

Reactie Per Saldo Wetsvoorstel resultaatgericht beschikken en vereenvoudigen geschilbeslechting

Bedankt dat jullie ons in de gelegenheid stellen om te reageren op het wetsvoorstel resultaatgericht beschikken in de Wmo 2015.

Het pgb wordt alleen benoemd in de memorie van toelichting daar waar het gaat over de aanbieder in de onderzoeksfase. Zowel in het wetsvoorstel als in de memorie van toelichting wordt het pgb verder niet meer beschreven. Dit leidt tot onduidelijkheid voor het pgb bij zaken zoals kwaliteit en de klachtenregeling. Zoals wij al eerder hebben aangegeven, tijdens bijeenkomsten in augustus 2019 maar ook in brieven naar de tweede kamer, past het wetsvoorstel niet bij het gedachtegoed en de werkwijze van het pgb. Het pgb is het ultieme middel om zelf te sturen op het behalen van gestelde doelen. In het persoonlijk plan of ondersteuningsplan, en in ieder geval in het gesprek zullen eventuele, te behalen, doelen vermeld zijn. De gemeente kan in gesprekken die hij heeft met de budgethouder aftasten of de doelen gehaald zijn.

Hieronder beschrijven wij eerst de meest opvallende punten in het algemeen, die (een negatieve) invloed hebben op het pgb en dus op budgethouders. Vervolgens reageren wij per artikel/hoofdstuk op het wetsvoorstel en op de memorie van toelichting.

Aanbieder in de onderzoeksfase en het ondersteuningsplan

Het wetsvoorstel regelt de rol van de aanbieder in de onderzoeksfase. In de memorie van toelichting staat dat de aanbieder bij voorkeur in een latere fase van het onderzoek betrokken kan worden. De gemeente lijkt dus vrij te zijn om de aanbieder ook al in de aanvraagprocedure te betrekken, zonder dat op dat moment de hulpvraag is vastgesteld. Het stappenplan van de CRvB geeft duidelijk aan dat eerst de hulpvraag in kaart gebracht moet worden, daarbij wordt in de laatste stap pas bekeken welke financieringsvorm het meest passend is in de desbetreffende situatie. Dit kan niet als de aanbieder al gelijk is betrokken bij het onderzoek. Ook kan het zijn dat mensen met een hulpvraag op deze manier meerdere keukentafelgesprekken moeten voeren, 1 met de consulent van de gemeente en 1 met de consulent en de aanbieder aan tafel. In het kader van administratieve lasten vermindering is dit onwenselijk. En wat betekent dit voor de wettelijke termijnen die nu al vaak worden overschreden en de wachtlijsten waarmee aanbieders te maken hebben? Beide situaties zijn onwenselijk. De aanbieder hoort niet thuis in de onderzoeksfase. Dit kan niet aan de beleidsvrijheid van gemeenten worden overgelaten. Een indicatie, onafhankelijk van het beschikbare aanbod, zou het uitgangspunt moeten zijn. Zowel als het gaat om de soort hulp die aangeboden kan worden als het volume dat nog beschikbaar is.

Uit het wetsvoorstel blijkt onvoldoende dat wordt onderkend dat aanbieders een eigen belang hebben bij de indicatie (het risico dat zij teveel, of indien zij gebonden zijn aan aanbestedingsopgave te weinig indiceren). Er wordt voorbij gegaan aan het feit dat iemand met een hulpvraag/diens vertegenwoordiger zelf weet wat zijn/haar hulpvraag is en ideeën heeft over de benodigde hulp.

Wanneer iemand weloverwogen positief bewust kiest voor een pgb hoeft de persoon niet in gesprek met de aanbieder. Maar wat gebeurt er als iemand er gaande weg achter komt dat hij/zij bewust, positief wil kiezen voor een pgb. Zoals in het huidige voorstel beschreven moet iemand dan toch in de onderzoeksfase in gesprek met een zin aanbieder, dit kan als sturend worden ervaren. Ook kan het tegenovergestelde gebeuren,

wanneer een situatie te complex is zal een aanbieder eerder geneigd zijn zich hieraan niet 'te branden'. Op deze manier worden mensen gedwongen om een pgb te nemen. Beide situaties zijn niet wenselijk.

