

Uitgangspunten en inhoud van Zvw-pgb

Onderhandelingsresultaat overeengekomen door
Per Saldo, ZN en VWS

Uitgangspunten:

- Per 1 januari 2015 worden, indien de wijziging van het Besluit zorgverzekering op dit punt op die datum in werking treedt, extramurale verpleging en persoonlijke verzorging overgeheveld van de aanspraken op grond van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) naar de te verzekeren prestatie op grond van de Zorgverzekeringswet (Zvw).
- Binnen de Zvw leidt dit tot de nieuwe aanspraak 'wijkverpleging' en een daarbij passende bekostiging, deze wordt vastgelegd in het Besluit zorgverzekering. Er komt één integrale aanspraak op zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden in verband met de behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico daarop. De extramurale AWBZ verpleging en verzorging komen daarmee onder één te verzekeren prestatie Zvw. In dit document wordt daarom over 'wijkverpleging' gesproken.
- De Zvw verzekerde ontleent zijn aanspraak op zorg (naturapolis) of de vergoeding van de kosten (restitutiepolis) daarvan aan zijn zorgverzekering. Voor de te verzekeren prestaties zijn de vigerende wettelijke voorschriften (het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering) bepalend. De rechten en plichten vindt de verzekerde in de modelovereenkomst (verder te noemen polis) van zijn afgesloten zorgverzekering.
- De Zvw-verzekerde heeft op basis van een naturapolis recht op zorg en kan zich daarvoor wenden tot de door zijn zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders. Een verzekerde kan op basis van artikel 13 Zvw kiezen om de zorg te laten verlenen door niet-gecontracteerde zorgaanbieders.
- Voor de aanspraak wijkverpleging wordt voor een afgebakende doelgroep en onder toepassing van criteria een Zvw-pgb mogelijk gemaakt op basis van restitutie. Dit betekent voor een verzekerde met een naturapolis dat hij hiervan gebruik kan maken op basis van artikel 13 Zvw als hij vanwege specifieke zorgvragen bewust kiest voor maximale eigen regie.
- Hieronder worden in zeven paragrafen het proces en de inhoud van het Zvw-pgb wijkverpleging beschreven. Deze is overeengekomen tussen Per Saldo, ZN en VWS. Partijen zien deze vormgeving van het Zvw-pgb als een toekomstbestendige oplossing waarbij gepast gebruik zoveel mogelijk voorafgaand aan de zorgverlening zeker wordt gesteld en de kans op fraude zoveel mogelijk wordt beperkt. In de artikelen hieronder wordt onder 'natuurlijk persoon' verstaan de natuurlijke persoon die niet valt onder de definitie 'zorgaanbieder', zoals bedoeld in artikel 1, onder c van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg). Ten overvloede: een zzp-er die vanuit zijn bedrijf of als beroep zorg verleent valt wel onder de definitie van de Wmg en daarmee niet onder de term 'natuurlijk persoon' zoals bedoeld in dit stuk.
- De budgethouder is verantwoordelijk voor de kwaliteit van de ingekochte zorg. Verzekeraars mogen in hun polissen aanvullende kwaliteitseisen stellen voor zorg die op basis van restitutie wordt vergoed.

1. Toegang tot en omvangbepaling wijkverpleging

- 1.1. In de polisvoorwaarden is expliciet de mogelijkheid voor een Zvw-pgb binnen de aanspraak wijkverpleging opgenomen.
- 1.2. De toegang van het Zvw-pgb wijkverpleging is gelijk aan de toegang tot reguliere gecontracteerde wijkverpleging. In opdracht van VWS, wordt hiervoor door V&VN een triage/indicatie instrument ontwikkeld. Daarmee is de objectiviteit van het indicatieproces geborgd;

