

Vergaderjaar 2024–2025

**25 657**

## **Persoonsgebonden Budgetten**

**Nr. 363**

### **BRIEF VAN DE STAATSSECRETARIS VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT**

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 20 december 2024

De afgelopen maanden sprak ik veel mensen die afhankelijk zijn van zorg. Deze gesprekken hebben grote indruk op mij gemaakt. Ik zag dat sommige mensen hun zorg en ondersteuning het liefst zelf in hun eigen huis willen organiseren. Het persoonsgebonden budget (pgb) biedt in die gevallen een mooie aanvulling op de zorg in natura. Met een pgb kunnen mensen hun zorg zo organiseren dat het aansluit bij hun eigen leven thuis, hun werk, hun school en hun hobby's. Op dit moment gaat het om een substantiële groep van circa 120.000 personen, waarvan ruim de helft zijn pgb krijgt uit de Wet Langdurige Zorg (*CBS 2024, statline*).

Ik hoorde in mijn gesprekken ook dat de complexiteit van het pgb groot is. Daarom wil ik het pgb vereenvoudigen. Dit is geen gemakkelijke opgave omdat pgb's niet in één wet geregeld zijn, maar in vier verschillende wetten die allemaal anders georganiseerd zijn. Wijzigingen in de ene wet kunnen doorwerken naar de andere wetten. Daarnaast kan vereenvoudiging voor budgethouders complexiteit opleveren voor andere partijen – zoals zorgaanbieders, geldverstrekkers of de Sociale Verzekeringsbank (SVB). Deze afhankelijkheden spelen ook bij het PGB Portaal dat budgethouders ondersteunt bij het beheer van hun budgetten.

In deze context richt ik me op het aanpakken van een beperkt aantal thema's die het werken met pgb's echt makkelijker maken.

Ik wil het pgb op de volgende punten vereenvoudigen:

- Informele zorg
- Werkgeverschap
- Het «van-het-kastje-naar-de-muur» gevoel wegnemen

Daarnaast zet ik een aantal initiatieven van mijn ambtsvoorganger voort en ga ik in deze brief ook in op de resultaten die sinds de vorige pgb-brief bereikt zijn. Ik doe dit aan de hand van de thema's uit de bestaande

pgb-agenda. In de bijlage bij deze brief is tenslotte een overzicht opgenomen van openstaande moties en toezeggingen over het pgb.

### **De belangrijkste punten in deze brief zijn:**

A: Agenda voor vereenvoudiging van het pgb

Ik ga als volgt aan de slag met de vereenvoudiging van het pgb:

- ten eerste wil ik de informele zorg in het sociaal domein op een andere manier inrichten: dit betreft in elk geval de Wmo2015 en de Jeugdwet,
- ten tweede onderzoeken we de mogelijkheden om het werkgeverschap van budgethouders te verlichten,
- ten derde wil ik werken aan het principe dat mensen bij elke toegangsdeur de juiste weg naar passende zorg gewezen worden.

B. Resultaten uit de afgelopen periode

- Alle zorgkantoren zullen verplicht een pgb op maat gaan toepassen per 1 januari 2025. De Regeling langdurige zorg is hiervoor gewijzigd. Dit past in de beweging naar passende zorg. Budgethouders die al een pgb hadden, krijgen een pgb op maat voor 2028.
- Per 1 juli 2024 is de verplichte gewaarborgde hulp afgeschaft in de Regeling langdurige zorg. Nieuwe budgethouders kunnen zich sindsdien alleen nog laten vertegenwoordigen door een wettelijk vertegenwoordiger of gevolmachtigde. Budgethouders die al een pgb hadden, hebben de tijd om dit aan te passen tot uiterlijk 1 juli 2028.
- Er is een handreiking pgb-tarieven sociaal domein ontwikkeld, waarin uniforme en transparante methoden zijn uitgewerkt voor gemeenten om tot toereikende tarieven te komen.
- Steeds vaker wordt in de praktijk van de Zvw en Wmo pgb een verlengde toekenning verleend in situaties van een stabiele zorgvraag.
- In samenwerking met Per Saldo zijn pilots gestart waarin budgethouders en consulenten worden toegerust voor het werken met een pgb.
- Het Zorginstituut Nederland heeft het addendum «Verduidelijking inzet ouders bij kindzorg» opgesteld. Die gaat over de scheidlijn tussen zorg die van ouders verwacht mag worden én zorg die valt onder de verzekerde zorg uit de Zorgverzekeringswet (Zvw).<sup>1</sup>

### **A. Agenda voor vereenvoudiging van het pgb**

#### **1. Informele zorg en hulp van naasten**

Uit gesprekken die met gemeenten zijn gevoerd, blijkt dat het begrip «informele zorg» in het pgb onduidelijk is. Om hier iets aan te doen, wil ik de komende periode de regels over informele zorg in het pgb, in elk geval in het sociaal domein, herzien. Hiermee geef ik invulling aan de motie van lid Westerveld over in hoeverre het informele tarief toereikend is voor zorgverleners zonder BIG- of KVK-registratie<sup>2</sup> en beschouw ik deze als afgedaan.