Wij zijn van mening dat vooraf aan een gesprek met een aanbieder het ondersteuningsplan al duidelijk en concreet moet zijn. Dit betekent dat in het ondersteuningsplan een duidelijke omschrijving moet staan van de zorg/ondersteuning die geïndiceerd is. Wij vinden dat dit niet aan de aanbieder moet worden overgelaten. Dit geldt ook voor iemand die kiest voor een pgb. Het ondersteuningsplan moet vooraf duidelijk zijn zodat een budgethouder heldere afspraken kan maken met een zorgverlener.

Resultaatgericht beschikken

Het wetsvoorstel maakt het mogelijk dat ook voor een pgb in resultaten kan worden beschikt. Meerdere malen hebben we al aangegeven waarom dit niet bij het gedachtegoed en de werkwijze van een pgb past. Hieronder volgt een meer gedetailleerde uitleg over waarom wij vinden dat het niet past.

Ten eerste gebeurt resultaatgericht beschikken in de vorm van arrangementen. Vaak is dit gebaseerd op een gemiddelde (gemiddelde omvang aan hulp, met een gemiddelde uurprijs). Een zin aanbieder kan bij de ene cliënt af en toe iets meer werken dan bij de andere cliënt, op deze wijze kan de aanbieder sturen en zorgen dat hij/zij binnen het totaal budget blijft. Bij een pgb kun je nooit middelen. Je betaalt voor de zorg/ondersteuning die feitelijk wordt geleverd. Daarom is het essentieel dat een budgethouder vooraf weet waaraan hij/zij toe is: aantal uren, tarief en de activiteit. Binnen de Wlz wordt ook gewerkt met gemiddelden, maar de Wlz is een verzekering en geen voorziening. Dit betekent dat wanneer je aan de criteria voldoet je verzekerd bent van zorg. Binnen de Wlz zijn er vele varianten van zorgprofielen waarbinnen ook bestedingsvrijheid mogelijk is. Als een hulpvrager niet uitkomt met het toegekende budget is hij/zij in de gelegenheid om boven op het toegekende zorgprofiel extra kosten thuis (EKT) of meerzorg aan te vragen. Binnen de Jeugdwet/Wmo zijn hooguit de opties 'licht, midden, zwaar' mogelijk waar binnen iedereen moet passen.

Ten tweede zijn de pgb tarieven vaak een afgeleide van de zin tarieven. Het pgb moet dusdanig opgebouwd zijn, via een reëel tarief, dat het aantal geïndiceerde uren van de juiste kwaliteit ingekocht moet kunnen worden. Echter, bij resultaatgericht beschikken zijn geen vaste tarieven bekend omdat het om diensten gaat. Met andere woorden, de tarieven zijn niet transparant en een gemiddelde van verschillende productieafspraken tussen gemeenten en aanbieders. Daarnaast is niet duidelijk uit welke kostencomponenten een tarief is opgebouwd. Dit maakt dat het onduidelijk is hoe de pgb tarieven zijn afgeleid en is het voor budgethouders praktisch onmogelijk om een toereikend uurtarief op basis van wml te bieden.

Ten derde past resultaatgericht beschikken niet binnen het huidige verplichte betalingssysteem (en pgb 2.0) en bij de zorgovereenkomsten (SVB) waarin uurtarieven vastgesteld moeten staan.

Ten vierde is resultaatgericht beschikken aanbod gestuurd. Het pgb is juist een middel bij uitstek waarin de vraag, de behoefte en wensen van de persoon met een hulpvraag centraal staat. Op dit moment wordt 2/3 van de bezwaarzaken door budgethouders gewonnen omdat resultaatgericht beschikken niet aansluit bij wat nodig is. Deze

wetswijziging verandert hier niets aan. Iedereen moet passen in een hokje, maar voor een gedeelte van de mensen met een hulpvraag zal dit nooit passend zijn. Door deze werkwijze worden zij toch in een hokje gedrukt terwijl juist maatwerk nodig is.