2. Doelgroep van het Zvw-pgb wijkverpleging.

2.1. Het Zvw-pgb wijkverpleging is toegankelijk voor:

- chronisch zieke kinderen (intensieve kindzorg) die naast verpleging ook verzorging ten laste van de zorgverzekering krijgen, zoals straks gedefinieerd in het Besluit zorgverzekeringen;
- verzekerden die:
 - langdurig op wijkverpleging zijn aangewezen. Hierbij zijn de functiebeperkingen niet veroorzaakt door normale verouderingsprocessen; en
 - in staat zijn op eigen kracht of met hulp van hun vertegenwoordiger (een wettelijk vertegenwoordiger, zoals ouder, een curator, een bewindvoerder of een mentor) de aan het Zvw-pgb verbonden taken en verplichtingen op verantwoorde wijze uit te voeren (o.a. contracten af te sluiten met zorgverleners en om taken te verrichten zoals aanwerving, opleiding, het opstellen van uurroosters, het toezicht houden op nakoming zorgovereenkomsten);
 - en in staat zijn op eigen kracht of met hulp van hun vertegenwoordiger een weloverwogen keuze te maken ten aanzien van werkgeverschap en de door hen verkozen zorgaanbieders en/of zorgverleners op zodanige wijze zodanige aan te sturen en hun werkzaamheden op elkaar af te stemmen, dat sprake is of zal zijn van verantwoorde zorg.

3. Toegang tot het Zvw-pgb wijkverpleging.

3.1. Indien een verzekerde behoort tot de doelgroep zoals geformuleerd onder 2 en een naturapolis heeft en bewust kiest om geen gebruik te maken van het gecontracteerde aanbod dan wel een restitutiepolis heeft, verstrekt de zorgverzekeraar hem een persoonsgebonden budget dat de verzekerde in staat stelt de geïndiceerde wijkverpleging van (niet-gecontracteerde) aanbieders te betrekken;

3.2. Een Zvw-pgb wordt slechts verstrekt indien de cliënt zich aan de hand van een ingevuld budgetplan gemotiveerd op het standpunt stelt dat zijn zorgvraag voldoet aan één of meer van de specifieke criteria zoals genoemd in 3.3.

3.3. Voor de beoordeling of een verzekerde gebruik kan en mag maken van een Zvw-pgb gelden de volgende specifieke criteria.

De verzekerde heeft een zorgvraag waarbij sprake is van één of meer van de onderstaande criteria:

- het vaak nodig hebben van zorg op wisselende en ongebruikelijke tijdstippen en/of op meerdere locaties;
- zorg die vooraf slecht is in te plannen, omdat deze nodig is op telkens verschillende tijden en/of op korte momenten op de dag en/of op afroep;
- zorg die 24-uur per dag direct beschikbaar moet zijn in de nabijheid of op afroep;
- de noodzaak voor vaste zorgverleners gegeven de specifieke zorgverlening of in verband met gebruik van specifieke (eigen) hulpmiddelen.

4. Proces aanvraag en verlening van Zvw-pgb wijkverpleging

4.1. De verzekerde dient het budgetplan in bij zijn zorgverzekeraar waarin hij gemotiveerd aangeeft – met toepassing van de criteria onder 3.3 – van welke zorgaanbieder(s) hij gebruik wil maken. De zorgaanbieder kan ook een natuurlijk persoon zijn. Indien de door de natuurlijk persoon geboden zorg (mede) voorbehouden handelingen betreft, dan dient dit conform de Wet BIG te geschieden.

4.2. De zorgverzekeraar beoordeelt de aanvraag op basis van de vastgestelde zorgbehoefte door de wijkverpleegkundige, het budgetplan en eventueel een bewust keuze gesprek.

