Bestuurlijke afspraken Zvw-pgb 2019 tot 2022

Overeengekomen door ZN, V&VN, Per Saldo en VWS

Inhoudsopgave

1. Inleiding
2. Uitgangspunten
3. Afspraken

1. INLEIDING

Sinds 2015 kan wijkverpleegkundige zorg thuis worden ingekocht met een persoonsgebonden budget (pgb). Vanaf 1 januari 2017 is deze leveringsvorm wettelijk verankerd in de Zorgverzekeringswet (Zvw). Verzekerden die door de wijkverpleegkundige geïndiceerd zijn, kunnen deze zorg in natura of via restitutie krijgen of met een pgb zelf inkopen. Daarbij zijn gelijkwaardige keuze voor de leveringsvorm, kwalitatief goede indicatiestelling en flexibele levering van zorg van belang.

Zorgverzekeraars Nederland (ZN), Per Saldo en het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) maken sinds de start in 2015 bestuurlijke afspraken over de uitvoering van het pgb. Deze afspraken vormen tezamen met de wet- en regelgeving rond het Zvw-pgb, het kader voor de uitvoering. De huidige bestuurlijke afspraken lopen per 1 januari 2019 af. De onderhavige afspraken hebben betrekking op de periode 2019 tot en met 2021.

Partijen benadrukken dat het Zvw-pgb een goede ontwikkeling heeft doorgemaakt. De bestuurlijke afspraken hebben daaraan in belangrijke mate bijgedragen. Met de onderhavige afspraken prolongeren partijen waar nodig bestaande afspraken en zijn nieuwe afspraken gemaakt ter verdere verbetering. Vanwege de nadruk die is komen te liggen op het verbeteren van de kwaliteit van de indicatiestelling, is tevens Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN) partij bij deze bestuurlijke afspraken.

De bestuurlijke afspraken en de wettelijke verankering zijn in de eerste helft van 2018 onafhankelijk geëvalueerd. De uitkomsten van deze evaluatie zijn betrokken bij de nieuwe bestuurlijke afspraken.

De onderhavige bestuurlijke afspraken staan niet op zichzelf. Zij moeten worden gezien in de brede context van de wijkverpleging en het pgb. Relevant zijn het hoofdlijnenakkoord Wijkverpleging 2019-2022, het programmaplan Rechtmatige Zorg en de actieagenda PGB. De bestuurlijke afspraken en de reglementen van zorgverzekeraars sluiten hierop aan.

2. UITGANGSPUNTEN

2. Bij deze afspraken zijn verschillende partijen betrokken met ieder hun eigen verantwoordelijkheid. Die verantwoordelijkheden zijn als volgt te definiëren:

   Cliënten/verzekerden/budgethouders met een zorgvraag voor verpleging en verzorging staan centraal. Zij hebben recht op goede zorg, waarbij het zelf regie kunnen voeren een belangrijke waarde is. Als zij een Zvw-pgb krijgen toegewezen, zijn zij ervoor verantwoordelijk om de aan het Zvw-pgb verbonden taken en verplichtingen op verantwoorde wijze uit te voeren. Budgethouders zijn zelf verantwoordelijk voor het inkopen van verantwoorde zorg. Als zij zorgverleners als werknemer in dienst hebben, zijn zij verantwoordelijk voor goed werkgeverschap. De budgethouders worden bij deze afspraken vertegenwoordigd door Per Saldo.

   Zorgverzekeraars hebben binnen het stelsel van de Zvw een zorgplicht jegens hun verzekerden. Bij een aanvraag van een Zvw-pgb toetsen zorgverzekeraars zorgvuldig of de verzekerde aan de gestelde voorwaarden voldoet. Als dat het geval is, stellen zij een

toereikend budget vast op basis van het aantal uren zorg. Als dat niet het geval is, dan stellen zij de verzekerde op grond van hun zorgplicht in de gelegenheid de zorg waarop hij aanspraak heeft, op andere wijze te verkrijgen. Zorgverzekeraars worden bij deze afspraken vertegenwoordigd door ZN.

Verpleegkundigen zijn verantwoordelijk voor het indiceren van wijkverpleging. De indicatiestelling gebeurt onafhankelijk, op basis van professionele autonomie en volgens het normenkader voor het indiceren van zorg in de eigen omgeving. De indicatie is transparant en kwalitatief goed onderbouwd. Verpleegkundigen worden bij deze afspraken vertegenwoordigd door V&VN.

De overheid is op systeemniveau verantwoordelijk voor de betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit van de zorg en schept vanuit die verantwoordelijkheid de randvoorwaarden zodat cliënten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars hun rol in het zorgstelsel kunnen vervullen en ziet toe op de naleving van de regels voor de zorg. De overheid wordt bij deze afspraken vertegenwoordigd door de minister van VWS.

2.1. Het indiceren van wijkverpleging door HBO-verpleegkundigen gebeurt onafhankelijk en op basis van professionele autonomie. De indicatie wordt uitgevoerd in lijn met het kader "Normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving" van V&VN, is transparant en kwalitatief goed onderbouwd. Het indiceren bestaat uit vraagverheldering, diagnose, planning van resultaten en interventies en cyclische evaluatie van de kwaliteit en omvang van zorg. De persoonlijke omstandigheden van de verzekerde en zijn netwerk zijn hierbij bepalend. Het indiceren van de benodigde zorg is tevens gericht op het versterken van de eigen regie en zelfredzaamheid van cliënten en het cliëntsysteem. Geoptimaliseerd dient te worden dat de uitkomst van de indicatie niet afhankelijk is van de persoon van de indicerende verpleegkundige en niet te rechtvaardigen praktijkvariatie wordt tegengegaan.

2.2. Partijen onderkennen de noodzaak tot verbetering van de uitvoering van de indicatie en sluiten aan bij de afspraken die zijn gemaakt in het hoofdlijnenakkoord Wijkverpleging 2019-2022 en de voorstellen ten aanzien van de deskundigheidsbevordering en professionalisering. V&VN heeft een toolbox ontwikkeld met daarin hulpmiddelen voor de wijkverpleegkundigen voor het stellen van een indicatie. Partijen spreken af informatie over het Zvw-pgb op te nemen in de toolbox.