Meetbaar maken van resultaat en kwaliteit

Wij hebben grote vraagtekens bij het meetbaar maken van resultaten. Wat is bijvoorbeeld 'een schoon en leefbaar huis'? Wat de ene persoon schoon vindt kan een ander persoon niet schoon vinden. Zo houdt een schoon huis voor persoon die blind is iets heel anders in dan voor iemand met astma. Hoe kwantificeer je dit objectief? En hoe bepaal je vervolgens welke intensiteit nodig is? Voor dagbesteding of individuele begeleiding is nog lastiger te benoemen wanneer er resultaat is geboekt. Hoe stel je bijvoorbeeld van mensen met een psychische beperking vast of ze zelfredzamer zijn geworden? Een ander voorbeeld: het doel/resultaat is dat X binnen 6 maanden zelfstandig naar school kan reizen. Stel dat na 2 maanden de kat van X overlijdt, X heeft daar enorm veel verdriet van en heeft een terugval. Dan zal eerst aan andere doelen gewerkt moeten worden. Maar hoe is dit vervolgens meetbaar? Want het resultaat wordt niet behaald binnen de afgesproken termijn. En wat zijn dan vervolgens de consequenties voor de budgethouder?

Hoe kan een rechter op basis van deze informatie toetsen of een resultaat is bereikt? Dit is volgens ons niet vast te stellen aan de hand van een normenkader. Ook een normenkader gaat uit van gemiddelde, zoals hierboven beschreven past een gedeelte van de mensen met een hulpvraag niet in een hokje en is juist maatwerk vereist. En wat is de invloed van externe factoren, is iemand bijvoorbeeld zelfredzamer geworden door de voorziening of door een nieuwe verkering?

Verder ligt de focus op kwaliteit, hoe wordt het pgb hierin meegenomen? Bij een pgb is de budgethouder namelijk zelf verantwoordelijk voor de kwaliteit van de geleverde zorg/ondersteuning. Kwaliteitseisen die voor zin gelden kunnen niet 1 op 1 overgenomen worden op het pgb. Daarbij vragen wij ons af hoe protocollen en vinklijsten door een rechter te controleren zijn.

Klachtenregeling

Bij de uitvoering van het pgb is een klachtenprocedure niet werkbaar. Immers bij een pgb kies je zelf je zorgverlener en ben je zelf verantwoordelijk voor de kwaliteit van de geleverde zorg/ondersteuning. Mocht je niet tevreden zijn over bijvoorbeeld de gedragingen, het handelen of nalaten van je zorgverlener kan je als budgethouder in gesprek met je zorgverlener. In het meest ongunstige geval heb je de mogelijkheid om je zorgverlener te ontslaan of de overeenkomst met de ingehuurde zorgorganisatie te beëindigen en een nieuw iemand aan te nemen. Een budgethouder gaat hierover niet bij de gemeente klagen. De vraag is daarom hoe is de rechtspositie van iemand die voor een pgb kiest geborgd?

Verder is het voorgenomen proces enorm bureaucratisch; de aanbieder krijgt de bevoegdheid om makkelijk indicaties aan te passen. Mensen met een hulpvraag dienen dit te corrigeren via een klachten- en beroep regeling, waardoor negatieve besluiten pas achteraf kunnen worden gerepareerd. In de praktijk gaan mensen met een hulpvraag daar van afzien, want een beroepsprocedure kan een jaar of langer duren. Het is mogelijk om een schadevergoeding te eisen, maar in eerste instantie moet een hulpvrager de kosten zelf betalen (wie kan dat?). Vervolgens loop je als hulpvrager ook nog het risico dat het achteraf niet wordt goedgekeurd. Bovendien kan het ook

betekenen dat hulpvragers heel lange tijd zonder de juiste /onvoldoende hulp zitten met alle van dien.

Wetsvoorstel

Artikel 2.1.3. In de verordening moet worden opgenomen hoe het beleid over kwaliteit van voorzieningen die resultaatgericht zijn tot stand komt en wordt geëvalueerd. Dit is een breed kader waarvoor een modelverordening van belang is.

Artikel 2.1.3. Er moet in de verordening worden opgeschreven voor welke voorziening een resultaatbeschrijving mag worden gehanteerd. Daarvoor is het per functie van belang te kijken in hoeverre dit resultaatgericht te beschikken is. Zoals we hierboven al hebben aangegeven hoe benoem je bijvoorbeeld bij individuele begeleiding of er resultaat is geboekt? Ook 'een schoon en leefbaar huis' kan voor iedereen iets anders betekenen. Wat de ene persoon schoon vindt kan een ander persoon niet schoon vinden. Hoe kwantificeer je dit objectief? En hoe bepaal je vervolgens welke intensiteit nodig is om het resultaat te behalen? Dat moet nader gespecificeerd worden.

