

Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport

Minister VWS

Deadline: 24 juni 2020

(10)(2e)

programma PGB

Ontworpen door

(10)(2e)

(10)(2e)

M +31(0)8 (10)(2e)  
10(2e)@minvws.nl

Datum

19 mei 2020

Kenmerk

1691837-205443-PPGB

Zaaknummer

205443

## nota

(ter beslissing)

Ministeriële regeling pgb/doorbetaling bij niet-geleverde zorg en verhoging budget ivm extra kosten in verband met corona

Paraaf directeur

Paraaf DGLZ

### 1 Aanleiding voor deze nota

De uitbraak van Covid-19 (hierna: Coronavirus) heeft gevolgen voor de continuïteit van zorg en gezondheid van budgethouders. Daarom heeft u in de Kamerbrief van 7 april jl. maatregelen voor het pgb aangekondigd die aanpassingen in onderliggende regelgeving noodzakelijk maken<sup>1</sup>. De regelgeving wordt op de volgende aspecten aangepast:

- Voor alle pgb's (Jeugdwet, Wmo 2015, Wlz en Zvw) wordt het mogelijk gemaakt de zorg die als direct gevolg van het coronavirus niet geleverd is – in de periode van 1 maart tot en met 30 juni 2020 – te vergoeden vanuit het budget.
- Voor pgb's uit de langdurige zorg wordt het – in de periode van 1 maart tot en met 31 december 2020 – mogelijk gemaakt budgetten op te hogen, wanneer de verzekerde als direct gevolg van het coronavirus in de aangegeven periode extra kosten heeft voor diens zorgverlening.

Bijgevoegd de regeling. Het betreft de formalisering van reeds aangekondigde en overeengekomen maatregelen.

**Omdat de regeling geruime tijd terugwerkt, is snelle ondertekening en publicatie geboden.**

### 2 Beslispunten, advies en mogelijk alternatief

1. Akkoord met het niet aanmelden van de regeling voor staatssteuntoetsing bij de Europese Commissie?
2. Als u met bovenstaande punt heeft ingestemd: gaat u akkoord met de bijgevoegde regeling?  
Zo ja, gelieve de regeling en de toelichting te ondertekenen.

<sup>1</sup> Kamerstukken 2020, 25295, nr. 219

Advies is om met bovengenoemde beslispunten in te stemmen.

### 3 Samenvatting en conclusies

#### **Maatregel 1: vergoeden niet-geleverde zorg**

Uitgangspunt van deze ministeriële regeling is dat de continuïteit van zorg tijdens de coronacrisis geborgd wordt door budgethouders in staat te stellen declaraties in te dienen van zorg die niet geleverd is ten gevolge van de coronacrisis, alsnog uit hun budget te vergoeden. De wijze van vergoeden sluit aan bij het reguliere pgb-proces.

De maatregelen gelden vanaf 1 maart en duren tot en met 30 juni 2020. Hiermee wordt aangesloten op de (eerder gemaakte) keuzes voor doorbetaling van niet-geleverde zorg in natura.

De maatregelen mogen geen vrijbrief zijn voor het willekeurig declareren van zorg. Daarom is de budgethouder verplicht een administratie bij te houden van vergoeding voor niet-geleverde zorg. De verstrekkers stellen hiervoor een formulier ter beschikking. Net als in het reguliere pgb-proces blijft de budgethouder verantwoordelijk voor goedkeuring van declaraties, de eigen administratie en levering van juiste gegevens aan de verstrekker.

Indien als direct gevolg van Covid-19 reeds geplande zorg in de periode van 1 maart tot en met 30 juni niet kan worden geleverd, wordt de zorgverlener doorbetaald. De budgethouder declareert de niet-geleverde zorg via het reguliere proces, maar houdt hier een aparte administratie van bij. Deze gegevens levert hij (via de SvB<sup>2</sup>) aan bij de verstrekkers. De verstrekkers kunnen op basis van die gegevens het totaal bedrag niet-geleverde zorg vaststellen en op basis daarvan verantwoording afleggen (en financiële compensatie krijgen<sup>3</sup>).

#### **Maatregel 2: verhoging budget in verband met vergoeden extra kosten door coronacrisis voor Wlz-rgb**

Indien er als direct gevolg van Covid-19 vervangende, méér of duurdere zorg nodig is, komt dit als extra belasting op het toegekende budget. Dit kan resulteren in (voortijdige) budgetuitputting. Om die reden bestaat de mogelijkheid om in dit geval verhoging van het budget aan te vragen in de periode 1 maart tot en met 31 december 2020. Met deze periode wordt aangesloten bij de covid beleidsregel voor Wlz-zorg in natura van de NZa voor wat betreft meerkosten. Om hiervoor in aanmerking te komen, neemt de budgethouder altijd contact op met de verstrekker. Ophoging van pgb's uit Zvw, Wmo/Jeugdwet kan al via zorgverzekeraar, respectievelijk gemeente. Wijziging van VWS-regelgeving is hiervoor niet nodig. Voor het Wlz-rgb is de Regeling langdurige zorg hierop aangepast en kan de budgethouder bij het zorgkantoor verhoging aanvragen.

<sup>2</sup> Geldt voor de Wlz, Wmo en Jeugdwet. In de Zvw loopt dit rechtstreeks naar de verstrekker

<sup>3</sup> Zie verder onder financiële gevolgen

(10)(2e)

programma PGB

Kenmerk

**Risico op staatssteun niet uit te sluiten zonder melding EC**

Bij de compensatie van niet-geleverde pgb-zorg zijn verschillende partijen betrokken. De staatssteunregels vereisen dat geen van deze partijen staatssteun krijgt. Bij compensatie van formele zorgverleners is er een risico op staatssteun: zij verrichten immers diensten op een markt en zijn daarmee ondernemingen in de zin van de staatssteunregels. Met de vergoeding voor niet-geleverde zorg krijgen ze een voordeel dat niet onder normale marktomstandigheden verkregen zou zijn.

De enige manier om het risico op staatssteun *geheel* uit te sluiten zou zijn geweest om goedkeuring te krijgen van de Europese Commissie, onder het aparte steunkader voor de uitbraak van Covid-19. Voor deze regeling is dat echter geen begaanbare weg gebleken. Allereerst geldt het *stand-still* vereiste: er mag nog geen steun zijn verstrekt voor het moment van melding. In de praktijk werd de compensatie al verstrekt voordat een melding had kunnen plaatsvinden. Ten tweede is voor goedkeuring door de EC vereist dat wordt uitgesloten dat de compensatie leidt tot overcompensatie. Met name dat laatste kan voor de compensatie van niet-geleverde pgb-zorg niet volledig uitgesloten worden: achteraf is niet te controleren of echt sprake is van niet-geleverde zorg en of dit een causaal verband heeft met de uitbraak van Covid-19. Daardoor was ook bij melding onder het steunkader voor Covid-19 het risico gebleven op ongeoorloofde staatssteun.

Hier staat tegenover dat beargumenteerd kan worden dat er *geen* sprake is van staatssteun. Alle (zorg)aanbieders die zich feitelijk en juridisch in dezelfde situatie bevinden kunnen immers in gelijke mate gebruik maken van deze compensatieregeling. Hierdoor vindt geen bevoordeling plaats van bepaalde aanbieders ten opzichte van anderen. Waterdicht is deze redenering echter niet.

**4 Draagvlak politiek**

Er zijn de afgelopen periode diverse Kamervragen gesteld over de maatregelen in verband met Covid-19. Deze zijn intussen allemaal beantwoord. Er is nog een aantal Kamervragen gesteld over de wooninitiatieven. Deze worden binnenkort beantwoord. Naar verwachting staat de politiek positief ten opzichte van deze maatregelen.

**5 Draagvlak maatschappelijk en eenduidige communicatie**

Proces en maatregelen zijn met Per Saldo, SVB, Nza en verstrekkers afgestemd.

Hoewel de VWS-regelingen voor de zorgsectoren – waaronder deze regeling voor pgb – voor zorgondernemers voorliggend bedoeld zijn op de brede kabinetsmaatregelen, kunnen zij wel een aanvraag indienen voor de regelingen NOW of TOZO. Deze maatregelen voorzien – kort gezegd – in inkomen indien dit ten gevolge van de coronacrisis is gedaald. Omdat voorliggende regeling reeds in een inkomen voorziet, is een beroep op de NOW en TOZO doorgaans niet succesvol.

**6 Financiële en personele gevolgen**

Voor de Wlz en de Zvw is het niet mogelijk om de kosten voor niet-geleverde zorg ten laste te brengen van het Fonds langdurige zorg (Flz) respectievelijk de systematiek van de risicoverevening (dan wel catastroferegeling). Daarom zal in navolging van deze ministeriële regeling een tijdelijke compensatie-

(10)(2e)

programma PGB

Kenmerk

regeling worden opengesteld voor zorgkantoren en zorgverzekeraars. De compensatie zal verstrekt worden vanaf de VWS-begroting. Zorgkantoren zijn vervolgens een afdracht aan het Flz verschuldigd ter hoogte van de omvang van de ontvangen compensatie. Voor de Wlz is de compensatie daarmee een neutrale schuif, van de VWS-begroting via de zorgkantoren naar het Flz. Voor de Zvw is de compensatie aan zorgverzekeraars een budgettaire plus. De inzet is om bij julibrief de eerste prognoses in beeld te brengen ten aanzien van de meerkosten in de Wlz en de Zvw, waarbij de kanttkening geplaatst wordt dat het gaat om schattingen die op veel aannames berusten.

(10)(2e)

programma PGB

Kenmerk

In de ministeriële regeling is bepaald dat het zorgkantoor het pgb van de verzekerde kan verhogen wanneer de verzekerde als direct gevolg van het Covid-19 in de periode van 1 maart tot en met 30 juni extra kosten heeft voor diens zorgverlening. Dit heeft extra uitgaven ten laste van het Flz tot gevolg. De NZa wordt gevraagd deze uitgaven niet ten laste te laten komen van het pgb-subsidieplafond. Het pgb-subsidieplafond is immers toereikend om de niet-geleverde zorg uit te kunnen financieren, maar niet toereikend om ook de extra zorgvraag uit te kunnen dekken. Daarmee vormen deze uitgaven voor de Wlz de budgettaire plus.

Voor het sociaal domein en voor de Zvw geldt dat er geen wijziging in de regeling nodig is om het financieren van de vervangende en/of extra zorgvraag mogelijk te maken, de financiering komt direct uit de gemeentelijke budgetten. Er wordt overleg gevoerd met Financiën over de compensatie van het Rijk aan gemeenten voor de meerkosten die voortvloeien uit de coronamaatregelen. De gesprekken over deze meerkosten hebben zowel betrekking op het pgb als op zorg in natura.

Tenslotte zijn er uitvoeringskosten bij de SVB en verstrekkers voor het ontvangen en verwerken van de registraties niet-geleverde zorg. Bij de SVB wordt een raming gemaakt van de uitvoeringskosten.

## 7 Juridische aspecten haalbaarheid

Voor het doorbetalen van niet-geleverde zorg zijn de Regeling jeugdwet, Regeling langdurige zorg, Regeling zorgverzekering en Uitvoeringsregeling Wmo 2015 aangepast. Dit geeft een titel om vanuit het pgb niet-geleverde zorg te mogen vergoeden. Hoewel de wettelijke basis hiervoor dun is (want strikt genomen bestaat er geen grondslag om vanuit het pgb te betalen voor niet-geleverde zorg), voorzien we geen problemen omdat de maatregel begunstigend werkt.

In de Regeling langdurige zorg is geregeld dat het budget kan worden verhoogd i.v.m. extra kosten als gevolg van Covid-19. In de overige domeinen is verhoging van het budget reeds een bevoegdheid van de verstrekker zelf.

De regeling kent terugwerkende kracht tot en met 1 maart 2020 voor het doorbetalen van niet-geleverde zorg. Alleen zorg die tussen 1 maart en 30 juni niet is geleverd, kan ten laste worden gebracht van het pgb. Verhoging van het Wlz-budget kan ook alleen als gevolg van gemaakte extra kosten in de periode 1 maart 2020 tot en met 31 december 2020.

## 8 Afstemming (intern, interdepartementaal en met veldpartijen)

Processen zijn uitvoerbaar en afgestemd met alle betrokken (keten)partijen, dit betreft de VNG, ZN, SVB, Per Saldo en de BVKZ. De regeling is daarnaast afgestemd met het ministerie van Financiën. De regeling en de nota zijn afgestemd met de directies LZ, MO, Jeugd, PZO, Z, WJZ en FEZ.

(10)(2e)

programma PGB

Kenmerk

#### 9 Gevolgen administratieve lasten

De regeling heeft gevolgen voor de regeldruk van budgethouders als zij niet-geleverde zorg declareren, omdat de budgethouder daarvan een administratie bijhoudt en daarover informatie aanlevert bij de verstrekker. Naar ruwe schatting zullen 32.500 budgethouders niet-geleverde zorg declareren en kost dit gemiddeld één uur per maand. Uitgaande van (10)(2b) regeldrukkosten (vastgesteld) en een looptijd van de maatregelen van 1 maart tot en met 30 juni 2020 (4 mnd.), maakt dit de totale regeldrukkosten: (10)(2b)

(10)(2b)

Naar schatting maakt (10)(2b) van de Wlz-budgethouders (11.250 personen) eenmalig gebruik van de ophoging van het Wlz-pgb en kost dit gemiddeld twee uren. Als gezegd wordt voor particulieren (10)(2b) aan regeldruk-kosten gehanteerd. Dit levert als regeldrukkosten op: (10)(2b)

Het Adviescollege toetsing regeldruk is akkoord met deze inschatting.

#### 10 Toezeggingen

Deze regeling is op 7 april 2020 toegezegd in een Kamerbrief met een update over de stand van zaken COVID-19 (kenmerk 1671618-203996-PG).

#### 11 Fraudetoets

Gezien de urgentie om de continuïteit van zorg te kunnen borgen is, ondanks het risico op fraude, gekozen om af te zien van de verplichting een toets op fraude uit te voeren. Argument daarvoor is dat de wijzigingen in de regeling tijdelijk zijn. Totdat de impact van het Coronavirus aanzienlijk is verminderd zijn zij van kracht, daarna worden zij geschrapt.

In de ontwikkeling van de regeling hebben de verschillende externe en uitvoerende partijen meegedacht over de maatregelen om de continuïteit van zorg te kunnen borgen. In het proces zijn verschillende stappen ingebouwd om fouten en fraude zo goed mogelijk te voorkomen. Zo wordt er zoveel mogelijk aangesloten bij de bestaande processen en vinden inhoudelijke beoordelingen plaats waarbij verstrekkers aanvragen achteraf alsnog kunnen bijstellen. Daarnaast moet de budgethouder zelf een registratie bijhouden van de uit het PGB-betaalde niet-geleverde zorg. Ze zijn verplicht deze informatie aan te leveren bij de verstrekker, zodat dit ook gebruikt kan worden voor nader onderzoek in verband met mogelijk misbruik. En net zoals in het huidige PGB-proces blijft de budgethouder verantwoordelijk voor het goedkeuren van de declaratie, voor de eigen administratie en het aanleveren van de juistheid van de gegevens aan de verstrekker.

(10)(2e)

(10)(2e)