

Met opmaak: Onder: 2,25 cm

Voorbeeld
Klachtenreglement
Handreiking BVKZ
PGB Financiering 1.0

Dit document is opgemaakt door
BVKZ voor gebruik door haar leden
en voldoet aan huidige wet- en
regelgeving d.d. ~~25-11-2019~~.

Let op! Indien u wijzigingen aan de
inhoudelijke tekst aanbrengt, kan dit
tot gevolg hebben dat deze niet meer
conform wet- en regelgeving is.

1
Met opmaak: Voettekst, Tabstops: 10,25 cm,
Gecentreerd

HANDREIKING

PGB FINANCIERING

Inhoud

<u>PGB vormen.....</u>	<u>3</u>
<i>Wiz</i>	4
<i>WMO</i>	4
<i>Jeugdwet</i>	5
<i>Zvw zorgvorm: Wijkverpleging</i>	5
<u>Tarieven</u>	<u>6</u>
<u>Administratie PGB – de Sociale Verzekeringsbank</u>	<u>6</u>
<u>De overeenkomst</u>	<u>7</u>
<u>Facturatie opties</u>	<u>7</u>
<u>Kwaliteitseisen en PGB.....</u>	<u>8</u>
<i>Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz)</i>	8
<i>Op wie is de wet van toepassing</i>	8
<i>Wiz</i>	8
<i>WMO</i>	8
<i>Jeugdwet</i>	9
<i>Zvw</i>	10
<u>Trekkingsrecht PGB.....</u>	<u>10</u>
<i>iPGB</i>	10
<u>Eenduidige en efficiënte informatie-uitwisseling</u>	<u>11</u>
<u>PGB vormen.....</u>	<u>2</u>
<i>Wiz</i>	2
<i>WMO</i>	3
<i>Jeugdwet</i>	3
<i>Zvw zorgvorm: Wijkverpleging</i>	4
<u>Tarieven</u>	<u>4</u>

Met opmaak: Standaardlinea-lettertype, Lettertype: Vet, Spelling en grammatica controleren

Met opmaak: Standaardlinea-lettertype, Lettertype: Cursief, Spelling en grammatica controleren

Met opmaak: Standaardlinea-lettertype, Lettertype: Cursief, Spelling en grammatica controleren

Met opmaak: Standaardlinea-lettertype, Lettertype: Cursief, Spelling en grammatica controleren

Met opmaak: Standaardlinea-lettertype, Lettertype: Cursief, Spelling en grammatica controleren

Met opmaak: Standaardlinea-lettertype, Lettertype: Vet, Spelling en grammatica controleren

Met opmaak: Voettekst, Tabstops: 10,25 cm, Gecentreerd

Administratie PGB – de Sociale Verzekeringsbank	5
De overeenkomst	5
Facturatie opties	5
Kwaliteitseisen en PGB	6
<i>Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz)</i>	6
<i>Op wie is de wet van toepassing</i>	6
<i>Wlz</i>	6
<i>WMO</i>	7
<i>Jeugdwet</i>	7
<i>Zvw</i>	8
Trekingsrecht PGB	8
<i>iPGB</i>	9

Bronnen:

www.mijnPGB.nl

www.svb.nl

www.zorgvisie.nl

<https://www.rijksoverheid.nl/wetten-en-regelingen/productbeschrijvingen/persoonsgebonden-budget>

Het persoonsgebonden budget (afgekort 'PGB') is bedoeld om mensen te ondersteunen die (intensieve) zorg, hulp of begeleiding nodig hebben om zelfstandig te (blijven) wonen en leven. Naast het inkopen van zorg op basis van zorg in natura (**ZIN**), biedt een PGB voor veel cliënten de mogelijkheid om zelf te kiezen voor een zorgaanbieder.

Uitgangspunt bij een PGB is dat de cliënt eigen regie heeft over de in te kopen en te leveren zorg. Voor een cliënt kan een PGB veel voordelen bieden. Zo kan hij/zij zelf bepalen welke zorgaanbieder betrokken wordt in het verlichten van de zorgvraag. Maar ook wanneer de zorg wordt ingeregeld, tegen welk tarief en met welke frequentie.

