

Vergaderjaar 2013–2014

33 362

Wijziging van de Wet marktordening gezondheidszorg en enkele andere wetten, teneinde te voorkomen dat zorgverzekeraars zelf zorg verlenen of zorg laten aanbieden door zorgaanbieders waarin zij zelf zeggenschap hebben

Nr. 12

TWEEDE NOTA VAN WIJZIGING

Ontvangen 8 mei 2014

Het voorstel van wet wordt als volgt gewijzigd:

Enig onderdeel

In artikel II wordt na onderdeel B een onderdeel ingevoegd, luidende:

C

Na artikel 13 wordt een artikel ingevoegd, luidende:

Artikel 13a

1. De zorgverzekeraar neemt in zijn modelovereenkomst op dat de verzekerde voor zover die behoefte heeft aan verpleging en verzorging die niet gepaard gaat met verblijf als bedoeld in artikel 10, onderdeel g, desgevraagd in aanmerking komt voor een vergoeding in de vorm van een Zvw-pgb.

2. De zorgverzekeraar neemt in zijn modelovereenkomst de voorwaarden op waaronder de verzekerde in aanmerking komt voor een Zvw-pgb.

3. Bij of krachtens algemene maatregel van bestuur kan worden bepaald:

a. onder welke voorwaarden de verzekerde in aanmerking komt voor een Zvw-pgb;

b. de mate van vergoeding die de zorgverzekeraar de verzekerde ten minste moet of ten hoogste mag bieden.

Toelichting

Met het aanvaarden van de motie Bergkamp c.s.¹ heeft de Tweede Kamer der Staten-Generaal de regering verzocht in overleg te treden met Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en Per Saldo over de manier waarop de

¹ Kamerstukken II 2013/2014, 25 657, nr. 99

bouwstenen van het persoonsgebonden budget (pgb) in de Zorgverzekeringswet (Zvw) verankerd worden.

Dat overleg heeft geleid tot afspraken over de inzet van een pgb in de Zvw. Deze afspraken zijn neergelegd in de «Uitgangspunten en inhoud van Zvw-pgb», een onderhandelingsresultaat overeengekomen tussen Per Saldo, ZN en de Minister en Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). Met de brief van 25 maart 2014² is de Kamer over de afspraken geïnformeerd en zijn de onderhandelingsresultaten toegezonden.

De afspraken komen er in de kern op neer dat zorgverzekeraars in hun zorgpolissen de mogelijkheid opnemen dat cliënten die daarvoor kiezen een Zvw-pgb krijgen. Het gaat daarbij om cliënten die behoren tot een afgebakende doelgroep en die voldoen aan de in de afspraken geformuleerde criteria.

Met ZN en Per Saldo is afgesproken om het Zvw-pgb een wettelijke basis te geven.

Met de voorliggende nota van wijziging wordt het Zvw-pgb daarom in de Zorgverzekeringswet verankerd.

De Zorgverzekeringswet kent een natura- en een restitutiepolis. Een verzekerde met een restitutiepolis heeft, op basis van de tussen hem en zijn zorgverzekeraar geldende polisvoorwaarden, de mogelijkheid om zelf te kiezen bij welke zorgaanbieder hij zijn zorg inkoop. Een verzekerde met een naturapolis kan in principe kiezen voor het door zijn zorgverzekeraar gecontracteerde aanbod.

Met de verankering van het Zvw-pgb in de wet krijgen zorgverzekeraars de opdracht om een al bestaande mogelijkheid van restitutie in iedere zorgpolis aan te bieden (het voorgestelde artikel 13a, eerste lid). Keuzevrijheid voor de verzekerde met een aanspraak op verpleging en verzorging wordt daarmee zowel voor verzekerden met een naturapolis, als die met een restitutiepolis wettelijk vastgelegd.

De wijze waarop het Zvw-pgb in de Zorgverzekeringswet wordt vastgelegd, sluit aan bij de systematiek van de Zorgverzekeringswet. Leidend blijven de polisvoorwaarden die zorgverzekeraar en verzekerde met elkaar afspreken. Zorgverzekeraars krijgen de opdracht om in de modelovereenkomst op te nemen onder welke voorwaarden de verzekerde in aanmerking komt voor een Zvw-pgb (het voorgestelde artikel 13a, tweede lid). Daarbij gaat het om de voorwaarden die in de bestuurlijke afspraken tussen ZN, Per Saldo en de Minister en Staatssecretaris van VWS zijn afgesproken. Verderop wordt nader ingegaan op de inhoud van die afspraken. Zorgverzekeraars kunnen, conform de gemaakte afspraken, aanvullende voorwaarden in hun polissen opnemen.