2.3. De indicerend verpleegkundige maakt zichtbaar dat zij werkt aan deskundigheidsbevordering door middel van een inschrijving in het kwaliteitsregister Verpleegkundigen & Verzorgenden (V&V). Deze informatie is voor verzekeraars te raadplegen door middel van de raadpleegfunctie. ZN en V&VN gaan in gesprek over de juridische consequenties van deze aanpassingen. Door inschrijving in een van de volgende deskundigheidsgebieden: wijkverpleegkundige, dementieverpleegkundige of kinderverpleegkundige maakt de indicerend verpleegkundige aanvullend zichtbaar dat zij voldoet aan de opleidingseis uit het normenkader indiceren en organiseren van zorg. V&VN maakt uiterlijk juli 2019 mogelijk de deskundigheidsgebieden te raadplegen, zodat deze kwaliteitseis meegenomen kan worden in de inkoopvoorwaarden voor 2020 en verder. Daarnaast onderzoeken verzekeraars en V&VN of ontsluiting van de AGB-codes uit het register mogelijk is.

2.4. Wanneer de herziening van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG-II) in werking treedt en het beroep van regieverpleegkundige wettelijk wordt verankerd, wordt de term HBO-verpleegkundige in artikel 2.1. vervangen door de term regieverpleegkundige.

2.5. De indicatie, evaluatie en casemanagement worden door de zorgverzekeraar, afhankelijk van de polis van de verzekerde, in natura of via restitutie vergoed en maakt daarmee geen deel uit van het Zvw-pgb. Verzekerden die dat wensen worden door de zorgverzekeraar bemiddeld naar een indicerend verpleegkundige. De zorgverzekeraars besteden hier in hun patiënteninformatie expliciet aandacht aan. Verzekerden worden door middel van de

patiënteninformatie tevens geïnformeerd over de eventuele gedeeltelijke restitutie van de kosten van de indicatie indien verzekerden met een naturapolis ervoor kiezen deze te laten stellen door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Verzekerden met een naturapolis komen in aanmerking voor volledige restitutie indien de indicatie niet tijdig kan worden gesteld door een gecontracteerde zorgaanbieder.

2.6. Het Zvw-pgb valt binnen het kader van de Zvw. Dat brengt mee dat er sprake is van concurrentie tussen zorgverzekeraars en verzekerden kunnen kiezen tussen verschillende polissen. Daarbij bepaalt mededingingsregelgeving de grenzen van waar onderling afspraken over gemaakt mogen worden. Tegelijkertijd vinden de betrokken partijen uniformiteit in de uitvoering, waar nodig en mogelijk, van belang omdat dit de duidelijkheid voor de verzekerde vergroot. Partijen onderkennen dat het nastreven van uniformiteit niet kan bewerkstelligen dat de uitvoering tussen verschillende zorgverzekeraars volledig uniform is.

2.7. Partijen onderschrijven dat in de wijkverpleging het uitgangspunt is dat de verzekerde goede zorg krijgt, waarbij het zelf regie kunnen voeren een belangrijke waarde is. Dat geldt zowel voor zorg in natura, als via restitutie en het Zvw-pgb. Het Zvw-pgb is een instrument waarmee de verzekerde in staat wordt gesteld de voor hem geïndiceerde zorg, die met een Zvw-pgb kan worden ingezet, zelf in te kopen en daarmee maximale eigen regie te hebben. Bij het bepalen van de hoogte van het budget staat de zorgvraag van de verzekerde op dat moment centraal, zoals vastgesteld in de indicatie. De zorgverzekeraars motiveren richting de verzekerde als en om weke reden van de indicatie wordt afgeweken.

2.8. Bij het bepalen van de geldigheidsduur van de indicatie en de pgb-toekenning wordt maatwerk betracht, waarbij zowel de zorgvraag en de gezondheidsvaardigheden van de verzekerde als aspecten rond het kunnen beheren van het Zvw-pgb, een rol kunnen spelen. Wanneer de zorgbehoefte verandert, wordt de hoogte van de indicatie naar boven of beneden bijgesteld. Er wordt daarbij nadrukkelijk geen rekening gehouden met de eventuele gevolgen hiervan voor het inkomen van de zorgverlener(s).

2.9. Partijen onderschrijven dat de meerwaarde van het pgb gelegen is in het flexibel kunnen inzetten van meer- en minderzorg in de tijd, binnen de maximale door de zorgverzekeraar te verstrekken vergoeding.

2.10. De aanpak van en het voorkomen van fraude heeft de aandacht van alle betrokken partijen. Diverse maatregelen hebben eraan bijgedragen dat de fraudebestendigheid van het Zvw-pgb steeds verder verbetert. Tegelijkertijd erkennen partijen het blijvende risico op fraude met het Zvw-pgb. Maatregelen die bijdragen aan de fraudebestendigheid van het Zvw-pgb zijn onder meer het verstrekken van toegankelijke, begrijpelijke en tijdige informatie aan verzekerden over de keuze voor, het beheren van en de rechten en plichten bij een Zvw-pgb, het voeren van een bewust-keuzegesprek bij de aanvraag en het afleggen van huisbezoeken aan de verzekerde.

2.11. Partijen spreken af de ontwikkeling van het PGB 2.0-portaal nauwlettend te volgen en te bezien wanneer het Zvw-pgb hierop kan worden aangesloten.

3. AFSPRAKEN

<u>3. Toegang</u>

3.1 Met het Zvw-pgb kan niet worden vergoed het verblijf als bedoeld in artikel 2.12 van het Besluit zorgverzekering voor zover gepaard gaande met verpleging en verzorging voor verzekerden tot achttien jaar. Zorgverzekeraars dragen er zorg voor dat deze zorg toegankelijk is in natura dan wel via restitutie. Mocht onverhoopt blijken dat de verzekerde onvoldoende passende afspraken kan maken met de gekozen zorg in natura aanbieder, dan zal de verzekeraar er in samenspraak met de budgethouder zorg voor dragen dat er alsnog tot passende afspraken gekomen wordt. Verzekerden met een naturapolis komen in aanmerking voor volledige restitutie indien het verblijf niet kan worden geleverd door een gecontracteerde zorgaanbieder.

3.2 De doelgroep van het Zvw-pgb zijn verzekerden bij wie sprake is van een langdurige zorgvraag (langer dan een jaar) of palliatief terminale zorg. Van palliatief terminale zorg is sprake, als door de behandelend arts is vastgesteld dat sprake is van een levensverwachting van minder dan drie maanden.

