

Notitie Corona maatregelen Zvw-pgb

Algemene uitgangspunten zijn:

- Zorgcontinuïteit voor de budgethouder voor de periode gedurende de corona-crisis en de resterende periode van 2020 wordt geborgd
- Extra kosten die gemaakt worden als gevolg van de coronacrisis worden vergoed door de verzekeraar aan budgethouder.
- VWS compenseert verzekeraars voor de kosten voor niet geleverde zorg.
- De NZa kan instemmen met de beschreven werkwijze, waarmee zorgverzekeraars zich voldoende kunnen verantwoorden.
- De administratieve lasten worden zo laag mogelijk gehouden voor alle betrokken partijen.
- De kosten die gerelateerd zijn aan de corona-maatregelen (niet-geleverde zorg) worden apart geregistreerd om inzicht te krijgen in de verantwoording achteraf
- De maatregelen t.b.v. budgethouders gelden voor alsnog voor de periode van 1 maart tot 1 juni.
- De maatregelen t.b.v. uitvoering gelden vooralsnog voor de periode van 1 maart tot 31 december 2020, omdat het effect op een tekort aan budget later in het jaar zichtbaar kan worden.
- Er wordt zoveel mogelijk aangesloten bij de gebruikelijke werkwijzen en geldstromen. Waar nodig wordt de regelgeving aangepast.
- Vervangende en/of extra zorg kan worden georganiseerd door de budgethouder volgens de gebruikelijke route.
- Het beschikbaar komen en stellen van Persoonlijke Beschermingsmaatregelen (hierna: PBM) valt niet onder deze afspraken. Dit aspect van de corona-maatregelen wordt voorlopig buiten beschouwing gelaten.
- Zorgverleners die voor een behoud van inkomsten ook een beroep kunnen doen op de andere door de verzekeraars aangeboden continuïteitsmaatregelen, maken daar gebruik van, en niet van deze maatregel.
- Partijen gaan uit van een pragmatisch ingestoken verantwoording van de kosten die gemaakt zijn als het gevolg van corona. Het is niet uit te sluiten dat een zorgverlener die geen zorg meer levert aan een verzekerde, op een andere manier wel aan zijn inkomsten komt. Dit risico is door VWS/NZa onderkent en wordt geaccepteerd. Naar buiten wordt gecommuniceerd dat het zorgverleners die gebruik kunnen maken van andere continuïteitsmaatregelen van verzekeraars, geen gebruik kunnen maken van de specifieke afspraken voor Zvw-pgb.
- Partijen houden een vinger aan de pols met betrekking tot deze afspraken en de daaruit volgende processen gedurende de coronacrisis. Als daar aanleiding toe is, kunnen de afspraken worden aangepast of aangevuld.

1. Maatregel doorbetaling niet geleverde zorg:

Uitgangspunten:

- Maatregel geldt voor alle budgethouders en alle zorgverleners (informeel en formeel)
- Zorgverleners worden doorbetaald ongeacht contractvorm. Ter illustratie de volgende situaties:
 - o **Categorie 1: budgethouder is ziek, heeft symptomen van Corona**
 - Geplande zorg wordt zoveel mogelijk geleverd, met inachtneming van de RIVM-richtlijnen.
 - Zorgverleners die niet de beschikking hebben over de noodzakelijk Persoonlijke Beschermingsmaatregelen (PBM), zoals deze nodig zijn volgens de richtlijnen van het RIVM
 - zorgverlening kan geen doorgang vinden. Wel recht op doorbetaling
 - NB. Zorgverzekeraars hebben een zorgplicht, op het moment dat budgethouders hun zorg niet georganiseerd krijgen met hun pgb, kunnen zij contact opnemen met hun verzekeraar. Deze kan hen dan verder op weg helpen naar naturazorg.
 - Als de budgethouder naar het ziekenhuis of andere zorginstelling met opvang van corona-patiënten gaat
 - de zorgverlener wordt doorbetaald, ongeacht type contract. Als de

