

Vergaderjaar 2021–2022

25 657

Persoonsgebonden Budgetten

Nr. 340

BRIEF VAN DE MINISTER VOOR LANGDURIGE ZORG EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 20 mei 2022

De zorg staat voor grote uitdagingen. In het coalitieakkoord staat (Bijlage bij Kamerstuk 35 788, nr. 77): «We willen de zorg voor iedereen betaalbaar, beschikbaar en bereikbaar houden». Met de vergrijzing van de bevolking wordt het vinden van voldoende geschikt personeel en ook de betaalbaarheid van de zorg een steeds grotere opgave. Daarnaast blijft de ambitie om iedereen die dat nodig heeft passende zorg te bieden.

In deze brief deel ik mijn perspectief op hoe het persoonsgebonden budget (pgb) aan deze bredere opgaven in de zorg kan bijdragen. Daarbij benut ik het onderzoek «Betekenis en waarde van het pgb» dat afgelopen september aan uw Kamer is gestuurd¹. Tevens geef ik via deze brief mijn reactie op het rapport «*Pgb-toekenning gebaat bij juridisch borgen gewaarborgde hulp en betere sturingsinformatie*», dat uw Kamer op 10 november 2021 ontving². Hoewel PGB2.0 een belangrijk onderdeel is van de verbeterstrategie rondom het pgb, is het geen onderwerp in deze brief. Ik zal hierop ingaan in de stand van zaken brief die rond de zomer naar uw Kamer wordt verzonden.

In het kort houdt mijn insteek in dat:

- Het pgb een waardevol instrument is omdat het de eigen regie van zorgvragers ondersteunt;
- Alleen mensen die eigen regie kunnen voeren (of vertegenwoordiger hebben die dat kan) voor een pgb in aanmerking kunnen komen;
- De toegang en uitvoering in het sociaal domein voor verbetering vatbaar is;
- Werkgeverschap een bewuste keuze moet zijn voor budgethouders;
- De rechtmatigheid bij de besteding van pgb's moet worden verbeterd, onder andere door strikt te zijn bij de toegang en instanties meer ruimte te geven voor gegevensuitwisseling;
- De inzet van informele zorgverleners behouden blijft; en

¹ Kamerstuk 25 657, nr. 336

² Kamerstuk 25 657, nr. 338

- Wooninitiatieven die feitelijk als zorg in natura functioneren niet meer (structureel) via pgb gefinancierd moeten worden.

Pgb in cijfers

Hoewel verreweg het grootste gedeelte van de zorg en ondersteuning via zorg in natura wordt geboden, heeft het pgb een belangrijke plek in het zorglandschap verkregen. In totaal ontvangen jaarlijks circa 135.000 budgethouders zorg die bekostigd wordt vanuit een pgb (zie tabel 1). Gemiddeld werken er 1,2 zorgverleners per budgethouder, dus zijn er circa 160.000 zorgverleners actief via het pgb.

In 2020 werd een bedrag van circa € 3,5 miljard toegekend voor pgb-gefinancierde zorg, waarvan uiteindelijk € 3,2 miljard daadwerkelijk is uitgegeven (zie tabel 2). De uitgaven aan het pgb vormen daarmee een stabiele 3,6 procent van de totale zorguitgaven.

Tabel 1: Aantal pgb-budgethouders per wet

Jaar	Wlz ¹	Wmo ²	Jeugdwet ³	Zvw ⁴	Totaal
2018	41.491	51.220	21.560	20.838	135.109
2019	45.079	48.670	20.245	22.088	136.082
2020	49.002	45.385	19.725	20.889	135.001

¹ Bron: CBS, monitor langdurige zorg, cijfers 4^{de} kwartaal jaar

² Bron: CBS, monitor langdurige zorg, genoemde cijfers zijn aantal personen op peildatum

³ Bron: CBS, statline

⁴ Bron: Vektis, monitor Zvw-rgb

Tabel 2: Pgb-uitgaven (x € 1 mln) per wet

Jaar	Wlz ¹	Wmo ¹	Jeugdwet ²	Zvw ³	Totaal
2018	1.875	415	182	343	2.815
2019	2.087	400	223	333	3.043
2020	2.312	379	211	316	3.218