PGB vormen

Er bestaan vier soorten persoonsgebonden budgetten, namelijk:

Wetgeving	Verzilveringsvormen	Doelgroep
Wlz	ZIN of PGB	Volwassenen en jongeren (vanaf 18 jaar) met een intensieve zorgvraag. Deze doelgroep heeft 24 uur per dag, en 7 dagen per week toezicht en/of zorg in de nabijheid nodig.
WMO	ZIN of PGB	Mensen met een indicatie voor 'begeleiding individueel' (en de persoonlijke verzorging die daarbij hoort), 'begeleiding groep' en 'kortdurend verblijf'.
JW	ZIN of PGB	Kinderen en jongeren tot 18 jaar.

- Met opmaak:** Standaardlinea-lettertype, Lettertype: Vet, Spelling en grammatica controleren
- Met opmaak:** Standaardlinea-lettertype, Lettertype: Vet, Spelling en grammatica controleren
- Met opmaak:** Standaardlinea-lettertype, Lettertype: Vet, Spelling en grammatica controleren
- Met opmaak:** Standaardlinea-lettertype, Lettertype: Vet, Spelling en grammatica controleren
- Met opmaak:** Standaardlinea-lettertype, Lettertype: Cursief, Spelling en grammatica controleren
- Met opmaak:** Standaardlinea-lettertype, Lettertype: Cursief, Spelling en grammatica controleren, Niet Verbreed met / Versmald met
- Met opmaak:** Standaardlinea-lettertype, Lettertype: Cursief, Spelling en grammatica controleren
- Met opmaak:** Standaardlinea-lettertype, Lettertype: Cursief, Spelling en grammatica controleren
- Met opmaak:** Standaardlinea-lettertype, Lettertype: Cursief, Spelling en grammatica controleren
- Met opmaak:** Standaardlinea-lettertype, Lettertype: Cursief, Spelling en grammatica controleren
- Met opmaak:** Standaardlinea-lettertype, Lettertype: Cursief, Spelling en grammatica controleren
- Met opmaak:** Standaardlinea-lettertype, Lettertype: Cursief, Spelling en grammatica controleren
- Met opmaak:** Standaardlinea-lettertype, Lettertype: Cursief, Spelling en grammatica controleren
- Met opmaak:** Standaardlinea-lettertype, Lettertype: Cursief, Spelling en grammatica controleren

Met opmaak: Voettekst, Tabstops: 10,25 cm, Gecentreerd

Zvw	ZIN of PGB	Volwassenen met een lichamelijke beperking die verzorging en verpleging nodig hebben, en voor kinderen met een indicatie voor intensieve Kindzorg en verpleging.
-----	------------	--

W/z

Om in aanmerking te komen voor een PGB (of zorg in natura om te zetten in een PGB) moet de cliënt een aanvraag indienen bij het zorgkantoor. Voor de aanvraag zijn een aantal formulieren nodig, bijvoorbeeld de zorgbeschrijving, het budgetplan en de verklaring gewaarborgde hulp.

De gewaarborgde hulp is voor bijna alle PGB houders verplicht. Dit is een persoon die voor/namens de cliënt zorgt voor de afspraken met de zorgaanbieder, de budgetten bewaakt en beoordeelt of de zorg goed is. De gewaarborgde hulp is ook de gesprekspartner voor het zorgkantoor. De zorgaanbieder mag niet de gewaarborgde hulp zijn, daarnaast moet de gewaarborgde hulp aan een aantal eisen voldoen.

Indien de formulieren akkoord zijn, toetst het zorgkantoor de aanvraag nog met de cliënt in het zogenaamde Bewust Keuze Gesprek. Vragen die hierin aan de orde komen zijn onder andere of er een weloverwogen keuze is gemaakt voor een PGB en of de budgethouder, eventueel met behulp van anderen het budget kan beheeren. Ook wordt uitleg gegeven over de verplichtingen aangaande het PGB.

Het zorgkantoor wijst de aanvraag af voor een PGB als niet aan de vereisten wordt voldaan of dat de zorg die ingekocht wordt niet doelmatig is of van onvoldoende niveau. Wijst het zorgkantoor de aanvraag af dan is de zorg in natura de enige mogelijkheid. De cliënt kan bezwaar maken tegen de afwijzing. Het PGB wordt voor één jaar verstrekt.