In de Wmo2015 en de Jeugdwet bestaat de groep «informele zorgverleners» feitelijk uit twee groepen die wezenlijk van elkaar verschillen, namelijk:

- Personen die beroepsmatig zorg leveren maar lager gekwalificeerd zijn. Zij hebben bijvoorbeeld geen BIG of SKJ-registratie. Deze groep heeft vaak een mbo-achtergrond (mbo of langjarige praktijkervaring).
- Personen uit het sociaal netwerk van de cliënt, zoals familie en vrienden. Deze personen hebben veelal geen zorgopleiding.

<sup>1</sup> Hierover is de Kamer op 3 oktober jl. geïnformeerd: Kamerstukken 34 104, nr. 347

<sup>2</sup> Kamerstukken 2021/22 36 200 XVI, nr. 117

Deze groepen verschillen in kwalificatie en relatie tot de budgethouder, maar vallen in het pgb beide in de categorie «informeel pgb». De meeste gemeenten hanteren voor deze beide groepen één tarief voor informele zorgverleners. Het gevolg hiervan kan zijn dat dit tarief voor de ene zorgverlener te hoog is en voor de andere te laag. Met name dit laatste heeft de afgelopen periode geleid tot Kamervragen en een aantal moties over passende pgb-tarieven voor pgb-zorgverleners. Twee uitspraken van de Centrale Raad van Beroep<sup>3</sup> hebben er toe geleid dat gemeenten alle informele zorgverleners moeten belonen volgens de CAO-VVT (circa € 24 p/u<sup>4</sup>). Voor gemeenten levert dit een verhoging op van kosten voor het informele pgb. Vóór deze uitspraak konden gemeenten het informeel tarief namelijk ook baseren op het Wettelijk minimum loon (circa € 14 p/u).

Ik vind de verhoging van gemeentelijke tarieven voor informele zorg verdedigbaar voor de groep met een meerjarige zorgopleiding of langjarige praktijkervaring, maar onwenselijk voor zorgverleners die afkomstig zijn uit het sociaal netwerk van de budgethouder. Daarom wil ik het mogelijk maken dat gemeenten onderscheid kunnen maken in de tarieven voor beroepsmatig geleverde zorg en voor de zorg geleverd door het sociaal netwerk. Ik zal bezien of dit onderscheid ook voor de pgb's buiten het sociaal domein gemaakt moet worden.

Een ander onderdeel van de oriëntatie op vereenvoudiging van het pgb, betreft de kleinere pgb's in het sociaal domein. Uit onderzoek blijkt dat de meeste informele zorgverleners die via de gemeenten worden ingezet kleine bedragen verdienen met hun pgb-zorg<sup>5</sup>. Bij deze pgb's is het de vraag of de administratieve (pgb) lasten bij budgethouders, zorgverleners, verstrekkers en de SVB, opwegen tegen de baten. Dit geldt ook voor de investeringen in ICT. Ik verken daarom of in deze situaties eventueel een (verantwoordingsvrije) vergoeding, naar Vlaams of Duits model mogelijk is, met inachtneming van beleidsruimte van gemeenten. Dit is eenvoudiger dan een pgb en voor budgethouders een enorme lastenverlichting.

## **2. Werkgeverschap**

Het pgb geeft ruimte om zelf zorg in te kopen op de gewenste momenten, bij zorgverleners die qua ervaring en deskundigheid het best bij de budgethouder passen. Deze vrijheid betekent óók dat de budgethouder zelf de zorgverleners aanstuurt. Door geldende wet- en regelgeving, ontstaat er een arbeidsrelatie tussen budgethouder en zorgverlener.

Dat werkgeverschap is ingewikkeld omdat je als budgethouder een aantal belangrijke plichten moet vervullen. Gelukkig zie ik dat de SVB budgethouders op veel werkgeverstaken ondersteunt. Dit begint al bij het doen van de loonadministratie en de aangifte daarvan bij de Belastingdienst. Maar de budgethouder is uiteindelijk verantwoordelijk voor het uitvoeren van goed werkgeverschap. Dit is geen gemakkelijke rol omdat de praktijk van het pgb niet altijd passend is in het arbeidsrecht. Bijvoorbeeld wanneer de behoefte aan flexibiliteit bij budgethouders schuurt met de zekerheid voor zorgverleners.

<sup>3</sup> CrvB d.d. 16/8/2023, zaaknummers 21/4010 WMO15 (huishoudelijke ondersteuning) en 20/3307 WMO15 (individuele begeleiding)

<sup>4</sup> Het genoemde bedrag is gemiddeld voor individuele begeleiding en ligt iets lager voor huishoudelijke hulp.

<sup>5</sup> KPMG 2021, Rapportage onderzoek financiering informele zorg – Een verdiependonderzoek naar de aard van informele zorg die met een persoonsgebonden budget. Hieruit blijkt dat het merendeel van de zorgverleners een «inkomen» tussen de € 0 en € 500 per maand verdient.

Om dit aan te pakken, start ik met een verkenning naar oplossingen. Tijdens deze verkenning verzamel ik alle goede ideeën, ingebracht door partijen uit de hele pgb-keten. Vervolgens kijk ik, met hen samen, of deze (juridisch) haalbaar en uitvoerbaar zijn en geen extra administratieve last opleveren of niet binnen de bestaande financiële kaders passen. Met deze verkenning geef ik invulling aan enkele moties van Kamerlid Agema over hoe het werkgeverschap voor budgethouders significant vereenvoudigd kan worden<sup>6</sup>.