Artikel 2.3.2. lid 4 Bij resultaatgericht werken moet er in de beschikking worden opgenomen hoe de aanbieder (in overleg met de hulpvrager) rekening kan houden met de behoefte van de hulpvrager aan maatschappelijke ondersteuning. Dit wordt een aantal keer herhaald. Hoe verhoudt dit zich tot het Wmo onderzoek, dat vooraf gaat aan het opstellen van een ondersteuningsplan? In stap 3 (uitspraak CRvB) moet de gemeente al onderzoek doen naar de aard en omvang van de ondersteuningsbehoefte. Die behoefte is dan al vastgelegd, dan is dit toch ook het uitgangspunt?

Artikel 2.3.3. lid 6 Hier wordt de hulpvrager gewezen op een onafhankelijk cliëntondersteuner (OCO). Als het goed is, is een OCO al veel eerder in beeld, bij het doorlopen van het onderzoek. Maar ook al in de fase daarvoor. Zo kan een OCO bijvoorbeeld helpen bij het schrijven van een persoonlijk plan/familiegroepsplan. In dit voorstel lijkt het alsof OCO pas in een late fase van het onderzoek ingezet kan worden.

Artikel 2.3.5. Waarom wordt hier alleen gesproken over een dienst en niet over een voorziening?

Artikel 2.3.6. Resultaatgericht beschikken past niet bij het gedachtegoed en de werkwijze van een pgb. Zie uitgebreide uitleg onder de paragraaf resultaatgericht beschikken hierboven.

Artikel 2.4 a 11 Hier wordt gesproken over gedragingen in strijd met de maatwerkvoorziening; gedragingen lijken te duiden op bejegeningen en procesproblemen, terwijl het juist ook gaat om het niet nakomen van afspraken door de aanbieder. Dit zou aangepast moeten worden, in gedragingen, handelen of nalaten.

Artikel 2.4 a 13b Er moet rekening worden gehouden met wijzigingen in het beleid van de gemeente die na kennisgeving bekend zijn gemaakt. Echter, een procedure bij de bestuursrechter kan veel tijd in beslag nemen en daardoor kunnen beleidswijziging na kennisgeving nadelige gevolgen hebben voor lopende beroepszaken.

Artikel III 'Onze Minister.....in de praktijk'. Hier zou onze bewindspersoon in plaats van onze Minister moeten staan, het kan namelijk net zo goed een Staatssecretaris zijn over vijf jaar.

Memorie van toelichting

1. Inleiding en aanleiding

- 'De gemeente laat, binnen gestelde kaders, ... over aan de aanbieder'. Een aantal gemeenten gaan zelfs zo ver dat een aanbieder de indicatie stelt en zorg levert. De aanbieder in de onderzoeksfase is onwenselijk, zoals wij ook hierboven in de paragraaf 'Aanbieder in de onderzoeksfase en het ondersteuningsplan' aangegeven hebben.
- In het wetsvoorstel valt op dat er veel nadruk op de veronderstelde flexibiliteit in de vaststelling en uitvoering van de zorg en/of ondersteuning wordt gelegd. De hulpvrager en aanbieder kunnen dit in onderling overleg regelen. Maar wordt de mate van flexibiliteit niet grotendeels bepaald door het budget dat ter beschikking wordt gesteld door de gemeente?
- 'Met deze manier van werken....ondersteuningsbehoefte van de burger'. Zijn hier cijfers van, of is dit een aanname?
- 'Als achteraf het resultaat.....beschikken in tijd achterwege kunnen blijven'. Zie hierboven het stuk over meetbaar maken van resultaat. Er wordt gesteld dat de doelen van het resultaatgericht beschikken eenvoudig te benoemen zijn. Maar wat is bijvoorbeeld 'een schoon en leefbaar huis'? En hoe stel je bijvoorbeeld van mensen met een psychische beperking vast of ze zelfredzamer zijn geworden? Hoe bepaal je welke activiteiten met welke intensiteit nodig zijn om het resultaat te behalen? En wie bepaalt uiteindelijk of het resultaat behaald is? Een persoon met een hulpvraag kan hier anders over denken dat bijvoorbeeld de zorgverlener/aanbieder en/of gemeente. Zo kan een aanbieder bijvoorbeeld makkelijk aanvinken dat een taak voltooid is maar kan de hulpvrager hier een andere mening over hebben. En wat zijn de gevolgen voor de budgethouder als het resultaat niet is behaald bij een herindicatie/evaluatie?
- Is de gemeente nog steeds verplicht om een normenkader op te stellen per functie? Hoe is dit gelinkt aan de NEN-normen, zie blz. 8?

