



Factsheet

Zorg voor kinderen met een intensieve zorgvraag

Persoonsgebonden budget (pgb) en zorg in natura

Deze factsheet maakt onderdeel uit van een aantal factsheets dat betrekking heeft op de organisatie van de zorg voor kinderen met een intensieve zorgvraag buiten het ziekenhuis. Doel van deze factsheets is om patiënten, ouders, zorgverleners, verzekeringsmedewerkers, scholen, ambtenaren etc. inzicht te geven in het landelijk kader rondom zorg voor ernstig zieke kinderen buiten het ziekenhuis. De factsheets zijn gemaakt met input van een groot aantal partijen betrokken bij de zorg voor kinderen.

De factsheets over zorg voor kinderen met een intensieve zorgvraag:

1. Algemeen
2. Zorgverzekeringswet en de subgroep Intensieve Kindzorg (IKZ)
3. Wet langdurige zorg (Wlz)
4. Persoonsgebonden budget (pgb) en zorg in natura
5. Jeugdwet en gemeente
6. Gebruikelijke zorg
7. Onderwijs en zorg

Deze factsheets bieden basisinformatie. Elke situatie in de zorg voor zieke kinderen is uniek. Betrokken partijen moeten altijd samen bekijken wat het beste past in de individuele situatie.

Op de website www.hetmedischekindzorgsysteem.nl staat meer informatie over (de organisatie van) zorg aan zieke kinderen. Daarnaast kunt u vanaf 1 oktober 2016 bij het Meldpunt Juiste Loket terecht voor vragen of knelpunten rondom zorg en ondersteuning aan kinderen met een intensieve zorgvraag. www.juisteloket.nl, meldpunt@juisteloket.nl, telefoon: 030 789 78 78.

Doel van deze factsheet is om informatie te verschaffen over de inzet van zorg via een persoonsgebonden budget (pgb) of via zorg in natura onder de Zorgverzekeringswet.

Voor meer informatie over het verschil tussen pgb en zorg in natura: <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorg-en-ondersteuning-thuis/vraag-en-antwoord/verschil-pgb-zorg-natura>

Hoe wordt bepaald of zorg in natura of via een pgb wordt geleverd?

Om te beginnen wordt altijd eerst de zorgvraag in beeld gebracht. Een wijkverpleegkundige of kinderverpleegkundige stelt een indicatie.

Daarna kiezen de ouders de financieringsvorm. Dit kan via: zorg in natura, via een pgb of via een combinatie daarvan. Vervolgens wordt bij de keuze voor een pgb getoetst of aan verschillende voorwaarden wordt voldaan (zie onder 2.). Daarnaast hebben ouders altijd de mogelijkheid om van keuze te veranderen en alsnog voor een pgb of zorg in natura te kiezen. Voor informatie kunnen ouders terecht bij:

- De indicerende wijk- of kinderverpleegkundige voor mogelijkheden voor zorg in natura.
- Hun zorgverzekeraar voor het beschikbare aanbod in natura of voor de mogelijkheid om een pgb te krijgen om de zorg zelf in te kopen.
- Patiëntenorganisaties.

Als ouders zorg willen inzetten vanuit een organisatie die door hun zorgverzekeraar is gecontracteerd, dan zal die zorg in natura worden geleverd. Als het daarbij maar om een deel van de geïndiceerde zorg gaat, dan kan voor het andere deel voor een pgb worden gekozen. Bij een combinatie van zorg in natura en een pgb is van belang dat de zorg goed op elkaar wordt afgestemd. Ouders en de betrokken zorgverleners van de zorg in natura kunnen daar in onderling overleg zorg voor dragen.

Welke voorwaarden gelden om in aanmerking te komen voor een pgb?

Zorgverzekeraars hebben in hun polisvoorwaarden en het daarbij behorend Reglement Zvw-rgb voorwaarden opgenomen voor toegang tot een pgb. Die voorwaarden komen grotendeels overeen tussen verschillende zorgverzekeraars, maar kunnen soms ook verschillen. Het is dus van belang om de polisvoorwaarden en het reglement van de eigen zorgverzekeraar te raadplegen of contact op te nemen met de zorgverzekeraar over de gehanteerde voorwaarden. De zorgverzekeraar maakt bij het toetsen aan de voorwaarden gebruik van de informatie die de verzekerde zelf heeft aangeleverd, van informatie die uit een eventueel bewust-keuzegesprek komt en hij kan contact opnemen met de indicerende wijk- of kinderverpleegkundige of de huisarts. In algemene zin gaat het om de volgende voorwaarden:

- Voorwaarden aan de persoon van de verzekerde of zijn vertegenwoordiger
Het gaat om de vraag of de verzekerde of zijn vertegenwoordiger (bij zieke kinderen zullen de ouders in de meeste gevallen als vertegenwoordiger optreden) in staat zijn om een pgb te beheren en in staat zijn om zorg te dragen voor verantwoorde en doelmatige zorg.
- Voorwaarden aan de zorgvraag (deze komen per 1 januari 2017 te vervallen):
De zorgverzekeraar toetst of sprake is van één of meer van de volgende voorwaarden:
 - het vaak nodig hebben van zorg op wisselende en ongebruikelijke tijdstippen en/of op meerdere locaties;
 - de zorg is vooraf slecht in te plannen, omdat deze nodig is op telkens verschillende tijden en/of op korte momenten op de dag;
 - de zorg moet 24-uur per dag direct beschikbaar zijn in de nabijheid of op afroep;
 - de noodzaak voor vaste zorgverleners gegeven de specifieke zorgverlening of in verband met gebruik van specifieke (eigen) hulpmiddelen.
- Voorwaarden in de administratieve procedure
Zorgverzekeraars kunnen verschillende voorwaarden stellen in de procedure van een pgb-aanvraag. Daarbij kan het gaan om het indienen van bepaalde documenten, waaronder een budgetplan. Ook kan een zorgverzekeraar om een bewust-keuzegesprek thuis of op kantoor bij de zorgverzekeraar vragen.
- Voorwaarden voldoen aan verzekerde zorg
De zorgverzekeraar toetst ook of de gevraagde zorg binnen de Zvw valt of dat deze bijvoorbeeld binnen de Jeugdwet valt, of dat er sprake is van gebruikelijk zorg. Zie factsheet 6 - Gebruikelijke zorg. Als deels zorg wordt aangevraagd die niet binnen de Zvw valt, dan zal de zorgverzekeraar de aanvraag voor dat deel afwijzen.