Het vinden van oplossingen is extra belangrijk omdat op dit moment een wijziging van de Werkloosheidswet en enige andere wetten wordt voorbereid. Dit als gevolg van de voorgenomen wijziging van de Regeling dienstverlening aan huis (Rdah)<sup>7</sup>. Met dit wetsvoorstel wordt recht gedaan aan de rechterlijke uitspraak<sup>8</sup> die stelt dat het gebruik van de Rdah binnen het pgb voor indirecte discriminatie zorgt. De nieuwe regels zorgen ervoor dat het aantal volwaardige arbeidsovereenkomsten in het pgb flink toe zal nemen. Om nu al zo goed mogelijk voorbereid te zijn op dit wetsvoorstel, tref ik voorbereidingen om budgethouders, zorgverleners en de pgb-keten zo goed mogelijk hierover te informeren.

### **3. Het gevoel van het kastje naar de muur gestuurd te worden**

Uw Kamer heeft mij via twee moties<sup>9</sup> opgeroepen om de dienstverlening richting budgethouders te verbeteren. In deze moties gaat het daarbij over het gevoel van het kastje naar de muur gestuurd te worden. Ik herken dat het voor budgethouders soms onduidelijk is hoe ze precies de zorg en ondersteuning moeten regelen en bij welk loket ze dan moeten aankloppen. Dit is zeker het geval wanneer mensen te maken hebben met zorg en ondersteuning uit meerdere wetten. Ik neem dit signaal serieus. Daarom ben ik gestart met een bredere inventarisatie van de grootste knelpunten voor budgethouders maar ook voor mensen die gebruikmaken van zorg in natura. Hierbij wordt ook in kaart gebracht wat er al gebeurt om deze knelpunten op te lossen. Zo kan ik versterken wat er al loopt en vaststellen wat aanvullend nodig is. Dit doe ik binnen de context van de werkagenda bij de nationale Strategie VN-verdrag Handicap 2040. Hier heb ik uw Kamer op 9 december jl. een brief over gestuurd<sup>10</sup>.

Tenslotte wil ik aandacht vragen voor de mogelijkheden die er al zijn om mensen die zorg nodig hebben te ontzien. Niets weerhoudt gemeenten en verzekeraars ervan om goed samen te werken bijvoorbeeld bij de indicatiestelling. Dit kan de belasting voor zorgvragers fors verkleinen, zoals ook bleek uit verschillende pilots. Ik noem hier Enschede-Zuid waar met deze vorm van netwerksamenwerking is geoefend. De lessen van deze werkwijze zijn vastgelegd in een handreiking die breed kan worden toegepast. Ik zal de implementatie hiervan, in samenwerking met de Beroepsvereniging Verzorgenden Verpleegkundigen (V&VN), de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN), van harte ondersteunen.

## **B. Resultaten uit de afgelopen periode**

De resultaten die sinds de laatste Kamerbrief (van 5 juli 2023) (Kamerstuk 24 170, nr. 287) zijn behaald, beschrijf ik hieronder aan de hand van de pgb-agenda van mijn ambtsvoorganger. Hierbij is ook een paragraaf

<sup>6</sup> Kamerstukken 2021/22 25 657, nr. 349 en Kamerstukken 2023/24 29 282, nr. 567

<sup>7</sup> Wetsvoorstel aanpassing Regeling dienstverlening aan huis (Rdah)

<sup>8</sup> ECLI:NL:CRVB:2023:481

<sup>9</sup> Kamerstukken 2021/2022, 25 657, nr. 346 -en- Kamerstukken 2021/2022, 25 657, nr. 344

<sup>10</sup> Kamerstukken II 2023/24, 24 170, nr. 334

toegevoegd over het Addendum «Verduidelijking inzet ouders bij kindzorg» van het Zorginstituut NL.

## **1. Toegang en toerusting**

### *Pgb op maat binnen de Wlz*

In de vorige brief informeerde de toenmalig verantwoordelijk Minister u over het Kabinetsbesluit dat zorgkantoren vanaf januari 2025 starten met het verplicht toekennen van een pgb op maat aan budgethouders binnen de Wet langdurige zorg (Wlz). De regeling langdurige zorg heb ik hierop aangepast. Met pgb op maat streef ik naar passende zorg met behoud van eigen regie. Zorgkantoren kennen een budget toe dat past bij de zorgvraag van de individuele budgethouder. Dit betekent dat niet meer automatisch het totale basisbedrag wordt toegekend dat hoort bij de indicatie van het Centrum Indicatiestelling Zorg. Maar dat het zorgkantoor in overleg met de budgethouder bekijkt wat een bij de zorgvraag passende zorginzet is. Eerder zijn in een pilot goede ervaringen opgedaan met deze werkwijze voor nieuwe budgethouders. De introductie van pgb op maat voor alle budgethouders zal worden gevolgd en geëvalueerd.

