

Toegangscriteria voor de Vergoedingsregeling Persoonlijke Zorg

Context

In mijn brief van 15 september 2011 heb ik aangegeven dat per 1 januari 2012 de Vergoedingsregeling persoonlijke zorg wordt geïntroduceerd. Deze vergoedingsregeling heb ik geïntroduceerd, omdat ik uit mijn gesprekken met mensen met een pgb, zorgaanbieders en zorgkantoren heb geconcludeerd dat het mogelijk is dat in bijzondere gevallen er (nog) geen adequaat zorgaanbod in natura beschikbaar zal zijn. Het zal voornamelijk gaan om mensen met een flexibele zorgvraag: mensen die zorg nodig hebben die niet planbaar is, op korte zorgmomenten, op wisselende tijden op een dag en/of zorg die gekoppeld is aan (vrijwilligers)werk en studie of opleiding. De vergoedingsregeling is bedoeld voor mensen met een complexe zorgvraag (van minimaal 10 uur per week op basis van een extramurale AWBZ-indicatie). In mijn brieven van 31 oktober en 8 november 2011 is deze vergoedingsregeling nader uitgewerkt. In de laatste brief heb ik u aangegeven, dat ik met de zorgkantoren heb afgesproken om de toegangscriteria tot deze regeling eenduidig en eenvoudig uit te schrijven. Het gaat hierbij over de criteria die gaan over de 10-uurs grens, het indienen van een zorgplan en de toets daarop van het zorgkantoor. In de afgelopen periode zijn deze criteria in nauwe samenspraak met de zorgkantoren uitgewerkt. Het resultaat treft u hierbij aan. Daarmee kom ik tegemoet aan de motie van het lid van uw Kamer de heer van der Staaij.¹

De criteria inzake de vergoedingsregeling zijn:

- 1) Complexe zorgvraag van minimaal 10 uur per week;
- 2) Zorg in natura tenzij...: oriëntatie op het bestaande zorgaanbod;
- 3) Aanwezigheid van een volledig ingevuld zorgplan;
- 4) Toets door zorgkantoor waaruit blijkt dat de zorg in het zorgplan tot de verzekerde zorg behoort;
- 5) Toets door zorgkantoor of *alle* in het zorgplan genoemde zorgaanbieders door het zorgkantoor zijn gecontracteerd.

1. Het 10-uurscriterium

De vergoedingsregeling is bedoeld voor "*cliënten met een extramurale AWBZ-indicatie, met een specifieke complexe zorgvraag die (nog) niet door de "reguliere"zorg in natura geboden kan worden (brief 8 november 2011)*". Voor de duiding van de complexe zorgvraag is een 10-uurs criterium geïntroduceerd. Het zorgkantoor toetst bij de aanvraag voor de vergoedingsregeling aan de hand van indicatiegegevens van het CIZ of het Bureau Jeugdzorg of een cliënt een beroep mag doen op de vergoedingsregeling. Indien een cliënt minder dan 10 uur zorg per week geïndiceerd heeft gekregen dan wijst het zorgkantoor de aanvraag af.

In het jaar 2012 kan in principe een beroep op de vergoedingsregeling worden gedaan:

- Indien een cliënt een AWBZ-indicatie heeft van minimaal 10 uur voor de functies persoonlijke verzorging, verpleging en begeleiding (zowel individueel als groep).²
Het aantal uren wordt hierbij als volgt berekend:
 - Volgens de huidige regels worden de functies persoonlijke verzorging, verpleging en begeleiding *individueel* geïndiceerd in klassen met bandbreedtes. Deze systematiek wordt meegenomen in de vergoedingsregeling. Bij het bepalen van het aantal uren van deze functies wordt, net als bij de tariefstelling bij de pgb-regeling als de vergoedingsregeling,

¹ TK, vergaderjaar 2011-2012, 30 597, nr. 231.