Het zorgkantoor is verplicht alle PGB-houders minimaal één keer per drie jaar een huisbezoek te brengen. Bij dit huisbezoek is de zorgaanbieder niet aanwezig, wel de gewaarborgde hulp. Getoetst wordt of nog aan de regels van het PGB wordt voldaan. Het PGB mag gebruikt worden voor de verpleging en verzorging, begeleiding individueel en groep, vervoer bij dagbesteding, schoonhouden van de woning en logeeropvang. Het budget mag dus niet gebruikt worden voor behandeling, verblijfskosten of eten en drinken. Het PGB moet verantwoord worden in uren zorg en het tarief dat daarvoor betaald is, een klein deel (1,5% van het PGB tot maximaal € 1.250,-) behoeft niet verantwoord te worden.

WMO

Een maatwerkvoorziening kan aangeboden worden via zorg in natura of via een PGB. Gemeenten gaan verschillend om met de invulling van de algemene en maatwerkvoorzieningen. Dit betekent dat de aanbieder in de ene gemeente dagbesteding als algemene voorziening en in de andere gemeente als maatwerkvoorziening kan bieden. Dit vraagt flexibiliteit van aanbieders, maar de aanbieder kan ook proberen gemeenten in hun keuze te sturen door in gesprek te blijven met gemeenten.

De kwaliteits- en verantwoordingseisen voor een maatwerkvoorziening zijn vaak strenger en omvangrijker dan voor algemene voorzieningen.

Met opmerkingen [DvL1]: Hier verwijzen naar de handreiking vaardigheid pgb

Met opmerkingen [AvL2R1]: Link toevoegen documenten kennisplein

Met opmaak: Voettekst, Tabstops: 10,25 cm, Gecentreerd

Clënten hebben de keuze tussen PGB of Zorg in natura en beide vormen dienen een volwaardig alternatief van elkaar te zijn. Het kan gebeuren dat de maatwerkvoorziening beschermd wonen soms alleen als PGB wordt aangeboden omdat de cliënt alleen terecht kan in een instelling voor beschermd wonen die door de gemeente niet is gecontracteerd.

Een gemeente kan een PGB weigeren indien niet aan de volgende voorwaarden is voldaan:

- De gemeente acht de aanvrager in staat de aan het persoonsgebonden budget verbonden taken op een verantwoorde wijze uit te voeren (o.a. het sluiten van overeenkomsten en het aansturen en aanspreken van de hulpverlener op zijn verplichtingen);
- De aanvrager heeft in het geval van de WMO 2015 gemotiveerd dat het PGB passend is in zijn specifieke situatie. De aanvrager moet kunnen toelichtingen waarom hij een voorkeur heeft voor een PGB. Hiervan kan bijvoorbeeld sprake zijn als ondersteuning niet goed vooraf is in te plannen, op ongebruikelijke tijden of op veel korte momenten per dag geboden moet worden of op verschillende locatie moet worden geleverd;
- Naar het oordeel van het college is gewaarborgd dat de diensten, hulpmiddelen, woningaanpassingen, andere maatregelen of hulp van goede kwaliteit zijn. Doordat de budgethouder zelf regie krijgt over de ondersteuning die hij met het PGB contracteert, krijgt hij de verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van de geleverde ondersteuning en kan hij zo nodig bijsturen.

Jeugdwet

De gemeente dient te onderzoeken wat voor type voorziening, gelet op de omstandigheden van de jeugdige, noodzakelijk is. Indien nodig moet het college zich bij de besluitvorming laten adviseren door een specifieke (jeugdhulp)deskundige. Indien het college tot een individuele voorziening komt, kunnen de ouders of de jeugdige zelf aangeven dat zij een PGB willen. Wanneer ouders of de jeugdige deze wens kenbaar maken, dient het college in beginsel een PGB te verstrekken, artikel 8.1.1 lid 1 Jeugdwet.

Zvw zorgvorm: Wijkverpleging

Sinds 1 januari 2015 wordt wijkverpleging vergoed uit het basispakket. Wijkverpleging is erop gericht om mensen zo lang mogelijk thuis te laten wonen, ondanks ouderdom, ziekte of beperking. Het gaat daarbij om 'zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden' en zorg die wordt geleverd 'in de eigen omgeving' van de verzekerde. Voorwaarde is dat er sprake is van 'een behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico daarop'.

Zorg thuis kan ook onder de Wet maatschappelijke ondersteuning (WMO) of de Wet langdurige zorg (Wlz) vallen. Persoonlijke verzorging (ADL-ondersteuning) die gericht is op het opheffen van een tekort aan zelfredzaamheid is geregeld in de WMO. Heeft een verzekerde een Wlz- indicatie dan is wijkverpleging onderdeel van de zorg vanuit de Wlz. Als de verpleging plaatsvindt onder directe aansturing van de behandelend medisch specialist valt de zorg onder de Zvw. De afbakeningen tussen de verschillende wetten komen nader aan de orde bij de [thema's onderwerpen Wlz](#), [Zvw](#) en [WMO](#).