Naast de opdracht aan zorgverzekeraars om het Zvw-pgb in iedere zorgpolis op te nemen, bevat het artikel de mogelijkheid om bij of krachtens algemene maatregel van bestuur (amvb) nadere regels te stellen over de hoogte van de vergoeding van de met een Zvw-pgb vergoede zorg, specifiek in het geval van zorg door niet-professionals. Bovendien kunnen bij of krachtens amvb de voorwaarden worden vastgelegd waaronder de verzekerde in aanmerking komt voor een Zvw-pgb. Met deze constructie is aangesloten bij de systematiek van de Zvw waarin zorgverzekeraars de vrijheid hebben de voorwaarden zelf in te vullen. Zoals overeengekomen doen zij dat in lijn met de gemaakte bestuurlijke afspraken. Mocht in de praktijk blijken dat de gemaakte afspraken niet voldoende tot uitwerking komen, dan heeft de regering de mogelijkheid de voorwaarden nader in te vullen. Dat kan bijvoorbeeld aan

² Kamerstukken II 2013/2014, 25 657, nr. 104

de orde zijn als zorgverzekeraars zich niet aan de gemaakte afspraken blijken te houden. Of als in de praktijk blijkt dat zorgverzekeraars zonder nadere regelgeving onvoldoende kunnen sturen op kwaliteit van de geboden zorg of beheersbaarheid van het instrument. Met partijen is afgesproken dat het instrument vanaf de start goed gemonitord zal worden. Op basis daarvan kan worden bezien of nadere regelgeving noodzakelijk is.

In eerste instantie is het de bedoeling om alleen een maximale vergoeding voor niet-professionele zorgverleners in lagere regelgeving op te nemen.

De bevoegdheid om bij of krachtens amvb voorwaarden te kunnen regelen dan wel de mate van de vergoeding vast te stellen, wordt geregeld in het voorgestelde artikel 13a, derde lid.

Afspraken over invulling Zvw-pgb

Met de afspraken die door ZN, Per Saldo en de Minister en Staatssecretaris van VWS zijn gemaakt is verdere invulling gegeven aan de wijze waarop zorgverzekeraars vorm gaan geven aan het Zvw-pgb en wat daarbij van verzekerden wordt verwacht. Zoals hiervoor al is opgemerkt, zijn de afspraken met de brief van 25 maart 2014 aan de Tweede Kamer gestuurd. Het betreft afspraken over de doelgroep van het Zvw-pgb, de toegang tot het Zvw-pgb, het proces van aanvraag en verlening, het bepalen van de omvang, de verwerking van declaraties, het toezicht door de zorgverzekeraar, het overgangsrecht, weigerings- herzienings- en intrekingsgronden en enige slotbepalingen.

Doelgroep

De doelgroep van het Zvw-pgb betreft verzekerden met een aanspraak op verpleging en verzorging die intensieve kindzorg ontvangen of die langdurig op verpleging en verzorging zijn aangewezen.

Bij die laatste groep is in de afspraken tussen partijen bovendien aangegeven dat het niet gaat om functiebeperkingen die worden veroorzaakt door normale verouderingsprocessen. Dat wil niet zeggen dat ouderen per definitie niet in aanmerking komen voor een Zvw-pgb. Als deze mensen voldoen aan de inhoudelijke criteria, komen ze in aanmerking voor een Zvw-pgb.

Verder is voor de doelgroep expliciet afgesproken dat de verzekerde zelf, of zijn wettelijk vertegenwoordiger, in staat moet zijn de verantwoordelijkheden die bij het Zvw-pgb horen uit te voeren én in staat moet zijn te zorgen voor verantwoorde zorg. Daarvoor is gekozen in lijn met alle andere domeinen. De reden daarvoor is dat het instrument bedoeld is voor eigen regie, terwijl het in de praktijk ook vaak terecht kwam bij personen die gezien hun problematiek die eigen regie helemaal niet konden voeren en daarbij kwetsbaar waren voor misbruik van het instrument door derden. In de tussen partijen gemaakte afspraken is om die reden uitgegaan van een wettelijk vertegenwoordiger, bijvoorbeeld een ouder of een curator. Daarmee is beoogd om bijvoorbeeld bemiddelingsbureaus die budgethouders louter op grond van een schriftelijke machtiging vertegenwoordigen niet als vertegenwoordiger toe te staan. Deze en andere constructies waarmee op dit moment fraude kan worden gepleegd, worden zo tegengegaan.

Toegang

Bij de afspraken over de toegang is een aantal aspecten van belang. Om te beginnen moet de verzekerde zelf kiezen voor het Zvw-pgb. Heeft de verzekerde een naturapolis en wil hij zorg in natura ontvangen, dan dient de zorgverzekeraar daarvoor zorg te dragen.