¹ Bron: CBS, monitor langdurige zorg, genoemde cijfers zijn bestede bedragen

² Bron: SVB

³ Bron: Vektis, monitor Zvw-rgb

25 jaar pgb

Het onderzoek «Betekenis en waarde van het pgb» laat zien dat het pgb na 25 jaar nog steeds een waardevol instrument is dat voorziet in een behoefte van een groep zorgvragers die eigen regie en keuzevrijheid in hun zorg en ondersteuning willen. Het uitgangspunt is dat het pgb een individueel instrument is waarmee budgethouders bewust kiezen voor eigen regie op de zorgvraag en daarmee het eigen leven.

Het laat tegelijkertijd zien dat het pgb door de jaren heen op een aantal aspecten verder van de oorspronkelijke bedoeling af is komen te staan. Ik noem een aantal voorbeelden hiervan. De keuze voor het pgb is voor een belangrijk deel van de budgethouders een bewuste, positieve keuze, maar er is ook een groep budgethouders ontstaan voor wie het een noodgedwongen keuze is. Dit komt omdat zorg in natura aanbieders niet altijd de zorg bieden die bij iemand past of verstrekkers deze niet (kunnen) inkopen. Mensen die om deze reden met het pgb in aanraking komen, zijn niet altijd in staat om de bijbehorende verantwoordelijkheden te dragen en dat past niet bij de kerngedachte van het pgb.

Een ander voorbeeld is dat er de afgelopen jaren steeds meer pgb-gefinancierde wooninitiatieven zijn ontstaan. De onderzoekers constateren dat budgethouders bij een deel van deze wooninitiatieven onvoldoende eigen regie hebben. Dit past niet bij de kerngedachte van het pgb als individueel instrument en kan ook leiden tot onvoldoende kwaliteit van zorg.

Een laatste voorbeeld is de beweging van vertrouwen naar wantrouwen die door budgethouders wordt ervaren, als gevolg van eerdere ervaringen van verstrekkers met onrechtmatig gebruik. Het gaat hier bijvoorbeeld om de hoeveelheid administratie en verantwoording over het pgb-budget. Of om de wijze waarop gekeken wordt naar mensen met een levenslange en levensbrede zorg- en ondersteuningsvraag bij de vaststelling van de duur van de indicatiestelling. Ook zorgaanbieders ervaren overigens wantrouwen vanuit verstrekkers, zo blijkt uit het onderzoek.

Perspectief op het pgb

Mede op basis van deze bevindingen deel ik graag mijn perspectief op het pgb met uw Kamer. In deze insteek staat «eigen regie» centraal. Na eigen regie ga ik in op de thema's toegang, werkgeverschap, rechtmatigheid, wooninitiatieven en informele zorg. Deze sluiten aan bij de bredere uitdagingen waar we in de zorg voor staan, namelijk passende zorg en ondersteuning, tekorten aan zorgpersoneel, wonen en zorg voor ouderen en de betaalbaarheid van de zorg.

In het coalitieakkoord is opgenomen dat het pgb een geschikt middel is voor eigen regie, waarbij passende zorg centraal moet staan. Zoals in het coalitieakkoord aangegeven, is passende zorg en ondersteuning waardegedreven, komt het samen met en rondom de hulpvrager tot stand, gaat het om de juiste zorg op de juiste plek en draait het om (ervaren) gezondheid in plaats van ziekte en het kunnen meedoen aan de maatschappij.

Met name de principes dat de zorg en ondersteuning samen met en rondom de hulpvrager tot stand komt en dat het gaat om de juiste zorg op de juiste plek komen terug in het pgb. Het oorspronkelijke idee van het pgb was dat budgethouders door het voeren van eigen regie zelf kunnen bepalen wanneer, waar, hoe en door wie de zorg en ondersteuning wordt geleverd. Het wordt niet voor hen bepaald, maar in overleg met de zelf gekozen zorgverlener(s). Op die manier kunnen ze het leven leiden dat ze zelf willen en participeren in de samenleving.