3.3 Partijen constateren dat de zorgvraag van de verzekerde voorop staat en dat daartoe een goede indicatie gesteld moet worden. Daarbij zijn in ieder geval de volgende aandachtspunten van belang:

a. Bij indicatiestellingen waarbij (ten dele) andere zorg is geïndiceerd dan de zorg waarvoor een Zvw-pgb kan worden ingezet, zal de zorgverzekeraar de aanvraag van een Zvw-pgb voor die andere zorg gemotiveerd afwijzen.

b. Er is een factsheet beschikbaar voor de indicerende verpleegkundigen om vast te stellen welke zorg gebruikelijk is in geval van kindzorg.

c. Als de verzekerde wil kiezen voor een Zvw-pgb, dan mag de indicatie niet zijn gesteld door een individuele zorgverlener die deze zorg (deels) aan de verzekerde zal gaan leveren, tenzij het een door de zorgverzekeraar voor zorg in natura gecontracteerde zorgaanbieder is.

d. Partijen onderschrijven het belang dat een indicerende verpleegkundige in staat moet zijn om een onafhankelijk oordeel te vellen over de zorgvraag van de verzekerde. Zorgverzekeraars kunnen voorwaarden stellen aan de wijze waarop de indicatie tot stand komt om de onafhankelijkheid te borgen.

e. Indiceren en organiseren van zorg is een onderdeel van het cyclisch verpleegkundig proces, zoals gebruikelijk bij verpleging en verzorging. Partijen onderschrijven dat het cyclisch proces ook voor het Zvw-pgb van toegevoegde waarde is. Dit proces wordt in het Zvw-pgb gestimuleerd door mogelijk te maken dat de wijkverpleegkundige de budgethouder gedurende de looptijd van het pgb eenmaal of periodiek bezoekt, waarbij maatwerk wordt betracht. Het doel hiervan is meervoudig:
   - evalueren of de ingezette zorginterventies bijdragen aan de gestelde zorgdoelen;
   - meer gelijktrekken van de werkwijze bij zorg in natura en pgb.

   Het evalueren als onderdeel van het cyclisch proces kan tevens bijdragen aan het verbeteren van de kwaliteit van indicatiestelling.
   De zorgverzekeraars nemen vanaf 2019 in het verpleegkundige deel van het Zvw-pgb aanvraagformulier de vraag op of, en zo ja wanneer, het zinvol is de zorg (periodiek) te evalueren, om hiermee het cyclisch proces te stimuleren.

f. Partijen spreken af dat de uitkomsten van het praktijkteam indicatiestellingen Zvw-pgb worden gevolgd. Mogelijke aanbevelingen die gedaan worden, zullen in overleg met partijen in 2019 worden opgepakt.

3.4 De zorgverzekeraar beoordeelt de aanvraag op basis van de door de indicerend verpleegkundige vastgestelde zorgbehoefte, het door de verzekerde aangeleverde aanvraagformulier en overige documenten en overweegt te allen tijden of een eventueel bewust keuze gesprek dient plaats te vinden.

3.5 De zorgverzekeraar toetst bij de pgb-aanvraag of voldaan wordt aan de gestelde voorwaarden in de polis en het bijbehorende reglement Zvw-pgb. Op grond van wet- en regelgeving wordt in ieder geval getoetst aan vier voorwaarden aan de persoon van de verzekerde of zijn vertegenwoordiger. Het is aan zorgverzekeraars om deze regels in de praktijk vorm te geven. In onderstaande bepalingen wordt hiervoor een handreiking gedaan.

a. Ten aanzien van de voorwaarde dat de verzekerde naar het oordeel van de zorgverzekeraar in staat is te achten met het Zvw-pgb op doelmatige wijze te voorzien in toereikende zorg of andere diensten van goede kwaliteit kan de zorgverzekeraar van de verzekerde verlangen dat hij in zijn aanvraag opneemt op welke wijze hij de zorg zal inzetten ten behoeve van verbetering, behoud of beperking van achteruitgang van zijn gezondheid, afhankelijk van wat gezien zijn zorgvraag reëel is. De zorgverzekeraar kan de

visie van de indicerend verpleegkundige vragen of het plan van de verzekerde in lijn is met wat gezien zijn situatie mogelijk is.

b. Ten aanzien van de voorwaarde dat de verzekerde naar het oordeel van de zorgverzekeraar in staat is te achten op eigen kracht of met hulp van een vertegenwoordiger, de aan het Zvw-pgb verbonden taken en verplichtingen op verantwoorde wijze uit te voeren kan de zorgverzekeraar toetsen of de verzekerde de rechten en verplichtingen die bij het Zvw-pgb horen, begrepen heeft en hoe de verzekerde daar uitvoering aan denkt te geven.

c. Ten aanzien van de voorwaarde dat de verzekerde naar het oordeel van de zorgverzekeraar in staat is te achten op eigen kracht of met hulp van een vertegenwoordiger, de door hem verkozen zorgaanbieders op zodanige wijze aan te sturen en hun werkzaamheden op elkaar af te stemmen, dat sprake is of zal zijn van verantwoorde zorg kan de zorgverzekeraar toetsen of de inzet van zorg, zoals opgenomen in de aanvraag, aansluit bij de zorgvraag. De zorgverzekeraar kan de indicerend verpleegkundige vragen om advies te geven over welke inzet van zorg noodzakelijk is wil sprake zijn van verantwoorde zorg. Van verantwoorde zorg is in ieder geval geen sprake, als de verzekerde een gezondheidsrisico loopt door de voorgenomen inzet van zorg. Indien de zorgverzekeraar op basis van de aanvraag van oordeel is dat de verzekerde niet in staat is op eigen kracht of met hulp van een vertegenwoordiger, de door hem gekozen zorgaanbieders op zodanige wijze aan te sturen en hun werkzaamheden op elkaar af te stemmen, dat sprake is of zal zijn van verantwoorde zorg, dan kan de zorgverzekeraar voorwaarden stellen aan de inzet van zorg, waaronder het Zvw-pgb alsnog kan worden toegewezen.

d. Ten aanzien van de voorwaarde dat de verzekerde naar het oordeel van de zorgverzekeraar in staat is op eigen kracht of met hulp van een vertegenwoordiger te motiveren dat hij de zorg met een Zvw-pgb geleverd wil en kan krijgen kan de zorgverzekeraar zich er in ieder geval van vergewissen dat de keuze voor een Zvw-pgb de bewuste keuze is van de verzekerde of zijn vertegenwoordiger. De zorgverzekeraar kan de verzekerde daarbij verzoeken een inhoudelijke motivering van zijn aanvraag te geven.

3.6 Voor zover de verzekerde de zorg wil inzetten bij een voor naturazorg gecontracteerde aanbieder, kan de zorgverzekeraar het Zvw-pgb voor dat deel van de zorg weigeren en de zorg in natura aanbieden. Als de natura-aanbieder voor het betreffende jaar zijn inkoopplafond al heeft bereikt, kan de verzekerde ervoor kiezen het Zvw-pgb bij een andere aanbieder in te zetten of doet de zorgverzekeraar een ander natura-aanbod. Van belang is dat verzekerden eigen regie kunnen voeren ten aanzien van de zorg die zij ontvangen, ook wanneer deze in natura wordt geleverd.

