



## **Regeling van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 29 juni 2020, kenmerk 1703282-205443-Ppgeb, houdende wijziging van de Regeling Jeugdwet, de Regeling langdurige zorg, de Regeling zorgverzekering en de Uitvoeringsregeling Wmo 2015 in verband met het doorbetalen van niet-geleverde jeugdhulp, zorg of ondersteuning indien deze op grond van de maatregelen als gevolg van Covid-19 niet is verleend en het verhogen van het Wlz-pgb indien naar aanleiding van deze maatregelen de inkoop van extra zorg nodig is**

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,

Gelet op de artikelen 8.3 van het Besluit Jeugdwet, 3.1.1, vierde lid, 3.6.4, derde lid, en 3.6.7, onderdeel e, van het Besluit langdurige zorg, 2.15b van het Besluit zorgverzekering en 5.3 van het Uitvoeringsbesluit Wmo 2015;

Besluit:

### **ARTIKEL I**

De Regeling Jeugdwet wordt als volgt gewijzigd:

A

In artikel 1 wordt in de alfabetische rangschikking de volgende begripsomschrijving ingevoegd:

- *Covid-19*: de ziekte veroorzaakt door coronavirus-SARS-CoV-2;

B

Artikel 8b wordt als volgt gewijzigd:

1. In het derde lid, onderdeel a, vervalt 'of'.
2. Onder vervanging van de punt aan het slot van het derde lid, onderdeel b, door '.' wordt een onderdeel toegevoegd, luidende:
  - c. een declaratie of overeenkomst, bedoeld in de onderdelen a en b, indien de overeengekomen jeugdhulp, in de periode van 1 maart 2020 tot en met 30 juni 2020 als gevolg van de maatregelen in verband met Covid-19, door de desbetreffende derde, niet is verleend.
3. In de aanhef van het vierde lid wordt na 'derde lid' ingevoegd ', onderdelen a en c,'.
4. Er worden twee leden toegevoegd, luidende:
  11. De persoon aan wie een persoonsgebonden budget is verstrekt, houdt een administratie bij van het totaal aan niet-geleverde jeugdhulp per derde aan wie betalingen zijn verricht op grond van het derde lid, onderdeel c. Deze administratie bevat in ieder geval de volgende onderdelen:
    - a. de naam van de derde;
    - b. het overeengekomen tarief; en
    - c. een overzicht van het aantal te betalen uren en dagdelen of, indien de Wet minimumloon en minimumvakantiebijslag niet van toepassing is op de verbintenis waarvoor een vergoeding wordt uitbetaald, etmalen.
  12. De persoon bedoeld in het elfde lid, verstrekt op verzoek van het college voor elke derde het op grond van het derde lid, onderdeel c, totaal aantal betaalde uren inclusief het bijbehorende totaalbedrag door middel van een daartoe beschikbaar gesteld formulier aan de Sociale verzekeringsbank.



## ARTIKEL II

De Regeling langdurige zorg wordt als volgt gewijzigd:

A

In artikel 1.1 wordt in de alfabetische rangschikking de volgende begripsomschrijving ingevoegd:

*Covid-19*: de ziekte veroorzaakt door coronavirus-SARS-CoV-2;

B

Aan artikel 5.1c wordt een lid toegevoegd, luidende:

5. Het zorgkantoor kan het persoonsgebonden budget verhogen in het geval dat een verzekerde in de periode van 1 maart 2020 tot en met 31 december 2021 als gevolg van de maatregelen in verband met Covid-19, extra kosten heeft voor diens zorgverlening, voor zover die verhoging nodig is met het oog op de mogelijkheid van de verzekerde om die zorg te ontvangen. Een aanvraag voor ophoging van het budget wordt gedaan door middel van een daartoe door het zorgkantoor beschikbaar gesteld formulier.

C

Onder vervanging van de punt aan het slot van artikel 5.17, eerste lid, onderdeel c, door ‘, of’ wordt een onderdeel toegevoegd, luidende:

- d. voor zorg die, in de periode van 1 maart 2020 tot en met 30 juni 2020 als gevolg van de maatregelen in verband met Covid-19, door de desbetreffende zorgaanbieder of mantelzorgers die ten laste van het persoonsgebonden budget zorg verleent, niet is verleend.

D

In artikel 5.18, onderdeel a, vervalt ‘van zorg’.

E

In artikel 5.20, tweede lid, onderdeel b, wordt na ‘verleningsgrond van het persoonsgebonden budget’ ingevoegd ‘dan wel verhoging van het budget als bedoeld in artikel 5.1c, vijfde lid,’.