2. Samenvatting van het voorstel

- Algemeen; wij lezen hierin niets terug over het pgb. Uit dit voorstel blijkt onvoldoende welke onderdelen wel en niet van toepassing zijn op het pgb.
- Wanneer iemand een hulpvraag heeft en nog niet weet of hij/zij wil kiezen voor een pgb of zin dan is tijdens de onderzoeksfase toch al een aanbieder betrokken. Dit kan als sturend naar zin ervaren worden. Daarnaast kan het ook sturend naar pgb betekenen. Wanneer een situatie erg complex is zal een aanbieder eerder geneigd zijn te zeggen hier branden wij onze vingers niet aan, mede uit angst voor financieel risico als resultaten niet volgens afspraak behaald worden (ze kunnen 'de pareltjes' eruit halen). Iemand wordt dan zonder positief bewuste keuze in een pgb gedrukt.
- Waarom niet een landelijke norm voor het kwaliteitsbeleid? Nu moet elke gemeente het zelf gaan bedenken/ontwikkelen. Daarnaast kan het per gemeente verschillend zijn dit is onduidelijk en maakt het ook lastig om gemeenten te vergelijken. Hoe wordt pgb hier in meegenomen? Een budgethouders is zelf verantwoordelijk voor de kwaliteit. Kwaliteitseisen die voor zin gelden kunnen niet 1 op 1 overgenomen worden voor het pgb.

3. Resultaatgericht beschikken: hoe werkt dat?

- Zie eerdere opmerking, betrek geen aanbieder in de onderzoeksfase (ook een groot aantal gemeenten waren het hiermee eens tijdens de bijeenkomsten in augustus. Met deze input lijkt niets gedaan)
- 'Allereerst onderzoekt de gemeente....waarbij de aanbieder wordt betrokken.' Hoe en wanneer onderzoekt gemeente dit (zijn er meerdere keukentafelgesprekken nodig), wat zijn criteria? Als iemand gelijk zegt ik wil een pgb (en deze persoon pgb-vaardig is) is dit dus niet nodig? Hoe wordt omgegaan met wachtlijsten, die er nu al zijn ook bij aanbieders? En wat als blijkt dat er meerdere keukentafelgesprekken nodig zijn (hoe kan dit dan binnen termijn gezien huidige problemen van wachttijden en wachtlijsten?)
- 'In het beleidsplan...aandacht besteed aan de keuzemogelijkheden van de cliënt tussen aanbieders'. Is ook hier beleidsvrijheid? Wat als er geen passende aanbieder tussen de mogelijkheden zit (en persoon met een hulpvraag wil geen pgb?)?
- Normaal wordt eerst de hulpvraag vastgesteld en daarna pas gekeken naar de best passende financieringsvorm. Door in de onderzoeksfase de aanbieder al te betrekken komt de keuzevrijheid in het geding en worden de stappen door elkaar gehaald. Zie ook stappenplan CRvB. In de toelichting is a tot en met e uitgeschreven. Bij welke stap zit de aanbieder precies al aan tafel? Is dat al bij a? of is dat pas na stap e? Het lijkt erop dat het nu aan gemeente is (beleidsvrijheid) omdat er staat bij voorkeur wordt in een latere fase van het onderzoek de aanbieder betrokken. Dan komt hier opnieuw de vraag; het lijkt erop dat meerdere gesprekken noodzakelijk zijn, hoe is dit haalbaar binnen de termijn? Maar ook gezien de wachtlijsten?
- 'Als cliënt en aanbieder....genoteerd in het verslag'. Wat als persoon pgb wil maar college en aanbieder sturen aan op zin. Dan wordt dit opgenomen in verslag. En volgt er dan een afwijzing? Waarmee de persoon vervolgens een klacht in kan dienen?
- Goed om te lezen dat de aanbieder bij een keuze voor pgb niet betrokken kan worden. Maar gelden de kwaliteitseisen dan wel? En ook de manier van klacht indienen etc.? Of blijft voor het pgb alles hetzelfde zoals het nu is?
- Hoe zijn tarieven inzichtelijk als pgb tarieven afgeleid zijn van zin tarieven die op basis van resultaat zijn vastgesteld? Hoe is dit voor een budgethouder inzichtelijk? En hoe wordt geborgd dat de pgb tarieven toereikend blijven?
- Wanneer beschikking voor een pgb op basis van resultaat is afgegeven. Is het dan ook mogelijk om de activiteit en frequentie aan te passen zonder een heel nieuwe herindicatie? Aanbieders mogen tussendoor zelf een beschikking maken om de indicatie bij te stellen. Dit mag alleen met uitdrukkelijke toestemming van de hulpvrager, is de lezen in de toelichting. Het kan niet zo zijn dat de aanbieder eenzijdig kan aanpassen, en de hulpvrager vervolgens een zwaar juridische klachtenprocedure moet doorlopen om dit recht te zetten.
- Beleid moet geëvalueerd worden en dan staat er met bijvoorbeeld klanttevredenheidsonderzoek. Wij ontvangen signalen dat klanttevredenheidsonderzoeken vaak niet heel veel voorstellen en dat de vragen zo ontwikkeld zijn dat er altijd een ruime voldoende uit komt.
- Als er geen landelijk beleid is op de toezichtrapporten, hoe kunnen inwoners dit dan vergelijken?