3.7 De zorgverzekeraars ontwikkelen zo snel als mogelijk, maar uiterlijk voor 1 januari 2020 een spoedprocedure voor de (tijdelijke) ophoging van het Zvw-pgb indien daartoe een acute noodzaak bestaat, bijvoorbeeld na een ziekenhuisopname.

3.8 De zorgverzekeraars optimaliseren waar nodig de vindbaarheid, de toegankelijkheid en begrijpelijkheid van de patiënteninformatie over het Zvw-pgb.

4. <u>Inzet zorg</u>

4.1 De budgethouder is verantwoordelijk voor de kwaliteit van de ingezette zorg. Dat betekent enerzijds dat hij zelf keuzes mag maken over de inzet van zorgverleners en anderzijds dat hij gedurende de looptijd van het Zvw-pgb de verantwoordelijkheid heeft om zorg te dragen voor verantwoorde zorg. Bij zijn aanvraag geeft de verzekerde gemotiveerd aan bij zijn zorgverzekeraar van welke zorgaanbieder(s) hij gebruik wil maken. De zorgaanbieder kan ook een informele zorgverlener zijn, met dien verstande dat de zorgverlener vijftien jaar of ouder moet zijn. Indien de door de informele zorgverlener geboden zorg (mede) voorbehouden handelingen betreft, dan dient dit conform de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) te geschieden. Partijen onderschrijven het belang dat een

informele zorgverlener voldoende geïnstrueerd is en blijft om de voorbehouden handelingen te verrichten. Indien een informele zorgverlener niet onder de arbeidstijdenregelgeving valt, dan wordt voor die zorgverlener in ieder geval maximaal 40 uur zorgverlening per week vergoed.

4.2 Budgethouders kunnen voor het leveren van zorg zowel formele als informele zorgverleners inzetten. Met name bij complexe zorgvragen met hoge indicaties onderschrijven partijen dat het, uit het oogpunt van kwaliteit van zorg, aangewezen kan zijn dat een formele zorgverlener bij de zorg betrokken is. Indien het maximaal door de zorgverzekeraar te vergoeden aantal uren verpleging en verzorging wekelijks hoger is dan 24, kan de zorgverzekeraar in die gevallen van complexe zorgvragen, in het bewust keuze gesprek, de voorwaarde stellen dat ten minste een deel van de zorg wordt geleverd door een formele zorgverlener. Maatwerk is hierbij steeds het uitgangspunt. Partijen zullen dit artikel halfjaarlijks evalueren, en bezien of dit artikel de gewenste uitwerking heeft in praktijk. De uitvoering van dit artikel wordt nauwkeurig in de praktijk gevolgd. Waar nodig vindt tussentijds overleg plaats om casuïstiek te bespreken.

4.3 Voor zover de verzekerde andere type zorg declareert dan de zorg waarvoor het toegewezen Zvw-pgb kan worden ingezet, zal de zorgverzekeraar de declaratie afwijzen.

4.4 Het ministerie van VWS besluit voor 1 juli 2019 of de kosten van loondoorbetaling aan de zorgverlener bij tijdelijke opname van de budgethouder, voor vergoeding in aanmerking komen.

4.5 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). De verzekerde kan daarmee bij de keuze van een polis kiezen welke modaliteit in zijn situatie het best passend is.

5. Looptijd, werking, geschillen en monitoring

5.1 De looptijd van deze afspraken is 1 januari 2019 tot en met 31 december 2021, behoudens tussentijds in onderling overleg afgesproken wijzigingen. In onderling overleg kan de looptijd van de afspraken worden verlengd.

5.2 Geschillen zijn onderwerp van onderling overleg.

5.3 Over 2015 tot en met 2017 zijn jaarlijks (monitor)onderzoeken uitgevoerd naar de uitvoering en het gebruik van het Zvw-pgb. De resultaten daarvan zijn vastgelegd in rapportages. Onder betrokken partijen is de behoefte om het inzicht in de kwantitatieve en financiële gegevens ook in de komende jaren te blijven verkrijgen. Gedurende de looptijd van deze afspraken worden, onder verantwoordelijkheid van de minister van VWS, jaarlijks de kwantitatieve en financiële gegevens over de uitvoering van het Zvw-pgb inzichtelijk gemaakt in een interactief dashboard. Dit dashboard vervangt de monitoren en zal flexibel worden ingericht. Hierdoor is uitbreiding met extra indicatoren, bijvoorbeeld de mate van praktijkvariatie bij de indicatiestelling, mogelijk.

5.4 Vanaf de start van de looptijd van deze afspraken zal de uitwerking ervan in de praktijk door partijen nauwlettend gevolgd en halfjaarlijks besproken worden. Partijen zijn ontvankelijk voor elkaars vragen en opmerkingen en bereid met elkaar tussentijds te overleggen indien daar volgens een van de partijen aanleiding toe is.

5.5 Daarnaast gaan partijen in ieder geval over onderstaande onderwerpen nog voor 2019 met elkaar om de tafel om tot consensus te komen over de gewenste oplossingsrichtingen:

a. PGB in het ziekenhuis bij opname
b. 5-minutendeclaratie
c. Bijkomende zorgkosten
d. Flexibele inzet van PGB in zorgfuncties

ARTIKELSGEWIJZE TOELICHTING

Voor zover partijen een nadere toelichting op de artikelen noodzakelijk vonden, is die hieronder opgenomen.

Artikel 2.2
Het nog vast te stellen Masterplan van V&VN bevat maatregelen om de kwaliteit van de indicatiestelling voor wijkverpleegkundige zorg over de volle breedte te verbeteren. Opgenomen is dat er een heldere beschrijving komt van wat onder een goede indicatiestelling wordt verstaan met bijbehorend beoordelingskader aan de hand waarvan professionals zelf kunnen toetsen of de indicatiestelling voldoet aan de professionele eisen van de beroepsgroep. Dit beoordelingskader kan gebruikt worden bij zowel de intercollegiale toetsing, het uitvoeren van een second opinion als in het gesprek met de zorgverzekeraar en het onderwijs. In het nog vast te stellen Masterplan is tevens opgenomen dat er toegewerkt wordt naar een verhoogd kennisniveau bij alle indicerende verpleegkundigen, met als resultaat een betere kwaliteit van de indicatiestelling en een afname van de niet te rechtvaardigen praktijkvariatie. Partijen spreken af om waar nodig informatie over het Zvw-pgb op te nemen in de toolbox.