«Zonder pgb zou ik niet zelfstandig kunnen wonen en geen deel kunnen nemen aan het arbeidsproces. Nu kan ik dat wel en werk ik zelfs 30 uur per week en rij ik zelfstandig auto.» – respondent onderzoek Betekenis en waarde pgb

Er is echter een groep budgethouders die zelf geen eigen regie kan voeren of de verantwoordelijkheid die een pgb met zich meebrengt niet kan dragen. Verminderde eigen regie hoeft geen bezwaar te zijn, wanneer de (wettelijk) vertegenwoordiger regie kan voeren. Wanneer zowel de budgethouder als diens vertegenwoordiger daar niet toe in staat zijn, past dit niet bij de bedoeling van het pgb. Het is dan passender dat deze mensen zorg in natura ontvangen. Daarom zijn inspanningen nodig om de inkoop van zorg verder te diversifiëren. Immers: behalve dat dit niet bij de kerngedachte van het pgb past, kan het ook tot problemen leiden zoals het risico op slecht werkgeverschap, fouten, misbruik of fraude zoals verderop in deze brief wordt betoogd. Mijn insteek is om het pgb duurzaam in te zetten voor de juiste doelgroep. Wat betreft eigen regie houdt dit in dat

wie geen eigen regie kan voeren of geen vertegenwoordiger heeft die hiertoe in staat is, niet meer een pgb verstrekt krijgt. Aan deze mensen zal een passend alternatief geboden moeten worden.

«Respondenten geven aan dat het pgb in veel gevallen een toevlucht is als gevolg van het tekort aan (flexibel) gecontracteerd zorgaanbod in zorg in natura. Volgens hen zou het aantal budgethouders kleiner zijn, wanneer het reguliere aanbod in zorg in natura beter aan zou aansluiten bij de vraag.» – onderzoek Betekenis en waarde pgb.

Gewaarborgde hulp in de Langdurige zorg

Met het oog op vertegenwoordiging en eigen regie vraag ik hier ook specifiek aandacht voor de gewaarborgde hulp (GH). De GH is een door de budgethouder ingeschakelde hulp van een derde die instaat voor de nakoming van de aan het pgb-Wlz verbonden verplichtingen. In november 2021 heeft mijn voorganger hierover een rapport aan uw Kamer aangeboden³. Dit rapport kwam tot stand onder gezamenlijk opdrachtgeverschap van Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en VWS. Aanleiding waren de problemen die zorgkantoren ervaren met de GH.

In het rapport wordt geconcludeerd dat de (cijfermatige) onderbouwing van de problematiek niet voorhanden is. Advies is daarom de inzet op verbetering van werkprocessen en van dossiervoering en -beheer door zorgkantoren en van de informatievoorziening binnen de keten ten aanzien van de GH.

In het rapport wordt verder een weeffout benoemd. Een budgethouder die een GH nodig heeft, wordt verondersteld niet in staat te zijn om zelf (geheel) te zorgen voor een doelmatige besteding van het pgb. Tegelijkertijd blijft de budgethouder hiervoor juridisch gezien wel verantwoordelijk. Zorgkantoren hebben signalen dat budgethouders geen toereikende zorg van goede kwaliteit ontvangen doordat hun GH onbekwaam of kwaadwillend is; zij stellen dat zij in die gevallen niet altijd passende instrumenten hebben om in te grijpen. Als zorgkantoren er toch in slagen in te grijpen, raakt de sanctie de budgethouder en niet de GH.

Het advies is daarom om het juridisch kader aan te passen, om de budgethouder met een GH te beschermen door:

- (1) specifiekere criteria in regelgeving die waarborgen dat de GH dichtbij de budgethouder staat en in belang van de budgethouder handelt en door
- (2) het creëren een grondslag om de GH aan te spreken.