4. Eenvoudiger geschilbeslechting

- Geldt het indienen van een klacht ook voor budgethouders? Immers bij een pgb kies je zelf je zorgverlener en ben je zelf verantwoordelijk voor de kwaliteit van de geleverde zorg/ondersteuning. Mocht je niet tevreden zijn over bijvoorbeeld de gedragingen, het handelen of nalaten van je zorgverlener kan je als budgethouder in gesprek met je zorgverlener. In het meest ongunstige geval heb je de mogelijkheid om je zorgverlener te ontslaan of de overeenkomst met de ingehuurd zorgorganisatie te beëindigen en een nieuw iemand aan te nemen. Een budgethouder gaat hierover niet bij de gemeente klagen. De vraag is daarom hoe is de rechtspositie van iemand die voor een pgb kiest geborgd?
- Tijdsduur van indicatie kan gemandateerd worden aan aanbieder, lijkt ons fraudegevoelig ('makkelijk verdiende casussen' geef je lange looptijd?)
- Waarom bemoeilijkt huidige werkwijze in uren het beoogde maatwerk? Uit welk onderzoek blijkt dit? Of is dit een aanname?
- Geschillenloket bij de gemeente. Geldt dit ook voor mensen die kiezen voor een pgb? Hoe wordt onafhankelijkheid geborgd? Mensen zijn wel afhankelijk van de gemeente voor een indicatie. Tast dit juist niet nog meer de rechtspositie van mensen aan?
- Het behandelen van klachten kost tijd, wordt weer een extra taak voor gemeenten. Zijn nu al wachtlijsten. Zijn er termijnen waarbinnen gereageerd moet worden?
- Gemeente hoeft klacht niet in behandeling te nemen als er al eerder over is geklaagd. Wat als een situatie in eerste instantie lijkt opgelost maar uiteindelijk blijkt dat deze toch nog niet is opgelost? Moeten mensen dan gelijk naar bestuursrechter? Wat zijn daar doorlooptijden en kosten van?

10. Consultatie

- Op blz. 18 lijkt te worden gesteld dat de huisarts en de wijkverpleegkundigen een indicatie mogen stellen. Dit lijkt ons vreemd, hebben zij bijvoorbeeld verstand van de hulpbehoefte van mensen met een psychische beperkingen aan individuele begeleiding, dagbesteding en logeeropvang?

Tot slot

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

Met vriendelijke groet,



Aline Molenaar
directeur Per Saldo