Als een pgb-aanvraag wordt goedgekeurd, dan stelt de zorgverzekeraar ook de hoogte van het pgb vast aan de hand van de indicatie van de verpleegkundige en informeert hij de ouders over hoe het pgb mag worden ingezet (bijvoorbeeld of alleen wordt gecontroleerd op het totale budget of dat ook gekeken wordt naar het aantal gedeclareerde uren ten opzichte van de indicatie).

Als een pgb-aanvraag wordt afgewezen, dan dient de zorgverzekeraar duidelijk toe te lichten waarom de aanvraag is afgewezen. De zorgverzekeraar zal vervolgens het aanbod doen om zorg in natura in te zetten.

Wie bepaalt de hoogte van het pgb?

De zorgverzekeraar bepaalt de hoogte van het pgb. Hij doet dat op basis van de door de kinderverpleegkundige gestelde indicatie en op basis van de door hem gehanteerde tarieven. In de polisvoorwaarden en het bijbehorende Reglement Zvw-rgb van iedere zorgverzekeraar is opgenomen welk uurtarief de zorgverzekeraar hanteert voor verzorging, verpleging en medisch specialistische verzorging thuis. Zorgverzekeraars zijn vrij om de hoogte van die tarieven zelf vast te stellen, zolang ze onder de maximumtarieven van de Nederlandse Zorgautoriteit vallen en ze hoog genoeg zijn voor de zorgverzekeraar om aan zijn zorgplicht te voldoen. Als de verzekerde zijn zorgverlener een hogere vergoeding wil betalen dan het maximum dat de zorgverzekeraar biedt, dan kan hij dat voor eigen rekening doen.

Ook is opgenomen dat de zorgverzekeraar bij het bepalen van de hoogte van het budget rekening houdt met de in te zetten informele zorg. Voor informele zorg¹ geldt een uurtarief van maximaal 23 euro en een maximum van 40 uur per week per informele zorgverlener.

Op welke zorg kunnen ouders rekenen bij zorg in natura of bij een pgb?

Op welke zorg aanspraak bestaat, wordt bepaald door de indicatiestelling. Op basis daarvan zal de zorgverlener de geïndiceerde zorg in natura leveren of kunnen ouders de zorg zelf inkopen met een pgb. Regie van de ouders in het zorgproces staat zowel bij zorg in natura, als bij een pgb voorop. Ouders hebben, binnen de grenzen van het redelijke, de mogelijkheid om aan te geven op welke wijze zij de zorg thuis willen organiseren of willen laten organiseren.

Op dit moment wordt door het programmabureau van het Medische Kindzorgstelsel (MKS) het document 'Goede zorg voor kinderen' opgesteld. Daarin kunnen ouders en professionals informatie vinden over wat verwacht mag worden van de geboden zorg.

Zie <http://www.hetmedischekindzorgstelsel.nl/>

Wat kunnen ouders doen als ze niet tevreden zijn over de kwaliteit van de geboden zorg?

Als sprake is van zorg in natura en ouders niet tevreden zijn over de geboden zorg, dan kunnen zij daarover een klacht indienen bij de betreffende organisatie. Alle zorginstellingen dienen een klachtenprotocol te hebben, waarin staat aangegeven welke procedure gevolgd kan worden. Als er sprake is van pgb en ouders zijn niet tevreden over de geboden zorg, dan kunnen zij als opdracht- of werkgever nadere afspraken maken met de betreffende zorgverlener of ervoor kiezen een andere zorgverlener te zoeken.

Wat kunnen ouders doen als zij vinden dat zij niet krijgen waar zij recht op hebben?

Als ouders hebben gekozen voor inzet van zorg via een pgb, dan zijn zij zelf verantwoordelijk voor de aansturing van de zorgverleners. Indien nodig, kan de ouder ervoor kiezen een andere zorgverlener in te zetten.

Als ouders het niet eens zijn met de beslissing van hun zorgverzekeraar, bijvoorbeeld over de toekenning of de hoogte van het pgb, dan kunnen zij daarover een klacht indienen bij de eigen zorgverzekeraar. In de polisvoorwaarden staat de klachtenprocedure beschreven. Als ouders na behandeling van de klacht door de zorgverzekeraar het nog steeds niet eens zijn met de genomen beslissing, dan bestaat de mogelijkheid voor bemiddeling of behandeling door de geschillencommissie van de [Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen](#).

¹ Van informele zorg is sprake als de zorgverlener geen BIG-registratie heeft en geen agb-code. Bovendien is bij familieleden in de eerste of tweede graad van de verzekerde altijd sprake van informele zorg, ook als zij een BIG-registratie of een agb-code hebben.



Dit is een uitgave van

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Bezoekadres

Parnassusplein 5 | 2511 vx Den Haag

Postadres

Postbus 20350 | 2500 EJ Den Haag

Telefoon 070 340 79 11

Telefax 070 340 78 34

www.rijksoverheid.nl

November 2016