



Regeling van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 23 november 2021, kenmerk 3282604-1019908-Z, houdende regels voor het compenseren van zorgverzekeraars voor het doorbetalen van als gevolg van Covid-19 niet-geleverde zorg in de zin van de Zorgverzekeringswet (Tweede beleidsregel compensatie zorgverzekeraars niet-geleverde zorg Zvw-pgb)

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,

Gelet op artikel 4:81 van de Algemene wet bestuursrecht en artikel 2.29a, zevende en achtste lid, van de Regeling zorgverzekering;

Besluit:

Artikel 1. Begripsbepaling

In deze beleidsregel wordt verstaan onder:

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

minister: Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport;

verzekerde: verzekerde als bedoeld in artikel 1, onderdeel f, van de Zorgverzekeringswet;

zorgverzekeraar: zorgverzekeraar als bedoeld in artikel 1, onderdeel b, van de Zorgverzekeringswet;

Zvw-pgb: Zvw-pgb als bedoeld in artikel 1, onderdeel k, van de Zorgverzekeringswet.

Artikel 2. Verstrekken compensatie

De minister kan aan zorgverzekeraars eenmalig een compensatie verstrekken voor bedragen die zij hebben vergoed op grond van artikel 2.29a, zevende lid, van de Regeling zorgverzekering.

Artikel 3. Bedrag compensatie

De compensatie per verzekeraar bedraagt niet meer dan een door de minister vast te stellen bedrag op basis van registraties als bedoeld in artikel 2.29a, achtste lid, van de Regeling zorgverzekering, van de vergoede bedragen, bedoeld in artikel 2, en overeenkomstig de aanvraag.

Artikel 4. De aanvraag

1. De compensatie wordt op aanvraag vastgesteld.
2. Voor de aanvraag wordt een door de minister vastgesteld formulier gebruikt.
3. De aanvraag wordt ondertekend door een persoon die daartoe bevoegd is.
4. De aanvraag gaat vergezeld van:
 - a. een specificatie van het aangevraagde bedrag, indien de compensatie minder dan € 125.000 bedraagt; of
 - b. een controleverklaring van een interne of externe accountant met certificerende bevoegdheid, indien de compensatie € 125.000 of meer bedraagt.
5. De aanvraag wordt uiterlijk 1 mei 2022 ontvangen.

Artikel 5. Besluit en uitbetaling

1. De minister beslist binnen 13 weken na ontvangst van de aanvraag, bedoeld in artikel 4.
2. De minister betaalt het bedrag van de compensatie in één keer uit.
3. De minister kan een besluit tot toekenning van een compensatie intrekken indien:
 - a. de aanvrager aan wie een compensatie is toegekend onjuiste of onvolledige informatie heeft verschaft, waardoor een compensatie ten onrechte is toegekend;



-
- b. het besluit tot toekenning van een compensatie anderszins onjuist was en de aanvrager dat wist, dan wel behoorde te weten.

Artikel 6. Meewerken aan onderzoek

De zorgverzekeraar die compensatie ontvangt werkt, onder meer door het verschaffen van de daartoe benodigde inlichtingen, gegevens en bescheiden, mee aan door of namens de minister ingesteld onderzoek dat erop is gericht de minister inlichtingen te verschaffen die van belang zijn voor de ontwikkeling van het beleid van de minister.

Artikel 7. Inwerkingtreding en vervaldatum

Deze beleidsregel treedt in werking met ingang van 1 januari 2022 en vervalt met ingang van 1 januari 2023.

Artikel 8. Citeertitel

Deze beleidsregel wordt aangehaald als: Tweede beleidsregel compensatie zorgverzekeraars niet-geleverde zorg Zvw-pgb.

Deze regeling zal met de toelichting in de Staatscourant worden geplaatst.

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



TOELICHTING

Algemeen

De onderhavige beleidsregel is tot stand gekomen naar aanleiding van de Tweede regeling doorbetalen niet-geleverde Zvw-pgb-zorg in verband met Covid-19 van de Minister van VWS van 15 februari 2021 (hierna: de Tweede regeling).¹

Op grond van de Tweede regeling is onder andere artikel 2.29a van de Regeling zorgverzekering (hierna: Rzv) gewijzigd. In artikel 2.29a, zevende lid, van de Rzv is bepaald dat de bedragen die conform artikel 2.29a, eerste en tweede lid, van de Rzv, kunnen worden vergoed voor zorg die op grond van een Zvw-pgb is verleend, ook vergoed kunnen worden indien die zorg niet is verleend als gevolg van de maatregelen in verband met Covid-19.

Als gevolg van deze wijziging is de onderhavige beleidsregel tot stand gekomen. Op grond van de Zvw is het namelijk niet mogelijk om de bedragen die zijn vergoed voor niet-geleverde zorg ten laste te doen komen van de systematiek van de risicoverevening. Zoals ook in de toelichting bij de Tweede regeling uiteen is gezet, is het daarom noodzakelijk dat zorgverzekeraars voorzien worden van aparte middelen die bestemd zijn om de beoogde niet-geleverde zorg te financieren. De onderhavige beleidsregel voorziet daarin.

Op grond van de beleidsregel kan aan zorgverzekeraars eenmalig een compensatie worden verstrekt voor bedragen die zij hebben vergoed op grond van artikel 2.29a, zevende lid, van de Rzv. Het gaat om bedragen die:

- a) door de desbetreffende verzekerden ten laste zijn gebracht van hun Zvw-pgb, voor zorg die in de periode van 1 oktober 2020 tot en met 31 december 2021 door de zorgverlener niet is verleend in verband met:
 - 1°. een besmetting van de verzekerde of de zorgverlener met Covid-19;
 - 2°. een noodzakelijke quarantaine van de verzekerde of diens zorgverlener vanwege Covid-19; of
 - 3°. het niet kunnen verlenen overeenkomstig de maatregelen in verband met Covid-19 aan de budgethouder vanwege een beperking bij de budgethouder als bedoeld in artikel 6.6, tweede lid, onderdelen d en e, van de Tijdelijke regeling maatregelen covid-19;
- b) door de verzekerden zijn bijgehouden in een registratie als bedoeld in artikel 2.29a, achtste lid, van de Rzv, die door de verzekerde, op verzoek van de zorgverzekeraar, ter beschikking wordt gesteld aan de zorgverzekeraar; en
- c) door de zorgverzekeraar reeds zijn vergoed en uitbetaald.

Het bedrag van de compensatie per verzekeraar voor voornoemde vergoede bedragen wordt bepaald op basis van de door de zorgverzekeraar in te dienen aanvraag. Die aanvraag vermeldt de bedragen die de verzekeraar heeft vergoed.

Bij de aanvraag wordt, afhankelijk van de hoogte van het aan te vragen bedrag, een specificatie dan wel een controleverklaring gevoegd van een interne of externe accountant (Registeraccountant (RA) of Administratie-accountant (AA)) met certificerende bevoegdheid. Dit kan derhalve ook een interne accountant van de zorgverzekeraar zijn. De aanvraag wordt uiterlijk 1 mei 2022 ontvangen. De Minister beslist vervolgens binnen 13 weken na ontvangst van de aanvraag, waarbij de compensatie direct wordt vastgesteld en in één keer wordt uitbetaald.

Gevolgen voor de regeldruk

De onderhavige beleidsregel heeft gevolgen voor de regeldruk van de zorgverzekeraars die aanspraak willen maken op de compensatie van de door hen vergoede declaraties van niet-geleverde zorg in het Zvw-pgb, omdat de zorgverzekeraar het totaalbedrag berekent en daarover informatie aanlevert bij het Ministerie van VWS.

In totaal zijn er ongeveer 21 risicodragende zorgverzekeraars. De verwachting is dat het grootste deel van de zorgverzekeraars een beroep zullen doen op voorliggende beleidsregel voor compensatie van de gedeclareerde niet-geleverde zorg. De verwachting is zorgverzekeraars 15 uur nodig hebben voor het indienen van een aanvraag inclusief een controleverklaring, verstrekt door een interne of externe

¹ Regeling van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 15 februari 2021, kenmerk 1820737-217744-Z, houdende wijziging van de Regeling zorgverzekering in verband met het doorbetalen van niet-geleverde zorg indien deze als gevolg van Covid-19 of daarmee samenhangende maatregelen vanaf 1 oktober 2020 niet is verleend en wijziging van de Regeling langdurige zorg in verband met een tweetal technische aanpassingen (Stcrt. 2021, 8811).



accountant (RA of AA) met certificerende bevoegdheid. Voor het bedrijfsleven wordt € 54 per uur aan regeldrukkosten gehanteerd voor hoogopgeleide medewerkers. Dit maakt de totale regeldrukkosten: $21 * € 54 * 15 = € 17.010$.

Het Adviescollege toetsing regeldruk (ATR) heeft het dossier niet geselecteerd voor een formeel advies, omdat het wel gevolgen voor de regeldruk heeft, maar deze in de toelichting toereikend in beeld zijn gebracht.