Ik heb ZN/zorgkantoren gevraagd zich tijdig voor te bereiden op het implementeren van deze werkwijze voor alle budgethouders. ZN heeft een projectplan opgesteld. Momenteel werkt ZN met de zorgkantoren en andere stakeholders aan een goede voorbereiding, uitvoering en communicatie. Daarbij treffen zorgkantoren een zorgvuldige voorbereiding van budgethouders en zorgverleners op de overgang voor bestaande budgethouders naar pgb op maat.

Ik vind het belangrijk dat de werkwijze pgb op maat zoveel mogelijk uniform wordt toegepast en er eenvoudige procedures worden ingericht. Ook in gevallen dat er acuut meer zorg nodig is, moeten budgethouders snel duidelijkheid krijgen. Hierover maak ik afspraken met zorgkantoren. Daarnaast blijf ik in nauw contact met Per Saldo over signalen tijdens de invoering.

### *Gewaarborgde hulp*

In de vorige Kamerbrief over het pgb<sup>11</sup> bent u geïnformeerd over het voornemen om de gewaarborgde hulp (GH) te schrappen. Deze wijziging is per 1 juli 2024 ingegaan met een wijziging van de Regeling langdurige zorg (Rlz). Budgethouders die al een pgb hadden, hebben de tijd om dit aan te passen tot uiterlijk 1 juli 2028. Voor het pgb wordt aangesloten bij de uitgangspunten en bestaande vertegenwoordigingsvormen in het Burgerlijk Wetboek (BW). Zo borgen we dat de vertegenwoordiger van een budgethouder bevoegd is voor het verrichten van rechtshandelingen namens de budgethouder.

Handelingsbekwame, pgb-vaardige mensen kunnen zelf het pgb-Wlz beheren. Als de budgethouder zelf niet pgb-vaardig is, kan hij de hulp inschakelen van een pgb-vaardige gemachtigde. Het zorgkantoor bepaalt of de budgethouder pgb-vaardig is. Indien sprake is van handelingsonbekwaamheid beheert een door de rechter aangewezen pgb-vaardige wettelijk vertegenwoordiger het pgb.

---

<sup>11</sup> Kamerstukken 2022/2023, 25 657, nr. 356

In maart 2024 is de website [www.gesprekeigenregie.nl](http://www.gesprekeigenregie.nl) gelanceerd. De informatie op de website ondersteunt (aankomende) bewoners van kleinschalige wooninitiatieven en hun vertegenwoordigers om met de zorgaanbieder het goede gesprek te voeren over eigen regie. Op de site kunnen zij een persoonlijke vragenlijst samenstellen met onderwerpen die voor hen belangrijk zijn. Zo zijn er vragen over de dagindeling in een wooninitiatief, over zeggenschap door cliënten en over de inzet van zorg en begeleiding. De vragenlijst helpt cliënten (en zorgaanbieders) bij het in kaart brengen en vormgeven van eigen regie in een kleinschalig wooninitiatief. Dat draagt bij aan de juiste inzet van het pgb in wooninitiatieven, maar ook aan eigen regie in wooninitiatieven die werken met gecontracteerde zorg. Ik ben trots op het resultaat, dat samen met cliënten- en brancheorganisaties tot stand kwam.

#### *Pilot toerusting budgethouders Wlz*

De pilot Toerusting kandidaat-budgethouders van Zilveren Kruis en Per Saldo is eind 2023 afgerond. Hierbij informeer ik uw Kamer over de resultaten. In de bijlage bij deze brief zend ik de eindrapportage mee<sup>12</sup>.

In deze pilot boden Zilveren Kruis en Per Saldo extra voorlichting en ondersteuning aan kandidaat Wlz-budgethouders en/of hun vertegenwoordigers. Die voorlichting en ondersteuning richtte zich op het keuzeproces voor een passende leveringsvorm: pgb of zorg in natura. Zo wilden Zilveren Kruis en Per Saldo cliënten beter toerusten. Die toerusting gaat over een weloverwogen keuze en een beter beheer van het pgb. Met vragenlijsten zijn de ervaringen van de deelnemers onderzocht.

Er was sprake van een lagere respons dan verwacht. Met 41 respondenten is voorzichtigheid geboden bij interpretatie van de resultaten:

- Ten eerste bleek dat de helft van de respondenten al in de aanvraag van de Wlz-indicatie informatie opvroeg bij onafhankelijke cliëntondersteuning.
- Ten tweede lijkt er bij cliënten ook na indicatiestelling, in de fase van het aanvragen van het pgb-Wlz, behoefte aan advies en ondersteuning te bestaan.
- Ten derde merkte Per Saldo op dat deelnemers van de pilot minder pgb-kennis bleken te bezitten, dan zij zelf dachten; zij zijn «onbewust onbekwaam».
- Ten vierde ontvingen enkele deelnemers aan de pilot informatie over het pgb bij hun zorgverlener; dit kan zorgen voor onvolledige of gekleurde informatie.
- Ten slotte lijken cliënten tevreden met hun keuze voor het pgb; ze ervaren geen problemen bij het beheren van het pgb.

De opgedane kennis wordt meegenomen in verdere verbetering van cliëntondersteuning en het aanvraagproces.