² De functie kortdurend verblijf wordt niet meegeteld. Deze functie wordt geïndiceerd in dagen per week, waarbij de zorguren apart worden geïndiceerd. Het kan hierbij gaan om uren persoonlijke verzorging, verpleging en individuele begeleiding. Deze zorguren worden meegeteld om voor de vergoedingsregeling in aanmerking te komen. De functie Behandeling telt, net als bij de pgb-regeling, niet mee.

uitgegaan van het midden van de geïndiceerde klassen. Daarbij wordt de uitkomst per functie op 1 decimaal naar boven afgerond. Een voorbeeld: een indicatie voor de klasse 4 persoonlijke verzorging van 7 tot 9,9 uur wordt meegeteld als 8,5 uur per week.

- Bij een indicatie voor de functie begeleiding *groep* in dagdelen wordt ieder dagdeel als 1 uur per dagdeel gerekend.³
- Indien er sprake is van een situatie waarbij verschillende cliënten binnen één gezin beroep doen op de vergoedingsregeling dan wordt niet individueel gekeken, maar dan geldt dat zij gezamenlijk een AWBZ-indicatie dienen te hebben van minimaal 10 uur per week (op basis van dezelfde definities als bij de berekening van het aantal uren bij individuele cliënten).⁴ Een voorbeeld: vader heeft 5 uur persoonlijke verzorging nodig heeft en dochter 6 uur een combinatie van persoonlijke verzorging en verpleging. Beiden krijgen dan een individuele vergoeding op basis van de uren uit hun indicatiebesluit die zij willen inzetten voor de vergoedingsregeling.
- Indien een cliënt een aanspraak heeft op (de nieuwe functie) ADL-assistentie dan kan deze een beroep doen op de vergoedingsregeling. De indicatie ADL-assistentie geeft *toegang* tot de vergoedingsregeling, maar de *toekening* van een vergoeding is alleen mogelijk voor de functies persoonlijke verzorging, verpleging, begeleiding (individueel en groep) en kortdurend verblijf waarvoor de cliënt ook een indicatie heeft.⁵

Ten behoeve van een goede voorlichting en een eenduidige interpretatie van het 10-uurs criterium zal in de vergoedingsregeling een tabel worden opgenomen, waarbij AWBZ-indicaties zijn omgerekend naar aantal uren zorg per week.

Het zorgkantoor wijst de aanvraag voor de vergoedingsregeling af indien uit het aanvraagformulier blijkt dat de aanvrager minder dan 10 uur zorg van zijn/haar indicatiebesluit wil gebruiken voor de vergoedingsregeling.⁶ Dit laat onverlet dat de persoon toegang tot de vergoedingsregeling blijft houden als hij/zij bij de verantwoording aangeeft minder dan 10 uur zorg te hebben ingekocht.

Bij een herindicatie toetst het zorgkantoor opnieuw of aan het 10-uurscriterium wordt voldaan. Mocht dit niet het geval zijn, dan vervalt de toegang tot de vergoedingsregeling. Hierbij geldt de volgende uitzondering: als een persoon als gevolg van een herindicatie in 2013 voor de functie Begeleiding op minder dan 10 uur per week uitkomt, dan blijft hij/zij de vergoedingsregeling behouden tot uiterlijk 1 januari 2014.

De vergoedingsregeling is niet toegankelijk voor de mensen die momenteel een pgb hebben. Zij behouden immers hun pgb tot 1 januari 2014. Het zorgkantoor controleert derhalve eerst of de aanvrager recht heeft op een pgb. Als dit het geval is dan wordt de aanvraag afgewezen. Verder geldt dat de uitsluitingscriteria die bij de pgb-regeling van toepassing zijn, zoals voor de cliënt mag geen surseance van betaling zijn aangevraagd en hij/zij mag niet failliet zijn verklaard, ook bij deze regeling gelden.