Artikel 2.3.
Dit artikel geeft de zorgverzekeraar de mogelijkheid te controleren of een indicerend verpleegkundige over de benodigde opleidingeisen beschikt en zich regelmatig laat bijscholen. Voordat een verpleegkundige tot een deskundigheidsgebied wordt toegelaten wordt individueel getoetst of diegene voldoet aan de toelatingseisen. Hiervoor moet de verpleegkundige het diploma of certificaat van de vereiste opleiding uploaden. Tijdens de (vijfjarige) inschrijving in een deskundigheidsgebied moet een verpleegkundige 40 uur specifiek voor dat gebied geaccrediteerde scholing volgen. Deze accreditatie wordt verleend (op grond van een beoordeling door de eigen beroepsgroep) door een onafhankelijke accreditatiecommissie. Heeft een verpleegkundige een scholing gevolgd, dan wordt deze door de aanbieder van de scholing in haar portfolio geplaatst. Bij herregistratie na vijf jaar wordt digitaal gecheckt of de verpleegkundige aan de herregistratie-eisen voldoet.

Artikel 2.6
Bij de uitvoering van het Zvw-pgb tot nu toe en bij de doorontwikkeling van het Zvw-pgb via deze bestuurlijke afspraken is een balans gezocht tussen uniformiteit enerzijds en de bevoegdheid en verantwoordelijkheid van zorgverzekeraars om de zorgverzekering op eigen wijze in te vullen anderzijds. Bij het maken van deze afspraken is bekeken op welke punten uniformiteit van belang werd geacht dat ook binnen de grenzen van de mededingingsregelgeving mogelijk was.
Expliciet is de notie opgenomen dat het nastreven van uniformiteit waar nodig en mogelijk niet kan bewerkstelligen dat de uitvoering tussen verschillende zorgverzekeraars volledig uniform is. Enerzijds heeft dat te maken met het feit dat zorgverzekeraars in hun algemene polisvoorwaarden of in hun werkwijze in algemene zin verschillen, anderzijds is ook de bedoeling dat de uitvoering van het Zvw-pgb maatwerk is. Bij de beoordeling of een verzekerde aan de gestelde voorwaarden voldoet, zal worden gekeken naar zijn persoonlijke situatie. Dat betekent dat de toepassing van voorwaarden, ook als die uniform zijn vastgesteld, uiteindelijk maatwerk zal zijn.

Artikel 2.8
Het Zvw-pgb is een instrument waarmee de verzekerde in staat wordt gesteld de voor hem geïndiceerde zorg zelf in te kopen, waarbij de zorgvraag van de verzekerde centraal staat bij het bepalen van de hoogte van het budget. Het budget is immers bedoeld om de zorg waarop de verzekerde aanspraak heeft zelf in te kopen. Als de zorgbehoefte van de verzekerde verandert, dan heeft dat gevolgen voor de omvang van de aanspraak. Zorgverzekeraars vergoeden slechts zorg waarop aanspraak bestaat.

In de praktijk zien we dat het Zvw-pgb voor de zorgverleners in de naaste omgeving van de verzekerde soms ook als een inkomensvoorziening wordt ervaren. Dat kan spanning opleveren, bijvoorbeeld als de zorgvraag van de verzekerde daalt, als (tijdelijk) zorg in natura wordt ingezet of als de verzekerde tijdelijk wordt opgenomen in een ziekenhuis. Dat speelt in het bijzonder, als de zorg wordt geleverd door gezinsleden, waarmee de hoogte van het budget van invloed is op het gezinsinkomen. Partijen willen benadrukken dat de zorgvraag van de verzekerde het uitgangspunt is en dat eventuele inkomensgevolgen voor de betrokken zorgverleners niet van invloed zijn op de vaststelling van de indicatie of op de vaststelling van de hoogte van het Zvw-pgb. Partijen onderkennen daarbij wel dat het bijstellen van het budget van invloed kan zijn op het inkomen of zelfs het dienstverband van de zorgverleners en dat de budgethouder zich als werkgever moet houden aan de geldende arbeidswetgeving.
Partijen zullen verzekerden hier waar nodig en mogelijk op wijzen en hen adviseren hierover ook met hun betrokken zorgverleners te spreken.

Artikel 2.9.
Dit artikel benadrukt dat de meerwaarde van het instrument pgb gelegen is in het flexibel kunnen inzetten van meer- en minderzorg in de tijd binnen de door zorgverzekeraar verstrekte maximale vergoeding. Het gevolg hiervan is dat de budgethouder het pgb bij elke zorgverzekeraar flexibel kan inzetten.

Artikel 2.10
Deze bestuurlijke afspraken hebben in zichzelf niet tot doel om de fraudebestendigheid van het Zvw-pgb te vergroten. Partijen willen wel benadrukken dat het voorkomen en de aanpak van fraude van groot belang zijn. In het artikel is een aantal voorbeelden genoemd van instrumenten die kunnen worden ingezet bij het voorkomen en de aanpak van fraude. Het is aan zorgverzekeraars of en op welke wijze zij deze instrumenten inzetten.

Artikel 2.11
Met het PGB 2.0-portaal worden budgethouders ondersteund in het voeren van eigen regie op hun pgb en worden verstrekkers en zorgverleners ondersteund in hun taken en verantwoordelijkheden. De invoering van het PGB 2.0-portaal zal zorgvuldig en stapsgewijs plaatsvinden. Gestart is met een pilot in de regio van Zorgkantoor DSW en de gemeente Westland. Daarna zullen de budgethouders uit andere regio's in Nederland uit de Wmo, Jeugdwet en Wlz gebruik gaan maken van het pgb portaal. Partijen spreken af de ontwikkelingen van het Zvw-pgb op het PGB 2.0. portaal te volgen en te bezien wanneer het Zvw-pgb hier op kan worden aangesloten.

Artikel 3.1
Met ingang van 2017 gelden er voor verpleegkundige dagopvang en verblijf bij intensieve kindzorg nieuwe beleidsregels die door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) zijn vastgesteld. De prestaties verpleegkundige dagopvang en verblijf, zoals opgenomen in deze beleidsregel, zijn geënt op zorglevering op specifieke locaties die hiervoor ingericht moeten zijn. Dit maakt dat deze zorg feitelijk gezien alleen door een formele zorgaanbieder (een instelling) zal worden geleverd. Voor een kind dat op intensieve kindzorg is aangewezen en ook behoefte heeft aan verblijf in een kinderhospice of verpleegkundig kinderdagverblijf wordt sinds 2017 middels zorg in natura of restitutie voorzien. Daarbij staat voor partijen de keuzevrijheid en eigen regie voor de pgb-houder voorop. Dit betekent dat pgb-houders toegang hebben tot alle instellingen die deze zorg aanbieden en die aan de beleidsregels van de NZa voldoen, ook wanneer de keuze valt op een stelling die niet door de eigen zorgverzekeraar is gecontracteerd. In dat geval zal vergoeding van deze zorg middels restitutie plaats vinden. De restitutie-optie geldt daarmee dus ook voor verzekerden met een naturapolis. Daarnaast hebben partijen afgesproken dat wanneer de pgb-houder of diens wettelijke vertegenwoordiger onverhoopt niet tot voldoende passende afspraken kan komen met de gekozen natura-aanbieder, de

zorgverzekeraar er in samenspraak met de budgethouder zorg voor zal dragen dat er alsnog tot passende afspraken gekomen wordt, zodat de eigen regie van de budgethouder is geborgd.