Voor het ontvangen van wijkverpleging is geen verwijzing nodig van een huisarts of medisch specialist. De wijkverpleegkundige indiceert de zorg en beoordeelt wie de zorg moet leveren. Dit kunnen verpleegkundigen, maar ook verzorgenden zijn.

Met een PGB kan de verzekerde zelf zorg inkopen. Voor wijkverpleging is een PGB van de zorgverzekeraar mogelijk. Door middel van een PGB kan verpleging of verzorging worden ingekocht die thuis geleverd wordt. De hoogte van het persoonsgebonden budget is afhankelijk van de indicatie.

Aan het ontvangen van een persoonsgebonden budget zijn enkele voorwaarden verbonden:

1. De verzekerde heeft een indicatie wijkverpleging en deze indicatie is maximaal 3 maanden oud en is gesteld door een bevoegd wijkverpleegkundige (HBO- geschoold).
2. De verzekerde moet het PGB kunnen beheren en moet in staat zijn kwalitatief goede zorg in te kopen, dit beoordeelt de zorgverzekeraar.
3. Een verzekerde moet aangeven waarom hij kiest voor een PGB. De verzekeraar kijkt vervolgens of aan gestelde voorwaarden wordt voldaan.

De verzekerde legt in een zorgovereenkomst met de zorgaanbieder vast welke zorg, hoeveel uur en tegen welk tarief zorg wordt verleend. De formele tarieven in het Zvw- PGB zijn niet landelijk vastgesteld. De maximumtarieven worden door de zorgverzekeraars vastgesteld.

Op een aantal gronden mag een PGB worden geweigerd. Hierbij gaat het om de volgende situaties:

1. Wanneer in een eerder stadium is gebleken dat de verzekerde niet in staat is de taken en verplichtingen verbonden aan het PGB na te komen.
2. Wanneer de verzekerde niet over een woonadres beschikt.
3. Wanneer de vertegenwoordiger van de verzekerde niet voldoet aan regels of eisen.
4. Wanneer de verzekerde in de gevangenis zit.

Tarieven

Per wetgeving zijn maximale tarieven voor alle zorgvormen vastgesteld. De cliënt kan altijd met de zorgaanbieder individuele afspraken maken over het tarief. Deze wordt opgenomen in de zorgovereenkomst. De SVB toetst de tarieven bij [de budgetverstrekkende instanties](#) op juistheid:

Wetgeving	Verantwoordelijk voor bepalen maximale tarieven
Wlz	Zorginstituut Nederland Zorgkantoor
WMO	Gemeente
JW	Gemeente
ZvW	Zorgverzekeraar

Indien het budget niet toereikend is, maken de cliënt en zorgaanbieder zelf afspraken over aanvulling van het budget. Deze afspraken worden opgenomen in de overeenkomst. Dat geldt ook bij ziekte, verlof en / of reiskostenvergoedingen.

Administratie PGB – de Sociale Verzekeringsbank

Sinds de decentralisaties is de Sociale Verzekeringsbank (SVB) voor alle uitgeschreven PGB's verantwoordelijk voor de correctheid van de overeenkomsten, naleving van de wettelijke eisen met betrekking tot facturatie en bijbehorende –digitale- administratie. Daarvoor is de afdeling “Dienstverlening PGB” ingericht.

Een PGB wordt als verzilveringsvorm gekoppeld aan de cliënt. Wanneer de cliënt zorg inkoopt met behulp van een PGB, wordt hij/zij werkgever of opdrachtgever voor de zorgaanbieder. Vanuit die rol is de cliënt verantwoordelijk voor het loon van de zorgaanbieder, belastingen -en premie-afgifte. Indien een cliënt een wettelijke vertegenwoordiger heeft, is deze belast met de administratie en afwikkeling van de facturatie in opdracht voor de cliënt. Eventueel kan een cliënt een gewaarborgde hulp machtigen op te treden als vertegenwoordiger bij de SVB.