#### *Huisbezoeken Wlz*

Zoals aangekondigd in de Kamerbrief van 23 december 2022 (Kamerstuk 25 657, nr. 354), heeft een deel van de huisbezoeken door zorgkantoren de afgelopen twee jaar via videobellen plaatsgevonden. In deze periode onderzocht ZN met zorgkantoren of een digitaal huisbezoek een volwaardig alternatief kan zijn voor een fysiek huisbezoek. Ook toetsten zij of een digitaal huisbezoek bijdraagt aan een doelmatigere uitvoering van

---

<sup>12</sup> Zilveren Kruis en Per Saldo (29 december 2023), Pilot toerusting (kandidaat) Wlz-budgethouders

de Wlz. Uit de onderzoeksresultaten, die onlangs beschikbaar zijn gekomen, blijkt dat een digitaal huisbezoek in sommige situaties een volwaardige vervanging kan zijn voor een fysiek huisbezoek. In die gevallen levert dit een bijdrage aan een doelmatigere uitvoering van de Wlz. Er zijn echter ook omstandigheden waarin een fysiek huisbezoek nodig blijft. Zo is het belangrijk dat een budgethouder te allen tijde kan kiezen voor een fysiek huisbezoek. Met ZN maak ik afspraken over de situaties waarin een digitaal huisbezoek kan worden overwogen en wanneer een fysiek huisbezoek nodig is. Met deze afspraken wordt het digitale huisbezoek als uitvoeringsoptie voor het zorgkantoor toegevoegd.

#### *Pilot toerusting budgethouders Wmo 2015 en Jeugdwet*

In mijn opdracht is Per Saldo in het sociaal domein een pilot gestart met zestien gemeenten. Inwoners die aangeven een pgb te willen, krijgen aan het begin van het traject een training aangeboden. Deze pilot heeft als doel om budgethouders beter toe te rusten en goed te informeren voordat zij voor een pgb kiezen. Onderdeel van deze pilot is dat budgethouders duidelijk wordt gemaakt welke taken en verantwoordelijkheden er komen kijken bij het beheren van een pgb. Zo kunnen zij een bewuste keuze maken voor een pgb óf voor gecontracteerde zorg. Het beter toerusten van budgethouders helpt om fouten te voorkomen.

Aanvullend op deze toerusting van budgethouders organiseert Per Saldo goed bezochte en gewaardeerde trainingen voor consultants van de deelnemende gemeenten. Dit stelt hen in staat het goede gesprek te voeren met potentiële budgethouders en draagt bij aan het doel van bewust kiezen voor een pgb.

#### *Handreiking toereikende tarieven voor gemeenten*

Gemeenten stellen bij de indicatie de hoogte van pgb's vast. Bij het bepalen van tarieven hebben gemeenten ruimte om te differentiëren tussen zorgaanbieders, zzp'ers en ondersteuning vanuit het sociaal netwerk. De tarieven moeten toereikend zijn zodat budgethouders passend invulling kunnen geven aan hun zorgvraag. In de praktijk blijkt dat gemeenten pgb-tarieven op verschillende wijze opbouwen. Daarbij is niet altijd transparant hoe een tarief tot stand komt en ontstaan soms (grote) verschillen tussen gemeenten.

Om duidelijkheid te bieden over de opbouw van de pgb-tarieven heeft mijn voorganger in samenwerking met VNG, Per Saldo en BVKZ een praktische handreiking «toereikende pgb-tarieven sociaal domein» laten ontwikkelen. De handreiking is als bijlage bij deze brief gevoegd. Daarmee is invulling gegeven aan de moties van het lid Westerveld c.s.<sup>13</sup> en het lid Agema<sup>14</sup> en zijn deze twee moties afgedaan.

In de handreiking worden methodische handvatten geboden om op basis van kostencomponenten tot een toereikend pgb-tarief te komen. Daarbij blijft het voor gemeenten mogelijk om op passende wijze te differentiëren. Ook helpt het gemeenten in hun lokale verordening aan te geven hoe het betreffende tarief tot stand is gekomen. De handreiking is een welkome aanvulling op het instrumentarium van gemeenten. Ik ga er van uit dat Per Saldo en de VNG samen erop toezien dat de handreiking breed verspreid en gebruikt wordt en het komende jaar tot wasdom komt in de lokale uitvoeringspraktijk.

<sup>13</sup> Kamerstukken 2021/22 25 657, nr. 345

<sup>14</sup> Kamerstukken 2021/22 25 657, nr. 348

Net als de voormalig verantwoordelijke Minister ben ik van mening dat een passende, langere beschikkingsduur de norm zou moeten zijn voor mensen met een stabiele zorgvraag. De Wmo 2015 en de Jeugdwet bieden ook de ruimte om langdurig te beschikken waar dat passend is. Toch waren er signalen dat gemeenten – ondanks een stabiele zorgvraag – regelmatig kortdurend beschikken. Daarom is ook hierover een handreiking gemaakt: Handreiking verrassend passend (vng.nl). Een inventarisatie door de regioadviseurs van het platform sociaal domein wees uit dat veel gemeenten aan de slag zijn met langdurig(er) beschikken, met name in de Wmo 2015. Dit beeld werd bevestigd tijdens werkbezoeken die VWS aan dertig gemeenten heeft gebracht. Ik juich deze ontwikkeling toe: behalve dat dit rust geeft voor budgethouders, leidt het ook tot minder administratieve lasten bij budgethouders, gemeenten en uitvoerders zoals de SVB en het CAK. De motie van de leden Westerveld en Krul, verzoekt de regering te regelen dat (in alle zorgwetten) langdurige indicaties worden afgegeven voor mensen met een levenslange beperking en deze cliënten inspraak te geven op de termijn waarbinnen herindicatie plaatsvindt<sup>15</sup>. Ik heb toegezegd uw Kamer hier in het eerste kwartaal van 2025 nader over te informeren. In ieder geval ben ik blij dat veel gemeenten wel al uitvoering geven aan de oproep uit deze motie en dit in praktijk brengen.