Artikelsgewijs

Artikel 2

Artikel 2 bepaalt voor welke vergoede bedragen een compensatie wordt verstrekt aan zorgverzekeraars. Het tweede lid noemt een aantal specifieke voorwaarden. Zoals in het bovenstaande is genoemd, gaat het om vergoede bedragen die:

- a) door de desbetreffende verzekerden ten laste zijn gebracht van hun Zvw-pgb, voor zorg die in de periode van 1 oktober 2020 tot en met 31 december 2021 door de zorgverlener niet is verleend in verband met:
 - 1°. een besmetting van de verzekerde of de zorgverlener met Covid-19;
 - 2°. een noodzakelijke quarantaine van de verzekerde of diens zorgverlener vanwege Covid-19; of
 - 3°. het niet kunnen verlenen overeenkomstig de maatregelen in verband met Covid-19 aan de budgethouder vanwege een beperking bij de budgethouder als bedoeld in artikel 6.6, tweede lid, onderdelen d en e, van de Tijdelijke regeling maatregelen covid-19;
- b) door de verzekerden zijn bijgehouden in een registratie als bedoeld in artikel 2.29a, achtste lid, van de Rzv, die door de verzekerde, op verzoek van de zorgverzekeraar, ter beschikking wordt gesteld aan de zorgverzekeraar; en
- c) door de zorgverzekeraar reeds zijn vergoed en uitbetaald.

In het tweede lid onder b) gaat het om vergoede bedragen die door de verzekerden zijn bijgehouden in een registratie als bedoeld in artikel 2.29a, achtste lid, van de Rzv. In dit artikel is bepaald dat in de registratie is opgenomen:

- a) ingeval van besmetting met Covid-19 van de verzekerde: een bewijsstuk waaruit blijkt dat de zorg niet kon worden geleverd in verband met deze besmetting;
- b) ingeval van een noodzakelijke quarantaine van de verzekerde in verband met Covid-19: een bewijsstuk of de tussen de verzekerde en de zorgverlener overeengekomen afspraken, waaruit blijkt dat de zorg niet kon worden geleverd in verband met deze quarantaine;
- c) ingeval van besmetting met Covid-19 of noodzakelijke quarantaine van de zorgverlener in verband met Covid-19: een bewijsstuk of de tussen de zorgverlener en de verzekerde overeengekomen afspraken waaruit blijkt dat de zorg niet kon worden geleverd in verband met deze besmetting of noodzakelijke quarantaine;
- d) ingeval van de in het tweede lid, onderdeel a, subonderdeel 3°, bedoelde situatie: een specificatie wanneer de zorg om deze reden niet kon worden geleverd.

In artikel 2.29a, achtste lid, van de Rzv is bepaald dat de verzekerde, op verzoek van de zorgverzekeraar, de registratie, bedoeld in het achtste lid, ter beschikking stelt aan de zorgverzekeraar. De verzekerde neemt hierboven benoemde de aanvullende stukken in zijn administratie over niet-geleverde zorg op om, indien de zorgverzekeraar hierom verzoekt (dit is dus geen verplichting van de zorgverzekeraar), achteraf aan te kunnen tonen dat aan de voorwaarden is voldaan.

Artikel 3

Het bedrag van de compensatie per zorgverzekeraar wordt bepaald op basis van de aanvraag, die vermeldt welke bedragen de zorgverzekeraar heeft vergoed.

Artikel 4 en 5

Ter controle van de aanvraag wordt, afhankelijk van de hoogte van het aan te vragen bedrag, een specificatie van het aangevraagd bedrag gevraagd (als de compensatie minder dan € 125.000 bedraagt), dan wel een controleverklaring van een interne of externe accountant (Registeraccountant (RA) of Administratie-125.000 bedraagt).

De aanvraag wordt uiterlijk 1 mei 2022 ontvangen. Op de aanvraag wordt binnen 13 weken na ontvangst van de aanvraag beslist. De compensatie wordt direct vastgesteld en in één keer uitbetaald. Overigens kan de beslistermijn op grond van artikel 4:5 van de Algemene wet bestuursrecht worden opgeschort als de aanvraag onvolledig is.



Onder de omstandigheden genoemd in het derde lid kan een besluit tot toekenning van een compensatie worden ingetrokken.

Artikel 6

Het is van belang om inzicht te krijgen in de realisatie van het beleid. Aan de hand van dat inzicht kan het beleid verder ontwikkeld worden. Verzekeraars zijn derhalve verplicht om mee te werken aan onderzoek daarnaar.

Ook kunnen inlichtingen nodig zijn voor de evaluatie van beleid. In het besluit op de aanvraag wordt opgenomen wat in dit kader van verzekeraars wordt verwacht.

Het gaat hier niet om onderzoek gericht op (het verschaffen van inlichtingen voor) het nemen van een beslissing over het verstrekken van een compensatie.

Artikel 7

Deze beleidsregel treedt in werking met ingang van 1 januari 2022. Deze beleidsregel vervalt met ingang van 1 januari 2023.

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