2. Zorg in natura tenzij...: oriëntatie op het bestaande zorgaanbod

De vergoedingsregeling is bedoeld voor "*cliënten met een extramurale AWBZ-indicatie, met een specifieke complexe zorgvraag die (nog) niet door de "reguliere"zorg in natura geboden kan worden. Het gaat om een intensieve zorgvraag (..) met elementen als onplanbare zorg, zorg die dag en nacht nodig is (bijvoorbeeld bij beademingsproblematiek), flexibele zorg en/of zorg waarbij de continuïteit van zorgverleners voorwaardelijk is*" (pgb-brief van 8 november 2011). Verder is in de brief van 8 november 2011 gesteld dat "*beschrijving van de doelgroep nog nadere uitwerking vergt. Afgesproken is om vooruitlopend op de verankering van 1 januari 2014, op grond van*

³ Immers bij de groepsbegeleiding wordt geen 1 op 1 zorg geleverd. Daarnaast wordt hierbij aangesloten bij de eigen bijdrage-regeling waarbij dit ook gebeurt.

⁴ Iedere cliënt dient een aparte aanvraagformulier in te vullen, waarin wordt verwezen naar andere personen die bij de beoordeling van het 10-uurscriterium moeten worden betrokken.

⁵ Deze nieuwe aanspraak geldt in 2012 en 2013 alleen voor personen die een ADL-clusterwoning verblijven. Voor een nadere toelichting verwijs ik naar de brief aangaande ADL van 9 september 2011 (kenmerk DLZ/SFI-3079727).

⁶ Dit heb ik u gemeld in mijn brieven van 31 oktober en 8 november jl.

ervaringen met de vergoedingsregeling, gezamenlijk tot deze nadere duiding van de doelgroep en de specifieke zorgbehoeften te komen”.

Aan de oriëntatie op het zorgaanbod wordt vanaf 1 januari 2012 vorm gegeven door in het aanvraagformulier⁷ aan de aanvrager te vragen of er contact is geweest met een zorgaanbieder. Is dit niet het geval dan houdt het zorgkantoor de aanvraag voor de vergoedingsregeling aan en verwijst het zorgkantoor de aanvrager naar een zorgaanbieder.

Is dit wel het geval dan wordt gevraagd om welke aanbieder het gaat (zodat het zorgkantoor hierop controle kan uitvoeren) en op welke grond de cliënt de zorg als niet passend beschouwt. Voor de typering van de bijzondere zorgvraag dient de cliënt een aantal standaard antwoordcategorieën in te vullen.⁸

Dit laatste is niet om als reden tot afwijzing te hanteren, maar als inhoudelijke input voor het nader kunnen beschrijven en uitwerken van de doelgroep. Tevens kan deze informatie worden gebruikt bij het bredere perspectief, namelijk om te kijken waar de zorgaanbieder zich kan verbeteren en voor het inkopen van passende zorg voor doelgroepen.

3. Aanwezigheid van aanvraagformulier

Een cliënt kan een beroep doen op de vergoedingsregeling door een aanvraagformulier (zie hiervoor) in te dienen bij zijn of haar zorgkantoor. Onderdeel van dit aanvraagformulier is een zorgplan. Het format van dit zorgplan zal het College voor zorgverzekeringen uiterlijk 15 december 2011 vaststellen.⁹ Het format zal, naast een papieren versie, ook beschikbaar komen op de websites van de zorgkantoren, het College voor zorgverzekeringen en Per Saldo.

Uit het aanvraagformulier moet blijken:

- de daadwerkelijke oriëntatie op het zorgaanbod in natura (zie hiervoor);
- de reden dat het zorg in natura aanbod onvoldoende passend is, waarbij de typering van de zorgvraag op basis van een aantal standaard antwoordcategorieën moet zijn ingevuld (zie hiervoor);
- welke zorg (in functies uitgedrukt) uit het indicatiebesluit de cliënt wil laten vergoeden uit de vergoedingsregeling;
- hoeveel uren zorg de cliënt wil inzetten waarbij een ondergrens geldt van minimaal 10 uur van de AWBZ-geïndiceerde zorg per week voor de functies persoonlijke verzorging, verpleging en begeleiding.
- door welke zorgverlener/zorgaanbieder welke zorg (in functies uitgedrukt) en op welke momenten deze geleverd gaat worden.
- dat de in te kopen zorg onder de verzekerde AWBZ-zorg valt door een verklaring van de cliënt.