F

Artikel 5.23 wordt als volgt gewijzigd:

1. in het eerste lid, onderdeel a, vervalt ‘of’.
2. In het eerste lid wordt onder vervanging van de punt aan het slot van onderdeel b door een puntkomma, een onderdeel toegevoegd, luidende:
  - c. een declaratie of zorgovereenkomst, bedoeld in de onderdelen a en b, indien de overeengekomen zorg, in de periode van 1 maart 2020 tot en met 30 juni 2020 als gevolg van de maatregelen in verband met Covid-19, door de desbetreffende zorgaanbieder of mantelzorgers, niet is verleend.
3. In het tweede lid, aanhef wordt ‘onderdeel a’ vervangen door ‘onderdelen a en c’.
4. Er worden twee leden toegevoegd, luidende:
  9. De verzekerde houdt een administratie bij van het totaal aan niet-geleverde zorg per zorgverlener aan wie betalingen zijn verricht op grond van het eerste lid, onderdeel c. Deze administratie bevat in ieder geval de volgende onderdelen:
    - a. de naam van de zorgverlener;
    - b. het overeengekomen tarief; en
    - c. een overzicht van het aantal te betalen uren en dagdelen of, indien de Wet minimumloon en minimumvakantiebijslag niet van toepassing is op de verbintenis waarvoor een vergoeding wordt uitbetaald, etmalen.



10. De verzekerde bedoeld in het negende lid, verstrekt op verzoek van het zorgkantoor voor elke zorgverlener het op grond van het eerste lid, onderdeel c, totaal aantal betaalde uren inclusief het bijbehorende totaalbedrag door middel van een daartoe beschikbaar gesteld formulier aan de Sociale verzekeringsbank.

### ARTIKEL III

Aan artikel 2.29a van de Regeling zorgverzekering worden twee leden toegevoegd, luidende:

5. In afwijking van het eerste en tweede lid, worden de bedragen, bedoeld in voornoemde leden, ook vergoed indien:
  - a. de zorg als bedoeld in artikel 2.15a van het Besluit zorgverzekering, in de periode van 1 maart 2020 tot en met 30 juni 2020, als gevolg van de maatregelen in verband met Covid-19, door de zorgverlener niet is verleend;
  - b. deze niet-verleende zorg door de zorgverlener bij de verzekerde in rekening is gebracht; en
  - c. de zorgverlener hiervoor niet is gecompenseerd op grond van de werkgeverstaken van de verzekerde.
6. De verzekerde houdt, via een door de zorgverzekeraar beschikbaar gesteld formulier, een registratie bij van de bedragen die hij vergoedt op grond van het vijfde lid. Deze registratie stelt hij op verzoek van de zorgverzekeraar ter beschikking.

### ARTIKEL IV

De Uitvoeringsregeling Wmo 2015 wordt als volgt gewijzigd:

#### A

Aan artikel 1 wordt onder vervanging van de punt aan het slot van de begripsomschrijving 'outputgerichte uitvoeringsvariant' door een puntkomma, de volgende begripsomschrijving toegevoegd:

- *Covid-19*: de ziekte veroorzaakt door coronavirus-SARS-CoV-2;

#### B

Artikel 2b wordt als volgt gewijzigd:

1. In het derde lid, onderdeel a, vervalt 'of'.
2. Onder vervanging van de punt aan het slot van het derde lid, onderdeel b, door '; of' wordt een onderdeel toegevoegd, luidende:
  - c. een declaratie of overeenkomst, bedoeld in de onderdelen a en b, indien de overeengekomen maatschappelijke ondersteuning, in de periode van 1 maart 2020 tot en met 30 juni 2020 als gevolg van de maatregelen in verband met Covid-19, door de desbetreffende derde, niet is verleend.
3. In het vierde lid wordt na 'derde lid' ingevoegd ', onderdeel a,'.
4. Er worden twee leden toegevoegd, luidende:
  11. De cliënt houdt een administratie bij van het totaal aan niet-geleverde ondersteuning per derde aan wie betalingen zijn verricht op grond van het derde lid, onderdeel c. Deze administratie bevat in ieder geval de volgende onderdelen:
    - a. de naam van de derde;
    - b. het overeengekomen tarief; en
    - c. een overzicht van het aantal te betalen uren en dagdelen of, indien de Wet minimumloon en minimumvakantiebijslag niet van toepassing is op de verbintenis waarvoor een vergoeding wordt uitbetaald, etmalen.
  12. De cliënt bedoeld in het elfde lid, verstrekt op verzoek van het college voor elke derde het op grond van het derde lid, onderdeel c, totaal aantal betaalde uren inclusief het bijbehorende totaalbedrag door middel van een daartoe beschikbaar gesteld formulier aan de Sociale verzekeringsbank.



---

## ARTIKEL V

Deze regeling treedt in werking met ingang van de dag na de datum van uitgifte van de Staatscourant waarin zij wordt geplaatst en werkt terug tot en met 1 maart 2020.

*De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
H.M. de Jonge*



## TOELICHTING

### Algemeen

#### *Inleiding*

De uitbraak van het coronavirus-SARS-CoV-2 (dat de ziekte Covid-19 veroorzaakt) raakt ons allemaal en in sterke mate ook de houders van een persoonsgebonden budget (pgb) en degenen die ten laste van dat pgb zorg verlenen.<sup>1</sup> Zowel Covid-19 als de getroffen maatregelen om het virus te beteugelen, leiden tot uitval van zorgverleners en zorg.<sup>2</sup> Dit bedreigt de continuïteit van zorg en (daarmee) de gezondheid van kwetsbare budgethouders.