4.3. De verzekeraar neemt een beslissing.

- Bij een positieve beslissing informeert de zorgverzekeraar de verzekerde over de omvang (of uren) en duur van zijn Zvw-pgb (zie ook artikel 5.1).
 - Bij een negatieve beslissing is de op de polis van toepassing zijnde reguliere klachten- en geschillenregeling van toepassing. Dit betekent dat de verzekerde eerst een klacht indient bij zijn zorgverzekeraar, die vervolgens zijn besluit moet heroverwegen. Kan de verzekerde zich niet vinden in de beslissing van de zorgverzekeraar, dan kan de verzekerde zich wenden tot de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekering (SKGZ). In de tussentijd heeft de verzekeraar wel zorgplicht en moet zorgverzekeraar deze op een andere manier goed invullen.
- 4.4. De zorgverzekeraars stellen een reglement Zvw-pgb op voor de aanspraak wijkverpleging. Dit reglement maakt onderdeel uit van de polisvoorwaarden van de basisverzekering. Hierin staan de rechten en plichten van de verzekerde, bijvoorbeeld aan welke voorwaarde een verzekerde moet voldoen voor de verantwoording en controle van zijn Zvw-pgb.
- 4.5. Eén van de voorwaarden in het reglement Zvw-pgb is dat de verzekerde zorgovereenkomsten sluit met zorgaanbieders en/of zorgverleners waarin de te leveren zorg wordt omschreven. Deze overeenkomst(en) wordt getekend door de verzekerde en de zorgverlener en op verzoek aangeleverd aan de zorgverzekeraar.
- 4.6. Zorgverzekeraars kunnen de voorwaarde stellen dat de zorg pas kan starten en worden gedeclareerd bij een akkoord op de zorgovereenkomsten door de zorgverzekeraar.
- 4.7. Geleverde zorg wordt alleen achteraf gedeclareerd. Er wordt dus geen voorschot verleend.

5. Bepalen omvang aanspraak Zvw-pgb

- 5.1. De modaliteit van toekenning van het Zvw-pgb kan per zorgverzekeraar verschillen (bijvoorbeeld een maximum toereikend budget voor een bepaalde tijdsperiode of een aantal uren tegen een toereikend tarief).
- 5.2. De vergoeding aan verzekerde van het Zvw-pgb door de zorgverzekeraar is nooit hoger dan wanneer deze zorg door gecontracteerde aanbieders wordt geleverd.

6. Verwerking declaraties en uitvoeren werkgeversfunctie

- 6.1. In het geval van een Zvw-pgb dient de verzekerde de declaraties in bij zijn zorgverzekeraar.
- 6.2. De zorgverzekeraar betaalt de verzekerde na indiening van de declaratie. Het staat individuele zorgverzekeraars vrij om ervoor te kiezen om:
- Bij de indiening van de declaratie door de verzekerde ook de mogelijkheid aan te bieden om het geld over te maken naar een derdenrekening.
 - De zorgverleners met AGB code ook- rechtstreeks na ontvangst en beoordeling van de declaratie te betalen.
- 6.3. De verzekerde is zelf verantwoordelijk voor het uitvoeren van de werkgeversfunctie indien hij een arbeidsovereenkomst met de zorgverlener heeft afgesloten. VWS zal er in ieder geval in 2015 voor zorg dragen dat de verzekerde, indien hij dat wenst, voor de ondersteuning bij zijn werkgeverstaken gebruik kan maken van de diensten van de Sociale Verzekeringsbank. Vanaf 2016 zal gezocht worden naar een andere, toekomstbestendige, wijze waarop deze ondersteuning vorm kan krijgen.

7. Passend gebruik en materiële controle

- 7.1. Conform de met dit stuk gemaakte afspraken is het de inzet van partijen dat zorgverzekeraars het toezicht op gepast gebruik en inzet van louter verzekerde zorg bij het Zvw-pgb invullen door toetsing aan de voorkant (o.a. triage door verpleegkundige en dan beoordeling budgetplan).
- 7.2. Partijen zijn het erover eens dat helderheid over het regulerings- en toezichtskader van de NZa van belang is. VWS zal de NZa verzoeken om in overleg te treden met ZN en Per

Saldo over de invoering van het Zvw-pgb en in hoeverre het regulerings- en toezichtskader aansluit bij de praktijk van het Zvw-pgb. VWS zal de NZa daarbij verzoeken om tijdig duidelijkheid te verschaffen over het regulerings- en toezichtskader.

