

Kenmerk	W13.21.0198/III
Datum aanhangig	12 juli 2021
Datum vastgesteld	18 augustus 2021
Datum advies	18 augustus 2021
Datum publicatie	30 september 2021
Vindplaats	Staatscourant 2021, nr. 42385

Volledige tekst

Bij Kabinetsmissive van 12 juli 2021, no.2021001391, heeft Uwe Majesteit, op voordracht van de Minister voor Medische Zorg, bij de Afdeling advisering van de Raad van State ter overweging aanhangig gemaakt het ontwerpbesluit houdende wijziging van het Besluit uitbreiding en beperking werkingsfeer WMG en het Besluit zorgverzekering in verband met het zorgpakket Zorgverzekeringswet 2022, met nota van toelichting.

Het ontwerpbesluit regelt onder meer dat twee vormen van medisch-specialistische zorg die buiten het ziekenhuis plaatsvinden worden uitgezonderd van de prestatie- en tariefregulering van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg). (zie noot 1) Deze kosten zijn daardoor geen onderdeel van de diagnose behandel combinatie (dbc) van het ziekenhuis en zullen door de zorgverzekeraar rechtstreeks aan de patiënt worden vergoed. Het betreft de kosten van medisch-noodzakelijk verblijf in de nabijheid van een ziekenhuis wanneer de patiënt verder dan 60 minuten reizen woont vanaf dat ziekenhuis en de elektriciteitskosten voor mechanische ademhalingsondersteuning in de thuissituatie.

De Afdeling advisering van de Raad van State adviseert in de toelichting in te gaan op de vraag op welke wijze medisch-specialistische zorg die buiten het ziekenhuis wordt verleend, structureel vergoed gaat worden. Daarnaast is het nodig dat in de toelichting aandacht wordt besteed aan de (cumulatieve) toename van de administratieve lasten voor de patiënt en aan de die ten grondslag hebben gelegen aan de huidige wijze van bekostiging en verantwoording van medisch-specialistische zorg door middel van dbc's. In verband daarmee aanpassing wenselijk van de toelichting wenselijk.

Het Zorginstituut Nederland (Zin) heeft geïndiceerd dat deze kosten kunnen worden aangemerkt als medisch-specialistische zorg die voor vergoeding op grond van de Zorgverzekeringswet in aanmerking komt, aldus de toelichting. (zie noot 2) Dit heeft ook als gevolg dat bedrijven die deze zorg verlenen als zorgaanbieders zouden moeten voldoen aan verschillende verplichtingen die de Wmg stelt aan zorgaanbieders. Het ontwerpbesluit regelt daarom ook dat bedrijven die deze vormen van medisch-specialistische zorg verlenen van deze verplichtingen worden uitgezonderd. (zie noot 3) De Afdeling merkt hierover het volgende op.

Op dit moment worden kosten voor medisch-specialistische zorg via de systematiek van dbc's door het ziekenhuis gedeclareerd bij de zorgverzekeraar. Kosten die een patiënt zelf maakt moeten bij het ziekenhuis worden gedeclareerd, die deze kosten weer bij de zorgverzekeraar kan declareren. Volgens de toelichting leidt dit tot administratieve lasten voor het ziekenhuis en past het beter bij de positie als verzekerde indien de patiënt zelf declareert bij de zorgverzekeraar. De administratieve lasten verplaatsen zich daarmee van zorgaanbieder naar verzekerde, met het voordeel dat de verzekerde zelf een omgeving kan kiezen waar hij wil verblijven. (zie noot 4)

Uit de toelichting blijkt voorts dat, indien de ontwikkelingen op het gebied van medisch-specialistische zorg hiertoe aanleiding geven, het denkbaar is dat ook andere kosten buiten het ziekenhuis worden toegevoegd aan het Besluit zorgverzekering. Per situatie wordt een afweging gemaakt of het redelijk is dat mensen zelf de kosten dragen of dat zij daarvoor toch een vergoeding krijgen. (zie noot 5)