Artikel 3.2
Ten aanzien van de doelgroep met een zorgbehoefte langer dan een jaar geldt dat de behoefte aan verpleging en verzorging in algemene zin langer dan een jaar dient te zijn om in aanmerking te komen voor een Zvw-pgb. De indicatie kan voor een kortere duur zijn afgegeven. Ook kan sprake zijn van een fluctuerende zorgvraag.

Artikel 3.3
Sinds de start van het Zvw-pgb is gebleken dat een indicatie voor een verzekerde die wil kiezen voor een Zvw-pgb anders verloopt dan bij zorg in natura. Met alle betrokken partijen wordt gewerkt aan verbeteringen in dat proces. Met deze bestuurlijke afspraken wordt een aantal afspraken gemaakt over aandachtspunten in dit kader.

Onder a is geëxpliciteerd dat de zorgverzekeraar een pgb-aanvraag gemotiveerd afwijst voor zover het zorg betreft die geen verzekerde Zvw-zorg betreft of die niet valt onder de zorg die met een Zvw-pgb mag worden ingekocht. Vergoeding van dergelijke zorg via een Zvw-pgb is immers niet rechtmatig. In de praktijk komt voor dat niet (medisch) noodzakelijke zorg (waaronder gebruikelijke zorg) wordt geïndiceerd of zorg die in een ander domein valt, zoals ondersteuning die onder de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 valt. Ook komt voor dat Zvw-zorg die niet met een Zvw-pgb mag worden ingekocht wordt meegeïndiceerd, zoals hulpmiddelen. De zorgverzekeraar mag daarbij een inhoudelijke beoordeling doen van de gestelde indicaties, bijvoorbeeld door de indicatiestelling te laten toetsen door de eigen medisch adviseur.

Onder b is geëxpliciteerd dat er handvatten zijn om vast te stellen of er sprake is van gebruikelijke zorg voor kinderen.

Onder c is geëxpliciteerd dat de zorg niet mag worden geïndiceerd door een individuele zorgverlener die de zorg (deels) zelf zal gaan leveren. Wel toegestaan is dat een organisatie die de zorg (deels) gaat leveren de zorg indiceert. Bij het Zvw-pgb wordt hiermee een andere keuze gemaakt dan bij zorg in natura. Bij zorg in natura zijn, onder andere via de zorginkoop, waarborgen ingebouwd om te voorkomen dat onnodig hoge indicaties worden gesteld. Dat is bij het Zvw-pgb onvoldoende het geval. Partijen vinden dit een ongewenste situatie en hebben om die reden de betreffende afspraak gemaakt.

Onder d is benadrukt dat partijen het van belang vinden dat de indicatie onafhankelijk kan plaatsvinden. Dat is in lijn met het kader “Normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving” van Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland, maar wordt in de praktijk nog niet altijd goed ingevuld. Voorbeelden waarbij die onafhankelijkheid in het geding kan komen is als de verzekerde niet dezelfde taal spreekt als de indicerend verpleegkundige of als de vaste zorgverlener namens de verzekerde het woord voert. Zorgverzekeraars kunnen regelen dat dan bijvoorbeeld een tolk kan worden ingeschakeld door de indicatiesteller (conform de Kwaliteitsnorm tolkgebruik bij anderstaligen in de zorg) of dat de zorgverlener niet bij de indicatiestelling aanwezig mag zijn.

Onder e wordt gerefereerd aan het cyclisch proces binnen de verpleging en verzorging. Vanuit de aard van de zorg is verpleging en verzorging gericht op een cyclisch proces van risico-inschatting, vroegsignalering, probleemherkenning, interventie en monitoring. Tijdens de zorgverlening wordt dit proces ingezet om de zorg aan de verzekerde voortdurend te kunnen aanpassen aan de situatie van dat moment. Bij een verzekerde die zelf zorg inkoopt met een Zvw-pgb heeft de verzekerde zelf een belangrijke rol in dit proces. De verzekerde koopt immers zelf de zorg in en stuurt de ingekochte

zorgverleners aan, waarmee het waar nodig aanpassen van de zorg aan de situatie op dat moment ook aan de verzekerde is om aan te sturen. Inherent onderdeel van het cyclisch proces door wijkverpleegkundigen is echter dat de indicatiestelling regelmatig wordt geëvalueerd. De indicatie en de evaluatie daarvan kunnen niet door de verzekerde zelf worden overgenomen, omdat dit conform het daartoe opgestelde normenkader van V&VN dient te geschieden.
Uit het door Arteria Consulting uitgevoerde haalbaarheidsonderzoek is gebleken dat het wenselijk is om het cyclisch indiceren binnen het Zvw-pgb uit te voeren. Geconcludeerd is dat het evalueren onderdeel behoort te zijn van het verpleegkundig handelen, ongeacht de leveringsvorm.
In dit onderdeel is opgenomen dat partijen afspreken vanaf 2019 in het verpleegkundig deel van het Zvw-pgb aanvraagformulier een vraag op te nemen ten aanzien van het evalueren van de geïndiceerde zorg. De indicerend verpleegkundige zal hierdoor zich ervan dienen te vergewissen of een evaluatie van de ingezette zorginterventies bij de betreffende verzekerde zinvol is en zo ja hoe vaak en wanneer deze evaluatie dan dient plaats te vinden.

Onder g is gerefereerd aan het praktijkteam Zvw-pgb. Naar aanleiding van de vorige bestuurlijke afspraken is een aantal sessies georganiseerd om complexe indicatie-casuistiek te bespreken met als doel het proces van indiceren, toekennen en/of afwijzen van het pgb te verbeteren. Ten tijde van het sluiten van onderhavige afspraken zijn de activiteiten van het praktijkteam nog niet afgerond. Het is ook nog niet bekend hoe eventuele aanbevelingen zullen luiden. Partijen spreken daarom af deze uitkomsten nauwgezet te volgen en de aanbevelingen in nauwe samenwerking in 2019 op te pakken.