Het zorgkantoor toetst in de eerste plaats of het aanvraagformulier aanwezig is. Vervolgens wordt getoetst of het aanvraagformulier volledig is ingevuld en ondertekend. Mocht dit niet het geval zijn dan neemt het zorgkantoor contact op met de aanvrager en verzoekt dit alsnog te doen binnen een door het zorgkantoor vastgesteld redelijk termijn (conform Algemene wet bestuursrecht). Na het verstrijken van deze termijn gaat het zorgkantoor over tot afwijzing van de aanvraag.

Al eerder is aangegeven dat het zorgkantoor de aanvraag afwijst als blijkt dat de persoon minder dan 10 uur uit zijn indicatiebesluit wil inzetten voor de vergoedingsregeling. Dit laat onverlet dat de persoon toegang tot de vergoedingsregeling blijft houden als hij/zij bij de verantwoording aangeeft minder dan 10 uur zorg te hebben ingekocht.

⁷ Het aanvraagformulier is een formulier dat een zorgkantoor gebruikt en op de website van de zorgkantoren beschikbaar is.

⁸ Het gaat hier om de categorieën die ook in het Regioplan-onderzoek “Hoe regelt u uw zorg met een pgb?” zijn gebruikt, zoals: zorgbehoefte die slecht vooraf is in te plannen, zorg nodig op wisselende tijden per dag, zorg op ongebruikelijke tijden (bijvoorbeeld 's nachts) en behoefte aan structuur en vastigheid en vaste zorgverlener.

⁹ Dit zorgplan wordt vanaf 1 januari 2012 ook verplicht voor nieuwe aanvragers van een pgb (zie Programmabrief Hervorming Langdurige Zorg, 1 juni 2011).

Daarnaast toetst het zorgkantoor ook op de volgende onderdelen:

4. Toets verzekerde zorg door het zorgkantoor

De zorg die door de Vergoedingsregeling persoonlijke zorg door de cliënt wordt ingekocht dient onder de verzekerde AWBZ-aanspraken te vallen. De verantwoordelijkheid ligt hiervoor bij de cliënt. Deze kan gebruik maken van de bestaande vergoedingslijst zoals opgesteld door de zorgkantoren ten behoeve van de pgb-regeling.¹⁰ In het aanvraagformulier wordt opgenomen dat de cliënt verklaart dat de zorg die door hem/haar wordt ingekocht onder de verzekerde zorg valt.

Het zorgkantoor toetst of er aanwijzingen zijn dat er geen sprake is van verzekerde zorg op basis van de omschrijving van de in te kopen zorg en de eventuele aanbieder van die zorg.

5. Toets gecontracteerd zorgaanbod door het zorgkantoor

In het zorgplan (zie hiervoor) geeft de cliënt aan door wie (zorgverlener/zorgaanbieders) de zorg zal worden geleverd. Het kan hierbij gaan om (een combinatie van) individuele zorgverleners (al dan niet zzp-ers), personen uit de nabijheid van de cliënt en (al dan niet toegelaten) zorginstellingen. Aangezien de vergoedingsregeling is bedoeld is voor cliënten waarvoor geen passende zorg in natura beschikbaar, mag de persoon geen beroep doen op deze regeling als uitsluitend de zorg wordt ingekocht bij zorgaanbieders die door zorgkantoren zijn gecontracteerd. In deze situatie heeft de vergoedingsregeling geen meerwaarde. Het zorgkantoor controleert hierop en wijst indien dit aan de orde is de aanvraag af.

¹⁰ Beschikbaar op de site van ZN, zorgkantoren en het CVZ.