



Het netwerk ouder(wooninitiatieven) behartigt de belangen van ouder(woon)initiatieven en hun bewoners (pgb- budgethouders) en maakt graag gebruik van de mogelijkheid om te reageren.

Toelichting

De huidige werkwijze is dat een budgethouders (na indicatie door het CIZ en na toetsing door het Zorgkantoor) via het pgb portaal kan beschikken over maximaal het jaarlijks aan zijn zpz profiel verbonden bedrag. Nu bepaalt de budgethouder zelf welke zorg hij inkoop. En de budgethouder heeft hierbij keuzevrijheid over hoe hij zijn budget wenst in te zetten, binnen de bestaande regelgeving. Wijzigingen in uurtarief of een maandtarief worden na invoering in het pgb portaal goedgekeurd zonder dat daarvoor een nieuw budgetplan nodig is. Omdat het pgb een trekkingsrecht is vervalt een eventueel restantbedrag na afloop van het budgetjaar (gaat terug naar het Rijk). In de begroting VWS 2025 staat dat het niet vaak voor komt dat budgethouders het hele budget op maken. Is uitgezocht wat daar van de oorzaak is?

Het pgb op maat is dan niet meer het maximumbedrag dat in bijlage H van de Regeling langdurige zorg (Rlz) staat. Het Zorgkantoor gaat op de stoel van de indicatiesteller (CIZ) zitten en bepaalt uiteindelijk wat de zorgbehoefte is en welk budget daarbij past. De budgethouder moet bij wijzigingen een nieuw budgetplan indienen en daarover een gesprek voeren. Tegen de daaropvolgende beschikking staat bezwaar en beroep open. Dit gaat dus meer werk, geld en tijd kosten. Dat is niet alleen onwenselijk maar ook een belasting voor de budgethouders en de Zorgkantoren zelf. Het is duidelijk dat dit een bezuiniging zou moeten opleveren en dat betekent in de praktijk dat een gemiddelde budgethouder minder te besteden krijgt. Het is overigens de vraag of de beoogde bezuiniging wordt gehaald en meer oplevert dan de huidige situatie.

Onze inbreng:

1. De invoering van pgb op maat staat haaks op de eigen regie, besteding- en de keuzevrijheid van budgethouders. Zie artikel 1.1 van Rlz waarin staat dat het basisbedrag voor gelijk is aan het maximumbedrag voor het pgb. In de toelichting op de wijziging in 2019 staat: *Binnen het basisbedrag kan de verzekerde naar behoefte schuiven tussen zorgvormen en ook kiezen*

voor een gewenste verhouding tussen persoonsgebonden budget (pgb) en modulair pakket thuis (mpt), en binnen het mpt voor meerdere aanbieders per zorgvorm.

2. Een pgb op maat levert ook een vermeerdering op van de regeldruk voor budgethouders en voor de Zorgkantoren. Dit staat haaks op de beoogde vermindering van de administratieve lasten in de zorg uit het Hoofdlijnenakkoord en hetgeen over het pgb in de begroting VWS 2025 staat:

*Het persoonsgebonden budget is een gewaardeerde mogelijkheid voor mensen met een beperking en ouders van ernstig zieke kinderen om hun dagelijkse zorg en hulp aan huis zelf vorm te geven. In 2025 zet VWS zich in om het **pgb gebruiksvriendelijker** te maken voor zowel de budgethouder als de zorgverleners, door waar mogelijk het proces te vereenvoudigen, danwel de instructie en communicatie te verbeteren.*

Het streven om te bezuinigen zal er voor zorgen dat er druk op budgethouders zal worden gezet om met minder zorguren genoeg te nemen. Voor de Zorgkantoren betekent het dat meer personeel moet worden ingezet om gesprekken te voeren over het verlangde budget, wijzigingen te beoordelen en naar verwachting zullen er extra kosten zijn indien er bezwaar en beroep wordt aangetekend tegen de beschikking m.b.t. het budget.

3. Het pgb portaal als handige tool verliest aan belang. Er komt een tweede spoor naast. Ieder zorgkantoor mag dan eigen beleid voeren. Ondanks het feit dat er een kleine marge op het pgb op maat zou moeten komen (waarbij er dan dus geen nieuw budgetplan en zorgbeschrijving noodzakelijk zou zijn) blijkt dat CZ zorgverzekeraars bijvoorbeeld voor elke "wijziging van lopende werkafspraken" het nieuwe traject gaat volgen. <https://www.cz-zorgkantoor.nl/pgb/ik-heb-al-een-pgb/wijzigingen-doorgeven>

Kortom Het pgb op maat beperkt de keuzevrijheid, verhoogt de administratieve lasten en het is verre van zeker of het de verwachte bezuinigingen oplevert.

Mocht ondanks onze tegenwerpingen de aanpassing toch doorgang vinden dan bevelen wij het volgende aan:

1. Ga *eerst* na wat de kosten zijn van de nieuwe werkwijze en of dat opweegt tegen de lastenverzwaring. Levert het daadwerkelijk een significante bezuiniging op?

2. Geef de budgethouder een maatwerkbudget met een marge van 15 % waarbinnen de budgethouder wijzigingen kan doorvoeren (uren, tarief, zorgverlener etc.). De zorgvraag kan immers fluctueren. Dit bespaart kosten en tijd ook van het Zorgkantoor.

3. Zorg dat ieder Zorgkantoor de expertise heeft om te beoordelen of de gewijzigde zorgbehoefte wel of niet past binnen van de indicatie van het CIZ en het maximum budget van de Rlz. Bekijk niet alleen of de budgethouder ook met minder zorg toekan maar ook of er meer zorg nodig is (EKT, Meerzorg). Zorg ook voor voldoende toerusting/ondersteuning van de budgethouder. De budgethouder moet instemmen met het pgb op maat.

4. Maak wijzigingen/aanpassingen gebruiksvriendelijk en eenvoudig via het pgb portaal. Vraag alleen een motivatie voor de wijziging die de drempel van 15% overschrijven (niet ook

voor ongewijzigde afspraken). Het Zorgkantoor kan dan accorderen, besluiten om een gesprek aan te gaan of direct af te keuren. Laat de berichtgeving via het zorgportaal lopen.

5. Verbind een zo kort mogelijke reactietermijn door het Zorgkantoor op een wijzigingsverzoek in het pgb portaal zodat zorgverleners tijdig kunnen worden betaald. Afwijzingen van het gevraagde budget dienen deugdelijk gemotiveerd te worden.

namens het Netwerk Ouder(woon)initiatieven

Aline Molenaar (Per Saldo)

Wil de Gids (Landelijke Vereniging van Ouderinitiatieven)

Ellen van Sprang-Helmig (RPSW)

Rudo Jockin (De Grasboom)

Ada Bolder (De Latei)

Gerard Jochems (Naar-Keuze)

Gertia Houter-Rhebergen (WoondroomZorg)