Artikel 3.5
Dit artikel heeft betrekking op de voorwaarden aan de persoon van de verzekerde of zijn vertegenwoordiger, zoals opgenomen in artikel 2.15c, eerste lid van de Besluit zorgverzekering. Naast deze voorwaarden kunnen ook andere voorwaarden van toepassing zijn. Daarbij gaat het in de eerste plaats om voorwaarden die bijvoorbeeld betrekking hebben op de administratieve procedure bij een aanvraag van een Zvw-pgb, zoals het overleggen van een budgetplan en andere relevante documenten, of om de wijze waarop verantwoording en uitbetaling van het Zvw-pgb geschiedt. Hierover worden geen specifieke regels gesteld. De inrichting hiervan is aan zorgverzekeraars. Daarnaast is in artikel 13a van de Zorgverzekeringswet bepaald dat regels kunnen worden gesteld betreffende de inhoud van de zorg waarvoor een Zvw-pgb wordt verstrekt. Daarover zijn geen nadere regels gesteld.
Op grond van artikel 13a, derde lid, van de Zvw neemt de zorgverzekeraar alle voorwaarden op in zijn modelovereenkomst.
Onder a is aangegeven dat de zorgverzekeraar bij zijn toets of de verzekerde of zijn vertegenwoordiger in staat is zorg te dragen voor doelmatige zorg in ieder geval kan toetsen in hoeverre met het Zvw-pgb zal worden gewerkt aan de verbetering, het behoud of beperking van achteruitgang van zijn gezondheid. Daarmee wordt aan de voorkant getoetst of de wijze waarop de verzekerde zijn zorg wil inzetten gezien zijn zorgvraag effectief is. De zorgverzekeraar kan de visie van de indicerend verpleegkundige vragen. Dat kan zowel vooraf via het verpleegkundig-deel van het aanvraagformulier, of door contact met de verpleegkundige na de pgb-aanvraag.
Onder b gaat het over de vraag of de verzekerde of zijn vertegenwoordiger in staat is de aan het Zvw-pgb verbonden taken en verplichtingen uit te voeren. Van belang is dat de zorgverzekeraar kan toetsen of de verzekerde op de hoogte is van de taken en verplichtingen die aan het Zvw-pgb zijn verbonden. Deze voorwaarde is onder meer bedoeld om verzekerden die onder invloed van een kwaadwillend pgb-bureau een Zvw-pgb aanvragen uit te sluiten van een Zvw-pgb. Ook kan worden getoetst of de verzekerde in staat is het financiële beheer over het Zvw-pgb uit te voeren en of hij in staat is eventuele arbeidsrechtelijke taken en verplichtingen uit te voeren.
Onder b. wordt aangegeven hoe de zorgverzekeraar de toets kan invullen of de verzekerde of zijn vertegenwoordiger in staat is zorg te dragen voor verantwoorde zorg. De toets is er niet op gericht dat de zorg op hetzelfde niveau is als een professioneel wijkverpleegkundige zou bieden. Wat verantwoorde zorg is hangt af van de zorgvraag en de situatie van de verzekerde. Zolang de kwaliteit

van de zorg niet onder de norm van verantwoorde zorg komt, speelt de ervaren kwaliteit van leven van de verzekerde en de keuzes die hij daartoe maakt daarbij ook een belangrijke rol. Zorgverzekeraars kunnen de verzekerde verzoeken om in het aanvraag of bijvoorbeeld tijdens een bewust-keuzegesprek een toelichting te geven op de voorgenomen inzet van zorg. Aandachtspunten daarbij kunnen bijvoorbeeld zijn hoe verantwoorde zorg wordt georganiseerd als (met name) informele zorgverleners worden ingezet, hoe continuïteit van zorg wordt geborgd als zorgverleners onverwacht uitvallen of hoe noodzakelijke afstemming met andere zorgverleners, ook buiten de geïndiceerde verpleging en verzorging, is geborgd.
Bij dit artikel gaat het om een toets aan de voorkant die mede bepaalt of een verzekerde in aanmerking komt voor een Zvw-pgb. In artikel 3.9 wordt vervolgens bepaald dat de verzekerde gedurende de looptijd van het Zvw-pgb verantwoordelijk is en blijft om zorg te dragen voor verantwoorde zorg.
Onder d gaat het over de vraag of de keuze van de verzekerde voor een Zvw-pgb een bewuste keuze is. De zorgverzekeraar kan dit toetsen door middel van een bewust-keuzegesprek of op een andere door hem geschikt geachte wijze. Zorgverzekeraars kunnen daarbij vragen om een inhoudelijke onderbouwing van de aanvraag.

Artikel 3.6
Als de verzekerde een door een zorgverzekeraar gecontracteerde aanbieder wil inzetten, dan kan de zorgverzekeraar ervoor kiezen dat deel van de zorg in natura te bieden. Dit geldt ook voor een zorgaanbieder, als het concern waartoe deze aanbieder behoort, gecontracteerd is. Voorwaarde hierbij is wel dat de aanbieder hetzelfde aanbod heeft en er binnen hetzelfde budget dezelfde hoeveelheid zorg geboden wordt. Daarmee valt de zorg binnen de inkoopafspraken die de zorgverzekeraar heeft gemaakt. Dat betekent dat de verzekerde zijn zorg voor een deel kan inkopen met een pgb en dat voor het andere deel er zorg in natura wordt verleend. Met deze bepaling kan bovendien de ongewenste praktijk worden tegengegaan dat zorgaanbieders verzekerden adviseren een pgb aan te vragen om buiten hun inkoopafspraken extra zorg te leveren. Deze bepaling geldt ook als op papier sprake is van een andere zorgaanbieder, maar deze feitelijk deel uitmaakt van een al gecontracteerde organisatie.

Artikel 3.7
Het kan voorkomen dat een budgethouder tijdelijk een ophoging van het budget nodig heeft, bijvoorbeeld na een ziekenhuisopname. In dit artikel is opgenomen dat als daartoe in de praktijk behoefte bestaat er door de zorgverzekeraars zo snel mogelijk doch in ieder geval voor 1 januari 2020 een procedure zal worden ontwikkeld om in acute situaties de indicatie (tijdelijk) op te hogen.

Artikel 3.8
Begrijpelijke en toegankelijke patiënteninformatie over het Zvw-pgb is voor verzekerden essentieel om een goede afweging en een bewuste keuze te kunnen maken omtrent de leveringsvorm van de wijkverpleegkundige zorg. In de praktijk blijkt dat de informatie op de websites van de zorgverzekeraars niet altijd goed vindbaar en duidelijk is. Dit artikel geeft zorgverzekeraars de opdracht waar nodig de toegankelijkheid en begrijpelijkheid van de patiënteninformatie over het Zvw-pgb te optimaliseren.

