



## Regeling van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 29 november 2024, kenmerk 4007531-1074376-LZ, houdende wijziging van de Regeling langdurige zorg om de hoogte van het persoonsgebonden budget af te stemmen op een passende zorginzet

De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,

Gelet op artikel 3.6.2, derde lid, van het Besluit langdurige zorg;

Besluit:

### ARTIKEL I

Na artikel 5.8 van de Regeling langdurige zorg wordt een artikel ingevoegd, luidende:

#### Artikel 5.8a

Het zorgkantoor stelt aan de hand van het budgetplan, bedoeld in artikel 5.8, eerste lid, en het gesprek, bedoeld in artikel 5.8, derde lid, de bij de zorgvraag passende zorginzet van de verzekerde vast en verleent met inachtneming van het basisbedrag, bedoeld in artikel 5.1, tweede lid, een op die zorginzet afgestemd persoonsgebonden budget.

### ARTIKEL II

Voor verzekerden aan wie in 2024 het maximumbedrag, bedoeld in bijlage H, is toegekend, geldt deze regeling met ingang van 1 januari 2028.

### ARTIKEL III

Deze regeling treedt in werking met ingang van 1 januari 2025.

Deze regeling zal met de toelichting in de Staatscourant worden geplaatst.

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



## TOELICHTING

### Inleiding

Het persoonsgebonden budget (pgb) in de Wet langdurige zorg (Wlz) is een subsidie die zorgkantoren verlenen aan budgethouders. Nadat het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) het recht op Wlz-zorg in een indicatiebesluit heeft vastgesteld en de cliënt heeft aangegeven voorkeur te hebben zelf zorg met een pgb in te kopen, houdt het zorgkantoor een bewust keuzegesprek met de cliënt over het pgb. Als de cliënt in aanmerking komt voor het pgb, dan stelt op dit moment het zorgkantoor voor bestaande budgethouders de hoogte van het pgb vast op het basisbedrag dat in de tabel hoort bij de indicatie van het CIZ. In de afgelopen jaren zijn echter steeds meer zorgkantoren gebruik gaan maken van de mogelijkheid van een budget op maat voor voornamelijk nieuwe budgethouders. Zij kennen een budget toe dat past bij de zorgvraag van de individuele budgethouder. Deze werkwijze wordt 'PGB op Maat' genoemd. Dit betekent dat dan niet automatisch het totale basisbedrag wordt toegekend dat behoort bij de door het CIZ gestelde indicatie, maar in overleg tussen zorgkantoor en budgethouder gekeken wordt wat een bij de zorgvraag passende zorginzet is en welk budget (binnen het basisbedrag) daarbij hoort.

Deze regeling strekt ertoe dat, waar dit voorheen een mogelijkheid was, alle zorgkantoren deze werkwijze van een budget op maat verplicht gaan toepassen op alle budgethouders. Kortom: de mogelijkheid is omgezet in een verplichting voor zorgkantoren. Dit past in de beweging naar passende zorg.

Deze regeling gaat niet over de rol die het CIZ heeft bij vaststelling van de indicatie, zoals diverse belangenorganisaties in de internetconsultatie veronderstellen. De rol van het CIZ blijft ongewijzigd evenals het recht op zorg. Ook behoudt de budgethouder de eigen regie en keuzevrijheid over het pgb-Wlz. De regeling gaat wel over het zorgkantoor dat de hoogte van het toe te kennen pgb afstemt op de zorginzet passend bij de individuele zorgvraag van de budgethouder.

### Bevoegdheid wordt verplichting

De bevoegdheid van zorgkantoren om pgb te verlenen is gegeven in artikel 3.3.3, eerste lid, van de Wlz. Daarin is bepaald dat de verlening door het zorgkantoor plaatsvindt volgens bij algemene maatregel van bestuur te stellen regels. Volgens artikel 3.6.3 van het Besluit langdurige zorg (Blz) bedraagt het pgb ten hoogste een bij ministeriële regeling te bepalen bedrag. De voor pgb beschikbare bedragen zijn opgenomen in de Regeling langdurige zorg (Rlz). Artikel 5.1, tweede lid, van de Rlz bepaalt dat voor het pgb het basisbedrag, genoemd in bijlage H, beschikbaar is. Het basisbedrag is, zo volgt uit de definitie in artikel 1.1 Rlz, het maximumbedrag dat voor het modulair pakket thuis en het pgb tezamen beschikbaar is.