De behoefte aan een cijfermatige onderbouwing van het door zorgkantoren ervaren probleem blijft bestaan. Ik voer nu een nadere verkenning uit van deze aanbevelingen uit het rapport, aangezien er meerdere complexe aspecten meespelen voor de besluitvorming die niet of minder belicht zijn in het rapport, maar wel van belang zijn bij het vormgeven van oplossingen. Het verleggen van de relatie tussen het zorgkantoor en de budgethouder naar de GH is niet mogelijk, omdat de budgethouder het pgb aanvraagt en ontvangt. Ik verken wel of er andere mogelijkheden zijn om de budgethouder te beschermen tegen een onbekwame of kwaadwillende GH. Verder neem ik in mijn nadere verkenning mee of nadere (kwaliteits)eisen aan de GH in regelgeving wenselijk zijn, eveneens in het belang van de budgethouder.

³ Bijlage bij Kamerstuk 25 657, nr. 338

1. Toegang en toerusting

Sinds 2015 zijn gemeenten verantwoordelijk voor de uitvoering van de Jeugdwet en de Wmo2015. Door de decentralisatie van deze taken zijn gemeenten ook verantwoordelijk geworden voor de uitvoering van het pgb. In het Significant-onderzoek «Betekenis en waarde van het pgb» is geconstateerd dat de toegang tot het pgb bij de uitvoering van de Jeugdwet en de Wmo2015 voor verbetering vatbaar is. Gemeenten beschikken namelijk over een grote beleidsruimte om uitvoering te geven aan jeugdhulp en maatschappelijke ondersteuning. Het uitgangspunt daarbij is dat (kwetsbare) burgers en jongeren een flexibel en passend ondersteuningsaanbod krijgen en dat deze ruimte niet oneigenlijk wordt gebruikt. In de afgelopen jaren zijn door VWS, VNG en Per Saldo verschillende inspanningen verricht om de toegang tot zorg en ondersteuning te verbeteren. Bijvoorbeeld met het kader voor pgb-vaardigheid. Dit heeft op kleinere schaal geleid tot verbeteringen, maar ik deel de opvatting van de onderzoekers dat de uitvoeringspraktijk een stevigere verbetering behoeft.

De onderzoekers hebben verschillende knelpunten in de uitvoeringspraktijk geconstateerd, ik licht er graag twee uit. Ten eerste is er onvoldoende kennis beschikbaar over het pgb en zijn (gemeentelijke) medewerkers in de toegang onvoldoende geëquipeerd om het goede gesprek met cliënten te voeren. Dit leidt tot (onterechte) afwijzingen, ontmoediging van het pgb, onvrede over de duur van een beschikking en/of discussies over de toereikendheid van tarieven. Ten tweede worden cliënten toegelaten tot het pgb die niet «pgb-vaardig» zijn en geen eigen regie kunnen voeren. Bijvoorbeeld wanneer het aanbod in zorg en natura tekortschiet of niet is ingekocht. Met als gevolg dat deze cliënten de taken van een budgethouder – het inkopen van zorg en ondersteuning, werkgeverschap en administratie – onvoldoende kunnen uitvoeren. Dat leidt vervolgens tot ongewenste effecten (zoals onvoldoende kwaliteit, fouten in de verantwoording) en het risico dat het wantrouwen naar de pgb-houder wordt gevoed.

Ik vind dit onwenselijk en bekijk, met de Staatssecretaris van VWS, welke knelpunten in samenhang kunnen worden opgepakt binnen de context van lopende trajecten als de Hervormingsagenda Jeugd, Toekomstagenda zorg en ondersteuning voor mensen met een beperking en n.a.v. de hoofdlijnenbrief Wmo (Kamerstuk 29 538, nr. 332). Omdat ik het noodzakelijk acht om voor het pgb ook een aantal specifieke afspraken te maken, ga ik samen met VNG en Per Saldo kaderstellende afspraken maken, waarbij ik denk aan de volgende onderwerpen:

- Het realiseren van een goede toerusting voor budgethouders die een Jeugdwet- of een Wmo-pgb willen aanvragen. Hierbij maak ik gebruik van de bestaande kennis en informatie die de afgelopen jaren is ontwikkeld met stakeholders.
- Verdere toerusting van gemeenten om een professioneler gesprek te voeren met cliënten, zodat onterechte afwijzing of ontmoediging wordt geminimaliseerd. Hierbij wordt gebruik gemaakt van de lessen die in de afgelopen jaren zijn opgedaan, bijvoorbeeld vanuit het informatieplatform pgb.
- De toepassing van de limitatieve weigeringsgronden zoals opgenomen in de Jeugdwet en de Wmo2015.
- De wijze waarop een pgb-tarief wordt bepaald.
- Het schaalniveau waarop de uitvoering van het pgb moet worden georganiseerd. Veel gemeenten verstrekken een beperkt aantal pgb's. Slechts 50 gemeenten verstrekken meer dan 250 pgb's. De inspanningen van de gemeentelijke organisatie (beleidsvorming, uitvoering en

toezicht) dienen aan deze aantallen gerelateerd te worden. Ik denk daarbij vooral aan meer samenwerking tussen gemeenten.

- De mogelijkheid voor gemeenten om maatwerk toe te passen met betrekking tot de duur van de beschikking. Op dit moment wordt hier nog onvoldoende gebruik van gemaakt. In de hoofdlijnenbrief Wmo heeft de Staatssecretaris van VWS aangekondigd zich te gaan inspannen om een passende beschikkingsduur tot norm te maken. Dit geldt ook voor het pgb. Hierin trek ik samen met hem op.

2. Werkgeverschap

Met het tekenen van een zorgovereenkomst ontstaat een verhouding tussen budgethouder (of vertegenwoordiger) en zorgverlener(s). In het algemeen is het aangaan en goed onderhouden van deze verhouding, ofwel goed opdrachtgeverschap, onderdeel van de «eigen regie» zoals hierboven beschreven. Budgethouders kunnen verschillende soorten overeenkomsten sluiten met hun zorgverlener(s). Afhankelijk van de situatie kan dit een overeenkomst van opdracht (OvO) of een arbeidsovereenkomst (AO) zijn. Wanneer zij voor een AO kiezen, ontstaat tevens een werkgever-werknemer-relatie tussen de budgethouder en zorgverlener.

De keuze voor werkgeverschap is vaak geen bewuste, maar legt op grond van de wet- en regelgeving wél extra verantwoordelijkheden bij budgethouders. Die blijken zich niet altijd bewust te zijn van de verantwoordelijkheden die bij werkgeverschap in het pgb komen kijken. Ook nemen budgethouders de werkgeversrol en bijbehorende taken niet altijd mee in de overwegingen bij het aanvragen van een pgb of zijn zij niet op de hoogte van deze taken. Dit vraagt om verbetering van toerusting van budgethouders op het terrein van werkgeverschap.

Bij een aantal van de werkgeverstaken biedt de SVB ondersteuning. Dit ziet vooral toe op administratieve taken bij loonbetaling en ziekte. Maar de kern blijft dat taken rondom het werkgeverschap onvoldoende bekend zijn binnen het pgb. Daarom ga ik samen de Minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid bekijken hoe we kunnen stimuleren dat er bij de keuze voor een pgb een bewuste keuze wordt gemaakt voor het werkgeverschap en de verantwoordelijkheden die daarbij komen kijken. Daarnaast kijken we hoe de complexiteit die het werkgeverschap voor budgethouders met zich meebrengt, kan worden gereduceerd. Hierbij is het relevant dat de Minister van SZW ook deze kabinetsperiode concrete stappen wil zetten om de positie van flexibele werknemers te verbeteren.