#### *Evaluatie verlengde toekenning Zvw-pgb in afrondende fase*

Per mei 2023 is de werkwijze verlengde toekenningen voor budgethouders met een chronische en stabiele zorgvraag in het Zvw-pgb gestart. Eerder is aan uw Kamer toegezegd dat de werkwijze en de inhoud van de handreiking hierover wordt geëvalueerd. Het doel van deze evaluatie is om op basis van kwalitatieve ervaringen én kwantitatieve gegevens in beeld te brengen hoe de huidige aanpak functioneert. Inmiddels is de evaluatie in de afrondende fase. De evaluatie zal op zeer korte termijn worden besproken met de bestuurlijke partijen rond het Zvw-pgb (V&VN, Zorgverzekeraars Nederland, per Saldo, VWS). Op basis van dit overleg bekijken we of de aanpak verder kan worden geoptimaliseerd. Ik zal uw Kamer in het voorjaar van 2025 informeren over de evaluatie en mogelijke optimalisaties van de aanpak.

## **2. Addendum verduidelijking inzet ouders bij kindzorg**

Zoals ik tijdens het debat over Medische Kindzorg 10 oktober jongstleden heb toegezegd, kom ik terug op de vragen die tijdens dat debat zijn gesteld over het «Addendum – Verduidelijking inzet ouders bij kindzorg»<sup>16</sup>. Ook ga ik, zoals verzocht door het lid Bevers (VVD), in op de brief aan uw Kamer van de beroepsvereniging Verzorgenden en Verpleegkundigen (V&VN) en Kinderverpleegkunde.nl. Daarbij neem ik de signalen mee die ik ontving van verschillende kinderverpleegkundigen.

#### *Aanleiding addendum*

Betrokkenen bij de medische kindzorg, met name ouders, hebben vragen over de scheidslijn tussen zorg die van ouders verwacht mag worden én zorg die valt onder de verzekerde zorg uit de Zvw. De zorg van deze ouders is dat hun inzet bij de indicatie te vaak onder «vrijwillige zorg» valt. Daardoor kan het aantal uren lager uitvallen dan mogelijk is. In dat kader

<sup>15</sup> Kamerstukken 34 104, nr. 389

<sup>16</sup> Kamerstukken 34 104, nr. 413



is een motie aangenomen van het voormalig lid Agema (PVV)<sup>17</sup> om met een steekproef te onderzoeken of kinderverpleegkundigen te weinig uren indiceren. Ik vind het belangrijk dat zorg als zorg gezien wordt en dus ook zo geïndiceerd én vergoed wordt. Bij de indicatiestelling staat te allen tijde het belang van het kind centraal: kinderen hebben recht op goede medische zorg en ondersteuning. De onduidelijkheid over de bovengenoemde scheidslijn, was de reden voor mijn voorganger het Zorginstituut Nederland te vragen een addendum op te stellen. Ik benadruk dat het addendum geen wijziging van de aanspraak is. Het gaat enkel om een nadere uitleg is van de bestaande aanspraken. Met de publicatie van het addendum is de motie afgedaan.

#### *Vragen tijdens het debat van 10 oktober jongstleden*

Het addendum riep tijdens het debat enkele vragen op. Zo vroeg het lid Joseph (NSC) of de zinsnede «als ouders dit niet vrijwillig kunnen of willen leveren»<sup>18</sup> uit het addendum geschrapt kan worden. Ik zie daar geen reden toe. Bij ieder indicatieproces voor verpleging en verzorging in de Zvw (ook als de zorg uiteindelijk in natura geleverd wordt) brengt de wijkverpleegkundige in kaart wat de omgeving zelf wil en kán doen. Er kunnen allerlei redenen zijn waarom de omgeving (zoals ouders) besluit om vrijwillig zorg te leveren buiten de inzet van betaalde zorgverleners om. Bijvoorbeeld omdat ouders op minder momenten zorgprofessionals over de vloer willen hebben. Of omdat zij hun gezinsritme niet willen aanpassen aan het schema van deze zorgprofessionals. Kortom: ouders kunnen – als zij door de kinderverpleegkundige bekwaam worden geacht – er altijd voor kiezen om een deel van de zorg vrijwillig buiten de indicatie om te leveren. Dit geldt voor het pgb, maar ook voor zorg die in natura wordt geleverd. Dat ouders een deel van de zorg zelf leveren, is echter niet afdwingbaar. Dit geeft ook antwoord op de vraag van lid Westerveld (GroenLinks-PvdA): «Wanneer geef je bepaalde zorg vrijwillig en wanneer doe je dat als mantelzorger?». Zorg die onder de Zvw valt, wordt alleen vrijwillig geleverd als ouders daar actief voor kiezen. Zij hebben dus ook de keuze om de zorg volledig of voor het grootste deel door zorgprofessionals te laten leveren.