De overeenkomst

Alle afspraken met betrekking tot de in te zetten zorg, wordt vastgelegd in een zorgovereenkomst tussen cliënt en de zorgaanbieder. Alleen de door de SVB verstrekte zorgovereenkomsten worden geaccepteerd. Uitgangspunt bij de beslissing om de SVB verantwoordelijk te maken voor de opmaak van de overeenkomsten, is de uniformiteit en wettelijke rechtsgeldigheid van de documenten.

Met opmerkingen [AvL3]: Link naar SVB site met PGB formulieren toevoegen

Een nieuwe zorgovereenkomst wordt ingevuld om de volgende redenen:

1. Er is sprake van een nieuwe opdracht tussen opdrachtgever (cliënt) en opdrachtnemer (zorgaanbieder)
2. De zorgaanbieder gaat zorginhoudelijk ander werk leveren voor de cliënt
3. Het KvK nummer van de zorgaanbieder wijzigt
4. De cliënt krijgt zorg vanuit een nieuwe wet (bijvoorbeeld van JW naar WMO indien de jeugdige 18 wordt)

Indien binnen de overeenkomst de werktijden of vergoeding wijzigt, hoeft de cliënt alleen een wijzigingsformulier in te vullen.

Facturatie opties

Om als zorgaanbieder betaald te worden met behulp van een PGB, kan gekozen worden voor twee opties:

- Maandelijks vast bedrag: indien de zorg in de vorm van een onveranderlijk terugkerend pakket wordt opgezet, kunnen de cliënt en zorgaanbieder een maandelijks vast bedrag afspreken voor de ingezette zorg. Dit wordt dan beschreven in de overeenkomst.
- Facturatie (achteraf): Bij variabele inzet van zorg en/of begeleiding kunnen de cliënt en zorgaanbieder afspreken op basis van een urenregistratie facturen in te dienen. Dit vraagt een extra stap van de cliënt. Zij dienen de factuur namelijk achteraf digitaal of per post in te dienen bij de SVB. Deze controleert dan de factuur waarna uitbetaling volgt.

De SVB betaalt de zorgaanbieder in opdracht van de budgethouder. Indien blijkt dat de betaling van de factuur niet of te laat heeft plaatsgevonden, moet de zorgaanbieder eerst navraag doen bij de cliënt, gewaarborgde hulp of wettelijk vertegenwoordiger wat de reden hiervan is. Vanwege privacywetgeving mag de SVB alleen de budgethouder of zijn geregistreerde vertegenwoordiger informatie geven over betalingen.

Meest voorkomende redenen voor het niet uitbetalen van een factuur (Bron: SVB)

- De declaratie is niet door de budgethouder ondertekend.
- De SVB heeft de declaratie (niet op tijd) ontvangen.
- De zorgovereenkomst is gestopt.

Met opmaak: Voettekst, Tabstops: 10,25 cm, Gecentreerd

- Het uurtarief op de declaratie komt niet overeen met het uurtarief dat de zorgaanbieder met de budgethouder heeft afgesproken in de zorgovereenkomst.
- Op de declaratie staat niet aangegeven uit welk budget deze betaald moet worden.
- De budgethouder heeft onvoldoende budget om de declaratie te kunnen betalen.
- de declaratie heeft betrekking op een periode die nog niet verstreken is.

Kwaliteitseisen en PGB

Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz)

In de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg ([Wkkgz](#)) is door de overheid vastgelegd wat goede zorg inhoudt. De overheid vindt het namelijk belangrijk dat iedereen goede zorg ontvangt. De wet kent bepalingen die zien op kwaliteit en veiligheid in de zorg. Voor de zorgaanbieder brengt dit verschillende verplichtingen met zich mee.

Op wie is de wet van toepassing

Zorgaanbieders die zorg leveren als omschreven in de Wet langdurige zorg (Wlz) en de Zorgverzekeringswet (Zvw) moeten zich houden aan de regels uit de Wkkgz. PGB-zorg vanuit de Zvw of Wlz valt ook onder de wet. Daarnaast dienen solistisch werkende zorgaanbieders, privé- of particuliere klinieken aan de verplichtingen uit de wet te voldoen. De Wkkgz geldt niet voor ondersteuning uit de Wet maatschappelijke ondersteuning (WMO) en jeugdhulp (Jeugdwet). Echter kunnen de gemeenten wel hun eigen kwaliteitseisenpakket samenstellen. De zorgaanbieder is vanuit dit beleidskader wettelijk gebonden aan het bieden van de zorg die de gemeente eist.