3. Rechtmatigheid

Geld voor de zorg moet ook echt naar de zorg. Budgethouders die goed regie kunnen voeren, zullen minder snel fouten maken en zijn minder kwetsbaar voor misbruik door malafide zorgaanbieders. Er moet wel een onderscheid gemaakt worden tussen fouten en fraude. Fouten worden soms gemaakt als gevolg van ingewikkeldheden in regelgeving of uitvoering. Dat is echt van een andere orde dan fraude. Waar mogelijk werken we aan het voorkomen van fouten dan wel het herstellen van fouten. Een goede toerusting van budgethouders is hierbij belangrijk en ook de invoering van PGB2.0 draagt hier aan bij omdat er diverse automatische controles aan de voorkant zijn ingebouwd. Fraude gaat ten koste van de budgethouder en moet voorkomen en aangepakt worden. Het voorkomen begint al bij de toegang tot het pgb. Dit betekent onder andere dat fraude kan worden beperkt door alleen pgb-vaardige mensen een pgb te verstrekken. Hierdoor wordt het risico op misstanden kleiner en de controle op de kwaliteit van de zorg beter. Minder vaardige,

kwetsbare mensen lopen namelijk eerder het risico om slachtoffer te worden van fraudeurs.

Voor het bevorderen van rechtmatigheid en dan vooral het voorkomen en aanpakken van fraude, houden verstrekkers toezicht en doen zij controles. Zoals uit recente jurisprudentie⁴ blijkt, dienen zij de controles die ze vooraf kunnen doen, ook vooraf uit te voeren op basis van de informatie die ze vooraf hebben en kunnen verkrijgen. Controles achteraf zijn bijvoorbeeld mogelijk als er signalen zijn over de kwaliteit van zorg of als de budgethouder een onjuiste voorstelling van zaken heeft gegeven. Daarvoor is het nodig dat instanties in het zorgdomein beter met elkaar kunnen samenwerken. Eén instantie heeft namelijk niet altijd alle informatie om een fraudeur aan te pakken. Gegevensuitwisseling is daarom een belangrijk onderdeel van die samenwerking. Instanties lopen in de praktijk echter tegen beperkingen op bij het uitwisselen van persoonsgegevens. Met het Wetsvoorstel bevorderen samenwerking en rechtmatige zorg (Wbsrz) kunnen verschillende instanties die een taak hebben of een rol kunnen spelen bij het aanpakken van fraude in de zorg, meer gegevens met elkaar uitwisselen. Zo kunnen gemeenten, zorgverzekeraars en zorgkantoren persoonsgegevens met elkaar uitwisselen als er sprake is van een gerechtvaardigde overtuiging van fraude in de zorg. Daarnaast kunnen verschillende instanties⁵ persoonsgegevens met het Informatieknooppunt zorgfraude (IKZ) uitwisselen als er sprake is van een aanleiding tot een vermoeden van fraude. Ook ben ik voornemens om het dubbel-opzet-vereiste voor gemeenten uit de Wmo2015 te schrappen waardoor budgethouders niet langer medeplichtig hoeven te zijn om frauduleuze zorgaanbieders aan te pakken. Daarnaast bereid ik wetgeving voor om domein-overstijgende gegevensuitwisseling tussen gemeenten en zorgkantoren, gemeenten onderling en binnen gemeenten mogelijk te maken tijdens een verdiepend fraudeonderzoek. Door meer fraude op te sporen wordt de zorg betaalbaarder en gaat het geld ook daadwerkelijk naar zorg. Daarbij moeten we oog blijven houden voor wat dit vraagt van de uitvoering.

4. Informele zorg en hulp van naasten

Uit het onderzoek over informele zorg dat eveneens in september vorig jaar aan uw Kamer is gestuurd, blijkt dat meer dan de helft van pgb-zorg door informele zorgverleners wordt uitgevoerd.⁶ Voor de cliënt kan dit prettig zijn omdat de zorg vaak flexibeler kan worden ingezet en omdat de zorg door een bekende wordt geleverd. Zo maakt de inzet van informele zorgverleners het mogelijk om – tegen een goedkoper tarief – zorg te organiseren in de thuissituatie. Veel hulpbehoevenden zijn hierbij gebaat. Voor de samenleving als geheel is een bijkomend voordeel dat informele zorgverleners helpen om het arbeidsmarktekort tegen te gaan en de zorg betaalbaar te houden. We hebben deze informele zorgverleners dus hard nodig. Ik volg dan ook de aanbeveling op om een pgb voor informele zorg te behouden.

Maar ik heb ook zorgen. Het sociaal netwerk rondom (kwetsbare) cliënten is van groot belang voor de dagelijkse ondersteuning, al dan niet aangevuld met ondersteuning van de Wmo2015. Een budgethouder heeft de vrijheid om informele zorgverleners uit te betalen en met name in situaties waarin mensen langdurig of intensief zorgen, kan dit passend

⁴ Zie de uitspraak van de Centrale Raad van Beroep van 16 februari 2022 (ECLI:N-L:CRVB:2022:250).

⁵ Het gaat om de Belastingdienst (waaronder de FIOD), CIZ, gemeenten, IGJ, Nederlandse Arbeidsinspectie, NZa, SVB, zorgverzekeraars en zorgkantoren.

⁶ Kamerstuk 25 657, nr. 336.

zijn. Tegelijkertijd hoeft niet iedere vorm van zorg of ondersteuning uitbetaald te worden via een pgb. Veel mensen zorgen een paar uur per week voor een bekende en doen dit graag, betaling is hier niet nodig. Ik ga met VNG, ZN, Per Saldo en MantelzorgNL in gesprek om te verkennen in hoeverre het mogelijk is om dit onderscheid te maken en hoe de uitvoeringspraktijk hierbij met kaders ondersteund kan worden.

Verder bestaat er een potentieel risico dat de informele zorgverleners voor hun inkomen afhankelijk worden van het pgb. Er loopt momenteel een onderzoek naar situaties waarbij ouders intensief zorg verlenen voor hun kind via een Zvw-rgb. Wanneer hun kind van pgb naar zorg in natura wisselt of overlijdt, vallen de inkomsten uit het pgb voor een van de ouders of beiden weg en dit heeft mogelijk gevolgen voor de bestaanszekerheid van deze ouders en hun gezin. Op basis van de uitkomsten van dit onderzoek bekijk ik – in samenwerking met mijn collega van het Ministerie van SZW – eventuele vervolgstappen. De aanbevelingen zijn naar verwachting breder dan alleen de Zvw en betreffen ook pgb's uit andere domeinen.

Een ongewenst neveneffect van het risico op inkomensafhankelijkheid is dat informele zorgverleners er financieel belang bij kunnen hebben om de geïndiceerde zorg te handhaven ook als de zorgbehoefte minder wordt of er geen zorg meer nodig is. Ik vind het in het kader van de betaalbaarheid van de zorg dan ook van belang om deze vormen van afhankelijkheid aan te pakken. Bijvoorbeeld doordat de verstrekker bij de start van het pgb afspraken met de budgethouder maakt over het afschalen van de zorg en om te onderzoeken of de inzet van formele zorgverleners behulpzaam kan zijn bij de objectivering van de pgb-zorg.

5. Wooninitiatieven

In het commissiedebat van 31 maart jl. (Kamerstukken 31 765, nr. 34 104, nr. 639) heb ik aan D66 toegezegd in deze brief terug te komen met een beeld over kleinschalig wonen. Daarbij merk ik op dat deze kleinschalige wooninitiatieven op verschillende manieren de zorg kunnen financieren, waarvan pgb er slechts één is. De vraag is daarmee van een andere orde dan de verdere onderwerpen in deze pgb-brief. Met de monitor geclusterd wonen (www.monitorgeclusterdwonen.nl) wordt gewerkt aan een landelijke inventarisatie van geclusterde woonvormen, inclusief kleinschalige wooninitiatieven. De monitor helpt om het aanbod aan geclusterde woonvormen in zicht te krijgen. Via het beleidsprogramma voor wonen, zorg en ondersteuning voor ouderen (WOZO) stimuleer ik geclusterd wonen voor ouderen.