Artikel 4.1.
De budgethouder is verantwoordelijk voor de kwaliteit van de ingezette zorg. Met dit artikel willen partijen benadrukken dat het daarbij gaat om zowel rechten als plichten voor de verzekerde. De verzekerde heeft het recht zelf zijn zorgverleners te kiezen, maar hij heeft daarbij de plicht ervoor te zorgen dat de zorg verantwoord is en blijft. De voorwaarden die worden gesteld aan de informele zorgverlener ten aanzien van zijn leeftijd, de instructie bij voorbehouden handelingen en de maximering van het aantal te vergoeden uren hangen samen met het borgen van verantwoorde zorg.

Artikel 4.2.
De budgethouder kan een informele zorgverlener inhuren om de benodigde zorg te verlenen. Vaak zal dit de partner en/of de ouder zijn van de verzekerde. Het begrip is echter breder. Bij een complexe zorgvraag kan het uit het oogpunt van borging van de kwaliteit en de continuïteit van de geleverde zorg belangrijk zijn dat ook een formele zorgverlener bij de zorg betrokken is. De formele zorgverlener heeft een professionele blik op de ingezette zorg en kan de informele zorgverlener daarbij eventueel coachen en begeleiden. Ook kan de formele zorgverlener taken overnemen van de informele hulpverlener bijvoorbeeld wanneer de informele zorgverlener overbelast en/of ziek raakt.

Voor de vraag wie onder de noemer van formele zorgverlener valt, verwijzen partijen naar datgene wat is opgenomen in het reglement over de informele zorgverleners. Onder informele zorgverleners vallen zorgverleners die:

a. een partner, bloed- of aanverwant in de 1e of 2e graad is en/of;
b. niet is ingeschreven als verpleegkundige in het register, bedoeld in artikel 3 van de wet BIG, voor het uitoefenen van een beroep voor het verlenen van zorg en/of;
c. geen inschrijving hebben in het Handelsregister of niet met de Standaard Bedrijfsindeling (SBI) codes 86, 87 of 88 staan geregistreerd als zorgverlenende organisatie in het Handelregister

Formele zorgverleners zijn diegene, die niet als informele zorgverleners zijn aangemerkt volgens bovenstaande. Vanzelfsprekend geldt dat het hierbij daadwerkelijk gaan moet om zorgverleners, en niet om de spreekwoordelijke ‘slager om de hoek’.

Dit artikel geeft de zorgverzekeraar de mogelijkheid om bij een complexe zorgvraag en als de maximaal te vergoeden aantal uren verpleging en verzorging per week hoger is dan 24, in het bewuste-keuze gesprek van de verzekerde te verlangen dat naast de informele zorgverlener ook een deel van de zorg door een formele zorgverlener wordt geleverd. Het is dus een mogelijkheid die de verzekeraar kan inzetten, het is geen verplichting. Pas vanaf een zorgvraag van 24 uur of meer kan de verzekeraar de inzet van een formele zorgverlener verlangen wanneer in het bewuste-keuze gesprek besproken is hoe de budgethouder de zorg gaat inzetten. Hierbij moet altijd sprake zijn van maatwerk. Het bewuste-keuze gesprek is noodzakelijk om maatwerk te kunnen betrachten en om te bepalen of de inzet van een formele zorgverlener in het specifieke geval toegevoegde waarde heeft. De verzekeraar motiveert waarom de inzet van formele zorg voor de specifieke budgethouder nodig is. Om te zien of deze maatregel ook doelmatig is, zal dit artikel halfjaarlijks door partijen worden geëvalueerd.

Artikel 4.3
In lijn met art. 3.3, onder a van deze afspraken dat gaat over de toegang tot het Zvw-pgb is in dit artikel geëxpliciteerd dat de zorgverzekeraar een declaratie afwijst voor zover het zorg betreft die geen verzekerde Zvw-zorg betreft of die niet valt onder de zorg die met een Zvw-pgb mag worden ingekocht.

Artikel 4.4.
Wanneer een budgethouder (onverwacht) wordt opgenomen in een ziekenhuis of instelling dient de budgethouder te blijven voldoen aan de arbeidsrechtelijke verplichting om het loon van zijn zorgverlener (s) te betalen. Dit heeft onvoorziene financiële consequenties voor de budgethouder. Dit artikel regelt dat het ministerie van VWS voor 1 juli 2019 een beslissing neemt over de vraag of vergoeding van het loon aan de zorgverlener als gevolg van het tijdelijk opgenomen zijn van de budgethouder voor vergoeding in aanmerking komt. Daarbij zullen ook eventuele overige arbeidsrechtelijke aspecten van het arbeidscontract worden bezien.

Artikel 5.3.
Over 2015 tot en met 2017 zijn jaarlijks (monitor)onderzoeken uitgevoerd naar de uitvoering en het gebruik van het Zvw-pgb. De resultaten daarvan zijn vastgelegd in rapportages.
Onder betrokken partijen is de behoefte om het inzicht in de kwantitatieve en financiële gegevens ook in de komende jaren te blijven verkrijgen. Afgesproken is om deze gegevens over 2018 en latere jaren op te nemen in een online interactief dashboard, die trendontwikkelingen over de jaren heen en andere (eventueel verdiepende) dwarsdoorsnedes inzichtelijk kan maken. Dit dashboard is flexibel ingericht zodat nieuwe indicatoren eenvoudig kunnen worden toegevoegd.

Artikel 5.5.
Partijen gaan op korte termijn met elkaar om de tafel om de punten op te lossen, waar bij het sluiten van deze bestuurlijke afspraak nog geen consensus bestond over de oplossingsrichting. In ieder geval zullen partijen spreken over de volgende onderwerpen:

- PGB in het ziekenhuis bij opname. Het gaat daarbij om de gevallen waarin de verzekerde gedurende de opname in het ziekenhuis aantoonbaar tevens is aangewezen op zorg geleverd door zijn pgb-zorgverlener.
- 5-minutendeclaratie
- Bijkomende zorgkosten, zoals kosten voor training van de zorgverlener.
- Flexibele inzet van PGB in zorgfuncties

Aldus overeengekomen door Zorgverzekeraars Nederland, Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland, Per Saldo en het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,

November 2018

mw. A.W.D. Molenaar	A. Rouvoet
Directeur Per Saldo	Voorzitter Zorgverzekeraars Nederland
Mw. S. Kersten	H.M. de Jonge
Directeur Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland	Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport