

445

Besluit van 22 september 2021, houdende wijziging van het Besluit uitbreiding en beperking werkingsfeer WMG en het Besluit zorgverzekering in verband met het zorgpakket Zorgverzekeringswet 2022

Wij Willem-Alexander, bij de gratie Gods, Koning der Nederlanden, Prins van Oranje-Nassau, enz. enz. enz.

Op de voordracht van Onze Minister voor Medische Zorg van 8 juli 2021, kenmerk 3222144-1012266-WJZ;

Gelet op artikel 2, tweede lid, van de Wet marktordening gezondheidszorg en artikel 11, vierde lid, onderdeel c, van de Zorgverzekeringswet;

De Afdeling advisering van de Raad van State gehoord (advies van 18 augustus 2021, no. W13.21.0198/III);

Gezien het nader rapport van Onze Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 20 september 2021, kenmerk 3253862-1012266-WJZ;

Hebben goedgevonden en verstaan:

ARTIKEL I

Het Besluit uitbreiding en beperking werkingsfeer WMG wordt gewijzigd als volgt:

A

In artikel 3, eerste lid, worden, onder vervanging van de punt aan het slot van onderdeel n door een puntkomma, twee onderdelen ingevoegd, luidende:

o. verblijf als bedoeld in artikel 2.12, eerste lid, van het Besluit Zorgverzekering buiten een ziekenhuis dat noodzakelijk is in verband met geneeskundige zorg zoals medisch specialisten die plagen te bieden en dat niet gepaard gaat met verpleging, verzorging of paramedische zorg;

p. levering van elektriciteit voor mechanische ademhalingsondersteuning in de thuissituatie.

B

In artikel 5a, onderdeel b, worden, onder vervanging van «of» in subonderdeel 4^o door een puntkomma, twee subonderdelen ingevoegd, luidende:

6°. verblijf als bedoeld in artikel 2.12, eerste lid, van het Besluit Zorgverzekering dat noodzakelijk is in verband met geneeskundige zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden en dat niet gepaard gaat met verpleging, verzorging of paramedische zorg;

7°. levering van elektriciteit voor mechanische ademhalingsondersteuning in de thuissituatie;.

ARTIKEL II

Aan artikel 2.12 van het Besluit Zorgverzekering wordt een lid toegevoegd, luidende:

4. De vergoeding voor verblijf als bedoeld in het eerste lid dat noodzakelijk is in verband met geneeskundige zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden en dat niet gepaard gaat met verpleging, verzorging of paramedische zorg bedraagt een bij ministeriële regeling te bepalen bedrag.

ARTIKEL III

Dit besluit treedt in werking met ingang van 1 januari 2022.

Lasten en bevelen dat dit besluit met de daarbij behorende nota van toelichting in het Staatsblad zal worden geplaatst.

's-Gravenhage, 22 september 2021

Willem-Alexander

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

Uitgegeven de *dertigste* september 2021

De Minister van Justitie en Veiligheid,
F.B.J. Grapperhaus

NOTA VAN TOELICHTING

I. Algemeen

1. Inleiding

Met dit besluit zijn twee wijzigingen doorgevoerd die verband houden met de declaratie van kosten voor medisch-specialistische zorg waarvoor buiten het ziekenhuis kosten worden gemaakt door de patiënt zelf.

De bekostiging van medisch-specialistische zorg gaat uit van een behandeling of verblijf in het ziekenhuis. Dat is tegenwoordig niet meer altijd vanzelfsprekend. Steeds meer zorg kan thuis, door middel van apparatuur of hulpmiddelen plaatsvinden. Hierdoor komt het steeds vaker voor dat de patiënt zelf kosten maakt die voor vergoeding door een zorgverzekeraar in aanmerking komen.

Een voorbeeld hiervan is bijvoorbeeld verblijf in nabijheid van het ziekenhuis na een CAR-T behandeling, als de patiënt verder dan 60 minuten rijden van het ziekenhuis woont. Vanwege de mogelijk ernstige bijwerkingen die kunnen optreden, waarbij het noodzakelijk is dat de patiënt snel in het expertziekenhuis is, is dit volgens het Zorginstituut medisch noodzakelijk verblijf en daarmee een aanspraak op grond van artikel 2.12 Besluit Zorgverzekering. Met de wijziging van het Besluit uitbreiding en beperking WVG (hierna: Bub WVG) maken deze kosten geen deel uit van de diagnose behandel combinatie (hierna: dbc). Deze kosten worden rechtstreeks door de zorgverzekeraar aan de patiënt vergoed.

Daarnaast heeft het Zorginstituut geïndiceerd¹ dat elektriciteitskosten bij mechanische ademhalingsondersteuning in de thuissituatie onderdeel zijn van de aanspraak op geneeskundige zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden (hierna: medisch-specialistische zorg). Met de wijziging van het Bub WVG is de tarief- en prestatieregulering voor dit onderdeel uitgesloten. De patiënt kan daarmee de elektriciteitskosten voor mechanische ademhalingsondersteuning in de thuissituatie rechtstreeks van de zorgverzekeraar vergoed krijgen.

Verwacht wordt dat in de toekomst steeds meer zorg verplaatst kan worden naar huis, of in elk geval buiten het ziekenhuis. In dit besluit worden twee nu bekende situaties op het terrein van medisch-specialistische zorg uitgezonderd van de prestatie- en tariefregulering van de Wet marktwerking gezondheidszorg (hierna: Wmg) en van de verplichtingen van de artikelen 40a en 40b van de Wmg, die onder meer betrekking hebben op de jaarverantwoording. Hiermee wordt voorkomen dat bedrijven die verblijf aanbieden of leveranciers van elektriciteit onder de verplichtingen van de Wmg vallen. Immers, deze bedrijven leveren wel zorg in de zin van de Zorgverzekeringswet, als onderdeel van medisch-specialistische zorg, maar het is niet nodig dat deze bedrijven aan deze verplichtingen voldoen.

2. Hoofdpijnen van het voorstel

De Wmg regelt kort gezegd dat zorgaanbieders geen kosten voor zorg ten laste van de Zorgverzekeringswet mogen declareren en dat zorgverzekeraars deze zorg niet mogen vergoeden als die zorg niet overeenkomt met een prestatiebeschrijving en tarief dat de Nederlandse Zorgautoriteit

¹ Afbakening hulpmiddelenzorg en geneeskundige zorg, zoals medisch-specialisten die plegen te bieden – deel 2 | Standpunt | Zorginstituut Nederland

(NZa) heeft vastgesteld. De kosten voor medisch-specialistische zorg die een zorgaanbieder maakt kunnen via de systematiek van een dbc worden gedeclareerd bij de zorgverzekeraar.

Veel medisch-specialistische behandelingen vinden plaats in het ziekenhuis, maar medisch-specialistische zorg kan ook thuis of elders geboden worden. De patiënt wordt uit het ziekenhuis ontslagen, gaat naar huis met apparatuur of hulpmiddelen en blijft in nauw contact met een medisch specialist. Hierdoor kan het voorkomen dat de patiënt zelf kosten maakt voor medisch specialistische zorg. De kosten kunnen formeel alleen via de zorgaanbieder en door middel van de dbc systematiek gedeclareerd worden. Dit geeft administratieve lasten voor het ziekenhuis. Ook de patiënt, die voor zijn zorg afhankelijk is van het ziekenhuis zou niet bij het ziekenhuis kosten moeten declareren. Dat past beter in zijn positie als verzekerde richting de zorgverzekeraar. Om hier een oplossing voor te bieden, is het nodig dat deze zorg uitgesloten wordt van de prestatie- en tariefregulering door de NZa en een vergoeding wordt geregeld op basis van de Zorgverzekeringswet. Dit besluit strekt hiertoe.

Vanaf 1 januari 2022 wordt het mogelijk om dbc's te declareren voor de CAR-T behandeling. Voor de infusie van CAR-T cellen (van conditionering met chemotherapie tot aan ontslag uit het ziekenhuis) komt één nieuw dbc-zorgproduct. Bij het berekenen van het maximumtarief per 2022 is uitgegaan van de situatie waarbij patiënten na gemiddeld ruim twee weken ontslagen worden uit het ziekenhuis en dan naar huis gaan of verblijven in de nabijheid van het ziekenhuis. Het maximumtarief bevat geen vergoeding voor het verblijf buiten het ziekenhuis.

Bij mechanische ademhalingsondersteuning in de thuissituatie kan het ziekenhuis de kosten voor de apparatuur die de patiënt thuis gebruikt en de kosten voor de inzet van de zorgverleners bij de patiënt thuis declareren via de dbc's. De kosten voor de elektriciteit die de patiënt maakt, worden op dit moment rechtstreeks bij de zorgverzekeraar gedeclareerd door de patiënt. Bij de berekening van de tarieven voor de dbc zijn de kosten van de elektriciteit niet meegenomen.

Tevens worden de artikelen 40a en 40b van de Wmg uitgezonderd. Deze artikelen bevatten verplichtingen voor een zorgaanbieder voor financiële bedrijfsvoering en jaarverantwoording. Voor bedrijven die verblijf aanbieden of elektriciteit leveren staan deze verplichtingen niet in verhouding tot hun zeer geringe deel van hun activiteiten die te kwalificeren zijn als zorg in de zin van de Zorgverzekeringswet. Bovenstaande wordt in dit besluit voor verblijf en elektriciteitskosten geregeld. Indien de ontwikkelingen op het gebied van medisch-specialistische zorg hiertoe aanleiding geven, is het denkbaar dat ook andere kosten buiten het ziekenhuis hieraan worden toegevoegd.

Om te voorkomen dat de verblijfskosten onevenredig hoog zijn, wordt op basis van het Besluit zorgverzekering bij ministeriële regeling de vergoeding vastgesteld.

De twee wijzigingen die met dit besluit worden doorgevoerd hebben geen budgettaire gevolgen.

3. Toezicht en handhaving

De NZa heeft op grond van artikel 16, onder b, van de Wmg de taak om toe te zien op de rechtmatige uitvoering door de zorgverzekeraars van de Zorgverzekeringswet. Verblijf buiten het ziekenhuis dat noodzakelijk is in verband met medisch specialistische zorg en levering van elektriciteit voor

mechanische ademhalingsondersteuning in de thuissituatie zijn met dit besluit uitgezonderd van prestatie- en tariefregulering. Dit wil zeggen dat de NZa hier geen tarieven voor vaststelt. Wel blijft de NZa toezien op de rechtmatigheid van de vergoeding van de kosten voor dit verblijf en de elektriciteit van de zorgverzekeraars aan de verzekerde.

Dit besluit is ter consultatie aangeboden aan de NZa. De NZa heeft vanwege het technische karakter en de zeer beperkte uitvoeringsaspecten van dit besluit aangegeven af te zien van de mogelijkheid tot het uitbrengen van een uitvoeringstoets.

4. Regeldruk

Het Zorginstituut heeft het standpunt ingenomen dat het verblijf in de nabijheid van een ziekenhuis na CAR-T behandeling valt onder de aanspraak verblijf op grond van de Zorgverzekeringswet, wanneer de patiënt verder dan 60 minuten reizen woont vanaf het ziekenhuis. De patiënt kan in het ziekenhuis verblijven of in de nabijheid van het ziekenhuis en de kosten kunnen ten laste van de Zorgverzekeringswet worden gebracht.

Voor deze wijziging van het Bub WMG was prestatie- en tariefregulering van toepassing op dit verblijf. Het ziekenhuis leverde het verblijf, of besteedde dit uit, en declareerde het verblijf via de systematiek van diagnose behandelcombinaties bij de zorgverzekeraar. Door het verblijf uit te zonderen van prestatie- en tariefregulering hoeft de bekostiging niet via de zorgverzekeraar naar de zorgaanbieder te lopen, maar kan de verzekerde zelf verblijf kiezen en de kosten ervan rechtstreeks declareren bij de zorgverzekeraar. De administratieve lasten verplaatsen zich van zorgaanbieder naar verzekerde, met het voordeel dat de verzekerde zelf een omgeving kan kiezen waar hij wil verblijven. Enige administratieve lasten worden daarom proportioneel geacht. Bij het ontwikkelen van beleid voor de wijze waarop medisch-specialistische zorg die buiten het ziekenhuis wordt verleend, structureel vergoed gaat worden, zal het punt van (cumulatieve) administratieve lasten worden meegenomen.

Ook de declaratie van de elektriciteitskosten bij mechanische ademhalingsondersteuning in de thuissituatie verlaagt de administratieve lasten voor ziekenhuizen, omdat de verzekerde deze kosten rechtstreeks bij de zorgverzekeraar kan declareren en tussenkomst van de zorgaanbieder die de medisch-specialistische zorg levert voor de declaratie niet nodig is. Het Adviescollege toetsing regeldruk (ATR) heeft het dossier niet geselecteerd voor een formeel advies, omdat het – behoudens de positieve regeldrukgevolgen voor de ziekenhuizen – geen verdere gevolgen voor de regeldruk heeft.

5. Voorhang

Dit besluit is ingevolge artikel 124 van de Zorgverzekeringswet bij brief van 2 juni 2021 (*Kamerstukken II 2020/21, 29 689 nr. 1102*) voorgehangen bij de Tweede en Eerste Kamer. Op 30 juni heeft de commissie Volksgezondheid, Welzijn en Sport van de Tweede Kamer deze brief behandeld in het commissiedebat pakketbeheer. Er is in dat debat een vraag gesteld over de vergoeding van elektriciteitskosten, waarbij met name is ingegaan op het vraagstuk hoe in de toekomst wordt omgegaan met verplaatsing van zorg en kosten die mensen thuis moeten maken. De minister gaf aan dat er inderdaad een trend zichtbaar is van verplaatsing van zorg van het ziekenhuis naar de thuissituatie. Daarom wordt verkend of en hoe zorgkosten, die buiten het ziekenhuis worden gemaakt, op een structurele manier en in principe budgetneutraal kunnen worden vergoed vanuit de

zorgverzekering. In dat kader wordt onderzocht hoe uitvoering kan worden gegeven aan de tijdens het commissiedebat ingediende motie van het lid De Vries (VVD) waarin de regering wordt verzocht om «aan de hand van de casuïstiek, in kaart te brengen welke dilemma's er komen kijken bij de kosten in de thuissituatie in plaats van in een ziekenhuis en op basis daarvan met schetsen te komen voor een toekomstige lijn en/of afwegingskader hiervoor en de Tweede Kamer daarover voor 1 januari 2022 te informeren.²

Het is aan een nieuw kabinet een toekomstvisie te ontwikkelen op dit punt. De vraag heeft dan ook niet geleid tot wijzigingen in dit ontwerpbesluit.

II. Artikelen

Artikel I

Onderdeel A

Artikel 3 van het Bub WMG geeft aan in welke situaties de artikelen 50 tot en met 56 van de Wmg niet van toepassing zijn. In de artikelen 50 tot en met 56 van de Wmg wordt de prestatie- en tariefregulering door de NZa geregeld. Artikel 3 van het Bub WMG geeft derhalve aan in welke situaties er sprake is van zorg die uitgezonderd is van prestatie- en tariefregulering. Aan deze situaties worden ingevolge dit artikel twee situaties toegevoegd. Bij verblijf wordt nog opgemerkt dat er in de regel wel een mantelzorger bij de patiënt is die de patiënt in de gaten houdt en mogelijk ook de patiënt verzorgt, maar dat valt niet onder verpleging, verzorging of paramedische zorg als bedoeld in artikel 2.12 van het Besluit zorgverzekering.

Onderdeel B

In artikel 5a van het Bub WMG zijn bedrijven uitgezonderd van verplichtingen van de artikelen 40 en 40a van de Wmg. Hiermee wordt onder meer voorkomen dat deze bedrijven onder de verplichtingen rond de jaarrekening van de Wmg vallen.

Artikel II

In aansluiting op het uitsluiten van verblijf in bepaalde situaties van de prestatie- en tariefregulering ingevolge artikel I, wordt met dit artikel de basis gecreëerd om bij ministeriële regeling een bedrag vast te stellen voor de vergoeding van dit verblijf.

Artikel III

Wijzigingen in het Besluit zorgverzekering treden als uitgangspunt op 1 januari in werking en worden ruim van tevoren bekend gemaakt. Hiermee is het mogelijk voor zorgverzekeraars om met een deze wijziging rekening te houden bij de premiestelling voor het kalenderjaar waarin die wijziging in werking treedt.

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

² Kamerstukken II 2020/21, 29 689, nr. 1115.