De Afdeling beziet het ontwerpbesluit tegen de achtergrond van de door het kabinet ondersteunde beweging 'Met Juiste Zorg Op de Juiste Plek'. Bedoeling van deze beweging is het voorkomen, verplaatsen en het vervangen van zorg. (zie noot 6) Als deze beweging succesvol zal zijn, is het goed denkbaar dat meer en andere vormen van medisch-specialistische zorg zullen worden geleverd buiten het ziekenhuis. Het ontwerpbesluit regelt aldus een eerste stap wat betreft de vergoeding van kosten voor medisch-specialistische zorg buiten het ziekenhuis, maar zal ook betekenis kunnen hebben voor vergoeding van vergelijkbare toekomstige situaties.

In het licht hiervan roept de voorgestelde regeling de vraag op hoe de bredere beweging van verplaatsing van zorg op een evenwichtige manier zal worden ingepast in de huidige uitvoering van de Zorgverzekeringswet. De voorgestelde regeling wijkt immers af van de huidige systematiek van bekostiging en verantwoording van medisch-specialistische zorg door middel van dbc's. De Afdeling wijst onder andere op het volgende.

Door het ontwerpbesluit worden administratieve lasten verplaatst van het ziekenhuis naar de patiënt. Wanneer het een enkel geval betreft is dit misschien minder bezwaarlijk, maar dit wordt anders bij een cumulatie van kosten voor medisch-specialistische zorg die de patiënt steeds zelf zal moeten declareren bij de zorgverzekeraar. Te verwachten valt dat niet alle patiënten zonder meer daartoe in staat moeten worden geacht.

Verder wordt voorgesteld om de betreffende kosten buiten de dbc's van het ziekenhuis te laten. Dit zou logischerwijs tot een verlaging van de voor de desbetreffende dbc's afgesproken prestaties en tarieven moeten leiden. Uit de toelichting blijkt dit echter niet. Zonder aanpassing van de afgesproken tarieven en prestaties van de dbc leidt de voorgestelde vergoeding tot meerkosten.

Gelet op het voorgaande is het van belang te doordenken op welke wijze structureel medisch-specialistische zorg die buiten het ziekenhuis wordt verleend, vergoed gaat worden. De nu voorgestelde regeling kan daarbij niet bepalend zijn voor een toekomstige structurele regeling. In ieder geval is er alle reden aandacht te besteden aan de (cumulatieve) toename van de administratieve lasten voor de patiënt en aan de die ten grondslag hebben gelegen aan de huidige wijze van bekostiging en verantwoording van medisch-specialistische zorg door middel van dbc's. De Afdeling adviseert op beide aspecten in de toelichting nader in te gaan.

De Afdeling advisering van de Raad van State heeft een opmerking bij het ontwerpbesluit en

adviseert daarmee rekening te houden voordat een besluit wordt genomen.
De vice-president van de Raad van State

Nader rapport (reactie op het advies) van 20 september 2021

Structureel beleid

Ten eerste adviseert de Afdeling om in de toelichting in te gaan op de vraag op welke wijze medisch-specialistische zorg die buiten het ziekenhuis wordt verleend, structureel vergoed gaat worden. De voorgestelde regeling roept de vraag op hoe de bredere beweging van verplaatsing van zorg op een evenwichtige manier zal worden ingepast in de huidige uitvoering van de Zorgverzekeringswet.