Voor alle domeinen in de zorg zijn afspraken gemaakt om de continuïteit van zorg zo goed mogelijk te waarborgen nu zorginstellingen door de maatregelen omtrent Covid-19 beperkt open of gesloten zijn. Rondom de pgb-gefinancierde zorg zijn de vraagstukken die moeten worden opgelost van een ander karakter dan bij zorg in natura:

- pgb-gefinancierde zorgverleners leveren hun zorg veelal aan huis. Zij zijn veelal niet aan zorgorganisaties verbonden zijn en dus ook niet via hun werkgever aanspreekbaar.
- bij het pgb is ook geen directe relatie tussen de verstrekker (gemeente, zorgkantoor of zorgverzekeraar) en de zorgverlener of aanbieder. De zorgverlener heeft hier een contractuele relatie met de budgethouder: de budgethouder keurt een declaratie goed, waarna deze betaald wordt.

Verstrekkers zitten hierdoor minder direct dan bij zorg in natura 'aan de knoppen'. De te treffen maatregelen kunnen daarom ook alleen via de budgethouder geëffectueerd worden wat vraagt om specifieke checks en balances.

In april 2020 zijn afspraken gemaakt met de Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) over een pakket maatregelen voor budgethouders en hun zorgverleners. Om in deze context de (financiële) mogelijkheden om zorg in te zetten te vergroten, zonder verstrekkers daarbij fors extra belasten, is een balanceeroefening die geresulteerd heeft in twee maatregelen die de zorgcontinuïteit voor houders van een persoonsgebonden budget nu en in de toekomst moeten waarborgen. De maatregelen geven budgethouders duidelijkheid over de inzet van het pgb in deze crisis. Het betreft een verruiming van de pgb-regelgeving waardoor met het betalen van niet-geleverde zorg de zorgcontinuïteit kan worden geborgd. Voorliggende regeling geeft hieraan uitvoering.<sup>3</sup>

In deze regeling zijn tijdelijke maatregelen genomen voor het pgb op grond van de Jeugdwet, Wet langdurige zorg (Wlz), Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo 2015) en de zorgverzekering in de zin van de Zorgverzekeringswet (Zvw). In de uitwerking van deze maatregelen voor het pgb is gekozen voor eenvoud en aansluiting op de reguliere uitvoeringsprocessen. Dit biedt budgethouders de flexibiliteit om – altijd in overleg met de verstrekker – te doen wat nodig is en verstrekkers om zo nodig op te treden. Daarbij is geprobeerd om, met inachtneming van de verschillen in de vier stelsels, te komen tot uniforme maatregelen. Daar waar er (uitvoerings)verschillen zijn, is dat in deze toelichting nader toegelicht.

#### **Hoofdpijnen van deze regeling**

Sinds de uitbraak van Covid-19 hebben diverse partijen, waaronder belangenorganisaties, brancheorganisaties en uitvoeringsinstanties, signalen afgegeven dat budgethouders en zorgverleners direct gevolgen ondervinden van Covid-19 en de naar aanleiding hiervan landelijk getroffen maatregelen. Ten eerste is er sprake van zorguitval, doordat zorgverleners ziek zijn en daarom geen zorg kunnen verlenen aan budgethouders. Ten tweede zijn er ook budgethouders die ziek zijn en hun zorgverleners niet kunnen laten komen óf juist meer zorg nodig hebben. Tenslotte zijn door de landelijke maatregelen sommige instellingen gesloten, bijvoorbeeld instellingen voor dagbesteding, die aan budgethouders zorg verlenen.

De getroffen maatregelen hebben financiële gevolgen voor zowel zorgverleners als budgethouders. Zorgverleners blijven soms voor langere tijd van inkomsten verstoken, omdat niet-geleverde zorg op

<sup>1</sup> Onder zorgverleners worden, omwille van de leesbaarheid, in deze toelichting niet alleen verleners van Wlz- en Zvw-zorg verstaan, maar ook van jeugdhulp en maatschappelijke ondersteuning.

<sup>2</sup> Overeenkomstig de eerste voetnoot, geldt dat voor zorg in deze toelichting niet alleen Wlz- en Zvw-zorg wordt bedoeld, maar ook jeugdhulp en maatschappelijke ondersteuning.

<sup>3</sup> Kamerstukken II, 2019/20, 25 295, nr. 219, p. 35-36.



grond van de huidige regelgeving niet mag worden gedeclareerd.<sup>4</sup>

Budgethouders zijn soms, door uitval van zorgverleners, genoodzaakt vervangende zorg in te kopen of hebben meer kosten.

Om die redenen is een tweetal aanpassingen gedaan: de budgethouder mag niet-geleverde zorg ten laste van het pgb brengen en kan, voor zover het een pgb op grond van de Wlz betreft, om een ophoging van dit budget verzoeken.

### **Wijzigingen**

#### ***Niet-geleverde zorg ten laste brengen van het pgb***

Door aanpassing van de Regeling Jeugdwet, Regeling langdurige zorg, Regeling zorgverzekering en Uitvoeringsregeling Wmo 2015 is het mogelijk om de zorg die in de periode 1 maart tot en met 30 juni 2020 als gevolg van de maatregelen in verband met Covid-19 niet is verleend, toch te declareren. Onder maatregelen worden de afgekondigde overheidsmaatregelen en richtlijnen van het RIVM begrepen.

Hierbij wordt gedacht aan een budgethouder die met Covid-19 is opgenomen in het ziekenhuis en voor een bepaalde periode geen zorg (op basis van een pgb) thuis of in een instelling kan ontvangen. Een ander voorbeeld is de zorgverlener die zélf door Covid-19- of klachten niet in de gelegenheid is om bij een of meerdere budgethouders zorg te verlenen én daardoor geen inkomsten heeft.

#### ***Ophoging Wlz-pgb***

De Regeling langdurige zorg is zodanig aangepast dat voor extra kosten die de budgethouder in de periode 1 maart tot en met 31 december 2021 als gevolg van de maatregelen in verband met Covid-19 maakt, het budget door het zorgkantoor kan worden opgehoogd zodat er voldoende budget is om de kosten te vergoeden en er op een later moment ook geen budgetuitputting ontstaat. Ook in dit verband worden onder maatregelen de afgekondigde overheidsmaatregelen en richtlijnen van het RIVM begrepen.

Deze mogelijkheid is specifiek voor het Wlz-pgb gecreëerd omdat de budgetten zijn gekoppeld aan vaste zorgprofielen in de Regeling langdurige zorg. Zorgkantoren hebben op dit moment niet de zelfstandige bevoegdheid om bijvoorbeeld een hoger budget vast te stellen dan is bepaald voor een zorgprofiel. Via deze regeling is daarom een expliciete bevoegdheid gecreëerd waardoor zorgkantoren (op aanvraag van de budgethouder) het pgb kunnen verhogen. Deze mogelijkheid sluit aan op andere situaties waarvoor in de Regeling langdurige zorg is voorzien in ophoging van het budget.

Overigens is het ook mogelijk om het Jeugd-, Wmo-2015-, of Zvw-pgb op te hogen. Voor de ophoging van een pgb dat is verstrekt op grond van de Wmo of de Jeugdwet kan de budgethouder zich wenden tot de gemeente; voor het Zvw-pgb tot de zorgverzekeraar. Met gemeenten en zorgverzekeraars zijn hierover afspraken gemaakt.<sup>5</sup> Hiervoor is het niet nodig om de desbetreffende regelgeving te wijzigen.

Een voorbeeld van extra kosten, die ophoging van het budget vereist, is het opschorten van de groepsbegeleiding en deze te vervangen door individuele begeleiding. Op deze manier wordt wel zorg geleverd, maar zal deze naar alle waarschijnlijkheid duurder zijn. Dit komt ten laste van het budget, waardoor budgetuitputting kan ontstaan.

#### ***Voorwaarden en uitvoering niet-geleverde zorg ten laste brengen van het pgb***

##### ***Declareren***

Het declareren van niet-geleverde zorg is uitsluitend mogelijk als de zorg niet is geleverd in de periode 1 maart tot en met 30 juni 2020 vanwege de maatregelen in verband met Covid-19. De budgethouder declareert de niet-geleverde zorg via het reguliere proces en houdt hiervan een administratie bij.

<sup>4</sup> Dit geldt niet voor zorgverleners met een arbeidsovereenkomst die recht hebben op loondoorbetaling bij ziekte, zij hebben bij ziekte recht op loondoorbetaling waarvoor reeds een proces is gericht bij de SvB.

<sup>5</sup> De hoogte van het pgb voor de Jeugdwet en de Wmo 2015 respectievelijk de Zvw wordt vastgesteld door de gemeente respectievelijk de zorgverzekeraar. Het is aan deze partijen om het pgb op te hogen naar aanleiding van extra kosten die worden gemaakt ten gevolge van het Coronavirus.



## *Administratie*

De houder van een pgb op grond van de Jeugdwet, Wlz of Wmo 2015 is – net zoals bij reguliere zorg – verplicht om een administratie per zorgverlener bij te houden van de kosten voor niet-geleverde zorg die hij heeft gedeclareerd. Hiervoor stelt de gemeente (Jeugdwet en Wmo 2015) of het zorgkantoor (Wlz) ter ondersteuning een formulier beschikbaar (het formulier ‘Registratie declaratie niet-geleverde zorg’). Het is niet verplicht om dit formulier te gebruiken, maar het kan wel dienen als hulpmiddel, omdat op dit formulier ook de gegevens vermeld worden die de budgethouder op verzoek aanlevert (zie hierna).

De houder van Zvw-rgb is wel verplicht om (via een door de zorgverzekeraar verstrekt formulier) bovengenoemde administratie bij te houden.

### *Op verzoek aanleveren gegevens uit de administratie*

Op verzoek van de gemeente of het zorgkantoor levert de houder van een pgb op grond van de Jeugdwet, Wlz of Wmo 2015 bij de Sociale verzekeringsbank (Svb) een overzicht aan van het totaal van alle gedeclareerde, maar wegens Covid-19, niet-geleverde zorg. De budgethouder moet deze gegevens verstrekken en gebruikt voor de aanlevering van deze gegevens wél een verplicht formulier (dit is dus een ander formulier dan ter ondersteuning van de administratie wordt verstrekt). Voor de houder van Zvw-rgb geldt dat hij deze gegevens niet aan de Svb verstrekt, maar op verzoek rechtstreeks aan de zorgverzekeraar. Hij maakt daarvoor gebruik van een door de zorgverzekeraars verplicht gesteld formulier.

De budgethouder moet de registratieformulieren ten aanzien van de niet-geleverde zorg als onderbouwing in de eigen administratie bewaren, net zoals bij de reguliere pgb-administratie. De formulieren moeten bij een controle op verzoek aan de verstrekker kunnen worden getoond. Net zoals in het huidige pgb-proces blijft de budgethouder verantwoordelijk voor de juiste wijze van declareren, voor de eigen administratie en het aanleveren van de juistheid van de gegevens aan de verstrekker.

Met de aangeleverde gegevens kunnen gemeenten, zorgkantoren en verzekeraars het totaalbedrag aan niet-geleverde zorg binnen de eigen gemeente, zorgkantorregio en verzekerdenbestand vaststellen. Dit is de optelsom van de gegevens die alle budgethouders hebben verstrekt. Deze informatie hebben de voornoemde partijen nodig om verantwoording af te leggen over de besteding van hun middelen (dit wordt nader uitgelegd onder ‘Financiële gevolgen’).

Tot slot: indien de budgethouder geen declaraties voor niet-geleverde zorg indient, hoeft hij hierover vanzelfsprekend ook geen administratie bij te houden of gegevens aan te leveren. Indien de budgethouder geen gegevens aanlevert, is het uitgangspunt dat alle gedeclareerde zorg is geleverd.

## ***Toezicht en controle***

### *Niet-geleverde zorg ten laste brengen van het pgb*

Net zoals in het reguliere pgb-proces is de budgethouder ook bij het proces van niet-geleverde zorg verantwoordelijk voor het goedkeuren van de declaratie, voor de eigen administratie en het aanleveren van de juistheid van gegevens aan de verstrekker. Omdat bij de ingediende declaraties geen onderscheid gemaakt kan worden tussen geleverde en niet-geleverde zorg, is voor budgethouders aanvullend de verplichting opgenomen een eigen administratie van gedeclareerde niet-geleverde zorg bij te houden.

Verder zijn de gangbare processen voor het verstrekken, declareren en bekostigen van pgb’s zoveel als mogelijk aangehouden. Hierdoor kan bij controle op rechtmatigheid en kwaliteit van de geleverde zorg gebruik gemaakt worden van het op grond van de bestaande wet- en regelgeving al bestaande handhavingsinstrumentarium. Aangezien de budgethouder ook voor niet-geleverde zorg in een beperkte periode kan declareren is het extra van belang dat de budgethouder een administratie heeft die op orde en volledig is zodat inzichtelijk is welke declaraties zijn gedaan voor niet-geleverde zorg.

Op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) zijn zorgkantoren – kort gezegd – verplicht een administratie bij te houden waaruit de overeengekomen en geleverde prestaties blijken.<sup>6</sup> Dit betekent dat zorgkantoren over specifieke procedurele waarborgen beschikken om te komen tot een voldoende mate van zekerheid over de rechtmatige besteding van het Wlz-rgb. De regelgeving biedt hierbij voor zorgkantoren de nodige controle- en toezichtinstrumenten. Bij de uitvoering hiervan en het toezicht daarop zal rekening te houden zijn met de relevante feiten en omstandigheden. Gelet

<sup>6</sup> Artikel 36, eerste lid, van de Wmg.



op deze omstandigheden zijn over de invulling van de controle- en verantwoordingsactiviteiten, die passen bij de verantwoordelijkheid van de zorgkantoren, gezamenlijke afspraken tussen VWS, NZa en ZN gemaakt.

De NZa zal zich in haar toezicht op de uitvoering van de onderhavige aanpassing in de regeling langdurige zorg richten naar die afspraken.

### *Ophoging Wlz-pgb*

Voor de aanvraag van ophoging van het budget voor een Wlz-pgb is de door de budgethouder aangeleverde informatie een wezenlijk onderdeel. De budgethouder moet in zijn aanvraag onderbouwen en aannemelijk maken dat hij in de aangegeven periode extra kosten in verband met Covid-19 maakt. Ook bij de andere domeinen is verhoging van het budget mogelijk, hiervoor neemt de budgethouder contact op met diens verstrekker.

De verstrekker doet de inhoudelijke beoordelingen van de aanvragen, waar mogelijk kunnen verstrekkers toekenningen achteraf alsnog voor de komende periode bijstellen. Zo lang de richtlijnen RIVM van kracht zijn vormt de schriftelijke informatie van de budgethouder de basis van de controle van de aanvraag, een aanvullend gesprek met of controle bij de budgethouder zelf is op dit moment niet mogelijk. In dat opzicht is het beschikbare instrumentarium voor de controle van de aanvraag op dit moment dus enigszins beperkter. Afhankelijk van de ontwikkelingen wordt het reguliere instrumentarium weer ingezet.

Ten overvloede wordt hierbij opgemerkt dat ook de ophoging van het Wlz-pgb en de daarop gehanteerde controle onderdeel is van de afspraken die zorgkantoren, ZN en de NZa hebben gemaakt om te komen tot een voldoende mate van zekerheid over de rechtmatige besteding van het Wlz-pgb over het jaar 2020.

### **Financiële gevolgen**

#### *Niet-geleverde zorg ten laste brengen van het pgb*

In het bijzonder voor de Wlz en de Zvw is het niet mogelijk om de kosten voor niet-geleverde zorg ten laste te doen komen van het Fonds langdurige zorg (Flz) respectievelijk de systematiek van de risicoverevening (dan wel catastrofereregeling). Het is daarom noodzakelijk dat zorgkantoren respectievelijk zorgverzekeraars voorzien worden van aparte middelen die bestemd zijn om de niet-geleverde zorg te financieren. Hiertoe zal in navolging van deze ministeriële regeling een tijdelijke compensatieregeling worden opgesteld voor zorgkantoren en zorgverzekeraars. Zorgkantoren zijn vervolgens een afdracht aan het Flz verschuldigd ter hoogte van de omvang van de ontvangen compensatie. Deze afdracht wordt bepaald op grond van de door de zorgkantoren (op basis van gegevens van de Svb) en zorgverzekeraars verstrekte gegevens met het totaalbedrag aan gedeclareerde niet-geleverde zorg. Alle verstrekkers, waaronder ook gemeenten, hebben voor hun verantwoording deze totaalgegevens nodig.

#### *Ophoging Wlz-pgb*

In deze ministeriële regeling is bepaald dat het zorgkantoor het Wlz-pgb van de verzekerde kan verhogen als de verzekerde als direct gevolg van Covid-19 in de periode van 1 maart tot en met 31 december 2021 extra kosten heeft voor diens zorgverlening. Dit heeft extra uitgaven ten laste van het Flz tot gevolg. Dit geldt ook voor eventuele verhogingen van budgetten in de andere domeinen.

Daarnaast zullen er uitvoeringskosten bij de Svb en verstrekkers worden gemaakt voor het verwerken van de registraties ten aanzien van niet-geleverde zorg.

### **Gevolgen voor de regeldruk**

#### *Niet-geleverde zorg ten laste brengen van het pgb*

Voorliggende regeling heeft gevolgen voor de regeldruk van budgethouders indien zij niet-geleverde zorg ten laste brengen van het pgb, omdat de budgethouder daarvan een administratie bijhoudt en daarover informatie aanlevert bij de verstrekker.

In totaal zijn er ongeveer 130.000 houders van een pgb op grond van de Jeugdwet, Wmo 2015, Wlz of de Zvw. Naar ruwe schatting zal ongeveer 25% van de budgethouders (32.500 personen) in de periode van 1 maart tot en met 30 juni 2020 niet-geleverde zorg declareren. De verwachting is dat budgethouders een uur per maand nodig hebben voor het bijhouden van de administratie en het aanleveren van informatie. Voor particulieren wordt € 15 per uur aan regeldrukkosten gehanteerd. Dit maakt de totale regeldrukkosten:  $32.500 * € 15 * 4 = € 1.950.000$ .





## *Ophoging Wlz-pgb*

Daarnaast heeft voorliggende regeling gevolgen voor de regeldruk van Wlz-budgethouders, indien wordt verzocht om ophoging van dit budget. Er zijn in de Wlz ongeveer 45.000 budgethouders. Naar schatting maakt 25% van deze budgethouders (11.250 personen) in de periode van 1 maart tot en met 31 december eenmalig gebruik van de mogelijkheid om het budget op te hogen en kost dit ongeveer twee uren. Zoals aangegeven wordt voor particulieren € 15 per uur aan regeldrukkosten gehanteerd. Dit maakt dit de totale regeldrukkosten:  $11.250 * € 30 = € 337.500$ .

Het Adviescollege toetsing regeldruk is akkoord met deze inschatting van de gevolgen voor de regeldruk.

## ***Samenhang met de Tijdelijke overbruggingsregeling zelfstandig ondernemers en de Tijdelijke noodmaatregel overbrugging voor behoud van werkgelegenheid (NOW)***

### *Tijdelijke overbruggingsregeling zelfstandig ondernemers (TOZO)<sup>7</sup>*

Met de TOZO is beoogd zelfstandig ondernemers door aanvullende inkomensondersteuning en kapitaalverstrekking tegemoet te komen, teneinde hen in staat te stellen de om uitbraak van het coronavirus zo goed mogelijk door te komen en om uiteindelijk weer volledig zelfstandig in het bestaan te voorzien. Op grond van de TOZO kan aan een zelfstandig ondernemer algemene bijstand worden verleend als deze – kort gezegd – een inkomen verwacht dat lager is dan de bijstandsnorm of bijstand voor bedrijfskapitaal worden verleend indien liquiditeitsproblemen aan de orde zijn. Aangezien op grond van voorliggende regeling zelfstandige ondernemers die ten laste van een pgb zorg verlenen, ook mogen worden doorbetaald indien die zorg niet is verleend, is het niet waarschijnlijk dat deze ondernemers een succesvol beroep op de TOZO kunnen doen. Door deze doorbetaling is het immers niet waarschijnlijk dat het inkomen lager dan de bijstandsnorm komt te liggen of liquiditeitsproblemen in het bedrijfskapitaal aan de orde zijn.

### *Tijdelijke noodmaatregel overbrugging voor behoud van werkgelegenheid (NOW)*

Het doel van de NOW is om werkgevers via een subsidie tegemoet te komen in de betaling van de loonkosten, indien sprake is van een acute terugval in de omzet met ten minste 20% gedurende een periode van drie maanden, vanwege een vermindering in bedrijvigheid door uitbraak van het coronavirus, zodat zij werknemers in dienst kunnen houden voor de uren die zij werkten voordat sprake was van deze terugval.<sup>9</sup>

Aangezien op grond van voorliggende regeling budgethouders aan werkgevers ook zorgverlening mogen doorbetalen die niet is verleend, zal doorgaans – voor zover het de zorgverlening aan budgethouders betreft –, niet aannemelijk kunnen worden gemaakt dat sprake is van een acute terugval in de omzet met ten minste 20% gedurende een periode van drie maanden. Een beroep op de NOW is dan niet succesvol.

## ***Inwerkingtreding***

Deze regeling treedt zo spoedig mogelijk in werking en wijkt daarmee af van de vaste veranderingen. De reden om af te wijken is de dringende noodzaak zoals in deze toelichting beschreven. Bovendien werkt deze regeling terug tot en met 1 maart 2020, omdat vanaf dat moment de invloed van Covid-19 merkbaar was op de zorgverlening aan budgethouders en vanaf medio maart ook de overheidsmaatregelen van kracht zijn geworden.

In lijn met de maatregelen voor andere sectoren, zoals zorg in natura, is ervoor gekozen om declaraties voor niet-geleverde zorg alleen te vergoeden voor zover het gaat om de periode van 1 maart 2020 tot en met 30 juni 2020. Voor het verhogen van het Wlz-pgb gaat het om de periode van 1 maart 2020 tot en met 31 december 2021.

Indien blijkt dat het noodzakelijk is om deze perioden te verlengen, kan dit worden aangepast.

## **Artikelsgewijs**

### ***Artikelen I, II, en IV, onderdeel A***

In de regelingen is aan de begripsomschrijving het begrip Covid-19 toegevoegd. Dit is de officiële

<sup>7</sup> Stb. 2020, 118.

<sup>9</sup> Artikel 3 van de Tijdelijke noodmaatregel overbrugging voor behoud van werkgelegenheid.



verkorte aanduiding van de ziekte die het Coronavirus veroorzaakt.

### **Artikelen I, onderdeel B, II, onderdeel F, en IV, onderdeel B**

In deze onderdelen is geregeld dat de SvB vanuit het pgb ook betalingen mag verrichten voor niet-geleverde jeugdhulp, langdurige zorg en maatschappelijke ondersteuning. Hiermee is dus de titel gecreëerd om deze betalingen te verrichten. In dit onderdeel is eveneens geregeld dat dit via een declaratie van de budgethouder of de overeengekomen periodieke maandbetalingen geschiedt. Daarmee worden de betalingen voor niet-geleverde zorg, hetzij uit een declaratie of periodieke maandbetaling, afgehandeld conform het (reguliere) proces voor wel-geleverde zorg. Voorts is voor jeugdhulp, langdurige zorg en maatschappelijke ondersteuning geregeld dat de budgethouder specifiek de administratie voor niet-geleverde zorg bijhoudt en daarover op aanvraag informatie aan verstrekker van pgb verstrekt. In de administratie moet een aantal onderdelen standaard worden bijgehouden. Verstrekking van deze gegevens geschiedt vervolgens op verzoek van de verstrekker aan de SvB. Dit geschiedt wel door middel van een daartoe beschikbaar gesteld formulier wat zowel via papier dan wel digitale wijze kan worden aangeleverd. Op deze wijze wordt voor de verstrekkers inzichtelijk gemaakt welke middelen zijn besteed aan niet-geleverde zorg.

### **Artikel II, onderdeel B**

In dit onderdeel is voor de langdurige zorg geregeld dat het zorgkantoor het budget kan verhogen in verband met extra kosten die het directe gevolg zijn van Covid-19 in de aangegeven periode. Er kan worden gedacht aan het inschakelen van een andere zorgverlener omdat de aanvankelijke zorgverlener besmet is met Covid-19, die voor de niet-geleverde zorg wordt doorbetaald. Dit levert een dubbele belasting voor het toegekende budget op. Om die reden is de mogelijkheid tot budgetophoging noodzakelijk.

### **Artikel II, onderdeel C**

In dit onderdeel is geregeld dat het Wlz-rgb ook kan worden aangewend voor het betalen van niet-geleverde zorg. Voor het Wlz-rgb is dit namelijk limitatief opgenomen in de regeling en dient deze opsomming te worden uitgebreid. Daarbij wordt gesproken over het betalen van zorgaanbieders en mantelzorgers worden in deze bepaling over betaling voor niet-geleverde zorg uit het budget ook genoemd, omdat op grond van artikel 5.16 Rlz mantelzorgers ook uit het budget kunnen worden betaald. In veel gevallen wordt een mantelzorger niet (uit het pgb) betaald, voor hen die wel uit het pgb worden betaald, is de mogelijkheid gecreëerd dat zij ook voor niet-geleverde zorg kunnen worden doorbetaald.

### **Artikel II, onderdeel D**

Dit betreft een technische wijziging, omdat op grond van artikel 5.17, eerste lid, er niet alleen zorg wordt vergoed. Door onderhavige wijzigingsregeling wordt ook niet-geleverde zorg vergoed, maar nu reeds wordt op grond van artikel 5.17, eerste lid, onderdelen b en c, vergoeding mogelijk gemaakt voor andere onderdelen dan 'zorg'.

### **Artikel II, onderdeel E**

Dit onderdeel regelt dat ten aanzien van de toevoeging van het nieuwe lid aan artikel 5.1c (Artikel II, onderdeel B), te weten het ophogen van het budget in verband met extra kosten die het directe gevolg zijn van Covid-19 in de aangegeven periode, het zorgkantoor tevens de bevoegdheid heeft om deze verhoging in te trekken of te wijzigen. Het wijzigen of intrekken kan alleen geschieden indien blijkt dat de verzekerde (toch) niet voldoet aan de vereisten op grond waarvan verhoging van het budget was toegekend. Dit kan bijvoorbeeld het geval zijn als naderhand alsnog blijkt dat er geen extra kosten zijn gemaakt of deze kosten niet zijn verbonden aan Covid-19. Het gaat in dezen om de uitzonderlijke gevallen, het uitgangspunt blijft dat een toekenning tot verhoging van het budget op goede gronden is gemaakt en de verzekerde alle daartoe benodigde informatie heeft verschaft.

### **Artikel III**

Het Zvw-rgb is een gemaximeerde vergoeding voor de kosten die de budgethouder maakt voor een zorg of dienst in de zin van de Zorgverzekeringswet (artikel 1, onderdeel k, van de Zvw). Met het Zvw-rgb kan – kort gezegd – worden vergoed verpleging en verzorging (artikel 2.15a van het Besluit zorgverzekering). In artikel 2.29a van de Regeling zorgverzekering zijn de bedragen vastgesteld die ten hoogste met een Zvw-rgb worden vergoed. Het Zvw-rgb werkt als restitutie: de zorgverzekeraar verstrekt, naar aanleiding van een declaratie van de budgethouder, een vergoeding voor de aan de budgethouder verleende zorg.



Via artikel III zijn aan artikel 2.29a van de Regeling zorgverzekering een vijfde en een zesde lid toegevoegd.

In het vijfde lid is bepaald dat de bedragen die conform artikel 2.29a, eerste en tweede lid, van de Regeling zorgverzekering ten hoogste kunnen worden vergoed aan de verzekerde voor geleverde zorg, ook door de zorgverzekeraar aan de verzekerde vergoed kunnen worden indien die zorg niet is geleverd. Daarvoor moet aan een drietal cumulatieve voorwaarden zijn voldaan:

1. het gaat om zorg die – in de periode van 1 maart tot en met 30 juni 2020 – niet is verleend als gevolg van de maatregelen in verband met Covid-19; en
2. de zorgverlener heeft deze niet-geleverde zorg bij de budgethouder in rekening gebracht; en
3. de zorgverlener is hiervoor niet op een andere wijze gecompenseerd (m.a.w.: als de zorgverlener op grond van een arbeidsovereenkomst met de budgethouder wordt doorbetaald bij ziekte, kan niet ook een beroep worden gedaan op deze regeling).

In het zesde is bepaald dat:

1. de budgethouder via een door de zorgverzekeraar beschikbaar gesteld formulier een administratie bijhoudt van de wel betaalde, maar niet-geleverde zorg; en
2. de budgethouder dit formulier van de zorgverzekeraar aan die zorgverzekeraar ter beschikking stelt.

Hiermee is aangesloten bij de administratieverplichtingen die, op grond van de reglementen van zorgverzekeraars, gelden voor geleverde zorg. De zorgverzekeraar vraagt de administratie in ieder geval op na het beëindigen van de looptijd van deze bijzondere maatregelen. Het ligt in de rede dat de zorgverzekeraar de administratie ook opvraagt indien de budgethouder de zorgverzekeraar verzoekt het Zvw-pgb op te hogen omdat de verzekerde vervangende zorgverleners wil inzetten.

Indien de Svb de Zvw-budgethouder ondersteunt bij het verkrijgen van vergoedingen van de zorgverzekeraar en voor zijn werkgeverstaken of opdrachtgeverschap, zorgt de Svb – in het kader van artikel 2.29a, vijfde lid, van de Regeling zorgverzekering – voor het indienen van declaraties bij en het ontvangen van vergoedingen van de verzekeraar, maar is de budgethouder verplicht hiervan de administratie als bedoeld in het zesde lid, bij te houden.<sup>10</sup>

*De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
H.M. de Jonge*

<sup>10</sup> Artikel 6a.2, eerste lid, van de Regeling zorgverzekering.