Wlz

Wat is de betekenis van de wet voor de zorgaanbieder en de overige betrokken partijen
De wet is van groot belang voor alle zorgaanbieders die cliënten met een Wlz indicatie in zorg hebben. In geval van een PGB zal de administratie goed op orde moeten zijn en de kwaliteit op orde. Voor het zorgkantoor is de zorgaanbieder in het geval van het PGB amper tot niet in beeld, dit is anders als er malversaties worden verondersteld
Essentieel is dat de zorgplannen goed zijn, dat houdt in de praktijk in dat deze aan moeten sluiten op de gestelde indicatie en de specifieke zorgbehoefte van de cliënt en de doelen en rapportages daarop goed aansluiten.

Het zorgkantoor toetst of de zorgaanbieder de zorg doelmatig en rechtmatig levert. Indien dit niet het geval is dan kan het zorgkantoor de overeenkomst eventueel ontbinden en het betaalde geld terugvorderen van de zorgaanbieder. Bij een PGB is in eerste instantie de cliënt waarvan het geld teruggevorderd wordt. Is sprake van malversaties bij de zorgaanbieder en is cliënt te goeder trouw dan kan het zorgkantoor het geld terugvorderen bij de zorgaanbieder, op grond van het zogenaamde derdenbeding dat standaard in de overeenkomst wordt opgenomen.

WMO

Op welke wijze een PGB maatwerkvoorziening kan worden ingeregeld hangt af van het beleid dat de gemeente hier voor heeft geschreven. Per gemeente kan de aanbieder dus te maken krijgen met een ander beleid met betrekking tot de verstrekking van het PGB en de kwaliteitseisen.

Met het bepalen of de cliënt geschikt is voor PGB, kan er vooraf getoetst worden of de kwaliteit door de budgethouder voldoende is gegarandeerd door van de aanvrager te vragen, bijvoorbeeld in een persoonlijk plan, waar hij zijn ondersteuning zal inkopen, op welke manier deze ondersteuning bijdraagt aan zijn participatie en zelfredzaamheid en hoe de kwaliteit van de ondersteuning is gewaarborgd.

Overige voorwaarden ten aanzien van een PGB:

1. De cliënt heeft geen onjuiste of onvolledige gegevens verstrekt en de verstrekking van juiste of volledige gegevens zou tot een andere beslissing hebben geleid;
2. De cliënt heeft voldaan aan de aan het PGB verbonden voorwaarden;
3. De cliënt heeft het PGB niet voor een ander doel gebruikt.

Daarnaast hebben gemeenten de mogelijkheid een PGB te weigeren als de kosten van de diensten, hulpmiddelen, woningaanpassingen en andere maatregelen hoger zijn dan de kosten van de maatwerkvoorziening. Als een budgethouder toch een PGB wil, kan hij zelf de extra kosten bijbetalen.

Jeugdwet

De Jeugdwet verplicht aanbieders van jeugdhulp en jeugdbescherming om verantwoorde hulp te bieden. Dat is hulp die veilig en nuttig is. Aanbieders van jeugdhulp en jeugdbescherming moeten daarom voldoen aan de 'norm van de verantwoorde werktoedeling'. Dat wil zeggen dat zij voor elke hulpvraag de juiste hulpverlener inzetten. Deze jeugdhulpverlener heeft de kennis, kunde en ervaring in huis om goede hulp te bieden. Voor bepaalde taken en verantwoordelijkheden moeten geregistreerde jeugdhulpverleners worden ingezet. [Meer informatie vindt u in het Kwaliteitskader Jeugd.](#)

Daarnaast wordt van een aantal kwaliteitseisen zo fundamenteel geacht dat zij in de wet opgenomen zijn. Zo worden er landelijk uniforme eisen gesteld aan aanbieders van jeugdhulp, zoals de norm van verantwoorde hulp, het gebruik van een hulpverleningsplan of plan van aanpak als onderdeel van verantwoorde hulp of de verplichte verklaring omtrent het gedrag (VOG) voor alle medewerkers van een jeugdhulpaanbieder, en voor uitvoerders van kindbeschermingsmaatregelen en van jeugdreclassering.

Toezicht op jeugdhulp kent twee belangrijke uitgangspunten. Het eerste is dat jongeren en ouders erop mogen vertrouwen dat daar waar wettelijke kwaliteitseisen worden gesteld aan jeugdhulp, er ook controle plaats vindt op de naleving van die voorschriften. Het tweede uitgangspunt is dat het belangrijk is voor de uitvoerders (jeugdhulpaanbieders en gecertificeerde instellingen) om te weten waarop zij gecontroleerd worden en welke gevolgen het niet naleven van de wet kan hebben.