Het lid Krul (CDA) vroeg of de term «geneeskundige context», die in het addendum wordt gebruikt, een versmalling van de aanspraak is van de wijkverpleging en of persoonlijke verzorging onder de aanspraak van de wijkverpleging valt. Het antwoord hierop is helder: de formulering over «geneeskundige context» is geen versmalling van de aanspraak. Om aanspraak te maken op zorg vanuit de Zvw is een behoefte aan geneeskundige zorg (of een hoog risico hierop) noodzakelijk. Dit is wat bedoeld wordt met de term «geneeskundige context». Als er eenmaal sprake is van een geneeskundige context, valt ook persoonlijke verzorging onder de aanspraak van de Zvw. Daarnaast is het begrip «geneeskundige context» relevant in relatie tot de afbakening met de Jeugdwet. Als sprake is van een geneeskundige context betreft het Zvw-zorg. Zo niet, dan valt de zorg onder de Jeugdwet. Hiermee beantwoord ik ook de vraag van dhr. Krul met betrekking tot de afbakening van de Jeugdwet ten opzichte van de Zvw.

#### *De zorgen van kinderverpleegkundigen*

V&VN en Kinderverpleegkunde.nl hebben in hun brief hun zorgen geuit over het addendum. Zij vrezen dat publicatie van het addendum de

<sup>17</sup> Kamerstukken 34 104, nr. 389

<sup>18</sup> tekst addendum: «Kinderverpleegkundigen gaan tijdens de indicatiestelling na wat ouders of het netwerk zelf vrijwillig kunnen en willen doen»

kinderverpleegkundige expertise beperkt bij het organiseren van passende zorg voor het kind. Daarnaast heb ik van kinderverpleegkundigen signalen ontvangen dat zij menen dat het addendum tot ongewenste situaties kan leiden. Kinderverpleegkundigen kunnen hierbij bijvoorbeeld het gevoel krijgen te moeten besluiten over het inkomen van de ouders, terwijl de zorgvraag van het kind centraal moet staan. Ik begrijp de zorgen van de beroepsgroep over de mogelijke gevolgen in de praktijk. Toch wil ik benadrukken dat het addendum juist bedoeld is om meer duidelijkheid te creëren. Zowel voor ouders als voor de kinderverpleegkundigen. Het addendum verduidelijkt wanneer de inzet van ouders bij zorg voor kinderen moet worden meegenomen in de indicatie voor de Zvw en wanneer niet. Juist de expertise van de kinderverpleegkundige is hierbij van belang. Zo is het aan de kinderverpleegkundige om duidelijke verpleegdoelen te stellen. En om vast te stellen of ouders over voldoende kennis en kunde beschikken om de zorg te leveren. Dit doet zij vanuit haar professionele autonomie en ervaring. Het indicatieproces verloopt via de Handreiking Indicatieproces Kindzorg (HIK). Hierbij staat het belang van het kind centraal en wordt rekening gehouden met de vier kinderleefdomeinen: medisch, ontwikkeling, sociaal en veiligheid. Om dit te kunnen beoordelen is het belangrijk dat verpleegkundigen het gezin thuis kunnen bezoeken en in een veilige omgeving hun werk kunnen doen. Als dat niet mogelijk is, kan er geen indicatie worden gesteld.

Een kinderverpleegkundige beoordeelt dus of ouders voldoende kennis en kunde hebben om de zorg te kunnen leveren. En natuurlijk ook of deze zorg door de ouders in overeenstemming met de wens van het kind zelf is. Als dit niet het geval is, bijvoorbeeld als verpleegdoelen in onvoldoende mate gehaald worden, wordt dat deel van de zorg overgenomen door een professionele zorgverlener. Het is aan de indicerende kinderverpleegkundige om de balans tussen draagkracht en draaglast van het gezin in de gaten te houden. Als een gezin uit balans dreigt te raken, bijvoorbeeld door overbelasting van de ouders, is het ook aan de kinderverpleegkundige om tijdig in te grijpen. Dit is in het belang van het kind. Belangrijk hierbij is dat de kinderverpleegkundige – ook na de indicatiestelling – betrokken blijft bij het gezin om zo de zorg te kunnen monitoren en evalueren.

### *Conclusie*

Samenvattend herhaalt het addendum dat kinderverpleegkundigen niet kunnen bepalen wélk deel van de Zvw-zorg voor een kind vrijwillig door ouders kan worden gedaan. Zij kunnen het aantal uren op de indicatie om die reden dan ook niet verminderen. Hiermee kom ik tegemoet aan de motie Agema. De kinderverpleegkundige heeft wél een dusdanige regierol dat zij kan aangeven wanneer de Zvw-zorg van ouders niet (meer) naar behoren wordt geleverd. Vanuit het belang van het kind moet dit dan op een andere wijze worden vormgegeven. Dit kan, in situaties waarin de kijker op wat nodig is verschilt, tot spanningen leiden tussen ouders en de regievoerende kinderverpleegkundigen. De rol van de kinderverpleegkundige kan hierdoor soms onder druk komen te staan. Daarom ben ik samen met het Zorginstituut in gesprek met Kinderverpleegkunde.nl, V&VN en stichting Kind en Ziekenhuis. Zij bespreken wat de kinderverpleegkundigen in deze specifieke (en gelukkig niet veelvoorkomende) situaties nodig hebben om hun rol te kunnen vervullen. Daarbij staat het belang van het kind voorop. Gekeken wordt of nieuwe bestuurlijke afspraken kunnen helpen en ook of de voorlichting over pgb beter kan. Bijvoorbeeld door niet alleen de rechten, maar ook de plichten en verantwoordelijkheden van ouders te benoemen. Ik beschouw de vraag van dhr. Bevers hiermee als beantwoord. Ik zal uw Kamer op de hoogte houden van de voortgang op dit dossier.

### **3. Ondermijning in de zorg en gegevensuitwisseling**

#### *Ondermijning in de zorg*

Met de Kamerbrief van 27 juni jl. is uw Kamer geïnformeerd over de verwevenheid van (zware) criminaliteit en de zorg. Dit is ook voor het pgb-domein relevant. Zoals in die brief aangegeven, wordt u geïnformeerd over de acties die onder andere ministeries, toezichthouders en opsporingsdiensten uitvoeren in de aanpak van ondermijning in de zorg<sup>19</sup>. Deze problematiek gaat verder dan het zorgdomein en zorgfraude en vraagt dan ook een brede integrale aanpak.

#### *Gegevensuitwisseling SVB*

Tijdens het commissiedebat Goed bestuur en toezicht van 4 oktober 2023 heeft mijn voorganger toegezegd de Kamer te informeren over de uitkomst van de gesprekken met de SVB over gegevensuitwisseling en de juridische grondslagen daarvan. De SVB heeft VWS namelijk gevraagd om de grondslagen voor gegevensuitwisseling met verstrekkers in de Wlz, Zvw en Jw te harmoniseren met de Wmo 2015. VWS heeft besloten om de grondslagen te harmoniseren. Dit doet VWS om duidelijkheid te scheppen in de grondslagen op basis waarvan de SVB gegevens mag uitwisselen met verstrekkers van een pgb, waaronder ook signalen van eventueel misbruik en oneigenlijk gebruik van een pgb. Het benodigde wetgevingstraject zal komend jaar worden gestart. Hiermee is de toezegging van de voormalig Minister van VWS over de uitkomst van de gesprekken met de SVB over gegevensuitwisseling en de juridische grondslag daarvan, afgedaan<sup>20</sup>.

### **4. Wooninitiatieven**

Ongeveer één op de zes budgethouders in de Wlz bundelt het pgb en koopt gezamenlijk zorg in binnen een wooninitiatief. Over deze geclusterde inzet van het pgb is op 12 juni jl. een Kamerbrief gestuurd<sup>21</sup>.

### **5. Implementatie PGB2.0**

De implementatie van het PGB2.0-systeem bij alle gemeenten (voor pgb's uit de Wmo 2015 en de Jeugdwet) loopt vertraging op. De belangrijkste reden hiervoor is de grote impact van de aanpassing van de Regeling dienstverlening aan huis (Rdah) op de IT-capaciteit en dienstverlening van de SVB. Het is niet mogelijk beide werkzaamheden tegelijk uit te voeren. Ik geef prioriteit aan de werkzaamheden in het kader van de aanpassing Rdah. Op dit moment wordt verkend wat wel in 2025 kan, zoals het aansluiten van achterblijvers. Er wordt tegelijkertijd verder gewerkt aan alle randvoorwaarden voor een succesvolle implementatie bij alle gemeentelijke verstrekkers vanaf 2026. De budgettaire gevolgen hiervan worden in kaart gebracht. De toezegging van de voormalig Minister van VWS over de planning en voortgang van de aansluiting van gemeenten op PGB2.0 is hiermee afgedaan<sup>22</sup>.

Ik heb uw Kamer eerder geïnformeerd dat we toewerken naar het overdragen van de verantwoordelijkheden voor structureel beheer en ontwikkeling van het PGB2.0-systeem. De SVB is hiervoor de beoogde partner (Kamerstuk 25 657, nr. 329). Ook heb ik u geïnformeerd over de

<sup>19</sup> Kamerstukken 2023/24, 28 828, nr. 137

<sup>20</sup> Kamerstukken 2023/24, 32 012, nr. 51

<sup>21</sup> Kamerstukken 2023/24, 25 657, nr. 360

<sup>22</sup> Kamerstukken 2023/24, 32 012, nr. 51

stappen die VWS en SVB zetten om te beoordelen of, en zo ja onder welke condities, de SVB in staat zal zijn om PGB 2.0 in beheer te nemen (Kamerstuk 25 657, nr. 354). Met de SVB wordt momenteel toegewerkt naar een gezamenlijke roadmap met mijlpalen voor de besluitvorming over de overdracht van PGB2.0. Deze zal in Q1 2025 besproken worden in de driehoek, ook met SZW. Tot deze overdracht werken we aan de bestendigheid van de tijdelijke beheerorganisatie binnen VWS.

De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
V. Maeijer