- budgethouder niet in staat is om dit te organiseren, vanwege die ziekenhuisopname, dan kan de betaling achteraf alsnog plaatsvinden.
- **Categorie 2: zorgverlener kan niet werken ivm richtlijnen RIVM**
Bij ziekte van zorgverlener:
 - Bij arbeidsovereenkomst: VWS betaalt via regeling SVB zorgverlener door, budgethouder regelt vervangende zorg. Dit is regulier proces: looncompensatie bij ziekte
 - Oproepovereenkomst: wel doorbetaling van regulier ingeplande zorg
 - Overeenkomst van opdracht (hierna: OVO): wel doorbetaling van regulier ingeplande zorg
 - Bij thuisisolatie (niet vanwege zelf ziek zijn van de zorgverlener)
 - Ongeacht soort overeenkomst: doorbetaling van regulier ingeplande zorg via verzekeraar
 - **Categorie 3: zorgverlener wil komen en kan werk werken conform Richtlijnen RIVM, maar mag niet komen van de budgethouder.**
 - Indien het leveren van geplande zorg niet mogelijk is (ondanks de richtlijnen van RIVM) dan wel doorbetaling van regulier ingeplande zorg
 - **Categorie 4: zorgverlener wil niet komen, maar zou kunnen werken conform richtlijnen RIVM**
 - Geplande zorg moet worden zoveel mogelijk geleverd, met inachtneming van de RIVM-richtlijnen (PBM).
 - Weigert de zorgverlener, ondanks de beschermende maatregelen, dan is dat een eigen keuze → geen doorbetaling
 - Zorgverzekeraars hebben een zorgplicht, op het moment dat budgethouders hun zorg niet georganiseerd krijgen met hun pgb, kunnen zij contact opnemen met hun verzekeraar. Deze kan hen dan verder op weg helpen naar naturazorg.
- Om te bepalen wat geplande zorg is, wordt gekeken naar het zorgplan. Als de zorginzet veel fluctueert, dan kan de budgethouder een gemiddelde nemen van een representatieve periode (bijvoorbeeld de voorgaande 3 maanden).
 - Budgethouder moet contact opnemen met de zorgverzekeraar als de doorbetaling van niet geleverde zorg consequenties heeft voor het budget.

Randvoorwaarden

- Het is niet de verantwoordelijkheid noch de verplichting van de zorgverzekeraar om verantwoording af te leggen over de niet-geleverde zorg. De zorgverzekeraar faciliteert dat de budgethouder hiertoe zijn eigen administratie bijhoudt. VWS regelt in overleg met NZa en ZN de mogelijkheid om dit te borgen.
- Het overzicht van de kosten van de gedeclareerde niet geleverde zorg wordt na afloop van de periode waarvoor deze maatregel geldt, door de budgethouder aan de zorgverzekeraar verstrekt. Doel hiervan is per verzekeraar een totaalbeeld te verkrijgen van de kosten van gedeclareerde niet-geleverde zorg. Hiervoor geldt: registratie is gelijk aan verantwoording
- Er worden afspraken met verzekeraars, VWS, NZa en SVB gemaakt over de praktische uitvoering van deze maatregel. Deze afspraken worden zo snel als mogelijk, maar uiterlijk in de week van 13 april afgerond en gecommuniceerd. De manier van registratie van niet geleverde zorg door budgethouder en de manier van aanleveren bij verzekeraars maakt hier in ieder geval deel van uit.
- Bovenstaande behoeft verdere juridische uitwerking.

→ **Beslispunt**

Gaat u akkoord met de randvoorwaarden en de uitgangspunten van deze maatregel, (incl betaling vanuit VWS, en ?

2. Maatregel vergoeden kosten extra zorg en vervangende duurdere zorg

Uitgangspunten

- Dit valt onder de huidige aanspraak en de normale werkwijze voor Zvw-rgb. Hier verandert dus niets.
- Bij meer uren zorg nodig ivm veranderende zorgvraag → indicatiestelling. ZN heeft afspraken gemaakt met oa V&VN over hoe de indicatiestelling gedaan wordt in tijden van corona¹.

- Bij wisselen tussen zorgverleners → werkwijze wisselt per zorgverzekeraar, kijk in reglement of neem contact op met verzekeraar
- De spoedprocedure die verzekeraars kennen voor het ophogen van budget bijvoorbeeld na ziekenhuisopname kan voor deze situaties worden ingezet.

Randvoorwaarden

- Moet gaan om verpleging of verzorging. GEEN bijkomende zorgkosten (zoals PBM).

→ **Beslispunt**

Gaat u akkoord met de randvoorwaarden en de uitgangspunten van deze maatregel?

¹ <https://www.venvn.nl/media/xdweimfh/indicatiestelling-tijdens-crisis-covid19.pdf>