8. Overgangsrecht

- 8.1. De aanspraak wijkverpleging wordt per 1 januari 2015 in de Zvw opgenomen.
- 8.2. De rechten van verzekerden t.a.v., indicatie persoonlijke verzorging en verpleging verschuiven per 2015 van een wettelijk recht op AWBZ-zorg naar een recht op Zvw-zorg.
- 8.3. Om de continuïteit van zorg voor huidige pgb-houders te borgen zullen pgb-houders die op 31 december 2014 een geldig indicatiebesluit en een pgb hebben voor verpleging en/of verzorging hebben, door zorgverzekeraars op 1 januari 2015 worden beschouwd als zijnde in het bezit van een geldige verwijzing voor Zvw-pgb. Deze pgb-houders behouden hun recht op zorg in de vorm van een Zvw-pgb zolang de indicatie duurt, doch uiterlijk tot en met 31 december 2015.
- 8.4. De overgangsbepaling van artikel 8.3 geldt niet voor pgb-houders die hun Zvw-pgb volledig bij een gecontracteerde zorgaanbieder te gelde brengen en tevens op basis van de nieuwe criteria geen aanspraak meer kunnen maken op een Zvw-pgb. Voor hen wordt zodra deze situatie is geconstateerd de zorg in natura ingekocht.
- 8.5. Vanaf 1 januari 2016 hebben verzekerden alleen recht op een Zvw-pgb voor wijkverpleging indien zij voldoen aan de voorwaarden zoals gesteld in artikel 2 en 3. Verzekeraars zullen in 2015 de betreffende verzekerden benaderen om te bezien of zij in 2016 nog steeds in aanmerking komen voor een Zvw-pgb.

9. Weigerings, herzienings- en intrekingsgronden

- 9.1. Van toepassing zijn de algemene verzekerings- en polisvoorwaarden van de Zvw over de rechten en plichten van de verzekerde en zorgverzekeraar.
- 9.2. Van toepassing zijn de algemene regels die gelden voor de zorgverzekeraar over formele en materiële controle van declaraties. Op basis van de uitkomsten kan de verzekeraar verschillende acties ondernemen.
- 9.3. De zorgverzekeraar kan een Zvw-pgb weigeren, herzien, dan wel intrekken indien de zorgverzekeraar vaststelt dat de verzekerde:
 - o niet behoort tot de doelgroep en/of voldoet aan de specifieke criteria
 - o onvoldoende aannemelijk is dat met het Zvw-pgb wordt voorzien in toereikende zorg van goede kwaliteit
 - o onjuiste of onvolledige gegevens heeft verstrekt en de verstrekking van juiste of volledige gegevens tot een andere beslissing zou hebben geleid
 - o zich bij de verstrekking van het Zvw-pgb of een persoonsgebonden budget in de AWBZ in 2014 of eerdere jaren niet heeft gehouden aan de opgelegde verplichtingen
 - o binnen een periode van vijf jaar, gelegen onmiddellijk voorafgaande aan het verzoek tot het toekennen van het Zvw-pgb, als verzekerde betrokken was bij een wegens opzettelijke misleiding door de verzekeringnemer opgezegde of ontbonden zorgverzekering.
 - o langer dan twee maanden is opgenomen in een AWBZ-instelling of ziekenhuis;
 - o zelf verzoekt om beëindiging van het Zvw-pgb;
 - o surseance van betaling heeft aangevraagd, failliet is verklaard of als sprake is van schuldsanering op grond van de WSNP;
 - o niet langer over een vast woonadres beschikt.

10. Slotbepaling

- 10.1. Partijen hebben afgesproken dat het Zvw-pgb een basis zal krijgen in de Zorgverzekeringswet. VWS zal daartoe een voorstel bij de Tweede Kamer indienen. Het ligt in de rede dit te doen via een nota van wijziging van het wetsvoorstel Wijziging van de Wet marktordening gezondheidszorg en enkele andere wetten, teneinde te voorkomen dat zorgverzekeraars zelf zorg verlenen of zorg laten aanbieden door zorgaanbieders waarin zij zelf zeggenschap hebben.

10.2. Vanaf de start van het Zvw-pgb zal door partijen de uitwerking in de praktijk nauwlettend gevolgd worden. Partijen zijn ontvankelijk voor elkaars vragen en opmerkingen en spreken af in 2015 en 2016 periodiek te bezien of het Zvw-pgb de beoogde toekomstbestendige oplossing is als antwoord op specifieke zorgvragen waarbij de verzekerde zelf maximale eigen regie kan en wil uitoefenen. Punten die hierbij in ieder geval aan de orde komen zijn financiële houdbaarheid, de afbakening van de doelgroep, noodzaak tot aanscherping en/of toevoeging van de criteria op basis waarvan verzekerden in aanmerking komen voor een Zvw-pgb, kwaliteit van de ingezette zorg en de verwerking van declaraties.