Binnen dit kader hebben zorgkantoren al de mogelijkheid om de werkwijze 'PGB op Maat' toe te passen. Met deze regeling wordt dit de standaardwerkwijze voor alle zorgkantoren.

### Werkwijze 'PGB op Maat'

In de werkwijze 'PGB op maat' werkt het zorgkantoor vanuit de zorgvraag van de verzekerde. Deze werkwijze is eerder door zorgkantoor Menzis toegepast onder de naam 'Zorg op Maat' en is in 2020 geëvalueerd. De Tweede Kamer is op 20 juli 2020 over de uitkomsten van de evaluatie geïnformeerd.<sup>1</sup>

Bij de werkwijze 'PGB op Maat' stelt het zorgkantoor de passende zorginzet vast op basis van een gesprek met de aanvrager of diens vertegenwoordiger over de individuele zorgvraag en het in dat verband opgestelde budgetplan. Het zorgkantoor stemt vervolgens de hoogte van het toe te kennen pgb af op deze passende zorginzet en houdt daarbij rekening met de mogelijkheid dat de zorgvraag en daarmee de passende zorginzet in de toekomst toeneemt. Het zorgkantoor hanteert een marge waarmee een budgethouder kleine wijzigingen in de zorgbehoefte kan opvangen; een nieuwe aanvraag voor extra budget is dan niet meteen nodig. Over de hoogte van deze marge zal met de zorgkantoren overleg plaatsvinden om tot een bestuurlijke afspraak te komen. Verder blijft het mogelijk dat het zorgkantoor – indien nodig – een hoger bedrag toekent dan het basisbedrag door toepassing van de regeling Extra Kosten Thuis (EKT), wat op dit moment neerkomt op een toeslag van maximaal 25% van het basisbedrag.

Bij het bepalen van de hoogte van het budget door het zorgkantoor is het budgetplan het uitgangspunt. Het bewuste keuzegesprek vindt aan de hand van dit budgetplan plaats. Hierin bespreken het

<sup>1</sup> Kamerstukken II, 2019/20, 25 657, nr. 331



zorgkantoor en de aanvrager of diens vertegenwoordiger in goed onderling overleg de zorgvraag van de aanvrager en de wijze waarop in deze zorgvraag door passende zorginzet kan worden voorzien. Gezien de inbreng van diverse belangenorganisaties, waaronder Per Saldo en Netwerk ouder(woon)initiatieven, wordt benadrukt dat het niet de bedoeling is dat het zorgkantoor, zonder de aanvrager of diens vertegenwoordiger hierover te horen, naar eigen inzicht wijzigingen in het budgetplan aanbrengt om vervolgens een lager pgb toe te kennen. Nu de verlening van het pgb door het zorgkantoor een besluit in de zin van de Algemene wet bestuursrecht (hierna: Awb) is, zijn hierop immers alle regels en waarborgen in deze wet van toepassing. Uit de Awb volgt dat de aanvrager moet worden gehoord voordat het zorgkantoor een besluit neemt waarin de aanvrager zich naar verwachting niet kan vinden. Meent een zorgkantoor dat een aanvrager met een lager budget uit de voeten kan dan de aanvrager in het budgetplan heeft onderbouwd, dan zal het zorgkantoor bovendien in haar besluit moeten motiveren waarom het tot het besluit komt dat met dat lagere budget in passende zorginzet wordt voorzien. Mocht de aanvrager zich niet kunnen vinden in het door het zorgkantoor op basis van de passende inzet verleende pgb, dan kan hiertegen bezwaar gemaakt worden bij het zorgkantoor. Tegen het besluit van het zorgkantoor op dit bezwaar kan beroep ingesteld worden bij de rechter.

Zoals hiervoor toegelicht, hanteert het zorgkantoor een marge, zodat de budgethouder wijzigingen in de zorginkoop kan opvangen. Tijdens een subsidiejaar kan de zorgvraag echter ook zodanig wijzigen, dat die marge niet voldoende is. In dat geval gaat de budgethouder opnieuw in overleg met het zorgkantoor. Het zorgkantoor kan dan in een nieuw besluit alsnog een hoger bedrag (tot het basisbedrag) verlenen. In bepaalde gevallen kan deze opschaling van zorg snel nodig zijn. Het is daarom noodzakelijk dat de uitvoering eenvoudig moet zijn.

#### Bestuurlijke afspraken en evaluatie

Uit de internetconsultatie blijkt dat sommige partijen aarzelingen hebben bij de wenselijkheid van het besluit en een risico zien dat de administratieve lasten toenemen. Om die vrees weg te nemen zal ik in overleg treden met de zorgkantoren om tot afspraken te komen. Doel daarvan is dat zorgkantoren zoveel mogelijk uniform werken bij het toepassen van PGB op Maat en eenvoudige procedures hiervoor inrichten. Daarbij zal er aandacht zijn voor de situatie dat er acuut meer zorg nodig is – die buiten de gehanteerde marge valt – en daarom snel een besluit van het zorgkantoor moet volgen. De budgethouder dient in dat geval op korte termijn duidelijkheid te krijgen.

Daarnaast zal de uitvoering van PGB op Maat nauwkeurig worden gevolgd en uiterlijk anderhalf jaar na inwerkingtreding van dit besluit worden geëvalueerd.

#### Internetconsultatie

In de periode 8 oktober 2024 tot 4 november 2024 kon op de voorgenomen wijziging van de regeling worden gereageerd. Er zijn in totaal 42 reacties ontvangen, waaronder die van belangenorganisaties Per Saldo, Zorgthuis.nl, Netwerk ouder(woon)initiatieven, Branchevereniging Kleine Zorgaanbieders, Federatie Landbouw en Zorg en EMB Nederland.

Naar aanleiding van de belangrijkste commentaren is in de toelichting verduidelijkt dat *de werkwijze 'PGB op Maat' binnen de huidige regeling al mogelijk is, maar dat dit met de voorgestelde wijziging een verplichting wordt, teneinde te bereiken dat dit voor alle zorgkantoren de standaardwerkwijze wordt. Ook is verduidelijkt dat deze wijziging geen betrekking heeft op de rol van het CIZ bij de indicatiestelling. Daarnaast is in de toelichting benadrukt dat het afstemmen van de hoogte van het pgb plaatsvindt met behoud van de eigen regie en keuzevrijheid van de budgethouder; het idee is dat door het goede gesprek te hebben over de individuele zorgvraag van de budgethouder de zorg passender kan worden ingezet. Verder is verduidelijkt dat zorgkantoren er rekening mee houden dat de zorgvraag in de toekomst kan toenemen en dat bij kleine wijzigingen een nieuwe aanvraag voor extra budget niet meteen nodig is, omdat daarvoor een marge is ingebouwd. Daarnaast is opgenomen dat PGB op Maat rekening houdt met de ophoging die mogelijk is vanuit de EKT-regeling. In de toelichting is ook opgenomen dat overleg plaatsvindt met zorgkantoren om tot afspraken te komen over uniform, snel en eenvoudig optreden van zorgkantoren in het kader van de werkwijze PGB op Maat. Tot slot is het overgangsrecht ten aanzien van bestaande budgethouders verduidelijkt.*

Het Adviescollege toetsing regeldruk (ATR) heeft het dossier niet geselecteerd voor een formeel advies, omdat het zeer beperkt gevolgen voor de regeldruk heeft.

#### Inwerkingtreding en overgangsrecht

De wijziging treedt in werking met ingang van 1 januari 2025.

Voor bestaande budgethouders aan wie zorgkantoren eerder het maximumbedrag hebben toegekend



---

en die dit bedrag ook in het kalenderjaar 2024 nog ontvingen, is voorzien in overgangsrecht. Door de omvang van deze groep is het niet mogelijk de hoogte van het persoonsgebonden budget van bestaande budgethouders per 1 januari 2025 af te stemmen op een bij de zorgvraag passende zorginzet. In de praktijk brengen zorgkantoren de budgethouder eens in de drie jaar een huisbezoek. Voor PGB op Maat gesprekken wordt zoveel als mogelijk aangesloten op de reguliere huisbezoeken, zodat dit geen extra belasting oplevert voor de budgethouder.

Per 1 januari 2028 zal met alle bestaande budgethouders het gesprek over een bij de zorgvraag passende zorginzet en het daarbij passende budget zijn gevoerd. Voor het overgangsrecht wordt daarom bij deze datum aangesloten. Dit betekent dat zorgkantoren de werkwijze 'PGB op Maat' bij bestaande budgethouders aan wie zorgkantoren eerder het maximumbedrag hebben toegekend en die dit bedrag ook in het kalenderjaar 2024 nog ontvingen, op grond van het overgangsrecht in de periode 1 januari 2025 tot 1 januari 2028 zullen toepassen op grond van hun bestaande bevoegdheid.

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