Bij de toezicht op de uitvoering van de Jeugdwet en de daaraan verbonden geleverde zorg zijn verschillende partijen betrokken.

1. De overheid zal toezicht houden op de gesloten vormen van jeugdhulp, het van staatswege ingrijpen (verplichte maatregelen van jeugdbescherming en jeugdreclassering) en mogelijk op sommige vormen van gespecialiseerde jeugdhulp.
2. In de Jeugdwet is het toezicht op de kwaliteit belegd bij de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd. De IGJ kan sancties opleggen en aanwijzingen geven. Het verschil met de Wmo 2015 is dat het aanwijzen van een gemeentelijk toezichthouder niet verplicht is. De Jeugdwet kent een dergelijke verplichting niet

voor gemeenten, maar sluit het aanwijzen van een gemeentelijk toezichthouder ook niet uit.

3. Maar in het kader van contractering, samenwerking en afstemming en monitoring heeft de gemeente een rol bij het toezicht op / controleren van de kwaliteit. De ministeriële regeling Jeugdwet geeft gemeenten meer armslag voor onder meer materiële controle en fraudebestrijding binnen de Jeugdwet. Net als in de Wmo 2015 is in de Jeugdwet geregeld dat de gemeente in de verordening regels stelt om misbruik en oneigenlijk gebruik te bestrijden (zie art. 2.9 lid d Jeugdwet). De verantwoordelijkheid voor het toezien op rechtmatigheid ligt dus bij de gemeente.

Zvw

Ongeacht of een zorgaanbieder binnen de Zvw zorg verleent vanuit het basispakket, aanvullende verzekering, ZIN of PGB; zij zijn gebonden aan de kwaliteitseisen die gelden binnen de Wkkgz en/of kwaliteitsregisters.

Trekkingsrecht PGB

Mensen met een indicatie voor zorg kunnen onder voorwaarden aanspraak maken op een persoonsgebonden budget (PGB). Met dit budget kunnen cliënten zelf hun zorg organiseren en zorgverleners kiezen. De cliënt krijgen het budget niet in geld, ze krijgen een zogenoemd 'trekkingsrecht'. Dit houdt in dat de sociale verzekeringsbank (SVB) het geld voor de betreffende persoon beheert. De SVB verzorgt dan ook de betalingen aan de zorgverleners. De client bepaalt wel zelf wie de zorg geeft. Het trekkingsrecht is bedoeld om verkeerd gebruik van het PGB tegen te gaan.

Er zijn voorwaarden verbonden aan het al of niet krijgen van een PGB:

- Bepaalde vormen van zorg zijn uitgesloten van PGB. De gemeente legt dit vast in de gemeentelijke verordening;
- PGB mag nooit duurder zijn dan zorg in natura. In de Jeugdwet is het wel mogelijk om eventuele meerkosten zelf bij te betalen;
- PGB kan alleen gebruikt worden voor individuele voorzieningen. Algemene voorzieningen worden alleen geleverd via natura zorg.
-
- Betrokken ketenpartners, waaronder de BVKZ, binnen het landelijk stelsel van het Trekkingsrecht PGB, werken samen aan verbetering van het trekkingsrecht. Meer informatie vindt u op www.mijnpgb.nl

iPGB

iPGB is een informatiestandaard die inzicht geeft in de gegevensuitwisseling op het gebied van het trekkingsrecht PGB tussen gemeenten, zorgkantoren en de Sociale Verzekeringsbank (SVB).

Sinds 1 januari 2015 is het trekkingsrecht PGB ingevoerd. De SVB betaalt de aanbieder van zorg en ondersteuning voor geleverde zorg uit het door gemeente of zorgkantoor beschikbaar gestelde budget. De SVB is budgetbeheerder.

Eenduidige en efficiënte informatie-uitwisseling

Om het PGB op een goede manier te beheren, heeft de SVB gegevens nodig van gemeenten en zorgkantoren. Voor eenduidige en efficiënte informatie-uitwisseling is standaardisatie van het berichtenverkeer noodzakelijk. Dat heeft geleid tot de informatiestandaard iPGB 1.0.

Met opmaak: Kop 1

Met opmaak: Voettekst, Tabstops: 10,25 cm,
Gecentreerd