Er is inderdaad een bredere ontwikkeling zichtbaar waarbij steeds meer medisch-specialistische zorg thuis kan plaatsvinden. Daarom wordt verkend of en hoe zorgkosten, die buiten het ziekenhuis worden gemaakt, op een structurele manier kunnen worden vergoed vanuit de zorgverzekering. In dat kader wordt onderzocht hoe uitvoering kan worden gegeven aan de 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. (zie noot 7)

Met de voorgestelde wijziging van het Besluit uitbreiding en beperking werkingsfeer WMG worden de nu bekende en prangende problemen opgelost waarbij de patiënt zorgkosten maakt welke ten laste mogen komen van de basisverzekering. Het kabinet acht het gezien zijn demissionaire status niet passend om in het onderliggende voorstel en nota van toelichting een toekomstvisie op te nemen over de beleidskeuzes op dit onderwerp. Dat is aan een nieuw kabinet.

Naar aanleiding van bovenstaande is paragraaf vijf van de nota van toelichting aangevuld.

De (cumulatieve) toename van de administratieve lasten voor de patiënt

In het verlengde van het vorige punt, wijst de Afdeling erop dat administratieve lasten worden verplaatst van het ziekenhuis naar de patiënt. Wanneer het een enkel geval betreft is dit misschien minder bezwaarlijk, maar dit wordt anders bij een cumulatie van kosten voor medisch specialistische zorg die de patiënt steeds zelf zal moeten declareren bij de zorgverzekeraar. Te verwachten valt dat niet alle patiënten zonder meer daartoe in staat moeten worden geacht.

In het geval de verzekerde buiten het ziekenhuis zorg ontvangt, die voor vergoeding in aanmerking komt, zal de verzekerde deze kosten rechtstreeks bij de zorgverzekeraar moeten declareren. Er is dan sprake van enige administratieve lasten. Momenteel worden deze lasten proportioneel geacht. Doorslaggevend daarbij is dat na een behandeling met CAR-T cellen de patiënt zelf kan bepalen waar hij of zij wilt verblijven. De patiënt kan de kosten van het verblijf buiten het ziekenhuis achteraf bij de zorgverzekeraar declareren. Een aantal zorgverzekeraars werken daarbij met een machtiging. De overige zorgverzekeraars stellen daarvoor een formulier beschikbaar.

Bij de declaratie van de elektriciteitskosten wordt aangesloten bij de huidige praktijk, waarbij verzekerden nu al een eenvoudig formulier invullen dat beschikbaar wordt gesteld op de website van de zorgverzekeraar.

Bij het ontwikkelen van structureel beleid zal het punt van (cumulatieve) administratieve lasten worden meegenomen. Inzet hierbij is om de administratieve lasten zo laag mogelijk te houden. Er kunnen patiënten zijn voor wie deze administratieve lasten extra bezwaarlijk zijn. Met deze groep mensen zal rekening worden gehouden.

Naar aanleiding van bovenstaande is paragraaf vier, tweede alinea, van de nota van toelichting aangevuld.

Bekostiging door middel van diagnose behandelcombinaties (dbc's)

Tot slot stelt de Afdeling dat het voorstel om de betreffende kosten buiten de dbc's van het ziekenhuis te laten, logischerwijs tot een verlaging van de voor de desbetreffende dbc's afgesproken prestaties en tarieven zou moeten leiden.

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 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. Hier hoeft dan dus ook niets in gewijzigd te worden naar aanleiding van deze AMvB wijziging.

In paragraaf twee van de nota van toelichting zijn naar aanleiding van bovenstaande, de derde en vierde alinea ingevoegd.

Ik moge U hierbij het ontwerpbesluit en de gewijzigde nota van toelichting doen toekomen en U verzoeken overeenkomstig dit ontwerp te besluiten.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Voetnoten

- (1) Voorgesteld artikel I, onderdeel A.
- (2) Nota van toelichting, paragraaf 1.
- (3) Voorgesteld artikel I, onderdeel B.
- (4) Nota van toelichting, paragraaf 4.
- (5) Nota van toelichting, paragraaf 2 en 5.
- (6) Zie Kamerstukken II 2020/21, 29689, nr.1095.
- (7) Kamerstukken II 2020/21, 29 689, nr. 1115.

Gehele tekst ontwerpregeling met toelichting.