Het vinden van een passende plek voor zorg en ondersteuning – voor jezelf, een kind of naaste – is niet altijd gemakkelijk. Een woon-of ouderinitiatief kan zo'n geschikte plek zijn. Woon- en ouderinitiatieven zijn dan ook van groot belang voor kwetsbare mensen die langdurig zorg en/of ondersteuning nodig hebben. Deze initiatieven hebben, met name voor mensen of ouders met kinderen met een levenslange en levensbrede beperking, een aantoonbare meerwaarde. Daarom zal ik dergelijke initiatieven blijven ondersteunen. Wel zie ik kritisch of het pgb als leveringsvorm passend is voor wooninitiatieven. Bij pgb-gefinancierde wooninitiatieven wordt het pgb gebundeld om zorg te leveren aan een groep budgethouders. Dit past niet bij de kerngedachte van het pgb als individueel instrument voor eigen regie.

Pgb-financiering in wooninitiatieven kan leiden tot problemen, zoals beperkte eigen regie van de budgethouder. Te vaak is het pgb een «gedwongen keuze», omdat de budgethouder bij een specifiek wooninitiatief wil wonen en het pgb op de koop toe neemt. Bij ontevredenheid over

de zorg kan het voor een budgethouder lastig zijn om vanuit eigen regie verandering aan te brengen en passende zorg en ondersteuning te ontvangen, omdat rekening moet worden gehouden met de andere bewoners. Dat kan betekenen dat een budgethouder moet verhuizen om de zorg te krijgen die hij wil en dit zorgt voor een te grote afhankelijkheidsrelatie met de zorgaanbieder. De afwezigheid van een directe (sturings)relatie met de zorgaanbieder kan voor verstrekkers het zicht op de rechtmatige besteding van pgb-budgetten beperken.

Ik vind dat wooninitiatieven die feitelijk als zorg in natura functioneren in de toekomst niet meer via pgb gefinancierd moeten worden. De focus ligt daarbij op pgb-wooninitiatieven vanuit zorgaanbieders, omdat zorgaanbieders hier een bepalende rol (kunnen) hebben en dat ertoe kan leiden dat de eigen regie van budgethouders beperkter is. In bewoner- en ouderinitiatieven zie ik in het algemeen meer waarborgen voor het voeren van eigen regie. Hier geldt dan weer dat de continuïteit soms een punt van aandacht is vanwege de hoge leeftijd van initiatiefnemers en onduidelijkheid wie hun rol kan overnemen. Recent informeerde ik u over de ontwikkeling van gesprekeigenregie.nl, die later dit jaar online komt via Per Saldo, de BVKZ en andere belangen- en cliëntenorganisaties. Deze digitale vragenlijst helpt toekomstige bewoners van wooninitiatieven om zich goed te informeren over de mogelijkheden voor eigen regie in een specifiek wooninitiatief. Dit instrument is primair gericht op cliënten die een geschikt wooninitiatief zoeken. Tegelijkertijd biedt het ook een eerste aanknopingspunt voor het concretiseren van hoe en in welke mate eigen regie minimaal vorm moet krijgen voor budgethouders in wooninitiatieven.

Als het pgb niet de aangewezen financieringsvorm is voor een aantal wooninitiatieven, moet het wel makkelijker worden om het gewenste aanbod vanuit zorg in natura te leveren. Nu komt het te vaak voor dat initiatiefnemers van een wooninitiatief het pgb als enige mogelijke leveringsvorm zien, omdat zij de eisen voor zorg in natura onhaalbaar achten. Ook lijken verstrekkers – mede ingegeven vanuit de regelgeving – soms terughoudend met het contracteren van nieuwe en/of kleine wooninitiatieven. Daar waar dit het geval is, zal ik met verstrekkers nagaan hoe contractering van kleinschalige en nieuwe aanbieders sneller en beter kan. Samen met BVKZ en verstrekkers wil ik de mogelijkheden voor verbeteringen op dit gebied verder onderzoeken.

De komende maanden ontwikkel ik, in samenwerking met alle betrokken partijen, de passende maatregelen bij deze thema's. Over de voortgang van dit traject informeer ik u aan het einde van dit jaar.

De Minister voor Langdurige Zorg en Sport,
C. Helder