnen hiervoor ondersteuning krijgen van een onafhankelijke DP-ondersteuningsdienst. Deze dienst kan door de lokale overheid of door het CCG gecontracteerd worden. De kosten hiervan gaan af van de besteedbare middelen voor de cliënt. Deze ondersteuning bij het managen van de budgetten gebeurt vaak bij personen met een verstandelijke beperking. Deze ondersteunende organisaties worden vaak ingeschakeld indien de cliënt met zijn budget zelf iemand wil tewerkstellen. Dit kan ook gebeuren door een persoon uit het netwerk of de familie van de cliënt.

- Publieke perceptie

Een factor die een (eerder algemene) impact lijkt te hebben op de zorg en ondersteuning waaraan een cliënt zijn budgetten kan besteden is de potentiële reactie van het breder publiek, onder meer op basis van wat omtrent PB's en DP's in de pers verschijnt. De mate waarin hieromtrent een vorm van culturele acceptatie ontstaat zal dus een impact hebben op de kansen die geboden worden aan een cliënt. Dit affecteert ook de bereidheid van de frontliniewerkers om risico's te nemen bij het vaststellen van het zorg- en ondersteuningsplan.

- Lokale beleidskeuzes

Lokale beleidskeuzes hebben een belangrijke impact op de bestedingsopties van de cliënten. Deze keuzes kunnen enerzijds expliciet zijn. Zoals bijvoorbeeld de verschillen in budgethoogtes tussen middelen die worden toegekend voor zorg ingekocht in natura en die met een DP. Ook meer algemeen, kan de overheid door het bepalen van maximale uurtarieven die worden toegekend aan bepaalde types zorg, de bestedingsopties sturen. Ook meer impliciete elementen kunnen de opties waaraan een cliënt zijn budget in de praktijk gaat besteden beïnvloeden. In de praktijk blijken sommige lokale overheden de keuzes van cliënten te beperken tot een lijst van door hen goedgekeurde zorgaanbieders of door een DP enkel te promoten als een middel om een persoonlijk assistent in te zetten voor de zorg en ondersteuning. Ook de financiële context zet sommige lokale overheden ertoe aan om een minder ruim scala aan zorgnoden te beantwoorden, wat een direct gevolg heeft voor de zorg die door de cliënt kan aangekocht worden. Er zijn zowel 'good' als 'bad' practices op het terrein omtrent de bestedingsopties die door de lokale overheid worden aanvaard. Vaak blijken deze in de praktijk afhankelijk te zijn van de

houding van de desbetreffende dienst en de lokale interpretatie die aan het beleid gegeven wordt. Indien de dienst voldoende open en innovatief is kan dit resulteren in creatieve oplossingen op maat zoals in volgend voorbeeld:

*"I remember listening last year to the son of an older person with dementia and behaviors that were challenging and risky, who was in nursing homes and getting worse as result of being in nursing home. He was brought home. This person was a film buff. Had always really enjoyed films. They used the DP's package to buy Sky Tv and the channels and that. And the most effective intervention when its behavior became agitated, was to call out a black and white film that had been recorded on the tv-screen. This was £ 35 to do this. And, it used the individual person centered approach that you were talking about". [Beleidsmedewerker H]*

Deze vorm van innovatieve besteding van de middelen voor zorg en ondersteuning komt frequenter voor bij volwassen personen met een beperking dan dit het geval is bij ouderen.

- Beschikbaarheid van gepast zorgaanbod

Uiteraard is de beschikbaarheid van een gepast zorgaanbod een cruciale factor die een impact heeft op de besteding van het budget. Voor sommige complexe zorgnoden, bijvoorbeeld voor personen met een verstandelijke beperking met een multi-problematiek, is er een gebrek aan passend zorgaanbod omwille van de specificiteit van de zorgnoden. In wezen is dit een schaalproblematiek die gemeenten onderling proberen aan te pakken door samen te werken om alsnog een passend aanbod te kunnen voorzien. Zoals reeds eerder vermeld is het voor bepaalde noden aan aangepast aanbod omwille van etnische of religieuze redenen, niet altijd even eenvoudig om een geschikt aanbod te vinden dat de zorgvraag beantwoordt. Ook de locatie waar de cliënt woont speelt hierbij een rol. Zo zal het aanbod voor thuiszorg in landelijke, relatief welstellende gebieden duurder zijn dan in de minder welstellende regio's. Dit terwijl in deze landelijke gebieden ook vaak heel wat oudere inwoners gehuisvest zijn. Dit leidt ertoe dat sommige mensen op de 'markt' met de aangeboden middelen niet in staat zijn om het gepaste zorgaanbod in te kopen. In stedelijke gebieden met een meer dense populatie krijgen de kost en beschikbaarheid binnen het zorgmodel helemaal anders invulling. In die gebieden ontstaat soms een overaanbod aan kleine organisaties die met elkaar in concurrentie gaan. Soms gaat dit ten koste van de veerkracht van deze organisaties, bijvoorbeeld indien een van hun werkkrachten uitvalt door ziekte. Bovendien is het voor geïsoleerde zorggebruikers niet eenvoudig om zelf nieuwe vormen van zorgaanbod te ontwikkelen. De aanwezigheid van een organisatie die gebruikers kan ondersteunen bij het opstarten van dergelijke kleine innovatieve initiatieven kan een effect hebben op de wijze waarop zij hun middelen voor zorg en ondersteuning inzetten. Ook macro-economische factoren kunnen een impact hebben op het beschikbaar zorgaanbod. Heel wat mensen die actief zijn in de zorgsector in Engeland komen immers uit het buitenland. De effecten van de Brexit hieromtrent op de toekomstige beschikbaarheid van het zorgaanbod vallen nog af te wachten.

#### 4.6 Verantwoording

VERANTWOORDING		Lage zorgzwaarte	Hoge zorgzwaarte
Cliënteigenschappen	Complexe Zorgnood	X	X
Contextfactoren cliënt	Aanhouden wettelijke termijn	X	X
	Prepayment cards	X	/

- Complexe zorgnoden

Voor personen die zowel recht op zorg en ondersteuning hebben vanuit social care als vanuit health care zal de administratieve verantwoording afhankelijk zijn van de wijze waarop lokaal wordt samengewerkt tussen de lokale overheid en het CCG. De wijze waarop de samenwerking lokaal georganiseerd is zal bepalen of een cliënt zich naar beide organisaties afzonderlijk moet verantwoorden of niet.

- Aanhouden wettelijke termijn reassessment

Zowel binnen de social als binnen de health care moet jaarlijks een evaluatie opgemaakt worden van de zorg en ondersteuning die aan de cliënt geboden is, zodat die indien nodig aangepast kan worden. Niet alle gemeenten voldoen echter aan deze verplichting voor hun cliënten. In sommige gemeenten gebeurt het re-assessment slechts om de twee jaar. Nog andere gemeenten geven de voorkeur aan een assessment op maat van de persoon, waarbij personen waarover wat meer twijfel bestaat omtrent hun capaciteiten of intenties omtrent het managen van het budget, in kortere termijnen opgevolgd worden.

- Prepayment cards

Gemeenten hebben, eens een budget is goedgekeurd, relatief weinig zicht op hoe de cliënt zijn budget besteedt. Om dit te counteren zetten steeds meer lokale overheden in op het gebruik van prepayment cards voor mensen die voor een DP opteren. Op die manier kunnen gemeenten in real time opvolgen welke zorg wanneer wordt ingekocht door de cliënt en kunnen zij sneller ingrijpen indien bepaalde zaken fout dreigen te lopen.

#### 4.7 Ondersteuning

ONDERSTEUNING		Lage zorgzwaarte	Hoge zorgzwaarte
<b>Cliënteigenschappen</b>	Administratieve geletterdheid	X	X
<b>Contextfactoren cliënt</b>	Onafhankelijke belangenbehartiging	X	X

- Administratieve geletterdheid

Cliënten die dit wensen kunnen van de gemeente ondersteuning bekomen voor het beheer van hun DP. Deze ondersteuning zal dan geboden worden door een externe organisatie die door de gemeente betaald wordt van het budget van de cliënt.

- Onafhankelijke belangenbehartiging

Een persoon die substantiële moeilijkheden ervaart in zijn betrokkenheid doorheen de assessmentprocedure en het opstellen van het zorg- of ondersteuningsplan zal in aanmerking komen voor een onafhankelijk belangenbehartiger indien niemand anders in staat wordt geacht om zijn betrokkenheid te ondersteunen. Het is de gemeente die moet beoordelen over de noodzaak aan belangenbehartiging. Niet alle gemeenten bieden aan iedereen die dit nodig heeft de gepaste ondersteuning.

## 4.8 Synthese typetrajecten Engeland

	Cliënteigenschappen	Contextsfactoren
<b>Aanvraag</b>	- Bereidheid om hulp te aanvaarden	- Preventie & demand management - Kennis en informatie
<b>Indicatiestelling</b>	- Welbespraaktheid	- Discretionaire ruimte - Lokale afstemming - Belangenbehartiging - Re-enablement
<b>Budgetbepaling</b>		- Inkomens- en vermogensafhankelijkheid - Marktcontext - Rekensleutel - Financiële context lokale overheden - Onderscheid DP en PB
<b>Terbeschikkingstelling</b>	- Doelgroep	- Gezondheid versus welzijn - Gecontracteerde zorg - Bekendmaking DP - Prepayment card - Match zorgvraag-zorgaanbod - Lokale beleidsfactoren - Peer support-netwerken
<b>Budgetbesteding</b>	- Hoogdringendheid - Netwerk en informatietoegang	- Ondersteuning budgetbeheer - Lokale beleidskeuzes - Beschikbaarheid zorgaanbod - Publieke perceptie
<b>Verantwoording</b>	- Complexe zorgnood	- Aanhouden wettelijke termijn - Prepayment card
<b>Ondersteuning</b>	- Administratieve geletterdheid	- Onafhankelijke belangenbehartiging

In de bovenstaande tabel zien we factoren die van invloed kunnen zijn op de verschillende fases van het traject die personen met een beperking doorlopen. Deze factoren zijn uit de gesprekken met de belangrijkste stakeholders naar boven gekomen, en kunnen ingedeeld worden in cliëntgebonden factoren (persoonlijke eigenschappen) en contextfactoren.

### *Clïëntgebonden factoren*

Net zoals in het Nederlandse systeem geldt ook in Engeland dat taligheid van de cliënt en het beschikken over een netwerk belangrijke factoren zijn voor de cliënt in het PGB-traject. Omdat de eerste stap om zorg en ondersteuning te bekomen, gezet moet worden door de cliënt, stromen sommige zorgvragers die minder sterk in de schoenen staan of niet over een ondersteunend netwerk beschikken pas later in het systeem binnen. Dit met een hogere zorgvraag tot gevolg. Zowel voor het bekomen van een positief assessment als voor het aanvechten van een negatief assessment maken talige cliënten of cliënten met een sterk netwerk een grotere kans om zorg en ondersteuning toegekend te krijgen.

Uit de gesprekken met de sleutelactoren blijkt dat voornamelijk jongvolwassenen met fysieke of zintuigelijke beperkingen geneigd zijn om de keuze te maken voor een persoonsgebonden budget, terwijl ouderen hier doorgaans minder toe geneigd zijn. Ook personen met een verstandelijke beperking maken gebruik van deze budgetten indien zij hierbij op een ondersteunend familielid of vertegenwoordigend persoon kunnen steunen.

Ook voor het inkopen van zorg, de effectieve budgetbesteding, speelt de aanwezigheid van een goed netwerk rond de cliënt en de toegang tot informatie een belangrijke rol. Personen die goed omringd zijn zullen er doorgaans beter in slagen om goede zorg in te kopen die op maat van hun individuele noden en wensen georganiseerd is. Ook wat betreft de mogelijkheid om onafhankelijke ondersteuning te bekomen doorheen het PGB-traject, zullen deze factoren hun impact hebben, aangezien niet alle gemeenten deze onafhankelijke ondersteuning waar nodig aanbieden.

### *Contextfactoren*

Twee centrale elementen binnen de bestuurlijke en organisatorische context van het Engelse systeem die een impact hebben op het traject van de cliënt zijn de discretionaire ruimte van de lokale bestuurlijke entiteiten (zowel de lokale overheden als de Clinical Commissioning Groups) enerzijds en de cultuur binnen de lokale beleidspraktijk anderzijds.

De discretionaire ruimte die de regelgever in Engeland laat voor de lokale beleidskeuzes, resulteert in de praktijk in een gediversifieerde uitvoeringspraktijk die zichtbaar wordt doorheen alle fasen van het traject. De woonplaats van de zorgvrager en de wijze waarop de lokale beleidsfactoren er vormgeven aan het beleid van persoonsgebonden budgetten zal mee bepalen welke zorg en ondersteuning de persoon in de praktijk bekommt. Wanneer een lokale overheid bijvoorbeeld inzet op preventie en eerstelijns-ondersteuning, kan dit ertoe leiden dat minder mensen genoodzaakt zijn gesubsidieerde zorg en ondersteuning aan te vragen. Ook bij de indicering zijn er in de praktijk ondanks de invoering van de Care Act met de daarbij horende uniforme 'eligibility criteria', heel wat verschillen in de wijze waarop lokale actoren de impact van de zorgnood op het welzijn beoordelen. Daarnaast zijn de lokale beleidskeuzes omtrent budgethoogtes en de wijze waarop zij deze budgetten ter beschikking gesteld worden van invloed op de toegang tot zorg en ondersteuning voor de cliënt. Zo heeft de keuze van heel wat lokale overheden om de budgetten door middel van een prepayment card aan te bieden aan de budgethouders, die voornamelijk gebaseerd is op de controle- en beheersingsmogelijkheden die deze tool biedt, tot gevolg dat bestedingsmogelijkheden van de cliënt soms voor een groot deel worden ingeperkt. Ook door het bepalen van maximale uurtarieven voor bepaalde zorgtypes, kan de overheid de bestedingsopties mee sturen. De keuzes van cliënten worden in de praktijk soms beperkt door een persoonsgebonden budget enkel toe te kennen voor gebruik bij een lijst van goedgekeurde zorgaanbieders of door het budget enkel te promoten als een middel om een persoonlijk assistent te financieren. De financiële context van lokale overheden vormt een verklaringsgrond voor de wijze



waarop er soms ingezet wordt op een inperking van de zorgnoden die in aanmerking komen voor ondersteuning. Het is ook in dit licht dat bepaalde gemeenten soms actiever op zoek gaan dan andere naar kosteloze oplossingen voor een zorgvraag van de cliënt, wat eveneens een impact heeft op de definitieve budgethoogte die aan de cliënt wordt toegekend. Lokale afstemming tussen lokale besturen en de CCG's is van fundamenteel belang in het te doorlopen traject van een persoon die nood heeft aan middelen die afkomstig zijn uit zowel de social care en de health care, maar blijkt in de praktijk eerder uitzondering dan regel te zijn.

Ten tweede speelt de cultuur binnen de indicerende dienst en bij de frontliniewerker een belangrijke rol in het verloop van een traject in het kader van een persoonlijk budget. Uit de gesprekken blijkt het in de praktijk niet zo eenvoudig om de bestaande cultuur om te schakelen. De kans om de zorg en ondersteuning onder de vorm van een persoonsgebonden budget te bekomen hangt onder meer af van de mate waarin praktijkwerkers risico's verbonden aan het toekennen van deze budgetten aanvaarden. Ook de aan- of afwezigheid van expertise en ervaring met het PGB bij het personeel, kan het al dan niet toekennen van een budget beïnvloeden. Wij merken op dat waar lokaal leiderschap aanwezig is en een duidelijke visie en expertise is uitgebouwd omtrent persoonsgebonden budgetten, de toegang tot deze budgetten in de praktijk ook groter lijkt te zijn voor de zorgvragers. In veel gevallen is het echter moeilijk om af te stappen van de gevestigde wijze waarop personen met een zorgvraag doorheen hun traject begeleid worden. Zeker binnen de CCG's speelt de cultuur van weerstand bij de frontliniewerkers omtrent het geven van meer keuze en controle over de inrichting van de zorg aan de cliënt een rol. Ook de publieke perceptie heeft een invloed op de bereidheid van de frontliniewerkers om in te stemmen met een creatieve besteding van de budgetten.

## 5 Duitsland: de typecases ontleed

### 5.1 Aanvraag/Aanmelding

AANVRAAG		Lage zorgzwaarte	Hoge zorgzwaarte
<b>Cliënteigenschappen</b>	Complexe zorgvraag	X	X
	Taligheid zorgvrager	X	X
	Ongelijke behandeling	X	X
	Toegang tot informatie	X	X
	Disability-ID	/	X
<b>Contextfactoren cliënt</b>	Onduidelijke rol 'Gemeinsame Servicestelle'	X	X
	Systeemfocus op zelf aanvragen	X	X
	Niet vervullen informatieplicht Leistungsträger	X	X
	Responsiviteit zorgkassen	X	X
	Barrièrevrijheid	X	X
	Bureaucratische complexiteit	X	X
	Onzekerheid praktijkwerkers	X	X

- Complexe zorgvraag

De zorg en ondersteuning voor personen met een beperking wordt in Duitsland niet vormgegeven als aparte categorie in het zorglandschap. Een eenduidige aanvraag en regeling binnen één overheidsagentschap is er niet. De mogelijkheid om verschillende ondersteuningsvormen als een persoonlijk budget te organiseren, is bijgevoegd aan en in ingeschreven in de reeds bestaande sociale wetboeken. Zo kan het zijn dat een persoon zowel bij de ziekteverzekering als bij het agentschap voor integratie in de arbeidsmarkt als bij de sociale bijstand een persoonlijk budget dient aan te vragen. Deze verschillende PB's kunnen afzonderlijk worden aangevraagd en geregeld als 'einfaches persönliches Budget'. Daarnaast kan de aanvraag ook bij één instantie worden ingediend die de organisatie en afronding van de verscheidene aanvragen op zich neemt en de verschillende budgetten bundelt als een 'Trägerübergreifendes Budget'. In beide gevallen is het echter duidelijk dat de complexiteit van de zorgvraag de complexiteit van de aanvraag en de daaropvolgende procedure in de hand werkt.

- Taligheid van de zorgvrager

De besparingsreflex in het systeem leidt ertoe dat wanneer iemand met een beperking zich individueel met zijn zorgvraag naar een Sozialamt wendt en zichzelf niet goed kan uitdrukken, de aanvragen vaak worden afgewezen.

- Ongelijke behandeling

Ondanks het gegeven dat er geen cijfers zijn omtrent het aantal afwijzingen die gemaakt worden bij een aanvraag, duidt een van de respondenten erop dat ook een zekere vorm van ongelijke behandeling in de beoordeling sluipt.

*„(...) und wie viele Anträge abgelegt werden kann ich Ihnen gar nicht sagen...also hier in Berlin.. was man auf jeden Fall merkt, ist halt, dass viele MitarbeiterInnen halt auch rassistisch sind. Und das heißt, dass Anträge von Menschen mit Migrationshintergrund einfach schlechter...“*  
[Praktijkwerker G]

- Toegang tot informatie

*“It is really difficult to understand. And you have to know more or less for all help that you can get, or most of them, you can have a personal budget for it. The problem is that you have to know first of all that you have the right to get this help. And then that you can also use it as a PB. That’s really a big problem, which is that you need to have a lot of knowledge.”* [Medewerker belangenorganisatie D]

Doordat het systeem van persoonsvolgende financiering verdeeld is over een verscheidenheid aan bevoegde instanties is het niet altijd even eenvoudig te begrijpen. Ten eerste moeten personen al kennis hebben van hun recht op een persoonlijk budget. Daarnaast moeten zij voldoende informatie verzamelen om de aanvraag tot de bevoegde instantie te richten. Om hieraan tegemoet te komen werden de ‘Gemeinsame Servicestelle’ ingericht als toegangspoort. In de praktijk zijn dit reeds bestaande instanties (zoals een lokale afdeling van een ongevalverzekeraar) die een extra rol krijgen toebedeeld als aanspreekpunt en coördinerend orgaan. Problematisch is dat heel wat van deze Servicestelle onvoldoende op de hoogte zijn van wat de bevoegdheden en de te doorlopen procedures van andere instanties zijn, of helemaal niet op de hoogte zijn van hun functie als aanspreek- en doorverwijzingspunt.

*“...a really complex system which is really really difficult to understand. And then you put on something which makes it even more complicated. And then of course, if you don’t need help from one part of the administration, but from different parts. The PB had this smart idea to say: OK, you don’t have to deal with all of them to get your budget. You go to one and he has to take care for all. But this doesn’t work, it doesn’t work, I mean it really...”*  
[Medewerker belangenorganisatie D]

Aan deze moeilijkheden omtrent de toegang tot informatie dient de BundesTeilhabeGesetz (BTG)<sup>59</sup> tegemoet te komen.

- Disability-ID

Een erkende status ‘persoon met een handicap’, ‘een Disability-ID’, is niet noodzakelijk om hulp- en ondersteuning aan te vragen. Voor de meeste Leistungsträger zijn de noden van de persoon belangrijker dan het al dan niet erkend zijn. Natuurlijk dient de persoon met een ondersteuningsvraag aan te tonen dat de ondersteuning nodig is, maar dit doelt niet steeds op een erkenning. Een aanvraag binnen de Pflegeversicherung gaat echter wel steeds gepaard met een classificatie van de beperking. Deze

---

<sup>59</sup> Zie hoofdstuk ‘realisatiegraad’ Duitsland.

classificatie is ook verplicht wanneer de Pflegeversicherung in combinatie met Sozialhilfe wordt geleverd.

- Systeemfocus op zelf aanvragen

Het hele systeem van PB's is gericht op mensen die zich met hun zorgvraag richten naar een van de bevoegde instanties. Het kan zowel gaan om een nieuwe zorgvraag, een vraag naar wijziging van de ondersteuning of een vraag om de ondersteuning onder een andere vorm te krijgen (bv. het omzetten van ZIN in een PB). Dergelijke focus van het systeem dreigt echter in de praktijk mensen die reeds in zorgvoorzieningen zitten uit het oog te verliezen.

*“Es ist auch so, dass oft die Leute in den Einrichtungen, in den Wohnheimen, auch etwas vergessen werden. Leider auch von der Politik.” [Beleidsmedewerker K]*

- Niet vervullen van informatieplicht Leistungsträger

De Leistungsträger hebben de wettelijke plicht om informatie te verstrekken over de mogelijkheid om de zorg en ondersteuning met een persoonlijk budget te regelen. Een respondent zegt hierover het volgende:

*“The law says ‘the Leistungsträger have to inform the people’. They have to, but they know it [the information] usually only for their own areas, their own affairs, and of course they like to keep the money. They don’t like to spend money or waste money, so they don’t really inform people.” [Praktijkwerker F]*

Dit loopt parallel met de beheersingslogica in het Nederlandse en Engelse systeem van persoonsgebonden budgetten. In een besparingsklimaat lijken verantwoordelijke diensten veeleer geneigd om de controle over de budgetten zelf in handen te nemen, dan deze verantwoordelijkheid te delen met een budgethouder.

- Onduidelijke rol ‘Gemeinsame Servicestellen’

Om het eenvoudiger te maken voor de zorgvrager om zijn weg te vinden in het complexe zorglandschap enerzijds, en om de expertise omtrent het systeem te bundelen bij centrale contactpunten anderzijds, werden Gemeinsame Servicestelle geïntroduceerd. Bij evaluatie bleken deze niet naar behoren te werken. Daarom werd in het kader van de nieuwe regelgeving (het Bundesteilhabegesetz) beslist om deze centra met ingang van 2019 af te schaffen. Het blijft echter nog tot de discretie van de deelstaten behoren om op die plaatsen waar de GS goed functioneren, deze verder te laten bestaan en te ondersteunen. In de praktijk kan dit leiden tot verdere diversificatie van het systeem tussen de deelstaten onderling. Ook op basis van het proefproject voorafgaand aan de algemene invoering van het PB in Duitsland kwam reeds duidelijk naar voor dat het hele systeem staat of valt met een goede consultancy bij de LT. Door het falen van het huidige systeem moeten veel mensen in de praktijk hun zorg en ondersteuning zelf gaan coördineren.

*“They were not working at all, I mean, we had this absurd example. There were some people with a disability who were making a test on these services a few years ago. And they went to some and they even did not know that they were a Gemeinsame Servicestelle [Laughs loud]. They went to this official service and they did not even know. You go there and the people don’t know that they are one [laughs].” [Medewerker belangenorganisatie D]*

Er wordt aangegeven dat het van aan de start duidelijk was dat de Gemeinsame Servicestelle niet zouden werken. De idee was om de kennis uit de Rentenversicherung, de zorgverzekering, de sociale bijstand, etc. te bundelen, zonder hier extra middelen tegenover te zetten. Slechts weinig ambten namen deze opdracht om zich bij te scholen omtrent de werking in andere instanties serieus. Op

structurele basis werken de Gemeinsame Servicestelle dus niet. Enkel daar waar het personeel in een particuliere vestiging of bureel deze opdracht serieus neemt, zal deze rol ook dusdanig vervuld worden. De 'Gemeinsame Servicestelle' zullen dus ophouden te bestaan, en counseling en informatie-verstrekking zal gebeuren door één ambt per 200.000 inwoners. Dit kan problemen geven met betrekking tot de bereikbaarheid van deze consultants voor de personen die op het platteland wonen.

- Responsiviteit van de zorgkassen

Terwijl het principe is dat aan de nood aan ondersteuning voor zorg en verpleging initieel tegemoet gekomen moet worden door de Pflegeversicherung, wordt hier in de praktijk vaak aan verzaakt door de zorgkassen. Terwijl de theorie vooropstelt dat een persoon met nood aan zorgondersteuning in eerste instantie terecht kan bij de zorgverzekering, blijft een antwoord van deze LT in de realiteit vaak uit. Het resultaat is dan dat de personen met een beperking in de praktijk vaak het volledige bedrag voor ondersteuning vanuit de Sozialhilfe moeten bekomen.

*„Aber die Pflegekassen haben da, also, die sind immer noch nicht bereit da mitzumachen. In ganz seltenen Fällen, ja. Aber dann muss man wirklich viel Energie da reinstecken, um die zu überzeugen, dass die mitmachen.“ [Praktijkwerker G]*

- Bureaucratische complexiteit

*“The problem is that most of the administration know about their policy domain, they know what you can get from their organisation. But they don't know if you have the right from Sozialamt or if you have the right from the Rentenversicherung, they don't know it really.” [Medewerker belangenorganisatie D]*

Zoals bovenstaand citaat krachtig vat, zijn de afzonderlijke administratieve diensten en verantwoordelijke ministeries niet op de hoogte van de mogelijkheden en de verantwoordelijkheden van andere diensten. Dit is echter een belangrijke en noodzakelijke voorwaarde om de optie voor een 'Trägerübergreifendes Persönliches Budget' succesvol vorm te geven. De bureaucratische complexiteit speelt een rol in de aanvraag van een persoonlijk budget en hulp en ondersteuning in het algemeen. De instantie waar de aanvraag toe gericht wordt en de frontliniewerker die hier mee in aanraking komt hebben een heel grote verantwoordelijkheid. Ze moeten niet enkel kennis hebben van de hulp en ondersteuning die zij kunnen bieden, maar ook een zicht te hebben op de hulp en ondersteuning waar andere instanties verantwoordelijkheid voor dragen.

Praktijkwerkers hebben vaak een gebrek aan kennis, binnen een systeem dat gebouwd is op de aanname dat zij als centrale poort voor het gehele systeem kunnen functioneren en personen efficiënt kunnen doorverwijzen.

- Barrièrevrijheid

Een problematiek die de wijze waarop personen toegang hebben tot het systeem versterkt, is het onderliggende uitgangspunt waarbij elke LT die aangesproken wordt, verondersteld is als centrale toegangspoort en opdrachthouder te kunnen fungeren. Een barrièrevrije toegang veronderstelt dat ook de informatie die aangeboden wordt door deze individuele LT toegankelijk is voor een grote diversiteit aan doelgroepen. Er is nood aan informatie in eenvoudige taal, aan informatie op maat van blinden, aan toegankelijkheid van de diensten voor mensen met gehoorstoornissen, lichamelijke beperkingen etc. Daartegenover staat echter dat er geen of zeer weinig geld beschikbaar is om deze barrières ook effectief overal weg te werken.

*“Man hat eine tolle Idee, und... aber letztendlich stellt man nicht das Geld zur Verfügung, um wirklich die Leute zu unterstützen, um das in Anspruch zu nehmen.” [Praktijkwerker G]*

- Onzekerheid praktijkwerkers

Praktijkwerkers blijken schrik te hebben om verantwoordelijk te worden gesteld wanneer er iets verkeerd zou lopen met een persoonlijk budget. De diverse respondenten in dit onderzoek wijzen op onzekerheid en angst van de frontliniewerkers bij het omgaan met aanvragen voor een persoonlijk budget. Dit wijten respondenten aan een tekort aan kennis en aan de eerder besproken bureaucratische complexiteit van het systeem. Een respondent kan zich meerdere ervaringen voor de geest halen waarbij praktijkwerkers geen kennis hadden van wat een doelovereenkomst is. Doordat ze niet op de hoogte zijn van de procedure, de verantwoordelijkheden, noch de terminologie en vaak geen training hebben genoten, zijn praktijkwerkers vaak angstig om in te gaan op een aanvraag voor een persoonlijk budget.

## 5.2 Indiciestelling

INDICIESTELLING		Lage zorgzwaarte	Hoge zorgzwaarte
<b>Cliënteigenschappen</b>	Inkomen en vermogen	X	/
<b>Contextfactoren cliënt</b>	Regionale indiceringskaders	X	/
	Complexiteit van wettelijk kader	X	X
	Ondersteuning vanuit meerdere LT	X	X
	Knowhow bij LT	X	X

- Inkomen en vermogen

Afhankelijk van de soort zorg en ondersteuning geldt inkomen en vermogen als een criterium om de zorg te ontvangen. Personen komen in aanmerking voor Sozialhilfe wanneer ze een vermogen hebben dat lager is dan 23.000 euro (dit wordt opgetrokken in 2018 met de inwerkingtreding van de BTG)<sup>60</sup>. Voor de ondersteuning bij instanties die werken volgens het verzekeringsprincipe, zoals de Unfallversicherung, Krankenversicherung, Rentenversicherung, geldt geen inkomens- of vermogenafhankelijkheid als criterium om in aanmerking te komen voor zorg en ondersteuning. Deze verschillende instanties houden er wel individuele regels op na, zoals de vereiste om vijf jaar bijdragen te betalen alvorens in aanmerking te komen voor steun van de pensioenverzekering. Deze regels houden verband met de logica's die werkzaam zijn binnen de afzonderlijke administraties.

- Regionale indiceringskaders

Voor Sozialhilfe bestaan er geen nationale indiceringskaders waardoor er grote verschillen kunnen zijn in de wijze waarop de indicering in de praktijk verloopt. De deelstaten gebruiken hun discretie in het bepalen van hoe er wordt nagegaan welke zorg en hoe veel uren ondersteuning er geleverd dient te worden. Een respondent [Praktijkwerker F] vat dit krachtig in de stelling dat

*“Every land can decide how much they are paying for some social help. There is not a nationwide level, you have to look at every region” [Praktijkwerker F].*

<sup>60</sup> Zie Hoofdstuk persoonsgebonden budget in Duitsland.

- Complexiteit van het wettelijk kader

SGB IX creëert de mogelijkheid om een PB te verkrijgen binnen de diverse deeldomeinen zoals bijvoorbeeld binnen de Sozialhilfe of de ondersteuning in arbeidscontext. De wettelijke criteria om in aanmerking te komen voor ondersteuning zijn in elk deeldomein apart geformuleerd. De overkoepelende criteria om in aanmerking te komen voor diezelfde zorg onder de vorm van een PB zijn in SGB IX opgenomen en voor alle domeinen hetzelfde. In de praktijk resulteert dit in een bijzonder complexe wettelijke context die zowel voor cliënten als voor betrokken actoren binnen de LT een systeemdrempel vormt.

*“Wir haben in Deutschland eine lange Tradition der Sozialversicherung, und die anderen Bereiche haben sich erst später entwickelt. Und deswegen ist es so sehr unübersichtlich geworden”* ”  
[Beleidsmedewerker K]

Dat de uitvoering van de verschillende wetten bovendien berust bij verschillende overheidsniveaus, zowel federaal als deelstatelijk maakt het systeem nog complexer. Daarenboven is het systeem getrapt. Vooraleer een persoon aanspraak kan maken op een budget uit de Sozialhilfe moet hij eerst de andere bovenliggende opties, zoals bijvoorbeeld de Pflegeversicherung of Unfallversicherung, uitgeput hebben. Deze systeemopbouw vergt in veel gevallen een combinatie van middelen uit diverse LT.

- Ondersteuning vanuit meerdere LT

Indien een persoon zowel nood heeft aan verzorging/verpleging als aan ondersteuning bij het dagelijks leven dan zal eerst moeten nagegaan worden of hij in aanmerking komt voor ondersteuning vanuit de Pflegeversicherung. Pas daarna kan aanvullend Sozialhilfe geboden worden. Bij een aanvraag van een TPB is het proces complexer doordat meerdere LT betrokken zijn.

- Knowhow bij de LT

Het Duitse PB-systeem is gebaseerd op het principe waarbij de persoon met een zorgvraag in principe terecht kan bij alle LT die opgenomen zijn in SGB IX. Het wordt dan de verantwoordelijkheid van de LT die aangesproken is om de zorgvraag in kaart te brengen en om de gepaste ondersteuning te bieden, zelfs indien deze niet tot zijn kerndomein behoort. Deze kennis is niet bij alle LT in voldoende mate aanwezig.

*“Man muss sehr viel Knowhow haben, will man das ganze System ... und die Leistungsträger beraten immer gerne und gut zu den eigenen Leistungen, aber nicht so gerne zu der Leistung der anderen.”* [Beleidsmedewerker K]

### 5.3 Budgetbepaling

BUDGETBEPALING		Lage zorgzwaarte	Hoge zorgzwaarte
<b>Cliënteigenschappen</b>	Inkomen en vermogen cliënt	X	/
	Hoger bedrag ter stimulering 'onafhankelijkheid'	X	X
	Maximale 'Sachleistung'-bedrag incompatibel met zorgnood buiten instituties	X	X
	Eigen bijdrage	X	/
<b>Contextfactoren cliënt</b>	Discretie Bundesländer	X	/
	Levenskost regio	X	X
	Ondersteuningsvraag zonder explicitering leveringsvorm	X	X
	Regionale of lokale afspraken	X	X
	Lobbygroepen	X	X
	Netwerk	X	X

- Inkomen en vermogen van cliënt

Of een persoon in aanmerking komt voor ondersteuning vanuit de Sozialhilfe is afhankelijk van zijn inkomen en vermogen. Wie zich boven de wettelijke inkomens- of vermogensgrens bevindt zal in eerste instantie zelf zijn zorg en ondersteuning moeten financieren. De Bundesteilhabegesetz verhoogt deze drempels substantieel waardoor gradueel steeds meer mensen met een beperking aanspraak kunnen maken op integratieondersteuning vanuit de Sozialhilfe.

- Hoger budget door tegemoetkoming aan 'onafhankelijkheid'

In regel kan een persoonlijk budget niet meer kosten dan wat de zorg zou kosten bij rechtstreekse financiering aan een voorziening. De kost van de zorg in natura geldt in het algemeen als maximumbedrag voor een persoonlijk budget. Hierop kan echter, in uitzonderlijke gevallen, van afgeweken worden. Een eerste uitzondering staat ingeschreven in de wet, en houdt in dat wanneer er zich een grote verandering voordoet in het leven van de budgethouder, het budget de kosten van zorg in natura kan overschrijden opdat deze persoon de zorg blijvend kan krijgen in de vorm van een PB. Een tweede uitzondering is het gevolg van een uitspraak van het hoogste gerechtshof voor sociale rechten: het Bundessozialgericht. Hierover zegt een respondent [Medewerker belangenorganisatie D] het volgende:

*"In one decision they said that if it is also could have more independency of a person as a result, then it could be possible that it could cost more".*

Een persoonlijk budget kan dus uitzonderlijk meer kosten dan wat de zorg in natura zou kosten, wanneer dit een verhoogde onafhankelijkheid van de budgethouder tot gevolg heeft.



- Maximale ‘Sachleistung’-bedrag incompatibel met zorgnood buiten instituties

*“So, what I am saying, the less disabled person is supporting the place of the severe disabled person in the institutions. And outside the institutions this system does not exist. So, the severe disabled person, if he leaves the institution, in the regular life need much more money. So you cannot compare in fact the situation outside the institutions with the amount of money inside the institutions, the ‘Sachleistung’.” [Praktijkwerker F]*

In bovenstaand citaat wordt geschetst dat de solidariteit in voorzieningen voor voldoende marge zorgt om ook zorg en ondersteuning te bieden aan personen met een zware zorgnood. De bedragen die de voorzieningen krijgen voor personen met een lage zorgnood en deze voor personen met een hoge zorgnood zijn niet in verhouding tot de verschillende kost. Door deze budgetten te herverdelen kan iedere persoon de zorg krijgen die nodig is. Het berekenen van de budgethoogtes voor persoonlijke budgetten op basis van wat dit in ‘Sachleistung’ kost, blijkt geen goede rekensleutel te zijn. Daar waar in de voorzieningen de kosten voor de zorg aan personen met een hoge zorgzwaarte konden worden aangevuld met de overschotten van de bedragen van personen met een lagere zorgzwaarte, komen mensen met een hoge zorgzwaarte buiten voorzieningen vaak te kort. In dit licht volgen er heel wat rechtszaken op de beslissing van LT om de kost in ‘Sachleistung’ als maximum te hanteren. De uitspraken variëren tussen het aanhouden van ‘Sachleistung’ als maximale kost, en het afwijken van de regel met het argument dat beide zorgleveringsvormen niet te vergelijken zijn.

- Eigen bijdrage

De mate waarin een persoon zelf verwacht wordt bij te dragen tot de kost van zijn zorg en ondersteuning zal afhankelijk zijn van de desbetreffende ondersteuningsvorm. De Pflegeversicherung wordt beschouwd als een deelondersteuning. Dat betekent dat het budget dat toegekend wordt niet bedoeld is om de volledige zorgkost te dekken. Er zal dus steeds nog een bijkomend gedeelte moeten betaald worden met de middelen van de persoon met een beperking zelf. Krijgt de zorgvrager echter zorg en ondersteuning vanuit de Sozialhilfe dan zal in eerste instantie bekeken worden in welke mate het de inkomens- en vermogensgrens niet overschreden is. Is dit niet het geval dan wordt verondersteld dat het toegekende bedrag vanuit de Sozialhilfe toereikend is om de zorgnood te dekken. Voor personen met een beperking die ook werkzaam zijn en bijgevolg een inkomen hebben, heeft dit systeem een pervers effect:

*“Es gibt auch Menschen mit wesentlichen Behinderungen, die eine akademische Ausbildung haben, die auch arbeiten und Einkommen haben, und für sie ist es sehr bitter, natürlich, dass da so viel Geld weggeht, wenn sie diese Leistung der Eingliederungshilfe beziehen. (...) Und das ist etwas verrückt eigentlich in dem System.” [Beleidsmedewerker K]*

- Discretie Bundesländer

Waar het algemeen geldend kader omtrent de PB's op federaal niveau is uitgezet binnen de SGB IX, rest voor de verschillende deelstaten nog discretionaire ruimte omtrent de wijze waarop dit in de praktijk verder concreet geïmplementeerd wordt. Sommige deelstaten maken bijvoorbeeld expliciet de keuze om bepaalde integratieondersteuning kosteloos aan te bieden, of om uitzonderingen uit te werken wat betreft de inkomens- of vermogensdrempel. De deelstaat waar een persoon met een beperking leeft zal dus met andere woorden een impact hebben op de inhoud van zijn PB:

*“So, there are some Länder for example, which offer certain integration assistance, services, free of charge. For example mobility services or some Länder have decided to get rid of or not insist on contributions from the disabled persons themselves for certain services.” [Beleidsmedewerker J]*

Het hoge aantal PB's in Rheinland-Pfalz is bijvoorbeeld te verklaren doordat daar enerzijds reeds een lange traditie van PB's bestaat, maar anderzijds ook omwille van het feit dat daar met vaste bedragen gewerkt wordt. De budgetten zijn er ook relatief laag. Een respondent vermeldt dat er in landelijke gebieden relatief weinig budgetten zijn in vergelijking met in stedelijke context. Een van de redenen hiervoor is dat er per lokale entiteit andere regelingen zijn, wat de consistentie van het systeem niet ten goede komt. De Bundesländer hebben een discretie in de bepaling van de budgethoogtes voor bepaalde aspecten van Sozialhilfe, waardoor er grote regionale verschillen kunnen bestaan. Een respondent [Praktijkwerker F] nuanceert de discretie wanneer hij zegt dat *‘they can change, and they can add it, they can pay more if they like on Länder-level, and they also can do some proceeding changes, but in the very end you have the same legislation’*. Er zijn geen landsbrede cijfers beschikbaar, waardoor er op niveau van iedere individuele Länder dient te worden gekeken om een zicht te krijgen op de budgethoogtes binnen verschillende aspecten van Sozialhilfe. Dit kan ook gelden voor de Hilfe Zu Pflege binnen de Sozialhilfe, als aanvullend op het 'Pflegegeld' binnen de Pflegeversicherung of wanneer de persoon geen zorgverzekering heeft of niet in aanmerking komt voor ondersteuning vanuit diens zorgverzekering. Een respondent [Medewerker belangenorganisatie D] stelt dat de verschillende bedragen in de afzonderlijke Länder een gevolg is van het feit dat de budgettering steeds het resultaat is van een proces van 'politieke onderhandeling' tussen Länder, Pflegeversicherung en de dienstverlenende instanties.

- Levenskost regio

In de berekening van het persoonlijk budget speelt de kost van het dagelijkse leven een belangrijke rol. Dit verschil in 'levenskost' in verschillende regio's in Duitsland kan grote proporties aannemen. Om de budgetten in verschillende Länder met elkaar te kunnen vergelijken, dienen deze kosten voor dagelijks leven heel nauwkeurig in rekening te worden gebracht. Als gevolg van deze uiteenlopende kosten voor dagelijks leven, verschillen ook de uurlonen evenredig. In Berlijn, bijvoorbeeld, kost een gekwalificeerde zorgverlener €25/30 per uur, terwijl dit in andere regio's zoals onder meer München €40/45 per uur kan zijn. Het uurloon van een professional kan om en bij de €10 per uur verschillen, afhankelijk van de regio waar deze werkzaam is. Dit betekent niet dat de werknemers onderbetaald zijn in deze regio's waar de lonen lager liggen, maar dit zegt veeleer iets over de levenskost in deze regio's. Hetzelfde aantal geïndiceerde uren aan ondersteuning zal in verschillende regio's resulteren in een andere budgethoogte, waarmee eenzelfde aantal uren ondersteuning bekostigd kunnen worden.

- Ondersteuningsvraag zonder explicitering leveringsvorm

Een respondent die ondersteuning biedt aan (toekomstige) budgethouders geeft mee dat er aangeraden wordt om bij de aanvraag tot ondersteuning geen uitspraak te doen over de gewenste leveringsvorm. Leistungsträger berekenen in veel gevallen een lager tarief voor een persoonlijk budget dan wanneer de zorg en ondersteuning via 'Sachleistung' geleverd wordt. Het niet expliciteren van PB als de gewenste leveringsvorm wordt aangereikt als een strategie om een hoger persoonlijk budget te verkrijgen. Het budget wordt dan berekend als zou het voor de bekostiging van zorg en ondersteuning in een voorziening zijn. Als de persoon pas na de budgetbepaling aangeeft dat hij dit graag als een persoonlijk budget wil ontvangen, is de kans groot dat er niet van dit budget wordt afgeweken. Wanneer

daarentegen van bij de aanvraag vermeld wordt dat het een aanvraag voor een persoonlijk budget betreft, zal de budgetbepaling bij een veel lager bedrag aanvangen.

- Regionale of lokale afspraken

Wat betreft de wijze van de berekening van de budgetten die worden toegekend aan de persoon met een zorgvraag is landsbreed heel wat variatie. Een toegekend budget in Hamburg kan zowel op vlak van hoogte als de wijze waarop het budget berekend wordt, helemaal anders zijn dan een budget verkregen in Berlijn. In Berlijn is bijvoorbeeld een afspraak voor de volledige deelstaat gemaakt omtrent de uurtarieven die worden toegekend voor assistentie. Desalniettemin, kan deze regeling alsnog resulteren in verschillen binnen eenzelfde regio. Zo zullen sommige LT's meer dan andere de neiging hebben om het aantal uur dat zij toekennen aan de persoon om aan zijn zorg- en/of ondersteuningsnood tegemoet te komen, te drukken.

- Lobbygroepen

Het al dan niet aanwezig zijn van lobbygroepen kan een impact hebben op de hoogte van het budget dat iemand in de praktijk bekommt. Door een respondent wordt hieromtrent volgend voorbeeld gegeven:

*“Also wenn behinderte Menschen Eltern sind, das ist dann die sogenannte Elternassistenz, dann gibt es auch Stundensätze. Die sind aber sehr, sehr niedrig. Die sind deswegen sehr niedrig, weil die Gruppe, die diese Leistung in Anspruch nimmt, sehr klein ist und keine Lobby hat.”*  
[Praktijkwerker G]

- Netwerk

Het netwerk en hoe dit ondersteuning kan bieden wordt mee in rekening gebracht bij het in kaart brengen van de zorgvraag. De mate waarin dit ingerekend wordt, hangt echter heel sterk af van de persoon en de instantie waar men zijn zorgvraag indient.

## 5.4 Terbeschikkingstelling

TERBESCHIKKINGSTELLING		Lage zorgzwaarte	Hoge zorgzwaarte
<b>Cliënteigenschappen</b>	Niet uitgesproken bekwaam als budgethouder	X	X
	Persoonlijke voorkeur	X	X
	Dragen van het risico	X	X
	Individuele beslissingsgronden en drijfveren	X	X
	Bekendheid en begrip	X	X
<b>Contextfactoren cliënt</b>	Zielvereinbarung	X	X
	Onvoldoende kennis praktijkwerkers	X	X
	Lokaal/regionaal leiderschap	X	X
	Aanwezigheid aanbod geschikt voor PB	X	X
	Weerstand praktijkwerkers	X	X
	Financiële druk op systeem	X	X
	Creativiteit	X	X

- Niet uitgesproken bekwaam als budgethouder

Wettelijk gezien is het niet toegestaan om personen een budget te ontzeggen wanneer een praktijkwerker van oordeel is dat deze het budget niet kan beheren. Daarentegen dient de bevoegde instantie te voorzien in assistentie bij het beheer van een persoonlijk budget wanneer de budgethouder dit niet zelf kan. In de praktijk gebeurt het echter dat medewerkers binnen de Leistungsträger de hulpvrager aansporen om de ondersteuning als zorg in natura (Sachleistung) te ontvangen in plaats van als een persoonlijk budget, wanneer deze van oordeel zijn dat de persoon niet in staat is om met een PB om te gaan. Ook omtrent deze praktijken vinden er rechtszaken plaats:

*“I had several trials about the issue that the administration thinks there is something written that somebody can be refused access to a PB because they lack capacity. But it is not written in the law, if you are not able then you have to get an assitant.” [Medewerker belangenorganisatie D]*

- Persoonlijke voorkeur

Ondanks de gegevenheid dat het Duitse systeem voor PB's in de wettelijke regelgeving weinig drempels inbouwt voor de aanvrager om zijn of haar ondersteuning onder de vorm van een PB te bekomen, is de groep die dit in de praktijk effectief doet relatief beperkt<sup>61</sup>. Dit is deels te verklaren door de persoonlijke voorkeur van heel wat mensen voor de ZIN.

<sup>61</sup> Zie hoofdstuk persoonsgebonden budget in Duitsland.

*“Nicht für jeden ist das PB geeignet. (...) Viele Leute möchten die Sachleistung. Die wollen nicht das Geld, sie wollen einfach die Sachleistung, weil es für sie bequem ist. Es ist komfortabel für sie. Sie müssen nichts organisieren. Und wenn etwas nicht klappt, können sie sich beim Leistungsträger beschweren.” [Beleidsmedewerker K]*

Bovendien schrikken de extra administratieve aangelegenheden die verbonden zijn aan de keuze voor een PB sommige gebruikers af.

- Dragen van het risico

Ook de angst voor de mogelijke risico's verbonden aan het PB als leveringsvorm van de zorg en ondersteuning is een remmende factor voor zorgvragers om de keuze voor de cash variant te maken.

*“Ich bekomme das Geld, aber es ist auch ein Risiko. Dass ich mir eine gute Leistung einkaufen kann. Und wenn es nicht funktioniert, dann kann ich mich auch nicht beschweren. Ich habe z.B. eine persönliche Assistentin eingestellt. Ich bin dann der Arbeitgeber. Und wenn der Assistent nicht gut ist, dann muss ich das mit ihm ausmachen. Ich kann mich nicht beim LT dann beschweren. Wenn ich aber die Sachleistung habe, und der Pflegedienst, den wir dem Leistungsträger bezahlen, wenn der nicht gut ist, dann kann ich mich beschweren und kann dann einen anderen Pflegedienst bekommen.” [Praktijkwerker F]*

- Individuele beslissingsgronden en drijfveren

Terwijl het PB theoretisch beschouwd voor alle doelgroepen van personen met een beperking bruikbaar is, blijkt in de praktijk dat oudere mensen met een beperking die opgegroeid zijn in een systeem van traditionele grote instituties, minder geneigd zijn om voor een PB te kiezen. Voor ouderen is het ook moeilijker om bepaalde diensten te bekomen, omdat zij vaak moeilijker toegang hebben tot informatie en ook omdat zij vaak weinig ondersteuning hebben. Algemeen beschouwd geeft een respondent uit het ministerie aan dat jongere mensen met een beperking eerder geneigd zullen zijn een PB aan te vragen om in staat te kunnen zijn zelfstandig te leven. Ook veel mensen met psychische problemen maken er gebruik van. Ook voor personen die niet tevreden zijn over het bestaande zorgaanbod biedt het PB een uitweg. Als illustratie hiervan vermeldt een respondent de case waarin een moeder een schoolondersteuner zoekt voor haar dochter met een leerstoornis.

*“(...) und dann kommt jemand, und eine Woche später kommt jemand anderer, und dann kommt gar keiner. Und deswegen... haben die Eltern großes persönliches Interesse am Budget, ja die sagen dann "wir wollen, dass unsere Kinder wirklich regelmäßig Unterstützung haben" - das ist die eine Gruppe.” [Praktijkwerker G]*

Een andere groep van personen die bovengemiddeld interesse hebben in een PB zijn de mensen met lichamelijke beperkingen die nood hebben aan assistentie, en dan meer specifiek mensen die nood hebben aan veel uren ondersteuning. Omdat het extra werk dat aan een PB verbonden is – aldus een respondent – voor die mensen loont.

- Bekendheid en begrip van het PB

Ondanks de hoge investeringen door de federale overheid in de promotie en bekendmaking van het systeem van PB's blijft de bekendheid ervan bij personen met een handicap relatief laag. Heel wat mensen veronderstellen dat het gaat om een extra ondersteuningsvorm naast de traditionele zorg en ondersteuning in natura. Dit terwijl het in de praktijk een andere leveringswijze van de zorg en

ondersteuning betreft. Het gevolg hiervan is dat heel wat mensen nog steeds niet weten dat zij hun zorg en ondersteuning onder deze vorm kunnen bekomen.

- Zielvereinbarung

De administratie in Duitsland is niet gewend aan een 'onderhandelingscultuur'. Een respondent [Medewerker belangenorganisatie D] geeft aan dat de administratie geen cultuur kent waarbinnen onderhandeld wordt met een persoon over de te bereiken doelstellingen en de wijze waarop aan deze doelen tegemoet te komen. Medewerkers zijn het niet gewoon om met deze 'Zielvereinbarung' aan de slag te gaan, en koesteren een angst.) De toegang tot informatie over het PB voor personen met een beperking is geen vanzelfsprekendheid<sup>62</sup>. Daarnaast zijn ook de frontliniewerkers binnen de administratie onvoldoende geïnformeerd, waardoor deze de neiging hebben om weigerachtig tegenover de mogelijkheid tot een PB te staan. Dit komt vaak tot uiting in het opstellen van een 'Zielvereinbarung' met de persoon met een hulpvraag, gezien hier de nodige informatie en skills voor nodig zijn.

- Onvoldoende kennis praktijkwerkers

De administratie van de Leistungsträger heeft in veel gevallen onvoldoende zicht op de wijze waarop de budgetten berekend dienen te worden. Problemen doen zich voornamelijk voor wanneer er reeds drie maanden na de eerste terbeschikkingstelling van een budget een verantwoording/controlle wordt ingepland. In die gevallen hebben de persoonlijke assistenten vaak nog geen ziektedagen opgenomen of vakantiegeld uitbetaald gekregen. Het PB dat personen maandelijks krijgen op basis van het berekende aantal uren is een gemiddelde van wat er op jaarbasis betaald dient te worden, ziektedagen en vakantie meegerekend. Na drie maanden hebben de budgethouders vaak een groot deel van hun budget over, doordat hun personeel dan nog niet ziek is geweest of nog geen vakantie heeft genomen. De dubbele kost door het betalen van vervangend personeel is meegerekend in de budgetten, maar komt kort na de terbeschikkingstelling zelden voor, en kan bij een evaluatie voor problemen zorgen met de verdere uitbetaling van de budgetten. Dit voorbeeld duidt op een onvoldoende kennis en informatie bij de frontlinie werkers over de werking van het systeem.

- Lokaal/regionaal leiderschap

Er zijn grote verschillen waar te nemen tussen de aantallen PB's die worden toegekend over de diverse Bundesländer heen. Het engagement van de verantwoordelijke personen voor de implementatie van de PB's wordt hierbij als belangrijke onderliggende reden benoemd. Een sterk geëngageerde trekker in een regio kan met andere woorden het verschil maken in de toegang die een cliënt in de praktijk zal hebben tot een PB.

*“Es gibt schon seit dem Ende der 1990’er Jahre persönliche Budgets, die meisten eben auch aus der Eingliederungshilfe, und das hängt alles an Personen. In Rheinland-Pfalz, war damals der Behindertenbeauftragte der Ottmar Miles-Paul, und das ist selber ein Mensch mit Behinderung. Und er hat sich sehr stark eingesetzt für das Persönliche Budget. (...) Es kam wirklich darauf an, oder hing davon ab, welche Menschen agiert haben in den einzelnen Bundesländern.”*  
[Beleidsmedewerker K]

---

<sup>62</sup> Zie 5.1 'Aanvraag' Typetrajecten Duitsland.

- Aanwezigheid aanbod geschikt voor PB

Sommige van de LT's zoals de pensioenverzekering of de ongevallenverzekering hebben een aanbod aan diensten die moeilijker onder de vorm van een PB kunnen aangeboden worden. Het aantal diensten dat als PB kan opgenomen worden bij deze LT is dan ook eerder beperkt in vergelijking met de ondersteuning die bijvoorbeeld binnen de Sozialhilfe kan geboden worden onder de vorm van een PB. Omwille van deze reden was bij de eerst vernoemde LT's een initieel hogere weerstand ten aanzien van het toekennen van PB en het omvormen van hun beleid in functie van de PB's.

In sommige deelstaten is het zorgaanbod slechts in beperkte mate uitgebouwd. Dit resulteert in een lagere keuze voor de cliënten die in sommige gevallen niet in het passend zorgaanbod terecht komen. Zo zijn er voorbeelden van jongeren met een beperking die door gebrek aan zorgalternatieven in een woonzorgcentrum terecht komen. In deze regio's biedt een PB een alternatief voor de organisatie van de zorg en ondersteuning. Diezelfde logica wordt door een respondent bovendien aangevoerd om te verklaren waarom het aantal PB's in Berlijn relatief beperkt is:

*“Das andere ist, dass gerade Berlin eine unglaublich gute Versorgungsstruktur hat. Es gibt super viele Angebote, es gibt für jede Behinderungsart -zig Angebote, und die Leute sind es gewohnt, dass sie Leistungen in Anspruch nehmen können, ohne dafür irgendetwas zu machen. Deswegen ist es für die allermeisten Menschen mit Behinderungen nicht interessant. Weil es bedeutet tatsächlich, in jedem Fall, auch etwas mehr Arbeit. Interessant ist es nur für die Menschen, wo die Angebote, einfach sehr schlecht sind.“ [Praktijkwerker G]*

- Weerstand praktijkwerkers

De zorgkassen zijn niet steeds bereid om mee te stappen in een TPB en de nodige ondersteuning te bieden. Als een belangrijke verklarende reden hiertoe wordt verwezen naar de padafhankelijkheid van actoren in het systeem. Deze kan ook deels verklaren waarom er weerstand blijft bestaan bij diverse LT om in de praktijk een PB toe te kennen. Maar ook binnen de andere LT blijft in de praktijk vaak een grote weerstand tegenover het PB bestaan. Het relatief beperkte aandeel van PB-gebruikers in Berlijn ten opzichte van het totaal aantal ontvangers van ondersteuning is hier tekenend voor.

*“Also der Widerstand in den Behörden ist unglaublich groß. Weil immer noch befürchtet wird, dass es halt viel mehr Arbeit wäre, wenn jemand die Leistung als Budget nimmt. Obwohl das nicht stimmt. Das ist einfach so, dass die Bezirksämter das einfach nicht wollen. Genau.“ [Praktijkwerker G]*

- Financiële druk op het systeem

Een groot deel van de ondersteuning voor mensen met een beperking komt uit de Sozialhilfe die vanuit de lokale overheden wordt georganiseerd. Door medische ontwikkelingen blijven steeds meer mensen – ook met zware beperkingen – langer leven, en stijgt ook de financiële druk op dit systeem. Lokale overheden geven aan dit niet langer meer te kunnen bolwerken. Dit vormt een aanleiding voor de introductie van het Bundesteilhabegesetz enerzijds, maar betekent anderzijds ook dat lokale overheden de ondersteuning met persoonlijke budgetten proberen in te perken als een manier om met deze druk om te gaan. Anderzijds wordt er ook aangegeven dat financiële druk net een trigger kan zijn om een PB ter beschikking te stellen doordat dit een goedkopere vorm van levering van ondersteuning en zorg is. Er is sprake van een zogenaamde 'Pflegetotstand': de moeilijkheden die er zijn om geschikte hulpverleners te vinden die voor dergelijk laag loon willen werken. Deze schaarste aan personeel en dus schaarste aan ondersteuning en zorg, kan worden beantwoord door een PB ter beschikking te stellen waarmee familie en naasten betaald kunnen worden, als goedkopere vorm van ondersteuning.

- Creativiteit

Een belangrijke voorwaarde om effectief tot een zinvol gebruik van een PB te komen is de aanwezigheid van en de ruimte voor creativiteit in het systeem. Enerzijds op het niveau van de cliënt, de zorgvrager die met een goed uitgewerkt en onderbouwd idee bij een LT terecht komt en dit idee ook kan ‘verkopen’ maakt een behoorlijk goede kans om dit ook in de praktijk te realiseren. Tegelijk vergt dit ook een vorm van openheid bij de LT waar de persoon zich aanmeldt. Indien hij daar een persoon treft die openstaat voor ideeën, dan verhoogt dit de kans om het PB in de praktijk te benutten op een wijze die zinvol is.

*“Aber man hat schon den Spielraum auch wirklich, da was [de zorg en ondersteuning] ganz eigenes zu entwickeln. Aber man braucht ne Idee - wie könnte ich das machen? - und man braucht immer einen gegenüber, also einen Kostenträger [Leistungsträger], der sagt: okay, finde ich super.” [Praktijkwerker G]*

### 5.5 Budgetbesteding

BUDGETBESTEDING		Lage zorgzwaarte	Hoge zorgzwaarte
Cliënteigenschappen	Complexiteit zorgvraag	X	X
	Noodzaak aan ondersteuning bij budgetbeheer	X	X
	Woonplaats	X	X
Contextfactoren cliënt	Moeilijkheden met vinden ‘werknemers’	X	X
	Ontoereikende budgetten	X	X
	Traditioneel zorgaanbod	X	X

- Complexiteit zorgvraag

*“In the institutions you have all services around, that is brought to you by institutions. But not in the regular life. There exist different kinds of services for different things. And it is really complicated to provide a service in the regular life for this kind of people.” [Praktijkwerker F]*

Personen met complexe zorgnoden, zoals personen met cognitieve of psychische beperkingen, hebben nood aan een veelheid aan diensten. Binnen het Duitse zorgstelsel zijn afzonderlijke instanties bevoegd voor verschillende ondersteuningsvormen. In een zorgvoorzieningen kunnen deze ondersteuningsvormen samengebracht worden. Het is dit niet evident om voor een complexe zorgvraag diensten geregeld te krijgen en op elkaar af te stemmen buiten de contouren van zorgvoorzieningen. Dit is volgens de respondent [Praktijkwerker F] een voorname reden waarom 85% van de middelen naar zorgvoorzieningen vloeit: het is in veel gevallen te moeilijk om het zonder deze voorzieningen geregeld te krijgen. De besteding van een persoonlijk budget zonder een beroep te doen op instituties is in die gevallen met een complexe zorgvraag een gecompliceerde onderneming.



- Noodzaak aan ondersteuning bij budgetbeheer

Een persoon heeft het recht op assistentie bij het beheer van een persoonlijk budget. Dit wordt echter niet als extra kost ingerekend bij de budgetbepaling. Een persoon met een hoog persoonlijk budget heeft meer marge om ook een deel te spenderen aan assistentie bij het beheer dan iemand met een laag budget. Het niet in rekening brengen van de mogelijkheid tot of de noodzaak aan assistentie bij het beheer, schiept een ongelijke mogelijkheid om van deze assistentie gebruik te maken.

- Woonplaats

*“Not only the personal budget, but even the kind of services is dependent from the region where you live. For example: if you live in an area like here in Kassel, where we have a huge centre for independent living, lots of people are living here, we have lots of council-people, who do counselling and training etc. The services, even the Sachleistung is convenient and appropriate. But if you live in the countryside in Eastern-Germany, just about 200 km from here or maybe less, you get almost nothing, even the same legislation exists.” [Praktijkwerker F]*

De woonplaats bepaalt voor een groot deel wat de mogelijkheden zijn om een persoonlijk budget te besteden. Het aanbod van voorzieningen en vormen van ondersteuning buiten voorzieningen kan grondig verschillen per regio. In die zin is de woonplaats niet enkel een doorslaggevende factor in de mogelijkheden tot budgetbesteding, maar in de te verkrijgen hulp en ondersteuning in het algemeen.

- Moeilijkheden met het vinden van ‘werknemers’

Er zijn heel wat zaken die als barrière werken in de zoektocht van budgethouders naar geschikt personeel. Dit wordt ook wel ‘Pflegetotstand’ genoemd. Een eerste is de context op het platteland, waar volgens een respondent die werkzaam is in een belangenvereniging voor budgethouders, het vinden van ‘werknemers’ veel stroever lijkt te verlopen. Daarnaast vormt de lage verloning voor personeel ook een obstakel: het minimumloon voor ‘Pflege’ (verzorging) is €10/u, wat iets meer is dan het algemene minimumloon van €8,5/u. Dit lage minimumloon zorgt ervoor dat het heel moeilijk is voor mensen om personen te vinden die als persoonlijk assistent of verzorger willen werken. Niet enkel voor de budgethouder vormt dit een probleem, maar voor de zorg- en ondersteuningssector in het algemeen. Daarenboven lopen er gerechtelijke zaken tegen administraties die de prijs voor ondersteuning en zorg proberen te drukken, in veel gevallen betreft het de verloning voor persoonlijke assistenten die geen specifieke kwalificaties dienen te hebben. Een respondent geeft aan dat een degelijke verloning een belangrijke rol speelt om een antwoord te kunnen bieden op het tekort aan assistenten:

*“Weil letztendlich geht es ja darum, dass [persoonlijke assistentie] diese Unterstützung als Arbeit anerkannt wird. Als eine sehr anspruchsvolle Arbeit anerkannt wird, die auch gut bezahlt werden soll.” [Praktijkwerker G]*

- Ontoereikende budgetten

Voor mensen met een beperking die op zoek gaan naar zorg en ondersteuning met hun budget, bijvoorbeeld onder de vorm van persoonlijke assistentie, duiken soms problemen op doordat hun toegekende budgetten te laag berekend zijn.

- Traditioneel zorgaanbod

Een achterliggende logica bij de introductie van PB-systemen is vaak ook dat dit tot een aanpassing van het bestaande traditionele zorgaanbod zal leiden, waardoor nieuw aanbod ontstaat. De praktijk leert echter dat de evolutie heel langzaam verloopt, al zijn er signalen van vernieuwing op te merken. Zo gaan

steeds meer mensen in kleinschalige woongemeenschappen of begeleid zelfstandig wonen in plaats van in te trekken in de grote zorgvoorzieningen.

## 5.6 Verantwoording

VERANTWOORDING		Lage zorgzwaarte	Hoge zorgzwaarte
Cliënteigenschappen	Niet uitgesproken bekwaam als budgethouder	X	X
	Onderhandeling bij Zielvereinbarung	X	X
Contextfactoren cliënt	Vereiste kwalificaties	X	X
	Budgethoogte	X	X
	Controle op maat	X	X
	Keuze van Länder	X	X

- Niet uitgesproken bekwaam als budgethouder

In de wet staat ingeschreven dat personen die niet in staat zijn om het beheer van een PB zelf op te nemen recht hebben op ondersteuning door een assistent. In die gevallen waar er wordt getwijfeld aan de capaciteit van de budgethouders gebeurt het vaak dat het budget voor een beperkte tijd ter beschikking gesteld wordt. Deze korte periode van 3 of 6 maand geldt dan als een testperiode. Ook gebeurt het dat een budget voor langere periode wordt uitgereikt aan personen waarvan de bekwaamheid om een PB te beheren betwijfeld wordt, met een eerste controle en evaluatie na 3 maanden. Budgethouders die niet als uitgesproken competent worden beschouwd hebben in principe recht op bijstand van een assistent bij het budgetbeheer. In de praktijk gebeurt het echter vaker dat een budget aan deze personen voor een kortere periode wordt geleverd met een frequentere vraag naar verantwoording.

- Onderhandeling bij 'Zielvereinbarung'

In de Zielvereinbarung (doelovereenkomst) wordt neergeschreven hoe de verantwoording van de budgetbesteding zal verlopen. De Zielvereinbarung als geheel, en ook de afspraken omtrent verantwoording, vormt het resultaat van een onderhandeling tussen de hulpverlenende instantie en de cliënt. Een respondent die cliënten ondersteunt doorheen het traject om een PGB te bekomen, zegt hierover het volgende:

*"This is something I try to when I help people in negotiating, I try to convince the administration because it is really only a question of negotiations. If you are convincing them that it is not useful to exaggerate the control, if you are not able afterwards to check it because it is a mountain of paperwork, then it..." [Medewerker belangenorganisatie D]*

In de onderhandeling poogt de respondent de frontliniewerkers te overtuigen dat een verantwoording gericht op controle tot een berg aan bureaucratie leidt. Indien het een onbegonnen werk is om alle bewijslast na te gaan, is het weinig zinvol om van de budgethouders te verlangen dat deze alles nauwgezet bijhouden. Het is volgens de respondent van belang om in de onderhandeling een middenweg tussen controle, efficiëntie en zinvolheid te vinden.

- Vereiste kwalificaties

Voor specialistische vormen van zorg en ondersteuning dienen de tewerkgestelde personen over de nodige kwalificaties te beschikken. Voor de vormen van ondersteuning die geen hoge kwalificaties vereisen, verloopt de verantwoording een stuk eenvoudiger. In deze gevallen dient de budgethouder geen bewijs aan te leveren van nodige kwalificaties van diens personeel.

- Budgethoogte

*“You know we have these kind of small personal budgets, with less than 1000 euro, in these kind of cases nobody really cares.” [Medewerker belangenorganisatie D]*

Indien een budget hoger dan 1000 euro is, wordt er standaard verwacht dat de besteding volledig verantwoord wordt. Bij kleinere budgetten blijkt de verantwoording in veel gevallen minder strikt te worden opgevolgd.

- Controle op maat

Het principe in het Duitse systeem berust op controle op maat van het individu: ‘Zo veel als nodig, zo weinig als mogelijk’. Afhankelijk van de desbetreffende doelovereenkomst zal een algemene afrekening met individuele bewijsstukken, loonbrieven, etc. gevraagd worden. Maar het kan ook gewoon een verklaring op eer zijn. Algemeen rapporteren de respondenten in dit onderzoek slechts heel beperkt gevallen van fraude.

*“Und es ist auch so, dass halt im Land Berlin, gab es jetzt in der Zeit von 2008 bis heute, vier Fälle, wo Menschen mit einem hohen Assistenzbedarf tatsächlich Geld veruntreut haben. Also Betrug.” [Praktijkwerker G]*

In de praktijk is er een vrij groot onderscheid in de mate waarin gecontroleerd wordt op de besteding van het PB. Dit is sterk afhankelijk van de persoon waarmee de afspraken in de doelovereenkomst zijn opgenomen. Indien er een vertrouwensband is tussen de zorgvrager en de assessor dan zal de controle vaak heel minimaal zijn. In sommige gevallen is in de praktijk tot op het moment van herevaluatie (na twee jaar) geen controle. In andere gevallen, waarin de administratie minder vertrouwen heeft, is de controle dan weer veel uitgebreider. Veelal wordt toch minimum verwacht dat alle kostenbriefjes als bewijsstuk worden bijgehouden.

- Keuze van de Länder

De mate waarin en de wijze waarop ingezet wordt op controle van de PB's is een keuze die gemaakt kan worden door de Länder. Het principe is dat een doelovereenkomst wordt afgesloten en dat de verantwoording tot een minimum moet beperkt worden.

*“Beim persönlichen Budget muss ich nur eine Vereinbarung schließen. Und da habe ich auch eine Vereinbarung zwar die Qualitätskontrolle. Und ich muss Nachweise bringen wofür ich das Geld verwendet habe. Und das reicht aber denn. Und alle, wie Herr Lang sagt, alle ein oder zwei Jahre kann man das prüfen, ob es alles noch so passt. Und dann ist es gut.” [Beleidsmedewerker K]*

## 5.7 Ondersteuning

ONDERSTEUNING		Lage zorgzwaarte	Hoge zorgzwaarte
Cliënteigenschappen	Verstandelijke beperking	X	X
	Mondigheid en bureaucratische geletterdheid	X	X
Contextfactoren cliënt	Toegankelijkheid budgetassistentie	X	X
	Lage/geen financiering ondersteuning	X	X
	Werking Gemeinsame Servicestellen	X	X

- Verstandelijke beperking

Personen met een verstandelijke beperking die ervoor kiezen om een PB op te nemen, zullen in de praktijk vaak ondersteuning krijgen voor het beheer en de inzet van hun budget. Deze budgetassistentie wordt uit hun PB gefinancierd.

- Mondigheid en bureaucratische geletterdheid

De mogelijkheid om verscheidene ondersteuningsvormen in een 'Trägerübergreifendes Persönliches Budget' samen te brengen werd vanuit juridisch oogpunt ingericht om de administratie te vereenvoudigen voor de zorgbehoevende. De instantie waar de persoon met een beperking zijn hulpvraag toe richt, dient ook de dienst te zijn die verbanden legt met mogelijk andere verantwoordelijke instanties. Zoals reeds uitvoerig besproken blijkt dit in de praktijk weinig evident. Respondenten geven aan dat, wanneer de hulpvrager zijn/haar budget als een TPB wil ontvangen, het van belang is om de bevoegde instantie aanklappend te herinneren aan diens wettelijke opdracht. De verantwoordelijkheid voor het bekomen van een TPB ligt in veel gevallen bij de individuele hulpvrager, die de bevoegde instantie dient te blijven herinneren aan diens opdracht om andere bevoegde instanties op de hoogte te stellen en deze verschillende ondersteuningsvormen te coördineren. Kortom, de –in juridisch oogpunt ondersteunende- coördinatie door de aangesproken instantie blijkt in veel gevallen afhankelijk van de mondigheid en de bureaucratische geletterdheid van de hulpvragers.

- Toegankelijkheid budgetassistentie

Personen die moeilijkheden ondervinden om hun budget zelf te beheren kunnen hiervoor beroep doen op budgetassistentie. Wettelijk beschouwd is deze ondersteuning mee ingerekend bij het bepalen van de budgethoogte en kan deze dus met het PB betaald worden. Er is echter niet in alle regio's evenveel budgetassistentie beschikbaar. In Berlijn, nochtans een grote regio met veel inwoners, zijn er bijvoorbeeld slechts een beperkt aantal mensen die deze dienst aanbieden. De dienst is bovendien vrij duur in deze regio. Dit leidt ertoe dat mensen die kleine budgetten hebben, bijvoorbeeld mensen met een licht mentale beperking, de ondersteuning niet kunnen bekostigen. Dit is het resultaat van een samenspel van de regel dat deze assistentie in principe moet inbegrepen zijn in de berekening van het budget, terwijl anderzijds de wettelijke bovengrens van de budgetten is bepaald op de hoogte van de kost van de dienst in natura. Voor deze groep zal de mate waarin zij uiteindelijk het PB behouden (of zelfs bekomen) heel sterk afhangen van de volharding die zij hebben of van de steun die zij hiervoor krijgen uit hun netwerk.

- Lage/geen financiering ondersteuning

*“We all are not getting really money a lot for trying to connect people who are working with this personal budget. Because still, in Germany, it is only a small group of people who are using it, compared with how many people are entitled to it...” [Praktijkwerker F]*

Organisaties die ondersteuning bieden aan personen met een handicap die hun zorg in de vorm van een persoonlijk budget ontvangen, worden niet structureel gefinancierd door de federale overheid.

Maar de overheid besliste recent om middelen te voorzien voor onafhankelijke ondersteuning (independent Counseling), ook voor peer-counseling, waarbij personen met een beperking andere personen met een beperking ondersteuning bieden. Dit is een onderdeel van de Bundesteilhabegesetz (BTG), wat vanaf volgend jaar (2018) van kracht gaat.

- Werking ‘Gemeinsame Servicestellen’

De adviesverlening door consultants binnen de Gemeinsame Servicestellen komt in veel gevallen niet van de grond. Indien er ondersteuning wordt geboden is dit vaak te wijten aan een doorzettingsvermogen van de cliënt die de servicestelle op diens taak tot coördinatie en vereenvoudiging wijst. Naast de –oneigenlijke- werking van de servicestelle is ook de mondigheid en de bureaucratische geletterdheid van de cliënt een doorslaggevend element in de ondersteuning die personen kunnen krijgen doorheen het PGB-traject.

## 5.8 Synthese typetrajecten Duitsland

	<b>Cliënteigenschappen</b>	<b>Contextfactoren</b>
<b>Aanvraag</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Complexe zorgvraag</li> <li>- Taligheid zorgvrager</li> <li>- Ongelijke behandeling</li> <li>- Toegang tot informatie</li> <li>- Disability-ID</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Onduidelijke rol 'Gemeinsame Servicestelle'</li> <li>- Systeemfocus op zelf aanvragen</li> <li>- Niet vervullen informatieplicht LT</li> <li>- Responsiviteit zorgkassen</li> <li>- Barrièrevrijheid</li> <li>- Bureaucratische moeilijkheid</li> <li>- Onzekerheid praktijkwerkers</li> </ul>
<b>Indicatiestelling</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Inkomen en vermogen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Regionale indiceringskaders</li> <li>- Complexiteit van wettelijk kader</li> <li>- Ondersteuning vanuit meerdere LT</li> <li>- Knowhow bij LT</li> </ul>
<b>Budgetbepaling</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Inkomen en vermogen cliënt</li> <li>- Eigen bijdrage</li> <li>- Hoger bedrag ter stimulering 'onafhankelijkheid'</li> <li>- Maximale 'Sachleistung'-bedrag incompatibel met zorgnood buiten instituties</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Discretie Bundesländer</li> <li>- Levenskost regio</li> <li>- Ondersteuningsvraag zonder explicitering leveringsvorm</li> <li>- Regionale of lokale afspraken</li> <li>- Lobbygroepen</li> <li>- Netwerk</li> </ul>
<b>Terbeschikkingstelling</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Niet uitgesproken bekwaam als budgethouder</li> <li>- Persoonlijke voorkeur</li> <li>- Dragen van het risico</li> <li>- Bekendheid en begrip</li> <li>- Individuele beslissingsgronden en drijfveren</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Zielvereinbarung</li> <li>- Onvoldoende kennis praktijkwerkers</li> <li>- Lokaal/regionaal leiderschap</li> <li>- Aanwezigheid aanbod geschikt voor PB</li> <li>- Weerstand praktijkwerkers</li> <li>- Financiële druk op systeem</li> <li>- Creativiteit</li> </ul>
<b>Budgetbesteding</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Complexiteit zorgvraag</li> <li>- Ondersteuning bij budgetbeheer</li> <li>- Woonplaats</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Moeilijkheden met vinden 'werknemers'</li> <li>- Ontoereikende budgetten</li> <li>- Traditioneel zorgaanbod</li> </ul>
<b>Verantwoording</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Niet uitgesproken bekwaam als budgethouder</li> <li>- Onderhandeling Zielvereinbarung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vereiste kwalificaties</li> <li>- Budgethoogte</li> <li>- Controle op maat</li> <li>- Keuze van Länder</li> </ul>
<b>Ondersteuning</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Verstandelijke beperking</li> <li>- Mondigheid en bureaucratische geletterdheid</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Toegankelijkheid budgetassistentie</li> <li>- Lage/geen financiering ondersteuning</li> <li>- Werking Gemeinsame Servicestellen</li> </ul>

In de bovenstaande tabel zien we factoren die van invloed kunnen zijn op de verschillende fases van het traject die personen met een beperking doorlopen. Deze factoren zijn uit de gesprekken met de belangrijkste stakeholders naar boven gekomen, en kunnen ingedeeld worden in cliëntgebonden factoren (persoonlijke eigenschappen) en contextfactoren.

*Cliëntgebonden factoren*

Net zoals vastgesteld in Nederland en Engeland spelen de complexiteit van de zorgvraag van de cliënt samen met de taligheid een belangrijke rol in het traject dat hij al dan niet zal doorlopen. Ondanks de pogingen van de nationale overheid om het traject en bijhorend proces dat de zorgvrager doorloopt te stroomlijnen met behulp van het principe van 'Leistungen wie aus einer Hand' zal het traject voor een zorgvrager die ondersteuning nodig heeft die vanuit verschillende instanties afkomstig is, in de realiteit vaak toch complexer zijn. Een van de redenen hiervoor is onder meer is dat waar instanties hun eigen werking goed kennen, zij niet altijd even goed op de hoogte zijn van de ondersteuningsvormen en – mogelijkheden die de andere instanties kunnen bieden. Dat het Duitse systeem versnipperd is over een verscheidenheid aan uitvoerende instanties bemoeilijkt de toegang tot de zorg verder voor de cliënt.

Opnieuw speelt de taligheid van de cliënt een belangrijke rol. Respondenten geven aan dat indien een cliënt voldoende goed zijn noden en vragen kan formuleren, hij in de praktijk ook sneller een persoonsgebonden budget zal kunnen bekomen dan wie dat niet of minder goed kan. De mate waarin een cliënt voldoende weet welke weg hij op wil met zijn zorg en ondersteuning hangt ook sterk samen met zijn toegang tot informatie omtrent de mogelijke ondersteuningsbronnen en –vormen. De taligheid heeft doorheen het hele traject een mogelijke impact. Afspraken omtrent de wijze van verantwoording van het gebruik van het budget zijn bv. mee opgenomen in de doelovereenkomst die tussen zorgvrager en de indicerende instantie wordt opgesteld. De mondigere cliënten zullen er doorheen deze procedure beter in slagen om als resultaat van het gesprek met de frontliniewerker, de intensiteit van de verantwoording laag te beperken. Maar ook het bekomen van onafhankelijke ondersteuning doorheen het traject om een PGB te bekomen, heeft hogere kansen voor de meertalige cliënten.

De inkomensafhankelijkheid van de zorg en ondersteuning die wordt toegekend vanuit de Sozialhilfe, werkt op dit moment ontmoedigend voor personen die willen werken. Wordt hun inkomen immers te hoog, dan dreigen zij een substantieel deel van hun ondersteuning te verliezen. Nieuwe regelgeving (het Bundesteilhabegesetz) waarin de inkomens- en vermogensdrempel worden opgetrokken moet hier een antwoord op bieden.

De zorgnood van de cliënt heeft verder ook een impact op zijn kans om zijn budget te gebruiken om ondersteuning in te kopen voor het beheer van zijn persoonsgebonden budget. Dit blijkt voor personen met een hoge zorgzwaarte mogelijk, maar is een stuk moeilijker voor personen die een laag budget werden toegekend, gezien de regel dat de persoonsgebonden budgetten in principe niet duurder mogen zijn dan de kost voor de zorg in natura.

Ook de woonplaats van de cliënt zal de opties om zijn budget te besteden mee bepalen. In regio's waar veel zorgaanbod aanwezig is, zal de cliënt meer opties hebben om zijn budget in te zetten.

*Contextfactoren*

Ook enkele contextfactoren spelen een rol wat betreft het traject van de cliënt en de toegang tot zorg en ondersteuning onder de vorm van een persoonsgebonden budget. Ten eerste bemoeilijkt het versnipperde veld in Duitsland waarbij elke instantie in principe als toegangspoort kan dienen voor de cliënt, zoals hierboven omschreven, soms de toegang voor cliënten die zorg en ondersteuning bij diverse instanties moeten bekomen.

Het inrichten van de Gemeinsame Servicestelle stoelde op het idee om de kennis omtrent de diverse betrokken instanties te bundelen maar omdat deze rol werd toegewezen aan een van de reeds bestaande instanties en vaak niet gepaard ging met voldoende bijkomende financiering om deze functie

in de praktijk in te vullen, bleven de resultaten in de praktijk uit. Bovendien leidt het systeem waarbij zorgvragers een gecombineerd budget kunnen bekomen, waarbij de Sozialhilfe secundair optreedt, dus als de ondersteuningsrol van andere instanties uitgeput is, ertoe dat bepaalde primair verantwoordelijke instanties zoals bijvoorbeeld de zorgkassen de toegang tot ondersteuning in de praktijk inperken omdat de cliënt in tweede instantie toch volledig binnen de sociale zorg ondersteund wordt. Bovendien lichten de instanties hun cliënten in de praktijk niet steeds goed in over de mogelijkheid om voor een persoonsgebonden budget te kiezen. Afhankelijk van de regio waar een zorgvrager woont en de wijze waarop de instanties zich achter het persoonsgebonden budget zetten, kan de toegang voor de cliënt dus variëren. De cultuur bij de frontlijnwerkers speelt hierbij ook een belangrijke rol. Soms hebben zij omwille van gebrek aan expertise of ervaring omtrent de budgetten schrik om deze aan cliënten toe te kennen. Ook de creativiteit van frontliniewerkers speelt een belangrijke rol in functie van de opties waarvoor een PGB in een bepaalde regio ingezet wordt.

Net zoals in Engeland en Nederland het geval is, zal de levenskost in een regio de hoogtes van de budgetten voor zorg en ondersteuning mee bepalen. Dat leidt in de praktijk tot grote verschillen in de hoogtes van budgetten die worden toegekend afhankelijk van de lokale marktcontext. Bovendien zijn ook in de berekeningswijze en indicering binnen de Sozialhilfe grote verschillen per regio. De mate waarin personen aanwezig zijn in de regio of in de deelstaat die een trekkersrol opnemen in functie van de persoonlijke budgetten kan een belangrijke invloed hebben op de toegang.

De keuze voor een PGB kan ook verbonden zijn aan de aanwezigheid van zorgaanbod in de regio. Zo verklaart een respondent het lage aantal PGB's in Berlijn omwille van de aanwezigheid van heel wat zorgaanbod, waardoor er minder noodzaak bestaat om het PGB als een 'opt-out' uit het traditionele zorg in natura-systeem te gebruiken.



## Hoofdstuk 7

### Conclusie

#### 1 Inleiding

De factoren die een invloed kunnen hebben op de trajecten die cliënten doorlopen, overheen de drie onderzochte systemen, worden in onderstaand overzicht gevat. Deze cliënteigenschappen en contextfactoren en systeemeigenheden vormen de basis voor de comparatieve analyse van de drie systemen. De factoren in dit overzicht werden uitvoerig besproken in voorgaand hoofdstuk.

	<b>Cliënteigenschappen</b>	<b>Contextfactoren</b>
<b>Aanvraag</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Complexiteit zorgvraag</li><li>- Zelfexpressie</li><li>- Taligheid zorgvrager</li><li>- Ongelijke behandeling</li><li>- Toegang tot informatie</li><li>- Disability-ID (Erkende handicap)</li><li>- Bereidheid om hulp te aanvaarden</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Financiële context gemeenten</li><li>- Culturele gemeenschap</li><li>- Onduidelijke rol 'Gemeinsame Servicestellen'</li><li>- Systeemfocus op zelf aanvragen</li><li>- Niet vervullen informatieplicht LT</li><li>- Responsiviteit zorgkassen</li><li>- Barrièrevrijheid</li><li>- Bureaucratische moeilijkheid</li><li>- Onzekerheid praktijkwerkers</li><li>- Preventie &amp; Demand Management</li><li>- Kennis en informatie</li></ul>
<b>Indicatiestelling</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Complexiteit zorgvraag</li><li>- Sociaal netwerk met draagvlak</li><li>- 24u zorgnood levenslang</li><li>- Geschiedenis in zorg, zorgtraject</li><li>- Inkomen en vermogen</li><li>- Welbespraaktheid</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Aangrijpingspunt indicatiestelling</li><li>- Systeem van Zorgzwaarteprofielen</li><li>- Keukentafelgesprek</li><li>- Regionale indiceringskaders</li><li>- Complexiteit van wettelijk kader</li><li>- Ondersteuning vanuit meerdere LT</li><li>- Knowhow bij LT</li><li>- Discretionaire ruimte</li><li>- Lokale afstemming</li><li>- Belangenbehartiging</li><li>- Re-enablement</li></ul>

<p><b>Budgetbepaling</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bijkomende zorgnood</li> <li>- Inkomen en vermogen cliënt</li> <li>- Hogere budget door tegemoetkoming aan 'onafhankelijkheid'</li> <li>- 'Sachleistungsbetrag' incompatibel met zorgnood</li> <li>- Eigen bijdrage</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Eigen bijdrages</li> <li>- Systeem van Zorgprofielen</li> <li>- Leveringsvorm: VPT</li> <li>- Gemeentelijk financieringskader (Outputgericht/uurtje factuurtje)</li> <li>- Discretie Bundesländer</li> <li>- Levenskost regio</li> <li>- Geen explicitering leveringsvorm</li> <li>- Regionale of lokale afspraken</li> <li>- Lobbygroepen</li> <li>- Netwerk</li> <li>- Inkomens- en vermogensafhankelijkheid</li> <li>- Marktcontext</li> <li>- Rekensleutel</li> <li>- Financiële context lokale overheden</li> <li>- Onderscheid DP en PB</li> </ul>
<p><b>Terbeschikkingstelling</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- PGB-vaardigheid met o.a.             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Uitvoeringsplan</li> <li>- Geletterdheid</li> <li>- Netwerk/ vertegenwoordiger</li> </ul> </li> <li>- Persoonlijke voorkeur</li> <li>- Dragen van risico</li> <li>- Bekendheid en begrip</li> <li>- Doelgroep</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Oordeel PGB-vaardigheid</li> <li>- Gemeentelijke voorbereiding op Wmo</li> <li>- Wachtlijsten</li> <li>- Bewuste-keuzegesprek</li> <li>- Keukentafelgesprek</li> <li>- 'Monetarisering' indijken</li> <li>- Zielvereinbarung (doelovereenkomst)</li> <li>- Lokaal/regionaal Leiderschap</li> <li>- Aanwezigheid aanbod geschikt voor PB</li> <li>- Weerstand praktijkwerkers</li> <li>- Financiële druk op systeem</li> <li>- Creativiteit</li> <li>- Gezondheid versus welzijn</li> <li>- Bekendmaken DP's</li> <li>- Prepayment card</li> <li>- Match zorgvraag- zorgaanbod</li> <li>- Lokale beleidsfactoren</li> <li>- Peer support-netwerken</li> </ul>

<p><b>Budgetbesteding</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Inwonende</li> <li>- ‘Moeilijk plaatsbaren’</li> <li>- Onderhandeling</li> <li>- Complexiteit zorgvraag</li> <li>- Noodzaak aan ondersteuning bij budgetbeheer</li> <li>- Woonplaats</li> <li>- Hoogdringendheid</li> <li>- Netwerk en toegang tot informatie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Informeel tarief</li> <li>- Wachlijsten</li> <li>- Gemeentelijke kwaliteitseisen</li> <li>- ‘Extra diensten’</li> <li>- Moeilijkheden met vinden van ‘werknemers’</li> <li>- Ontoereikende budgetten</li> <li>- Traditioneel zorgaanbod</li> <li>- Ondersteuning budgetbeheer</li> <li>- Lokale beleidskeuzes</li> <li>- Beschikbaarheid zorgaanbod</li> <li>- Publieke perceptie</li> </ul>
<p><b>Verantwoording</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Complexiteit zorgvraag</li> <li>- Stabiliteit zorgnood</li> <li>- Vertegenwoordiger</li> <li>- Niet uitgesproken bekwaam als budgethouder</li> <li>- Onderhandeling bij Zielvereinbarung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Individuele voorwaarden</li> <li>- PGB-aanbieder vrij van verantwoording</li> <li>- Kwaliteitsklachten</li> <li>- Vereiste kwalificaties</li> <li>- Budgethoogte</li> <li>- Controle op maat</li> <li>- Keuze van Länder</li> <li>- Wettelijke termijn assessment</li> <li>- Prepayment cards</li> </ul>
<p><b>Onafhankelijke cliëntondersteuning</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Administratieve geletterdheid</li> <li>- Complexe zorgnood/ geen passende zorg</li> <li>- Verstandelijke beperking</li> <li>- Mondigheid en bureaucratische geletterdheid</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lokaal Beleid</li> <li>- Gewaarborgde hulp</li> <li>- Lage/geen financiering ondersteuning</li> <li>- Werking Gemeinsame Servicestellen</li> <li>- Onafhankelijke belangenbehartiging</li> </ul>

## **2 Comparatieve vergelijking systemen drie landen**

In de algemene conclusie van dit rapport bundelen wij de verworven inzichten uit het beschrijvende eerste hoofdstuk met de praktijkervaringen in de buitenlandse systemen uit het tweede hoofdstuk. Dit doen wij op metaniveau, over de verschillende landen heen. We bespreken in dit hoofdstuk achtereenvolgens de vaststellingen met betrekking tot de cliënten in het systeem, belangrijkste contextfactoren die inwerken op de toegang tot zorg en ondersteuning en formuleren tot slot ook enkele aanbevelingen die ook voor de Vlaamse beleidscontext relevant kunnen zijn.

### **2.1 Cliëntkenmerken**

Ongeacht het land waarin de persoonsgebonden financiering wordt toegepast, stellen wij vast dat de systemen in hoofdzaak uitgewerkt lijken te zijn in functie van een specifiek type zorgvrager. Uit de gesprekken met de sleutelactoren in Nederland, Engeland en Duitsland, komen soortgelijke karakteristieken naar voor.

#### **2.1.1 ‘Cliënttypes’ en het PGB**

Een eerste onderscheid kan gemaakt worden op basis van de beperking van de zorgvrager. De groepen van personen met een fysieke beperking vormen aldus de respondenten een groot aandeel binnen de groep PGB-gebruikers. In tweede orde maken ook personen met een verstandelijke beperking gebruik van het PGB. De systemen lijken minder geschikt voor personen met een meer complexe zorgvraag, zoals bijvoorbeeld de doelgroep van jongeren met gedragsproblemen in combinatie met een andere beperking. Voor deze types vragen ontstaat immers niet vanzelf een ‘aanbod op de markt’ en is gerichte overheidsinterventie bijgevolg van belang. Ook ouderen worden moeilijker bereikt met deze systemen en prefereren vaak de zorg in natura in plaats van ondersteuning onder de vorm van een PGB.

#### **2.1.2 ‘Taligheid’ als cruciale factor**

Een tweede cliënteigenschap die een rol speelt in het al dan niet bekomen van een PGB, is wat wij in dit rapport vatten onder de noemer ‘taligheid’. De mate van taligheid van de cliënt blijkt in alle drie de landen een terugkerende factor te zijn die mee bepaalt of hij/zij zijn zorg onder de vorm van een persoonlijk budget dan wel in natura bekomt. Deze taligheid valt uiteen in diverse elementen. Ten eerste behelst het de wijze waarop een cliënt in staat is om zijn eigen zorgnoden duidelijk te omschrijven. Wie hier beter toe in staat is of hierin bijgestaan wordt met de gepaste ondersteuning, zal in de praktijk een grotere kans maken om zijn zorg en ondersteuning onder de vorm van een persoonlijk budget te bekomen. Bijgevolg zal hij dan ook meer invloed hebben op de wijze waarop de zorg en ondersteuning op maat ingericht wordt van zijn individuele wensen en voorkeuren. In Nederland zal de impact van een verbaal sterke cliënt bijvoorbeeld een grote rol spelen binnen de Wmo doordat de beoordeling van de PGB-vaardigheid er expliciet tot de discretionaire ruimte van de frontlijnwerker behoort. Dat een cliënt in staat is om zijn zorgnoden en –wensen helder geformuleerd in kaart te brengen, wordt als indicatie geïnterpreteerd van de vaardigheid om een PGB te managen in de praktijk. Zorgvragers met een goed uitgewerkt plan waarin de zorgnoden en bijhorende wensen om aan deze noden tegemoet te komen maken in dergelijk systeem een grotere kans om hun ondersteuning onder de vorm van een PGB te bekomen. Maar deze taligheid of welbespraaktheid van de cliënt heeft niet alleen een impact op de kans om een PGB te bekomen. Er is ook een potentiële impact op het volledige traject dat hij doorloopt. Een goed voorbereid plan met de hulpvraag van de cliënt kan bij een verbaal sterkere cliënt leiden tot een

hogere indicering, een hoger budget en uiteindelijk ook een andere invulling van zijn zorg ten opzichte van een minder talig persoon met dezelfde zorgnoden. Dit is meteen ook een tweede betekenis die wij toekennen aan het begrip taligheid. Het betreft namelijk niet louter het verwoorden van de noden en wensen, maar bevat ook een vorm van creatief vermogen om als persoon met zorgnood zelf de opties in kaart te brengen die een mogelijk antwoord bieden op de eigen zorgnoden.

Bovendien blijkt deze taligheid van de cliënt ook een potentiële impact te hebben op de verantwoording die verbonden is aan de hem toegekende budgetten. Dit manifesteert zich het meest duidelijk in het Duitse systeem, waar de vormgeving van de verantwoording een structureel onderdeel vormt van de doelovereenkomst die met de zorgvrager wordt onderhandeld en afgesloten. Daar is een potentiële impact op de intensiteit en frequentie van de beoordeling van de cliënt sterk afhankelijk van het onderhandelingsproces dat tussen assessor en zorgvrager doorlopen wordt in het kader van het opstellen van deze doelovereenkomst. Ook in Engeland en Nederland bouwt de lokale administratie in de praktijk systemen in om de cliënt waarbij twijfel bestaat omtrent hun vaardigheid om een PGB te beheren, dichter op te volgen.

Het is belangrijk om op te merken dat dit onderzoek ons ook leert dat het effect van een beperktere taligheid gemedieerd kan worden door de aanwezigheid van een sterk betrokken netwerk van de cliënt. Zo zal bijvoorbeeld een persoon met een zware verstandelijke beperking die wordt bijgestaan door betrokken familieleden in de praktijk vaak gelijkaardige mogelijkheden bekomen. Vaak kunnen een vertegenwoordiger of betrokken leden uit het netwerk van grote betekenis zijn bij het opstellen van een uitvoeringsplan. Hierdoor kan alsnog een budget ter beschikking gesteld worden aan personen die dit niet zelfstandig kunnen vormgeven. Ook de ondersteuning onder de vorm van onafhankelijke adviesinstanties, zeker indien het peer counseling betreft, kan op dit vlak een duidelijke meerwaarde bieden.

### 2.1.3 Complexiteit zorgvraag

De drie onderzochte systemen van persoonlijke budgetten blijken voornamelijk goed te functioneren voor personen met een enkelvoudige zorgvraag. Dit heeft te maken met de bestuurlijke organisatie van de systemen, waarbij overal een onderscheid wordt gemaakt tussen sociale zorg en gezondheidszorg. Personen met een enkelvoudige zorgvraag blijken gebaat bij deze opdeling en vinden eenvoudiger en sneller toegang tot gepaste zorg. Personen met complexe noden lopen echter het risico om tussen de verschillende systemen te verdwalen. Dit zijn voornamelijk personen met cognitieve of psychologische beperkingen die nood hebben aan een veelheid aan diensten. Een complexe zorgvraag betekent hier een zorgvraag die de organisatorische opdelingen overschrijdt, en dus een combinatie van sociale zorg en gezondheidszorg inhoudt. In die zin betreft het concept 'complexe zorgvraag' niet per definitie een hoge zorgzwaarte. De complexiteit duidt veeleer op de grijze zone tussen de onderscheiden regelgevingen.

In Nederland was de vereenvoudiging van het systeem voor enkelvoudige vragen de voornaamste beweegreden om de uniforme AWBZ-wetgeving in 2015 onder te verdelen in vier wetten. De sociale zorg kwam zo onder de bevoegdheid van de lokale besturen, terwijl de gezondheidszorg onder nationaal kader bleef functioneren. In Duitsland wordt de zorg en ondersteuning aan personen met een beperking niet vormgegeven als een aparte pijler in het zorglandschap. Zo komt het dat er geen eenduidige aanvraag en regelgeving binnen één overheidsagentschap is, maar de mogelijkheid voor een persoonlijk budget als bijkomende regelgevende laag werd toegevoegd, bovenop de reeds bestaande regelingen in de Duitse sociale wetboeken. Het aanvragen van een PGB is hierdoor mogelijk bij maar liefst acht

verschillende 'Leistungsträger'. Met de invoering van een 'Trägerübergreifendes Budget', dat de verschillende mogelijke budgetten bundelt, wordt gepoogd aan dit kluwen tegemoet te komen. Dit neemt echter niet weg dat de complexiteit van de zorgvraag de drempels bij de aanvraag en de daaropvolgende procedure in de hand werkt. In Duitsland is de aanvraag en terbeschikkingstelling van een budget heel eenvoudig als de persoon zich naar één bevoegde instantie kan richten. Ook in Engeland verloopt de procedure een stuk eenvoudiger wanneer er geen combinatie tussen de sociale zorg en de gezondheidszorg nodig is.

Voor personen met een zorgvraag die moeilijk onder te verdelen is binnen de vooraf gedefinieerde zorg- en ondersteuningstypes is een aanvraagprocedure dus niet eenvoudig. Ook geldt dat het minder eenduidig is om de zorgbehoefte in kaart te brengen bij een complexe zorgvraag. In Nederland gebeurt het weleens dat personen met een complexe zorgvraag -waarover geen duidelijkheid bestaat binnen welk zorgstelsel ze vallen- terecht komen in een heen-en weer-spel tussen indicatie-instanties (de gemeente voor Wmo en CIZ voor Wlz). Verder blijkt het niet evident voor personen met een complexe zorgvraag om diensten geregeld te krijgen en op elkaar af te stemmen buiten de contouren van zorgvoorzieningen. In zorgvoorzieningen kunnen verschillende ondersteuningsvormen samengebracht worden. Bijvoorbeeld in Duitsland betekent dit dat de ondersteuningsvormen waarvoor een handvol afzonderlijke instanties bevoegd zijn, door één zorgvoorziening kunnen worden uitgevoerd. Daar het systeem van 'Trägerübergreifendes Persönliches Budget' niet naar behoren werkt en personen vaak geneigd zijn om verscheidene 'Einfaches' budgetten te hebben, zullen personen die opteren om deze gefragmenteerde zorgvormen met een persoonlijk budget te organiseren, voor iedere afzonderlijke bevoegde instantie een verantwoording moeten afleggen.

Ook in Nederland geldt dat bij een complexe zorgvraag ook de administratie die samengaat bij de verantwoording complexer wordt. Zo kan het zijn dat een budgethouder een hulpverlener heeft die zowel de begeleiding als verzorgingstaken op zich neemt. De budgethouder dient dan voor één en dezelfde persoon twee declaraties in te dienen bij de Sociale Verzekeringsbank. De verantwoording is dus een stuk uitgebreider en tijdrovender voor personen met een meervoudige zorgvraag die resulteert in een noodzaak aan verschillende hulpverleners. In Engeland geldt dat de verantwoording van de budgetbesteding bij een combinatie van social care en health care afhangt van de samenwerking tussen de lokale overheid en de CCG's, de lokale afdelingen van de NHS.

De complexiteit van de zorgvraag resulteert in de drie systemen telkens in een moeilijker traject voor de budgethouder. Het zijn vaak personen met een complexe zorgnood die beroep doen op onafhankelijke cliëntondersteuning om bijstand te bieden in het kader van het beheer van het budget. Personen met een enkelvoudige zorgvraag hebben eenvoudiger toegang tot de systemen van persoonsvolgende financiering. Daarnaast zijn de systemen zo ingericht dat deze personen ook zonder ondersteuning gebruik kunnen maken van deze systemen. Wanneer de zorgvraag echter niet samenvalt met de vooraf gedefinieerde categorieën of niet samenvalt met de organisatorische opdeling, verloopt het traject een pak moeizamer.

### 2.1.4 Vaardigheid naar oordeel van professionals

Ondanks de wettelijke verankering als een recht voor iedere persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag, wordt het persoonlijk budget in de drie landen vormgegeven als leveringsvorm voor een 'ideaaltype gebruiker'. Wanneer kwetsbare groepen aanspraak maken op deze mogelijke leveringsvorm, op dit recht, wordt dit vaker geproblematiseerd dan er ondersteuning wordt geboden om een kwaliteitsvol traject op te zetten. Deze groepen, voor wie het systeem in eerste instantie niet

werd opgezet, worden door frontliniewerkers en gebruikers van een persoonlijk budget als een bedreiging voor de kwaliteit van het systeem gezien.

In dit licht geldt in de drie systemen een toetsing of de desbetreffende persoon 'PB-vaardig' is. Naast de beschermingsreflex om de doelgroep duidelijk af te bakenen, gelden ook nog andere redenen om de vaardigheid van toekomstige budgethouders in kaart te brengen. In de meeste gevallen betreft dit het beperken van risico's. Het opwerpen van deze drempels zijn niet eigen aan de gebruikers van de systemen. Deze zijn echter wel bepalend voor welke personen gebruik kunnen maken van een persoonlijk budget. We gaan dieper in op enkele voorbeelden van cliënteigenschappen die naar het oordeel van professionals bepalend zijn voor de terbeschikkingstelling van een persoonlijk budget.

Een eerste element is een uitgesproken voorkeur voor een persoonlijk budget als leveringsvorm, dat wordt gezien als een teken van 'PGB-vaardigheid'. Wanneer iemand geen blijk geeft van te weten welk soort zorg te willen ontvangen en door wie deze zorg geleverd dient te worden, zal het oordeel over de 'PGB-vaardigheid' van een persoon minder gunstig zijn dan wanneer deze blijk geeft een duidelijke visie over de eigen zorg te hebben. Personen met een specifieke voorkeur voor de zorg, met een duidelijk zorgplan, hebben een stap voor wat de terbeschikkingstelling van een PGB betreft. Verder zijn deze vastberaden personen ook goed geïnformeerde personen. Daarnaast is de angst voor de mogelijke risico's die verbonden zijn aan het PB als leveringsvorm van de zorg en ondersteuning een remmende factor om de keuze voor de cash variant te maken. Een gedegen informatieverstrekking en ondersteuning bij eventuele drempels kan eenvoudig aan deze angsten omtrent mogelijke risico's tegemoetkomen.

De wijze van toetsen en vastleggen van de capaciteiten en vaardigheden van een zorgvrager in een zorgplan is een andere opmerkelijk element. In zo een zorgplan of uitvoeringsplan geeft de persoon aan hoe de zorg geregeld zal worden: met wie zullen er zorgovereenkomsten afgesloten worden en wat wordt daar precies in gevat (takenpakket, tijdstippen...). Dit uitvoeringsplan draagt bij in de beoordeling van de capaciteiten van een persoon. In Nederland zijn het keukentafelgesprek en het bewust-keuzegesprek bedoeld om de zorgvraag in beeld te brengen en te verkennen welke taken door naasten kunnen worden opgenomen. Het keukentafelgesprek vindt plaats tijdens de indicatiestelling binnen de sociale zorg (Wmo) en het bewust-keuzegesprek na de indicatie binnen de gezondheidszorg (Wlz). Deze worden gekenmerkt door de verwachting dat personen die twijfelen of niet zeker zijn van hun keuze, zullen afstappen van de idee om de zorg zelf met een budget te organiseren en bekostigen. In deze gesprekken wordt er nagegaan of de persoon de risico's die verbonden zijn aan deze leveringsvorm wil en kan dragen. Personen die niet goed geïnformeerd zijn of weinig vastberaden zijn, worden in dit – veelal ontradende- gesprek overtuigd om de zorg via zorg in natura te verkrijgen. Ook in Engeland wordt het opstellen van een zorgplan gezien als een teken van 'vaardigheid' en in Duitsland vormt de 'Zielvereinbarung' (doelovereenkomst tussen cliënt en indicatiesteller) een scharnierpunt in de mogelijke ontrading van een PB. In die gevallen waar er wordt getwijfeld aan de capaciteit van de budgethouder gebeurt het vaak dat in de 'Zielvereinbarung' wordt opgenomen dat het budget slechts voor een beperkte tijd ter beschikking gesteld wordt. Deze korte periode van 3 of 6 maand geldt dan als een testperiode.

De geletterdheid van de persoon in kwestie, het hebben van een netwerk met geletterde personen of en de capaciteit om een goed uitvoeringsplan op te stellen, kunnen gezien worden als een cluster van variabelen. Het uitvoeringsplan geldt hierbij als zichtbaar en tastbaar document waarbinnen meerdere factoren een rol spelen in de beoordeling van de vaardigheid en capaciteit om een budget te beheren.

Doordat lokale overheden in Engeland zelf beslissen over de vraag of iemand onafhankelijke cliëntondersteuning nodig heeft, krijgt niet elke cliënt de gepaste ondersteuning toegewezen. Belangenbehartiging kan echter van grote betekenis zijn in het wegwijs maken van personen in het versnipperde zorglandschap. Ook het kunnen beroepen op een peer-support netwerk kan van belang zijn. In Nederland is het voor iedere gemeente verplicht om de personen met een zorgvraag te wijzen op de mogelijkheid tot cliëntondersteuning, wat in de praktijk slechts heel weinig gebeurt. En ook in Duistland is het wettelijk gezien niet toegestaan om personen een budget te ontzeggen wanneer een praktijkwerker van oordeel is dat deze het budget niet kan beheren. Daarentegen dient de bevoegde instantie te voorzien in assistentie bij het beheer van een persoonlijk budget wanneer de budgethouder dit niet zelf kan.

Een persoon heeft dus in ieder systeem het recht op assistentie bij het beheer van een persoonlijk budget. Dit wordt echter nergens als extra kost ingerekend bij de budgetbepaling. Budgethouders met een groot persoonlijk budget hebben echter meer marge dan iemand met een laag budget om ook een deel te spenderen aan assistentie bij het beheer. Het niet in rekening brengen van de mogelijkheid tot of de noodzaak aan assistentie bij het beheer, schept een ongelijke mogelijkheid om van deze assistentie gebruik te maken.

Bovengenoemde zaken duiden op een beheersingsreflex eerder dan een poging om ondersteuning te bieden aan personen die hier nood aan hebben. Personen die niet als capabel of vaardig worden bestempeld, worden niet consequent van informatie voorzien. De personen die dan als vaardig worden aanzien en een budget ter beschikking krijgen, hebben geen ondersteuning nodig bij de organisatie van de zorg en het beheer van het budget. Dit versterkt de idee dat budgethouders autonome, zelfredzame en mondige gebruikers zijn. Hierdoor wordt er een selffulfilling prophecy gecreëerd: personen die PGB-vaardig zijn hebben geen ondersteuning nodig. Er wordt over het algemeen geen proactief beleid gevoerd om de bekendheid van de mogelijkheden tot persoonlijke budgetten te vergroten. Lokale besturen en frontliniewerkers lijken eerder geneigd om het systeem en de mogelijkheden minder bekendheid te laten genieten, waardoor in de praktijk vaak voornamelijk de 'geprefereerde doelgroep' er gebruik van maakt. Er zijn ook voorbeelden van lokale besturen die wel de kaart trekken van een laagdrempelige toegang tot een persoonlijk budget en die inzetten op informatieverstrekking en begeleiding.

Individuele beslissingsgronden en drijfveren van de frontliniewerkers die bevoegd zijn voor de indicering en terbeschikkingstelling spelen een grote rol in deze beoordeling. Hier gaan we in volgend onderdeel dieper op in (cultuur en kennis van frontliniewerkers).

### 2.1.5 Inkomen en vermogen

Vaak maakt de hoogte van het inkomen en vermogen deel uit van de beoordeling of een zorgvrager recht heeft op zorg en ondersteuning. In Nederland is de toegang tot de zorg niet inkomens- of vermogensafhankelijk. Deze worden echter wel in rekening gebracht bij het berekenen van de eigen bijdrage voor de zorg en ondersteuning. Hoe hoger het eigen inkomen en vermogen, hoe hoger de eigen bijdrage zal zijn. Deze eigen bijdrage kan hoog oplopen waardoor sommige zorgvragers er voor kiezen om geen ondersteuning meer aan te vragen via de Wmo. In Engeland geldt een onderscheid tussen sociale zorg en gezondheidszorg. Voor gezondheidszorg gelden strengere toegangscriteria. Daar staat dan wel tegenover dat de ondersteuning die geboden wordt onafhankelijk is van het eigen vermogen en inkomen van de zorgvrager. In de sociale zorg geldt dat zodra de wettelijk bepaalde inkomens- of vermogensdrempel overschreden is, er geen toegang is tot zorg en ondersteuning vanuit de lokale



besturen. Dat leidt ertoe dat mensen vaak eerst een groot deel van hun eigen vermogen moeten opgebruiken vooraleer zij het recht krijgen op ondersteuning door de lokale overheid. Algemeen beschouwd zijn er prikkels op te merken in alle landen in deze studie die ertoe kunnen leiden dat personen die werken een hogere bijdrage dienen te betalen of moeilijker toegang krijgen tot de financiële ondersteuning om hun zorg te betalen.

#### 2.1.6 Woonplaats

Tot slot zal ook de plaats waar de cliënt woont een impact hebben op zijn toegang tot zorg en ondersteuning. Het lokaal beschikbare aanbod bepaalt dikwijls de opties voor de cliënt omtrent de bestedingswijze van zijn middelen. Vaak wordt hierbij verwezen naar het onderscheid tussen de landelijke en stedelijke context. Waarbij in deze laatste de bestedingsopties en mogelijkheden vaak groter zijn dan in de landelijke omgeving. Soms resulteert een beperkt aanbod dan in het benutten van een PGB als last resort in de plaats van als een bewuste keuze.

## 2.2 Toegang tot zorg en ondersteuning

### 2.2.1 De bestuurlijke organisatie

In onze analyse van de bestuurlijke organisatie, vallen de verschillen op wat betreft samenwerkingsmodi tussen de sociale en gezondheidszorg. In Nederland is er een quasi gescheiden systeem waarin beide actoren min of meer los van elkaar werken, zowel wat betreft toegangspoort, indicering, budgetbepaling als voor de toekenning van ondersteuning onder de vorm van een PGB. Dit resulteert in de praktijk soms in een dynamiek van onderlinge doorverwijzing. Enerzijds sturen de gemeenten bepaalde cliënten waarover twijfel bestaat of zijn voldoen aan het 24u/dag zorgnood criterium, door naar het CIZ om toegang voor de Wlz te toetsen. Anderzijds wordt een heel strikte toepassing van de toegangscriteria gerapporteerd binnen het CIZ, waardoor de toegang tot zorg in de praktijk soms bemoeilijk wordt.

In het Engelse systeem liggen de bestuurlijke verhoudingen anders. In de praktijk zijn meer opties mogelijk om tot lokale afstemming en samenwerking te komen. Met het PGB is er een mogelijkheid om een samengesteld budget te bekomen dat deels bestaat uit middelen van de gezondheidszorg en deels uit middelen uit de sociale zorg. De wijze waarop dit in de praktijk een organisatorische invulling krijgt is echter heel gevarieerd. Het behoort tot de discretie van de lokale overheden en CCG's om de wijze waarop zijn hieromtrent samenwerken in de praktijk invulling te geven. In sommige gebieden resulteert dit in afspraken om de zorg gescheiden toe te kennen, maar vanuit een gezamenlijk assessment. In andere gebieden wordt de ondersteuning volledig geboden door de actor die het meest aansluit bij de gestelde zorgvraag, bv. indien de gezondheidszorgnoden doorwegen het CCG. In dat laatste geval bestaan dan onderlinge afspraken tussen gemeente en CCG om de kosten voor de ondersteuning in functie van de sociale noden, door te rekenen aan de gemeente. Uit de gesprekken blijkt echter dat een goede samenwerking tussen de CCG's en gemeenten eerder de uitzondering dan de regel vormt.

Het Duitse PGB wordt voornamelijk gepromoot als een unieke georganiseerd bestuurlijk systeem omwille van het principe waarbij de cliënt van bij de aanvraag tot aan de goedkeuring, slechts met één toegangspoort te maken krijgt. Het budget in Duitsland is in de praktijk immers vaak een combinatie van budgetten waarop de cliënt aanspraak kan maken omwille van het type zorgnoden en cliëntkenmerken. In tegenstelling tot het Nederlandse systeem, waar men de zorgnoden van de cliënt in eerste orde zal proberen op te lossen aan de hand van sociale zorg, heeft de sociale zorg in Duitsland een secundair karakter. Om het principe van 'Leistungen wie aus einer Hand' in de praktijk te realiseren, werden twee

principes gehanteerd. Ten eerste werden een aantal Gemeinsame Servicestelle, opgericht. Deze joint service centers, moeten als centrale toegangspoort dienen in een regio voor de zorg en ondersteuning voor personen met een beperking. De uitvoering ervan is in de praktijk per regio toegewezen aan een van de instanties die een PGB kunnen uitreiken in Duitsland. Afhankelijk van de regio waar een cliënt woont kan het dus zowel (niet limitatief) om een bureau van de ongevallen- of pensioenverzekering gaan, als over het kantoor van de sociale dienst van die regio. Deze Gemeinsame Servicestelle werken in de praktijk echter niet naar behoren. Een van de redenen is dat de organisaties die aangeduid werden om als uitvoerder van deze toegangspoorten te functioneren, hiervoor geen of zeer beperkte bijkomende financiering kregen. Naast deze Gemeinsame Servicestelle, is in het Duitse systeem elke actor die als eerste aangesproken wordt en de vraag als ontvankelijk verklaart, verantwoordelijk voor de coördinatie en opvolging. Van elk van de acht verschillende instanties die een PGB kunnen uitreiken in Duitsland, kan de cliënt dus in principe verwachten dat hij deze rol op zich neemt. In de praktijk leidt dit tot heel wat moeilijkheden. Vaak hebben de praktijkwerkers in deze instanties te beperkt zicht op het volledig spectrum aan ondersteuningsvormen en voorwaarden.

### 2.2.2 Decentralisatie en Discretie

Een algemene conclusie omtrent de organisatie en effecten van de systemen van PGB wordt door twee factoren bemoeilijkt. Decentrale bevoegdheden enerzijds, waarbij de concrete implementatie met de nodige ruimte voor beleidskeuzes naar het lokale niveau wordt gebracht. En discretie anderzijds, onder de vorm van discretionaire ruimte die rest bij de lokale actoren omtrent te nemen beslissingen in de concrete praktijkcases, maar ook wat betreft de ruimte om door middel van beleidskeuzes invulling te geven aan het beleid op lokaal of regionaal niveau. Deze factoren spelen een rol in de drie landen die deel uitmaken van deze studie.

De achterliggende redenering om de bevoegdheden omtrent de implementatie naar dit lokale niveau te brengen is dat dit niveau dichterbij de burger met zijn zorgvraag staat en het dus de toegankelijkheid van de zorg en ondersteuning die geboden kan worden tegemoet moet komen. Bovendien biedt het ook kansen om de concrete invulling van het systeem aan te passen aan de lokale context. Het maakt mogelijk om de indicatie van de individuele cliënt aan te passen aan het beschikbare zorgaanbod, de marktprijzen voor zorg en verder ook om het PGB-beleid af te stemmen op andere beleidskeuzes in een regio.

In de praktijk resulteert dit in een lappendeken van praktijken waarin wezenlijke verschillen vast te stellen zijn in de wijze waarop een cliënt zijn traject doorloopt en wat de uiteindelijke uitkomst ervan is. Niet alleen tussen landen onderling maar ook binnen de context van Engeland, Nederland of Duitsland als individuele case. De verklaring hiervoor is te vinden in de discretionaire ruimte voor implementatie die de wetgever laat aan de lagere niveaus. Dit maakt het bijvoorbeeld in Nederland voor de centrale overheid steeds moeilijker om voldoende zicht te behouden op de wijze waarop de lokale overheden in de praktijk vormgeven aan het PGB.

De lokale overheden in Engeland en Nederland lijken hun discretionaire ruimte voornamelijk in te zetten in functie van kostenbeheersing. Wat initieel bedoeld was als een systeem waarbij meer controle aan het individu wordt gegeven, lijkt vaak lokaal te worden teruggeschroefd door het invoeren van bijkomende mechanismen die de keuze van de individuele cliënt in de praktijk inperken. Voorbeelden hiervan zijn de 'prepayment cards' in Engeland die bijkomende beperkingen introduceren op wat een cliënt wel en niet kan doen met zijn middelen. Ook de lokale invulling van wat als gebruikelijke zorg kan beschouwd worden, moet in Nederland de 'monetarisering van de zorg' proberen in te dijken. Wat

frontlijnwerkers er soms toe aanzet om het PGB als leveringsvorm voor de cliënt te ontmoedigen of door het voorzien in brede algemene ondersteuning, de opties om voor een PGB te kiezen in te perken. Ook in Duitsland, waar de toegang tot een PGB wettelijk beschouwd het meest vrij gepercipieerd is, wordt de keuze voor een persoonlijk budget vaak ingeperkt door frontlijnwerkers. Hier wordt dan eerder de onzekerheid omwille van beperkte ervaring en de complexiteit van het systeem als argument benoemd. Opmerkelijk is dat wij ook telkens een aantal gevallen identificeren waarin lokaal of regionaal leiderschap het verschil maakt in deze praktijk. In die gevallen waarbij een individuele trekker met engagement en invloed op het systeem actief is, wordt het PGB als instrument beter ingezet en is het ook meer toegankelijk als leveringsvorm. Ook de creativiteit en mate van innovatie binnen het systeem, kunnen hierdoor worden beïnvloed.

Dat de interpretatie van de zorgnood en de wijze waarop daar een antwoord op wordt geformuleerd vaak aan de lokale actor wordt overgelaten, resulteert in een ongelijke toegang tot zorg en ondersteuning voor de zorgvrager, afhankelijk van de locatie waar hij of zij woont en de frontliniewerker die hen in de zorgvraag bijstaat of begeleidt.

Deze diversiteit aan uitwerkingen van de PGB-systemen leidt in de praktijk tot ongelijkheid in het traject dat door de cliënt doorlopen wordt. Zo is de toegang tot belangenbehartiging zowel afhankelijk van het gebied waar men woont als van de keuzes van de lokale actoren die verantwoordelijk zijn voor het traject. Dit terwijl de belangenbehartiging een belangrijke rol kan spelen voor zowel de toegang van de cliënt tot het systeem als de mogelijkheden op vlak van ondersteuning die hij doorheen zijn indicatiestelling bekommt. Bovendien speelt hierbij ook meer algemeen het al dan niet aanwezig zijn van lobbygroepen in de regio een rol. Peer support blijkt een belangrijke ondersteunende rol te kunnen spelen doorheen de diverse stappen die een persoon met een zorgvraag aflegt in het PGB-systeem.

### 2.2.3 Cultuur en kennis van de dienstverlenende instanties en frontliniewerkers

Individuele beslissingsgronden en drijfveren van de frontliniewerkers die bevoegd zijn voor de indicering en terbeschikkingstelling spelen een grote rol in de beoordeling en inschatting van de vaardigheid en capaciteit van zorgvragers om een persoonlijk budget te beheren.<sup>63</sup> De kennis van de frontliniewerkers en de cultuur in de bevoegde instanties zijn cruciale elementen in de vertaling van het beleid naar de praktijk, in het bijzonder in deze beoordelingspraktijk.

In de praktijk zijn de frontliniewerkers ambtenaren die niet steeds over voldoende pedagogische kennis beschikken ('Bürofachangestellte' –zoals in Duitsland benoemd-) of die niet goed getraind zijn om met mensen in precare situaties om te gaan. Vaak hebben deze niet de vaardigheden om mensen met een beperking te ondersteunen en te begeleiden. Daarnaast blijken praktijkwerkers schrik te hebben om verantwoordelijk te worden gesteld wanneer er iets verkeerd zou lopen met een persoonlijk budget. Meer algemeen blijken ook de lokale overheden onvoldoende voorbereid en toegerust te zijn om trajecten met budgethouders op te zetten en uit te bouwen. Een onvoldoende uitgewerkt kader met handvaten omtrent het in kaart brengen van de hulpvraag, het aftasten of iemand in staat is om de eigen regie te voeren en om te gaan met een persoonlijk budget, resulteert in het vasthouden aan en het teruggrijpen naar de gekende leveringsvormen van zorg. Hierbij speelt de padafhankelijkheid van het systeem een sterke rol.

---

<sup>63</sup> Zie thema 'Vaardigheid naar oordeel van professionals'.

Informatie geldt als katalysator in het in de mogelijkheid stellen van gebruikers om voor een persoonlijk budget te kiezen. Wanneer zorgbehoevende een aanvraag doet, dient de bevoegde instantie de persoon in de kennis te stellen van de mogelijkheid om de zorg in de vorm van een Persoonlijk Budget te ontvangen. Deze verplichte ter kennis stelling is zowel in Duitsland, Nederland als Engeland wettelijk verankerd<sup>64</sup>. Echter, ondanks de informatieplicht die de lokale overheden hebben vanuit de Care Act, blijken bijvoorbeeld mantelzorgers in Engeland niet op de hoogte te zijn van hun rechten. Het voorzien in toegankelijke en begrijpbare informatie omtrent rechten en mogelijkheden geldt uiteraard ook ten aanzien van de hulpvragers. Het tekortschieten of ontbreken van informatie kan een belangrijke barrière vormen voor cliënten in de toegang tot een persoonlijk budget.

Ook in het verdere verloop van het traject is informatieverstrekking een uitermate belangrijke verantwoordelijkheid van frontliniewerkers met een verregaande impact op het creëren van mogelijkheden voor de cliënt. Zo zijn in Engeland niet alle professionals (in veel gevallen artsen) op de hoogte van wat een PHB is en wat de mogelijkheden zijn om dit in te zetten. In Duitsland blijken heel wat professionals die werken in een Leistungsträger die als 'Gemeinsame Servicestelle' functioneert, niet op de hoogte te zijn van deze belangrijke rol. Deze praktijken hebben uiteraard een belangrijk effect op de doorverwijzing naar de bevoegde diensten voor aanmelding en indicering. Van bij aanvang is een gedegen informatie en duidelijkheid van de te spelen rollen bij iedere betrokken partner van cruciaal belang voor de mogelijkheden van cliënten om een PB aan te vragen, te bekomen en in te zetten. Informatie kan aldus gezien worden als een van de belangrijkste katalysatoren in de mogelijkheid tot keuze en controle over de eigen zorg en ondersteuning.

In wat volgt wordt aan de hand van een voorbeeld geschetst hoe informatie van wezenlijk belang is in de mogelijkheden tot keuze en controle voor de zorgvrager. Verder geeft dit voorbeeld ook duidelijk de ambiguïteit en complexiteit weer die tot stand komt in de samenwerking tussen stakeholders met tegenstrijdige belangen: In Duitsland blijkt een organisatie die cliëntondersteuning biedt, aan te raden om pas na de indicering en budgetbepaling een persoonlijk budget aan te vragen. Door pas in deze fase van het zorgtraject expliciet voor deze leveringsvorm te kiezen, is de kans groot dat het budget hoger is dan wanneer dit reeds bij de aanvraag tot ondersteuning vermeld wordt. Deze praktijk kan enigszins een ander licht laten schijnen op het onvoldoende of niet uitvoeren van de informatieplicht van de Leistungsträger. Het is zo dat deze in veel gevallen verzaken aan hun plicht om informatie te verstrekken over de mogelijkheden van een PGB. Dit kan vanuit een beheersingsreflex gebeuren maar ook uit onzekerheid en uit onvoldoende kennis van de eigen verplichtingen en verantwoordelijkheden. Anderzijds worden personen die een PGB wensen door belangenorganisaties aangeraden om hier bij aanvraag nog niks over te vermelden. Het niet verstrekken van informatie door de Leistungsträger betekent dus niet eenzijdig dat de hulpvrager niet op de hoogte is van diens mogelijkheden om een PB te verkrijgen. Ook deze heeft belangen bij het niet ter sprake brengen van de wens een persoonlijk budget te verkrijgen. In de trajecten naar een persoonlijk budget ontstaat een '*geinstitutionaliseerde intransparantie*' waarvan beide partijen het in hun belang zien om in stand te houden.

Naast het belang van informatieverstrekking naar cliënten is ook de kennis die professionals hebben met betrekking tot de systemen van persoonlijke budgetten een belangrijk element in de mogelijkheden van cliënten om de zorg en ondersteuning met een persoonlijk budget te verkrijgen.

Dit is met name van wezenlijk belang in die fasen in het traject waar frontliniewerkers beslissingsbevoegdheden hebben, zoals het 'keukentafelgesprek' in Nederland en de 'Zielvereinbarung'

---

<sup>64</sup> Zie beschrijving van systemen.

in Duitsland. Praktijkwerkers die de mogelijkheden en verplichtingen binnen de systemen voldoende in de vingers hebben, zijn sneller geneigd om creatief te zijn en risico's te nemen en buiten de gebaande paden te treden. Verder besteden professionals aandacht aan de potentiële reactie van het breder publiek op de budgetbesteding. De mate waarin de frontliniewerker rekening houdt met de publieke opinie kan een factor zijn die de mogelijkheden en de creativiteit van de budgethouder inperken. Er werden reeds tal van zaken van oneigenlijk gebruik en fraude met persoonlijke budgetten belicht in lokale en nationale media in Nederland en Engeland. Deze media-aandacht beïnvloedt de discretie van praktijkwerkers, met name de mate waarin deze creatieve, ongebruikelijke en innoverende zorg- en ondersteuningsvormen goedkeuren. De bereidheid van frontliniewerkers neemt hierdoor af om risico's te nemen bij het vastleggen van het zorg- en ondersteuningsplan.

Door de decentralisatie en discretie kan ook het engagement van de verantwoordelijke instantie of professional om persoonlijke budgetten als leveringsvorm te promoten van wezenlijk belang zijn in de mogelijkheden van de gebruiker binnen de systemen van persoonlijke budgetten. Zo zijn er ook voorbeelden van lokale of regionale trekkers die controle- en beheersingsreflexen pogen tegen te gaan en een faciliterende rol innemen.

#### 2.2.4 Bureaucratie en controle

De systeemomslag naar een persoonsvolgende financiering vergt veel voorbereiding, tijd en omscholing. Alle betrokken instanties dienen op de hoogte gesteld te worden van de eigenheden van de systemen en voldoende tijd en middelen te ontvangen om zich deze eigen te maken. Kennis van de procedures, de verantwoordelijkheden en de terminologie zijn van vitaal belang voor de werking van systemen van persoonsvolgende financiering. In Duitsland werden dienstverlenende instanties zoals de 'Gemeinsame Servicestellen' ingeschakeld als centraal aanspreekpunt en coördinerend orgaan. De veronderstelling dat deze instanties zich zouden omscholen bleek in realiteit weinig haalbaar. Enerzijds het tekort aan informatie omtrent deze nieuwe rollen en verantwoordelijkheden<sup>65</sup> en anderzijds een te grote bureaucratische en administratieve complexiteit vormden de grootste drempels voor professionals en organisaties om in de systeemverandering mee te stappen. Gelijkaardige signalen zijn zichtbaar in Nederland, waar gemeenten onzeker zijn over wat kan en mag, en in Engeland waar het voor CCG's veel tijd vergt om hun werking te herzien en aan te passen aan de nieuwe bevoegdheden. Wanneer praktijkwerkers onvoldoende op de hoogte worden gesteld van hun nieuwe rol, te weinig begeleid worden bij de uitvoering van hun nieuwe rol, en niet voldoende worden opgevolgd en geëvalueerd, dreigt er een grotere weerstand te bestaan tegenover de nieuwe verantwoordelijkheden in het kader van de systeemverandering.

Een grondige voorbereiding blijkt dus van groot belang, maar resulteert niet vanzelfsprekend in een functionerende werking. Een zorgvuldig uitgekende regelgeving en procedure houdt een beeld in van een ideale zorgpraktijk, maar zegt weinig tot niks over de reële zorgpraktijk. Met de implementering van een nieuw beleid gaat de professional aan de slag te gaan in een nieuw vormgegeven

---

<sup>65</sup> Zie 'cultuur en kennis frontliniewerkers': Er heerst een onzekerheid en een angst bij het omgaan met aanvragen voor een persoonlijk budget. Dit wijten respondenten aan een tekort aan kennis en aan de eerder besproken bureaucratische moeilijkheid van het systeem. Doordat ze niet op de hoogte zijn van de procedure, de verantwoordelijkheden, noch de terminologie en vaak geen training hebben genoten, zijn praktijkwerkers benauwd om in te gaan op een aanvraag voor een persoonlijk budget.

hulpverleningspraktijk. Een belangrijke rol is hier weggelegd voor ondersteuning, training en het aanreiken van tools aan sociaal werkers en frontliniewerkers in het algemeen.

Verder wordt bureaucratie op een instrumentele wijze ingezet in pogingen om de systemen van persoonsvolgende financiering te stroomlijnen en een vorm van controle uit te voeren. Hierbij wordt verwacht dat een bureaucratisch bestek een verregaande transparantie biedt. Deze transparantie blijkt in de praktijk echter een vorm van *'Oncontroleerbare Transparantie'* te zijn: het systeem wordt transparant bevonden omdat alles op papier staat, elke stap en elke schakel is terug te vinden en te traceren, maar wat er precies gebeurt in elke schakel kan enkel nagegaan worden door na te gaan wat er op papier werd gevat. Het is echter moeilijk te controleren of deze neergeschreven zaken ook de werkelijkheid omvatten. Het systeem werkt op een 'illusie van transparantie', waarbij elke stap beschreven wordt, maar waarbij het niet te controleren is of wat beschreven staat ook werkelijk plaatsvond.

In Duitsland wint de idee om evaluatiegesprekken te voeren over de bereikte doelen en de wijze waarop deze bereikt werden eerder dan de opvolging of alles administratief in orde is. In dit licht wordt de onderhandeling van de doelovereenkomst er aangegrepen als een mogelijkheid om een middenweg tussen controle, efficiëntie en zinvolheid te vinden.

Daarnaast worden de drie onderzochte systemen van persoonlijke budgetten gekenmerkt door een streven naar administratieve vereenvoudiging: een persoonlijk budget kan worden ingezet voor zaken waar de overheid geen contracten voor heeft afgesloten. Personen krijgen de individuele vrijheid om hun zorg en ondersteuning anders te organiseren dan de wijze waarop de financierende overheid dat zou doen. Toch blijken er bureaucratische drempels aanwezig te zijn in deze vereenvoudigingsoperatie. Ook worden er in de praktijk soms extra drempels ingebouwd, om de controle op het systeem terug te winnen of de controlegrip te vergroten. Zo kan het dat de controle als antwoord op een doorgedreven individualisering ertoe leidt dat er in de praktijk net minder autonomie en vrijheid in de organisatie van de zorg is dan voor de invoering van een persoonlijk budget. Controlemechanismen worden om velerlei redenen geïntroduceerd. De meest courante zijn het indammen van misbruik en het vrijwaren van de elementen van het systeem die als waardevol worden beoordeeld: autonomie, keuzevrijheid en deïstitutionalisering.

In Nederland gaan een vermindering van de administratieve last voor de budgethouders hand in hand met een grotere controle door de financierende instanties. Met de (her)introductie van het trekkingsrecht moeten de budgethouders de declaraties (aangifte van kosten) door te sturen naar de Sociale verzekeringsbank, maar hoeven ze de betalingen zelf niet zelf uit te voeren. Dit is dan een taak voor de Sociale verzekeringsbank die de budgetten beheert en de uitbetalingen doet nadat de financierende instelling de declaraties heeft goedgekeurd. Op die manier kan de gemeente (Wmo) of zorgverzekeraar (Zvw en Wlz) controle uitoefenen op de budgetbesteding alvorens deze daadwerkelijk besteed wordt. Het is pas na de goedkeuring van de contracten dat de Sociale Verzekeringsbank de zorgaanbieder kan vergoeden. Het beheren van een eigen budget wordt door deze keuze echter sterk ingeperkt, gezien de budgethouder het bedrag niet meer zelf op de rekening krijgt.

Uit bovenstaande kan geconcludeerd worden dat bureaucratie een belangrijk element is in de wijze waarop overheden kunnen omgaan met controle binnen systemen van persoonsvolgende financiering. Dit kan uiterste vormen aannemen van zowel een uitbreiding van bureaucratie als een administratieve lastenvermindering. Een andere manier om deze systemen te stroomlijnen en de toegang tot persoonlijke budgetten te controleren is het opwerpen van financiële drempels. Een overheersende

factor in de opbouw en vormgeving van de systemen van persoonsvolgende financiering is de betaalbaarheid van dit systeem. In dit licht worden er uiteenlopende financiële drempels opgeworpen opdat PGB een efficiënt alternatief kan zijn voor de enveloppefinanciering aan zorgvoorzieningen. Voorbeelden van drempels bij de toegang tot het verkrijgen van een PGB zijn de inkomen- en vermogensafhankelijkheid van ondersteuning in Engeland en Duitsland en de introductie van de begrippen 'gebruikelijke- en bovengebruikelijke zorg' in Nederland.

In Duitsland en Nederland geldt geen uitgaveplafond voor de zorg en ondersteuning in het algemeen en persoonlijke budgetten in het bijzonder. Er mogen geen wachtlijsten zijn in Nederland, zowel voor 'zorg in natura' als voor een persoonlijk budget. Waar de gemeenten hiervoor hun geld halen maakt niet uit, zolang mensen maar de zorg krijgen waar ze recht op hebben. Ook in Duitsland en Engeland bestaan er geen wachtlijsten zoals gekend in Vlaanderen. Wanneer mensen een aangetoonde zorg- en ondersteuningsnood hebben, dient de nodige zorg te worden verleend. Het is als gevolg van deze onbegrensde uitgaven voor zorg en ondersteuning dat er drempels worden ingebouwd bij de toegang tot zorg en ondersteuning, zoals een inkomens- en vermogendrempel. Deze drempels bemoeilijken de mogelijkheden om aanspraak te maken op het recht op een persoonlijk budget.

De introductie van 'prepayment cards' door Engelse lokale overheden is een andere illustratie van hoe overheden de betaalbaarheid van de persoonlijke budgetten onder controle trachten te houden. De overheden behouden met deze tool de controle over de terbeschikkingstelling, de besteding en de verantwoording van de persoonlijke budgetten. Dergelijke praktijken passen binnen een beheersings- en controlelogica maar druisen in tegen de fundamenten die onderliggend zijn aan een persoonlijk budget: keuze en controle aan de gebruiker.

Tot slot resulteert de invoering van een systeem van persoonsvolgende financiering in een verschuiving van de verhoudingen tussen overheid, zorgaanbieder en gebruiker. Waar voorheen de middelen rechtstreeks van de overheid naar de voorzieningen vloeide, zijn het binnen een systeem van PB de personen met een beperking die de middelen krijgen. Dit betekent dat, wanneer er klachten zijn omtrent de hulpverlening en de zorg, dit tussen de voorzieningen en de budgethouder geregeld dient te worden. Voorheen kwam ook de overheid meer op de voorgrond bij kwaliteitsvraagstukken, wat het moeilijker maakte om hier tegenin te gaan. De verschuiving naar PB betekent voor de voorzieningen een andere verantwoordingsgrond en een andere kwaliteitsgarantie. Ook hier is een beheersings- en controlelogica een reden waarom innovatieve praktijken niet als paddenstoelen uit de grond springen.

### 2.3 Toegankelijkheid van het systeem - Lessen uit het internationaal onderzoek

Om de groep gebruikers die baten kan halen uit het systeem van PGB zo ruim mogelijk te maken zijn enkele randvoorwaarden van cruciaal belang:

- a) Toegang tot informatie: het is van belang dat alle deelgroepen van cliënten over voldoende toegankelijke en begrijpbare informatie beschikken omtrent het PGB en de mogelijke bestedingsopties. De ervaring uit het buitenland leert dat cliënten vaak weinig kennis hebben van het systeem, zelfs indien reeds heel wat inspanning geleverd is om hierover te communiceren.
- b) Toegang tot zorg: niet in alle regio's (landelijk, stedelijk) is het aanbod van zorg en ondersteuning even hoog. Aandacht voor regionale kenmerken en de impact daarvan op de nodige zorg en ondersteuning is belangrijk bij de implementatie van PGB-systemen.
- c) Peer counseling en onafhankelijke bijstand: uit de analyse van de buitenlandse systemen blijkt dat peer counseling een belangrijke rol kan spelen doorheen het volledige traject dat de zorgvrager doorloopt. Zowel bij het nadenken omtrent de invulling van de zorg als bij de opvolging van hoe budgetten door de cliënt besteed worden. Het is een belangrijke taak van de overheid om deze peer counseling voldoende te faciliteren en integreren in het PGB-proces. Hetzelfde geldt voor een georganiseerd aanbod van onafhankelijke bijstand die hulp kan bieden bij het aanvraagtraject. In diezelfde lijn geldt het belang om als overheid aandacht te besteden aan good practices en wat onderliggende redenen zijn waarom het systeem in een bepaalde regio beter werkt.
- d) Beperk de bestuurlijke drukte: in gevallen waar de cliënt nood heeft aan ondersteuning bij diverse instanties (bv. uit gezondheids- en sociale zorg), is het van belang om het traject voor de cliënt zo eenvoudig en eenduidig mogelijk te maken. Een gebrek aan afstemming in regelgeving en uitvoeringswijze resulteert in een moeilijker traject en bijgevolg ook moeilijker toegang tot de zorg en ondersteuning voor de zorgvrager.



Om de toegang tot het systeem van PGB in de praktijk zo goed mogelijk te kunnen garanderen, zijn volgende principes belangrijk:

- a) Voldoende financiële ruimte: uit de verzamelde buitenlandse ervaringen blijkt dat de basisgedachte van het geven van meer keuze en autonomie door middel van een PGB niet te rijmen valt met een besparingscontext. Immers, de druk om te besparen leidt er vaak toe dat de instanties die instaan voor het indiceren en verlenen van de budgetten in de praktijk vaak proberen om delen van het budget van de cliënt in te korten of de toegang tot zorg onder de vorm van een PGB soms ook bemoeilijken. Het voorzien van voldoende financiële middelen in het systeem is van cruciaal belang.
- b) Inzetten op een cultuuromslag: het invoeren van een PGB-systeem stopt niet nadat de overheid het kader heeft uitgewerkt dat door de bevoegde diensten verder geïmplementeerd wordt. Uit de buitenlandse praktijk leren wij dat er heel wat weerstand bestaat bij de indicerende instanties en de organisaties die de zorg onder de vorm van een budget kunnen toekennen. Enerzijds is de padafhankelijkheid van professionals hiervoor een verklaring, anderzijds speelt ook onzekerheid een rol. Een middel om deze cultuuromslag te faciliteren is een degelijke opleiding van de indicerende actoren om voldoende ruimte voor persoonlijke vormgeving van de zorg te behouden en creatief om te gaan met de mogelijkheden die het systeem biedt. Verder moet de dienst waar de frontliniewerkers actief zijn ook een voldoende veilige omgeving bieden en een zeker niveau van risicoacceptatie mogelijk maken. De buitenlandse systemen tonen ons dat deze cultuuromslag niet eenvoudig op korte termijn gerealiseerd wordt.
- c) Decentralisatie en de discretionaire ruimte leiden tot ongelijke toegang tot zorg: in een PGB-systeem moet gezocht worden naar een evenwicht tussen voldoende transparantie en gelijke behandeling enerzijds en voldoende ruimte voor flexibiliteit anderzijds. Indien de bevoegdheden gedecentraliseerd worden naar de lokale bestuursniveaus met bijhorende ruimte om invulling te geven aan berekening van budgetten en wijze van indiceren, dan houdt dit als risico in – zeker in een context van financiële besparingen – dat het PGB onvoldoende als een instrument op maat van de gebruiker, maar eerder als instrument op maat van de lokale financiële situatie gebruikt zal worden.



# Referentielijsten

## 1. Referentielijst Nederland

Belder, M., & Faun, H. (2017). *Monitor Zvw-pgb wijkverpleging 2016*. Zoetermeer.

CAK. (n.d.). Ondersteuning vanuit de Wmo. Retrieved from <https://www.hetcak.nl/regelingen/wet-maatschappelijke-ondersteuning>

CAK. (2017a). Regeerakkoord: veranderingen eigen bijdrage en eigen risico. Retrieved November 28, 2017, from <https://www.hetcak.nl/over/nieuws/2017/regeerakkoord-2017-veranderingen-eigen-bijdrage>

CAK. (2017b). Welke tarieven gelden in mijn gemeente? Retrieved June 10, 2017, from <https://www.hetcak.nl/regelingen/wet-maatschappelijke-ondersteuning/wmo-factuur/uurtarieven-gemeente>

Centraal Administratiekantoor. (2017). Ik heb een PGB voor de Wlz. Retrieved April 25, 2017, from <https://www.hetcak.nl/klantsituaties/ik-heb-een-persoonsgebonden-budget/welke-pgb-ontvangt-u/pgb-voor-de-wlz>

Centraal Bureau voor de Statistiek. (2015). Splitsing 'PGB voor Wmo en Jeugdwet' in gemeentebegrotingen 2015 o.b.v. SVB-data. Centraal Bureau voor de Statistiek.

Centrum Indicatiestelling Zorg. (2015). Beleidsregels indicatiestelling Wlz 2016. Retrieved March 13, 2017 from <https://www.pgb.nl/wp-content/uploads/2016/04/CIZ-Beleidsregels-Wlz-2016-1.pdf>

Centrum Indicatiestelling Zorg. (2016). Van aanvraag tot besluit. In vier stappen naar langdurige zorg. [Brochure] Retrieved April 25, 2017 from <https://www.ciz.nl/zorg-uit-wlz/wlz-wegwijzer/Paginas/Van-aanvraag-tot-besluit.aspx>

Centrum Indicatiestelling Zorg. (2017a). *Wet langdurige zorg. Van aanvraag tot besluit*. [Folder] Retrieved June 17, 2017, from [https://www.ciz.nl/voor-professionals/Documents/CIZ\\_A5\\_WLZ\\_27-12-2016\\_LR\\_SPR.pdf](https://www.ciz.nl/voor-professionals/Documents/CIZ_A5_WLZ_27-12-2016_LR_SPR.pdf)

Centrum Indicatiestelling Zorg. (2017b). Uw aanvraag in vier stappen. Retrieved December 14, 2017, from <https://www.ciz.nl/client/client-meer-informatie/uw-aanvraag-in-vier-stappen>

Centrum Indicatiestelling Zorg. (n.d.). Van aanvraag tot zorg. Retrieved January 14, 2017, from <http://www.ciz.nl/voor-professionals/van-aanvraag-tot-zorg>

Centrale raad van Beroep. (2015). *Uitspraak op het hoger beroep tegen de uitspraak van de rechtbank Amsterdam van 9 april 2013*. Retrieved from <https://uitspraken.rechtspraak.nl/inziendocument?id=ECLI:NL:CRVB:2015:1655>

Gemeente Den Haag. (2017). Systematiek en tarieven persoonsgebonden budget 2017. Den Haag.

Gemeente Huizen. (2014). Leidraad keukentafelgesprek. Retrieved April 17, 2017, from <http://www.vgn.nl/artikel/16178>

Iz zorgverzekering. (2017). Pgb verpleging en verzorging aanvragen. Retrieved December 12, 2017, from <https://www.vgzvoordezorg.nl/pgb-verpleging-en-verzorging/aanvragen>

Kruit, I. W. (2015). Toegang tot de Wmo. Retrieved March 28, 2017, from <http://www.vgn.nl/artikel/22183>

Lunenborg, I. (2016). Eerste Kamer neemt Wet Verankeren pgb in Zorgverzekeringswet aan. Retrieved April 26, 2017, from <https://www.uitvoeringwmo2015.nl/2016/03/17/eerste-kamer-neemt-wet-verankeren-pgb-in-zorgverzekeringswet-aan/>

- MEE. (2016). MEE Cliëntondersteuning Wlz. Rapportage onafhankelijke cliëntondersteuning. Casuïstiek & Signalen. [Rapport] Retrieved April 10, 2017, from <https://www.mee.nl/publicaties/beperkingen-en-clientondersteuning>
- MEE. (2017a). Onafhankelijke cliëntondersteuning bij langdurige zorg in een verpleeg- of verzorgingshuis. [Folder] Retrieved September 16, 2017, from <https://www.mee.nl/publicaties/beperkingen-en-clientondersteuning>
- MEE. (2017b). Onafhankelijke cliëntondersteuning bij langdurige zorg. [Folder] Retrieved October 22, 2017, from <https://www.mee.nl/publicaties/beperkingen-en-clientondersteuning>
- Ministerie Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (n.d.). Cliëntondersteuning voor volwassenen. Retrieved September 18, 2017, from <https://www.informatielangdurigezorg.nl/afbakeningvolwassenen/clientondersteuning-wmo>
- Ministerie Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2014). *De overheid gaat de langdurige zorg anders organiseren. Wat betekent dat voor mijn PGB?* [Factsheet/Folder]. Retrieved May 20, 2017, from [www.rijksoverheid.nl](http://www.rijksoverheid.nl)
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2014). *Hervorming langdurige zorg. Intramuraal geestelijke gezondheidszorg.* [Folder]. Retrieved June 25, 2017, from [www.rijksoverheid.nl](http://www.rijksoverheid.nl)
- Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport. (2016). *Het Nederlandse zorgstelsel. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.*
- Ministerie Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2017a). Zvw-pgb (zorgverzekering). Retrieved September 15, 2017, from <https://www.informatielangdurigezorg.nl/afbakening-volwassenen/zvw-pgb>
- Ministerie Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2017b). Verlaging eigen bijdrage voor zorg uit de Wet langdurige zorg (Wlz). Retrieved November 29, 2017, from <https://www.informatielangdurigezorg.nl/volwassenen/eb-wlz-2018>
- Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport. (2017). Wanneer valt zorg onder de Wlz? Retrieved December 8, 2017, from <https://www.informatielangdurigezorg.nl/volwassenen/wmo-zvw-wlz>
- Molenaar, A.W.D., Rouvoet, A. & van Rijn, M.J. (2016). Bestuurlijke afspraken Zvw-pgb 2017/2018. Overeengekomen door Per Saldo, ZN en VWS. Retrieved March 20, 2017, from <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/blg-787357.pdf>
- Naar Keuze. (2016a). *Overzicht veranderingen zorgverzekeringswet persoonsgebonden budget (Zvw-pgb) 2017.* Retrieved April 18, 2017, from <https://naar-keuze.nl/bestanden/veranderingen-pgb-2017-zvw.pdf%0D>
- Naar Keuze. (2016b). Wet langdurige zorg. Retrieved December 11, 2017, from <https://naar-keuze.nl/veelgestelde-vragen>
- Naar Keuze. (2017a). Overzicht verandering zorgverzekeringswet persoonsgebonden budget (Zvw-pgb) 2017. Retrieved November 8, 2017, from <https://naar-keuze.nl/bestanden/veranderingen-pgb-2017-zvw.pdf>
- Naar Keuze. (2017b). Introductie PGB in Zorgverzekering. Retrieved May 5, 2017, from <https://naar-keuze.nl/introductie-pgb-in-zorgverzekeringswet>
- Nederlands Jeugdinstituut. (2017). Centrum Indicatiestelling Zorg. Retrieved December 8, 2017, from [https://www.nji.nl/nl/Databank/Cijfers-over-Jeugd-en-Opvoeding/Centrum-Indicatiestelling-Zorg-\(CIZ\)](https://www.nji.nl/nl/Databank/Cijfers-over-Jeugd-en-Opvoeding/Centrum-Indicatiestelling-Zorg-(CIZ))
- Nederlandse Zorgautoriteit. (2017). Taken NZa. Retrieved June 16, 2017, from <https://www.nza.nl/organisatie/overdenza/rollenentakenza/>
- Nederlandse Zorgautoriteit. (2017). Over de NZa. Retrieved June 15, 2017, from <https://www.nza.nl/organisatie/overdenza/>
- Nederlandse Zorgautoriteit. (n.d.-a). Prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten 2017. Beleidsregel BR/REG-17137b. Retrieved May 7, 2017, from

- [https://www.nza.nl/1048076/1048090/BR\\_REG\\_17137b\\_\\_Beleidsregel\\_\\_Prestatiebeschrijvingen\\_en\\_tarieven\\_zorgzwaartepakketten\\_2017.pdf](https://www.nza.nl/1048076/1048090/BR_REG_17137b__Beleidsregel__Prestatiebeschrijvingen_en_tarieven_zorgzwaartepakketten_2017.pdf)
- Nederlandse Zorgautoriteit. (n.d.-b). Zorgverzekeringswet (Zvw). Retrieved May 20, 2017, from <https://www.nza.nl/regelgeving/wetgeving/zorgverzekeringswet/>
- Noordhuizen, B., & Langerak, N. (2014). *Handreiking pgb in de Wmo en de jeugdwet*. Retrieved April 22, 2017, from [https://vng.nl/files/vng/publicaties/2015/201502\\_update\\_informatiekaart\\_pgb\\_0.pdf](https://vng.nl/files/vng/publicaties/2015/201502_update_informatiekaart_pgb_0.pdf)
- Per Saldo. (n.d.-a). Het pgb. Retrieved February 14, 2017, from <https://www.pgb.nl/pgb/>
- Per Saldo. (n.d.-b). Trekkingsrecht regelen. Retrieved March 27, 2017, from <https://www.pgb.nl/pgb/wlz/aan-de-slag-met-uw-budget/trekkingsrecht-regelen/>
- Per Saldo. (2016a). Hoe hoog is het budget ? Retrieved February 20, 2017, from <https://www.pgb.nl/pgb/zvw/van-aanvraag-tot-toekenning/hoe-hoog-is-het-budget/>
- Per Saldo. (2016b). Keukentafelgesprek bij aanvraag gemeente. Utrecht: Per Saldo.
- Per Saldo. (2016c). Pgb van uw gemeente: hoe werkt dat? Utrecht: Per Saldo.
- Per saldo. (2016d). Toekenning of afwijzing. Retrieved March 26, 2017, from <https://www.pgb.nl/pgb/zvw/van-aanvraag-tot-toekenning/toekenning-of-afwijzing/>
- Per saldo. (2016e). Zorgprofiel en ZZP. Retrieved February 20, 2017 from <https://www.pgb.nl/pgb/wlz/van-aanvraag-tot-toekenning/de-indicatiestelling/zorgprofiel-en-zzp/>
- Per Saldo. (2017a). Oneens met uw zorgverzekeraar. Retrieved February 14, 2017, from <https://www.pgb.nl/pgb/>
- Per Saldo. (2017b). PGB. Alle bedragen bij de hand. Utrecht: Per Saldo.
- Per Saldo. (2017c). Wijzigingen in tarieven WLZ. Retrieved April 12, 2017, from <https://www.pgb.nl/nieuws/wijzigingen-tarieven-wlz/>
- Per saldo. (2017d). Zvw. Retrieved March 26, 2017, from <https://www.pgb.nl/pgb/zvw/>
- Ramakers, C. (2016). *Monitor Zvw-pgb wijkverpleging. Eindrapport*. Nijmegen.
- Reglement Zorgverzekeringswet Persoonsgebonden Budget. (2017). Reglement Zorgverzekeringswet Persoonsgebonden Budget (Zvw-pgb) Ingangsdatum 1 januari 2017. Retrieved Februari 14, 2017, from <https://www.zilverenkruis.nl/VergoedingenDownloads/Reglement-Zvw-pgb-2017.pdf>
- Rijksoverheid. (n.d.-a). Wijkteam, jeugdteam en Wmo-loket. Retrieved November 27, 2017, from [https://www.regelhulp.nl/bladeren/\\_/artikel/wijkteam-jeugdteam-en-wmo-loket/](https://www.regelhulp.nl/bladeren/_/artikel/wijkteam-jeugdteam-en-wmo-loket/)
- Rijksoverheid Nederland. (n.d.-b). Pgb voor Wmo-ondersteuning. Retrieved January 5, 2017, from [https://www.regelhulp.nl/bladeren/zorgstelsel/pgb/\\_/artikel/pgb-voor-wmo-ondersteuning/](https://www.regelhulp.nl/bladeren/zorgstelsel/pgb/_/artikel/pgb-voor-wmo-ondersteuning/)
- Rijksoverheid. (n.d.-c). SVB, beheerder PGB. Retrieved 8 Februari, 2017, from [https://www.regelhulp.nl/bladeren/\\_/artikel/svb-beheerder-pgb/](https://www.regelhulp.nl/bladeren/_/artikel/svb-beheerder-pgb/)
- Rijksoverheid. (n.d.-d). Modulair pakket thuis (mpt). Retrieved 8 Februari, 2017, from [https://www.regelhulp.nl/bladeren/\\_/artikel/modulair-pakket-thuis-mpt/](https://www.regelhulp.nl/bladeren/_/artikel/modulair-pakket-thuis-mpt/)
- Rijksoverheid. (n.d.-e). Zorgkantoor. Retrieved 20 March, 2017, from [https://www.regelhulp.nl/bladeren/\\_/artikel/zorgkantoor/](https://www.regelhulp.nl/bladeren/_/artikel/zorgkantoor/)
- Rijksoverheid. (n.d.-f). Pgb voor Wlz-zorg. Retrieved 9 Februari, 2017, from [https://www.regelhulp.nl/bladeren/zorgstelsel/wlz-zorg/\\_/artikel/pgb-voor-wlz-zorg/](https://www.regelhulp.nl/bladeren/zorgstelsel/wlz-zorg/_/artikel/pgb-voor-wlz-zorg/)
- Rijksoverheid. (2014). *De overheid hervormt de langdurige zorg. Waarom is dat?* [Brochure, 11-07-2014]. Retrieved 8 Februari, 2017, from <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/verpleeghuizen-en-zorginstellingen>

- Rijksoverheid Nederland. (2015). Betaal ik een eigen bijdrage voor ondersteuning uit de Wmo? Retrieved April 20, 2017, from <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorg-en-ondersteuning-thuis/vraag-en-antwoord/eigen-bijdrage-wmo-2015>
- Rijksoverheid Nederland. (2016). Zorgkantoren. Retrieved December 8, 2017, from <https://www.rijksoverheid.nl/contact/contactgids/adressen-zorgkantoren>
- Stichting ePgb. (2013). Voor een zorgeloze pgb-administratie. Retrieved December 20, 2017, from <https://www.epgb.nl/>
- SVB. (n.d.). Uw PGB in 4 stappen. Retrieved from <https://www.svbabc.nl/pgb/ik-heb-nog-geen-pgb/wie-krijgt-pgb/uw-pgb-in-4-stappen/>
- SVB. (2014). *PGB Trekkingsrecht : Werkinstructie voor gemeenten Inhoud*.
- van Bergen, A.-M., van de Maat, J. W., & Hurkmans, M. (2016). *Evaluatie Hervorming Langdurige Zorg*. Retrieved April 20, 2017, from [https://www.movisie.nl/sites/default/files/alfresco\\_files/eindrapportage-onafhankelijke-clientondersteuning \[MOV-11445978-1.1\].pdf](https://www.movisie.nl/sites/default/files/alfresco_files/eindrapportage-onafhankelijke-clientondersteuning [MOV-11445978-1.1].pdf)
- van Rijn, M. (2016). *Beleidsreactie rapport weigeringsgronden pgb Wmo 2015 en Jeugdwet*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport.
- VGN. (2015). *Ontwikkeling van het macro budget langdurige zorg voor de gehandicaptensector. Wet Maatschappelijke Ondersteuning*. (2015).
- Wim Peters. (2015). Moet de gemeente de kosten van het beheer pgb vergoeden? Retrieved October 7, 2017, from <http://www.sociaalweb.nl/blogs/moet-de-gemeente-de-kosten-van-het-beheer-pgb-vergoeden>
- Wmo Wijzer. (2016). Gebruikelijke zorg. Retrieved August 27, 2017, from <http://www.wmo-wijzer.nl/Nieuws/Blogpost/63>
- ZIC. (n.d.). Zorg aanvragen vanuit de Zorgverzekeringswet • Z.I.C. Retrieved December 11, 2017, from <https://www.zorgverzekeringswet.org/algemene-informatie/zorgverzekeringswet/zorg-aanvragen-vanuit-de-zorgverzekeringswet/>
- Zorg en Zekerheid. (2017). Reglement 2017. Persoonsgebonden Budget Wijkverpleging. [Brochure] Retrieved June 11, 2017, from <https://www.zorgenzekerheid.nl/service-en-contact/service/brochures-en-formulieren.htm>
- Zorginstituut Nederland. (n.d.). Meerzorg (Wlz). Retrieved June 11, 2017, from <https://www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/m/meerzorg-wlz>
- Zorginstituut Nederland. (2016). Financieel Verslag Uitvoeringstaken Zorginstituut Nederland 2015. [Financieel verslag] Retrieved August 25, 2017, from <https://www.zorginstituutnederland.nl/over-ons/publicaties/rapport/2016/04/14/financieel-verslag-uitvoeringstaken-zorginstituut-nederland-2015>
- Zorginstituut Nederland. (2017). Leveringsvormen (instelling, vpt, mpt, en pgb) (wlz). Retrieved September 17, 2017, from <https://www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/l/leveringsvormen-instelling-vpt-mpt-en-pgb-wlz>
- Zorgverzekeraars Nederland. (2017). Vergoedingenlijst persoonsgebonden budget (pgb) Wet langdurige zorg (Wlz) 2017. Retrieved September 17, 2017, from <https://www.zorgkennis.net/downloads/kennisbank/ZK-kennisbank-Vergoedingenlijst-pgb-Wlz-2017-4468.pdf>

## 2. Referentielijst Engeland

- ADASS. (2016). *Adass Budget Survey Report*. London. Retrieved May 5, 2017, from <https://www.adass.org.uk/media/5379/adass-budget-survey-report-2016.pdf>
- ageUK. (2016). *Factsheet: Personal budgets and direct payments in adult social care*.
- Alakeson, V. (2010). Issues in International Health Policy International Developments in Self-Directed Care. *The Commonwealth Fund*, 78(February), 1–13.
- Birrell, D., & Gray, A. M. (2017). *Delivering social welfare. Governance and service provision in the UK*. Bristol: Policy Press.
- Campbell, D. (2013). Mid Staffs hospital scandal: The essential guide. *The Guardian*. Retrieved May 14, 2017, from <http://www.theguardian.com/society/2013/feb/06/mid-staffs-hospital-scandal-guide>
- Care England. (2017). *Meeting the Needs of a 21st Century Society. Care England Manifesto for the Independent Care Sector*. London.
- Carers Trust. (2016). *Care Act for carers, one year on. Lessons learned, next steps*. London.
- Cromarty, H. (2017). *Adult Social Care Funding ( England )*.
- Daly, G., Ritters, K., Steils, N., & Woolham, J. (2015). The evolution of person-centred care to personalised care, personal budgets and direct payments in england: some implications for older users of social care services. *Sociologia E Politiche Sociali*, (1), 145–162. <https://doi.org/10.3280/SP2015-001008>
- Department for Communities and Local Government. (2016). Local authority revenue expenditure and financing 2016. *Local Authority Revenue Expenditure and Financing*, (October), 1–36. Retrieved April 26, 2017, from <https://www.gov.uk/government/collections/local-authority-revenue-expenditure-and-financing>
- Department of Health. (2014a). *Care Act 2014, 2015*(January), 196.
- Department of Health. (2014b). *Care and support statutory guidance*, (October), 431.
- Department of Health. (2014c). *Care Bill becomes Care Act 2014*. Retrieved May 1, 2017, from <https://www.gov.uk/government/speeches/care-bill-becomes-care-act-2014>
- Department of Health. (2015). *The Care and Support ( Eligibility Criteria ) Regulations 2015*, 125(313), 1–4.
- Department of Health. (2016). *Care Act factsheets*. Retrieved January 14, 2017, from <https://www.gov.uk/government/publications/care-act-2014-part-1-factsheets/>
- Department of Health, Adass, Local Government Association, & Skills for Care. (2014). *Providing Independent Advocacy under the Care Act Self Study Pack for Independent Advocates*.
- Department of Health, & Department for Communities and Local Government. (2014). *Better Care Fund. Policy Framework*, (December). Retrieved March 19, 2017, from <http://www.local.gov.uk/integration-better-care-fund>
- Department of Health, & Department for Communities and Local Government. (2017). *2017-19 Integration and Better Care Fund*.
- Disability Rights UK. (2015). *Personal Budgets: the right social care support*. Retrieved May 12, 2017, from <http://www.disabilityrightsuk.org/personal-budgetsthe-right-social-care-support>
- Disability Rights UK. (2017). *Your guide to the care act. What you need to know about social care in England*. Disability Rights UK.
- Ettelt, S., Wittenberg, R., Williams, L., Perkins, M., Lombard, D., Damant, J., & Mays, N. (2017). *Evaluation of Direct Payments in Residential Care Trailblazers. Final report*. Retrieved February 15, 2017, from <http://www.piru.ac.uk/assets/files/DPs in Residential Care Trailblazers - Interim Report.pdf>

Government UK. (2017). The allocations of the additional funding for adult social care. Retrieved May 20, 2017, from <https://www.gov.uk/government/publications/the-allocations-of-the-additional-funding-for-adult-social-care>

Harris, J., & Bright, C. (2017). *Adass Budget Survey 2017*.

Health and Social Care Information Centre. (2016). *Personal Social Services Expenditure and Unit Costs*. Retrieved May 14, 2017, from <http://digital.nhs.uk/catalogue/PUB16111/pss-exp-eng-13-14-fin-rpt.pdf>

House of Commons Committee of Public Accounts. (2016). Personal budgets in social care.

Jarrett, T. (2015). *Social care : Direct Payments from a local authority ( England )*.

Mithran, S. (2016). Direct payments for residential care delayed until 2020. Retrieved February 15, 2017, from <http://www.communitycare.co.uk/2016/01/27/direct-payments-residential-care-delayed-2020/>

NHS. (2015). Care and support: what's changing? Retrieved February 10, 2017, from <http://www.nhs.uk/Conditions/social-care-and-support-guide/Pages/Care-Act-2014-overview.aspx>

NHS choices. (2015). Direct payments and personal budgets. Retrieved May 11, 2017, from <http://www.nhs.uk/Conditions/social-care-and-support-guide/Pages/direct-payments-personal-budgets.aspx>

NHS. (2016). *The structure of the NHS in England*. NHS. Retrieved June 18, 2017, from <http://www.nhs.uk/NHSEngland/thenhs/about/Pages/overview.aspx>

NHS Clinical Commissioners. (2017). About CCGs. Retrieved September 5, 2017, from <https://www.nhscc.org/ccgs/>

Pike, B., O' nolan, G., & Farragher, L. (2016). *Individualised budgeting for social care services for people with a disability: International approaches and evidence on financial sustainability*. Dublin. Retrieved September 10, 2017, from [https://sulis.ul.ie/access/content/group/b1298e9b-e6c0-4cdc-b1b6-d18cdb41007d/Introduction to Disability/Individualised\\_budgeting\\_for\\_social\\_care\\_2016.pdf](https://sulis.ul.ie/access/content/group/b1298e9b-e6c0-4cdc-b1b6-d18cdb41007d/Introduction%20to%20Disability/Individualised_budgeting_for_social_care_2016.pdf)

Rethink Mental Illness. (2016). *Direct payments Factsheet*. Birmingham. Retrieved June 26, 2017, from [http://www.croydon.gov.uk/healthsocial/helpforadults/accessing-charging/dp%5Chttp://ec.europa.eu/agriculture/direct-support/direct-payments/index\\_en.htm](http://www.croydon.gov.uk/healthsocial/helpforadults/accessing-charging/dp%5Chttp://ec.europa.eu/agriculture/direct-support/direct-payments/index_en.htm)

Simpson, P. (2017). *Public spending on adult social care in England*. Retrieved June 26, 2017, from <https://election2017.ifs.org.uk/article/public-spending-on-adult-social-care-in-england>

Skills for Care. (2014a). Care Act learning and development materials. Retrieved April 28, 2017, from <http://www.skillsforcare.org.uk/Document-library/Standards/Care-Act/learning-and-development/first-contact-and-identifying-needs/carers-eligibility-handout.pdf>

Skills for Care. (2014b). *Fact sheet: Overview of the Care Act*. Retrieved May 5, 2017, from <http://www.skillsforcare.org.uk/Document-library/Standards/Care-Act/learning-and-development/introduction-and-overview/care-act-overview-fact-sheet.pdf>

Social Care Institute for Excellence. (2015). Assessment and eligibility process map: Care Act 2014 – SCIE. Retrieved April 26, 2017, from <http://www.scie.org.uk/care-act-2014/assessment-and-eligibility/process-map/>

The Guardian. (2015). A quick guide to the Care Act. *The Guardian*, (28 april 2015). Retrieved June 9, 2017, from <https://www.theguardian.com/social-care-network/2015/apr/28/-care-act-2014-quick-guide>

Together for short lives. (2014). *Personal Budgets : An Introduction*. *Together for Short Lives*. Retrieved May 18, 2017, from [http://www.togetherforshortlives.org.uk/assets/0000/7163/Personal\\_Budgets\\_briefing\\_1.pdf](http://www.togetherforshortlives.org.uk/assets/0000/7163/Personal_Budgets_briefing_1.pdf)

Turner, S. & Giraud-Saunders, A. (2014). Personal Health Budgets: Including people with learning disabilities. Think local act personal. Retrieved May 22, 2017, from [https://www.thinklocalactpersonal.org.uk/\\_assets/Reports/TLAPIncludingLD.pdf](https://www.thinklocalactpersonal.org.uk/_assets/Reports/TLAPIncludingLD.pdf)



Warwickshire county council. (2015). Resource Allocation System. Warwickshire. Retrieved June 25, 2017, from [https://www.google.be/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=7&ved=0ahUKEwiXkeu6yePXAhUDKFAKHcgzDoUQFghfMAY&url=https%3A%2F%2Fapps.warwickshire.gov.uk%2Fapi%2Fdocuments%2FWCCC-779-296&usg=AOvVaw0LsDnoQ\\_SENYrxJ862I6S0](https://www.google.be/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=7&ved=0ahUKEwiXkeu6yePXAhUDKFAKHcgzDoUQFghfMAY&url=https%3A%2F%2Fapps.warwickshire.gov.uk%2Fapi%2Fdocuments%2FWCCC-779-296&usg=AOvVaw0LsDnoQ_SENYrxJ862I6S0)

### 3. Referentielijst Duitsland

Abgeordnetenhaus Berlin. (2016). *Schriftliche Anfrage der Abgeordneten Elke breitenbach*. Berlin.

Alakeson, V. (2010). Issues in International Health Policy International Developments in Self-Directed Care. *The Commonwealth Fund*, 78(February), 1–13.

Assistenz.de. (2016). Das Persönliches Budget. Retrieved September 10, 2017, from <https://assistenz.de/>

Bundesministerium für Arbeit und Soziales. (n.d.-a). Persönliches Budget. Retrieved September 22, 2017, from <http://www.einfach-teilhaben.de/>

Bundesministerium für Arbeit und Soziales. (n.d.-b). Trägerübergreifendes Persönliches Budget. Fragen und Antworten. Retrieved November 7, 2017, from [http://www.budget.bmas.de/MarktplatzPB/DE/StdS/FAQ/faq\\_node.html#doc726966bodyText7](http://www.budget.bmas.de/MarktplatzPB/DE/StdS/FAQ/faq_node.html#doc726966bodyText7)

Bundesministerium für Arbeit und Soziales. (2012). *Umsetzung und Akzeptanz des Persönlichen Budgets*. Berlin.

Bundesministerium für Arbeit und Soziales. (2014). *Das trägerübergreifende Persönliche Budget*. Frankfurt: Zarbock.

Bundesministerium für Arbeit und Soziales. (2017a). Fragen und Antworten zum Bundesteilhabegesetz. Retrieved September 16, 2017, from <http://www.bmi.bund.de/>

Bundesministerium für Arbeit und Soziales. (2017b). *Häufige Fragen zum Bundesteilhabegesetz*. Berlin.

Bundesministerium für Gesundheit. (2017a). Die Pflegeversicherung. Retrieved October 20, 2017, from <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/online-ratgeber-pflege/die-pflegeversicherung.html>

Bundesministerium für Gesundheit. (2017b). *Soziale Pflegeversicherung. Leistungsempfänger nach Leistungsarten und Pflegestufen im Jahresdurchschnitt 2016*. Retrieved October 21, 2017, from [http://www.semmler-peter.de/upload/§45\\_Sozialgesetzbuch\\_XI.pdf](http://www.semmler-peter.de/upload/§45_Sozialgesetzbuch_XI.pdf)

Der Querschnitt. (2015). Das Persönliche Budget. Retrieved October 10, 2017, from <https://www.der-querschnitt.de/archive/3846#>

Deutscher Bundestag. (2017). *Unterrichtung durch die Bundesregierung. Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen 2016*.

Deutsches Studentenwerk. (2017). Leistungen der Pflegeversicherung Häusliche Pflege. Retrieved November 12, 2017, from <https://www.studentenwerke.de/de/content/leistungen-der-pflegeversicherung>

Gesley, J. (2017). Global Legal Monitor. Germany: act to Strengthen the Disabled's Participation in Society Enters into Force. Retrieved from <http://www.loc.gov/law/foreign-news/article/germany-act-to-strengthen-the-disableds-participation-in-society-enters-into-force/>

Holuscha-Uhlenbrock, A., Allmendinger, U., & Fleckenstein, K. (2011). *Persönliches budget für Menschen mit Behinderungen. Leitfaden für die Sozialhilfepraxis*. Stuttgart.

Intakt. (2016). Fragen und Antworten zu meinem Kind mit Behinderung. Retrieved September 10, 2017, from <http://www.intakt.info/bietet-informationen-und-kontakte-fuer-eltern-mit-behindertem-kind/>

My Handicap. (n.d.). Wie sich der Grad der Behinderung zusammensetzt. Retrieved November 9, 2017, from <https://www.myhandicap.de/recht-behinderung/schwerbehindertenausweis/antrag/grad-der-behinderung/>

Otte, S. (n.d.). Arten von Pflegeleistungen : Von der Grund- bis zur Extraleistung. Retrieved October 20, 2017, from <http://www.pflegeinfos-pflegeversicherung.com/pflegeleistung/art-der-pflegeleistungen/>

Pike, B., O' nolan, G., & Farragher, L. (2016). *Individualised budgeting for social care services for people with a disability: International approaches and evidence on financial sustainability*. Dublin. Retrieved November 6, 2017, from [https://sulis.ul.ie/access/content/group/b1298e9b-e6c0-4cdc-b1b6-d18cdb41007d/Introduction to Disability/Individualised\\_budgeting\\_for\\_social\\_care\\_2016.pdf](https://sulis.ul.ie/access/content/group/b1298e9b-e6c0-4cdc-b1b6-d18cdb41007d/Introduction%20to%20Disability/Individualised_budgeting_for_social_care_2016.pdf)

Socialnet. (2017). überörtliche Träger der Sozialhilfe. Retrieved November 20, 2017, from <https://www.socialnet.de/branchenbuch/2285.php>

*Sozialgesetzbuch SGB IX. Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen*. (2001). Retrieved November 24, 2017, from <http://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbix/2.html>

#### 4. Referentielijst Methodologie

Bogdan, R. & Biklen, S. (2003). *Qualitative Research for Education. An Introduction to Theories and Methods*. New York: Pearson.

Bouverne-De Bie, M. (2005). *Het OCMW en het recht op maatschappelijke dienstverlening*. In J. Vranken, K. De Boyser & D. Dierckx (red.), *Armoede en sociale uitsluiting: Jaarboek 2005* (pp. 203-218). Leuven: Acco.

Breda, J., Gevers, H., & Van Landeghem, C. (2008). *Het persoonsgebonden budget in Nederland, Engeland en Duitsland*. Antwerpen.

Crouch, M., & McKenzie, H. (2006) The logic of small samples in interview-based qualitative research. *Social Science Information Sur Les Sciences Sociales*, 45, 483-499.

DiCicco-Bloom, B., & Crabtree, B. F. (2006) The qualitative research interview. *Medical Education*, 40, 314-321.

Floersch, J., Longhofer, J. L., Kranke, D., & Townsend, L. (2010) Integrating Thematic, Grounded Theory and Narrative Analysis: A Case Study of Adolescent Psychotropic Treatment. *Qualitative Social Work*, 9, 407-425.

Gill, P., Stewart, K., Treasure, E., & Chadwick, B. (2008). Methods of data collection in qualitative research: interviews and focus groups. *British Dental Journal*, 204, 291-295.

Hsieh, H.F., & Shannon, S.E. (2005). Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research*, 15(9), 1277-1288

Hubeau, B. & Parmentier, S. (1991). *Preadvies rechtshulp*. In *Interdepartementale Commissie Armoedebestrijding* (Red.), *Aanbevelingen voor het armoedebestrijdingsbeleid 1990-1991*, Derde Verslag (pp. 57-91). Brussel: Kabinet van de staatssecretaris voor maatschappelijke emancipatie.

Mortelmans, D. (2007) *Handboek kwalitatieve onderzoeksmethoden*. Leuven: Acco.

Mortelmans, D. (2013). *Kwalitatieve onderzoeksmethoden* (vierde druk). Leuven: Acco.

Noy, C. (2008). Sampling knowledge: The hermeneutics of snowball sampling in qualitative research. *International Journal of Social Research Methodology*, 11, 327-344. doi:10.1080/13645570701401305

Roose, R., & De Bie, M. (2003). From participative research to participative practice - A study in youth care, *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 13(6), pp. 475-485

Van Hove, G., & Claes, L. (2011). *Qualitative Research and Educational Sciences: A Reader about Useful Strategies and Tools*. Ghent: Pearson.



# Bijlage

## 7B's Questionnaire

- Who appeals to the Personal Budgets? Target Groups, characteristics?
- Are the effects of PB's positive for all users (Elderly, young people, people with intellectual disability)? Are there some target groups who miss the boat and how does the system deals with this drop-out?
- Are there any variations to be observed in the role that local authorities / care offices take?

### Availability

1. Is the help available when people formulate their question? Can people receive care and support within a considerable period of time or are there waiting lists?
2. Is there enough care available once a person is a budget holder? Are there any differences in the availability of care and support for care as before or care through a personal budget?
3. Does the use of PB's lead to a rising demand for specific types of care, and is that care also available?
4. Is the market for healthcare/social care providers available for new care facilities? Is there a relationship with the PB and Care Act? If so, what new care comes mainly?
5. Do care providers limit the availability of an offer, and thus the freedom of choice of clients? (Eg with clauses in client or employee contracts)
6. Is there an impact of the PB on the demand for care? Are certain types of care taken up more or less? (Least flexible, day centers)
7. Are there any shortages in certain sections/sub-segments of the care (or on certain locations)?
8. In what ways are organizations organized: Is there a physical reception and are there other possibilities to contact? Is this offer diversified (also the diversity in supply of care providers)?
9. What thresholds regarding availability of services is given by the relevant actors?
10. How are thresholds regarding availability dealt with?
11. Are actions taken to ensure sufficient availability? For instance, intervene in regional distribution, stimulation of differentiation, directional functioning?

### Accessibility / Attainability

1. Are the relevant departments in one location / clustered or is the landscape more fragmented?
2. Is the service sufficiently accessible to caregivers (hours, location ...)? Are there waiting times? How to deal with urgent care questions after opening hours?
3. Is care easy to reach for all clients? For whom (not)?
4. Do questions and offers easily get in touch on the care market?

5. Which are thresholds in relation to the accessibility of services? (Financial, Network ...)
6. How are thresholds related to accessibility approached?

---

### Usefulness

1. Is the offer of organizations tailored to the needs of the users? For which subgroups may this be less or not the case?
2. What kind of questions can't rely on a suitable offer?
3. Does the choice of a PB offer more opportunities to tailor care?
4. How do the stakeholders experience the quality of the supplied care?
5. Do budget holders have the ability to use their budget in such a way to make it a useful tool? In other words: can they buy the care and support that meet their needs?
6. Is there innovation/ space for creation of a new kind of care?
7. Does the PB lead to more integration in society for the users?
8. How to deal with complex care questions where there is a need for a combination of healthcare and social care providers? How is the mutual coordination organized?
9. Is the system of PB's useful for the organizations involved? Can they get started and provide quality and meaningful service and assistance?
10. Are people referred to help and is this the right help? (The distinction between several laws and referrals).
11. What thresholds are there pertaining to the usefulness of the system (for all actors)?
12. How do actors within the system cope with barriers to usefulness?

### Affordability

1. How are extra services (such as client support, visits at home by care organisations) paid for? Is this a threshold in the system for users?
2. Are the services within the system experienced as affordable?
3. Are the budgets sufficient to answer the care needs of the clients in a qualitative way?
4. What are the effect of the DP's in practice on the affordability of the system? What is the impact on the costs? What is the impact on the number of clients that can have support?
5. What is the impact of the personal contribution to the care on the affordability?
6. What is the impact of the DP system on the carers? (are there i.e. costs for them – nonfinancial?) extra pressure on the network/carers?
7. What thresholds are there in the system concerning affordability?
8. How do actors within the system cope with these thresholds?

### Understandability

1. Is the system understandable for clients? Their network?
2. Is the information accessible?
3. Is the system transparent?
4. Do clients feel to be understood?
5. Are there some arrangements to increase the understandability of the system?
6. What thresholds are there in the system concerning understandability?
7. Does the understandability have an impact on the choice (or not choosing) for a DP? Are some groups of people more choosing for a DP than others?
8. What ways are involved to cope with the thresholds about understandability?
9. How do actors within the system cope with understandability issues? (systems, actions, instruments ... to increase understandability)

### Awareness/publicity

1. How do organizations deal with disclosure of information pertaining the possibilities of a DP?
2. How is the communication about DP's? (positive/negative perception)
3. Carers have an important role in the PB system? How well do carers know the system?
4. Do people know what they can expect from the PB-system?
5. What are thresholds pertaining to awareness about the system?
6. How do actors cope with these thresholds?

### Reliability

1. What kind of arrangements make these systems reliable? Examples? (uniformized assessments etc?)
2. How responsive is the system towards changing care needs?
3. How is the quality of care controlled in practice?
4. Do system actors have enough knowledge? (intake, follow-up, assessment, complex care needs)
5. Is the care regulated to avoid undesirable/adverse effects? How?
6. Does the use of DP's result into continuity in the care arrangements for clients? (i.e. same carer, PA ...)
7. How is the follow-up organized after assigning the budget? Is there enough follow up?
8. What control mechanisms are included in the system?
9. How is follow-up of complaints organized?
10. Do clients get timely information to optimize the organization of their care?
11. Is the system experienced as reliable by the users? (i.e. also discretion and privacy)
12. What thresholds are there pertaining to the reliability of the system?
13. How do actors cope with these thresholds?