Daarnaast moet de verzekerde een budgetplan indienen waarin hij zijn verzoek toelicht. Bovendien moet de zorgvraag van de verzekerde aan één of meer tussen partijen afgesproken criteria voldoen. Die criteria zijn:

- 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 en/of op afroep;
- 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 het gebruik van specifieke (eigen) hulpmiddelen.

Proces aanvraag en verlening

Bij de afspraken over aanvraag en verlening van het Zvw-pgb gaat het om de indiening van het budgetplan door de verzekerde, de informatie waarop de zorgverzekeraars zijn beslissing over toekenning baseert, de wijze waarop de verzekerde daarover desgewenst een klacht kan indienen en de wijze waarop zorgverzekeraars de rechten en plichten via een reglement opnemen in de polisvoorwaarden.

Bepalen van de omvang

Voor het bepalen van de omvang van het Zvw-pgb neemt de zorgverzekeraar de mogelijkheden in zijn polisvoorwaarden op. In de bestuurlijke afspraken is daarover opgenomen dat de modaliteit van toekenning van het Zvw-pgb per zorgverzekeraar kan verschillen (bijvoorbeeld een maximum toereikend budget voor een bepaalde tijdsperiode of een aantal uren tegen een toereikend tarief).

Het voornemen is om bij of krachtens amvb een maximale vergoeding voor niet-professionals op te nemen, zoals dat in de andere domeinen ook is gedaan.

Verwerking van declaraties

Zorgverzekeraars zullen declaraties van het Zvw-pgb achteraf vergoeden. Vergelijkbaar met de andere domeinen komt daarmee niet van te voren een groot bedrag op de rekening van de verzekerde. De uitvoering zoals is afgesproken, lijkt daarmee op het trekkingsrecht bij de SVB.

Overgangsrecht

Voor de overgangperiode is afgesproken dat verzekerden die op 31 december 2014 een geldig indicatiebesluit voor de AWBZ-aanspraak verpleging en verzorging hebben, én daarmee zorg inkopen met een pgb, per 1 januari 2015 een recht op het Zvw-pgb krijgen, zolang de indicatie duurt, maar uiterlijk tot 1 januari 2016.

Verzekerden hebben daarmee de mogelijkheid zich voor te bereiden op een nieuwe situatie, mochten zij uiterlijk eind 2015 niet meer in aanmerking komen voor het Zvw-pgb.

Weigerings-, herzienings- en intrekingsgronden

Bij de weigerings-, herzienings- en intrekingsgronden zijn, naast de algemene gronden die de verzekeraar in zijn zorgpolis kan opnemen en de van toepassing zijnde algemene regels en handelingsmogelijkheden van verzekeraars ten aanzien van de formele en materiële controle van declaraties, een aantal specifieke punten opgenomen. Vergelijkbaar met

de andere domeinen zijn onder meer afspraken gemaakt over het weigeren van een Zvw-pgb, als onvoldoende aannemelijk is dat zal worden voorzien in zorg van goede kwaliteit of als de verzekerde zich eerder niet aan de aan het (Zvw-)pgb verbonden verplichtingen heeft gehouden.

Slotbepalingen

Afgesproken is het Zvw-pgb vanaf de start nauwlettend te monitoren. Daarbij wordt bekeken of de afspraken, zoals die tussen partijen gelden, in de praktijk werken zoals ze bedoeld zijn. Een aantal aandachtspunten is daarbij expliciet benoemd. Daarbij gaat het om financiële houdbaarheid, de afbakening van de doelgroep, noodzaak tot aanscherping en/of toevoeging van de criteria op basis waarvan verzekerden in aanmerking komen voor een Zvw-pgb, kwaliteit van de ingezette zorg en de verwerking van declaraties.

Fraudetoets

De ontwerpnota van wijziging is getoetst op fraudegevoeligheid aan de hand van de vragenlijst zoals die ten behoeve van de fraudetoets is opgesteld³. Gekozen is voor de mogelijkheid om de fraudetoets door middel van een expertmeeting met betrokken externe partijen uit te voeren.

Partijen constateren dat met de voorgestelde artikelen binnen de systematiek van de Zvw extra waarborgen voor de fraudebestendigheid zijn ingebouwd, omdat zorgverzekeraars bij de Zvw een centrale rol hebben. Daarnaast is over verschillende specifieke onderwerpen gesproken.

Er is gesproken over de in de toelichting vermelde afspraak dat het Zvw-pgb niet bedoeld is voor behoefte aan verpleging en verzorging die wordt veroorzaakt door normale verouderingsprocessen. Met het oog op een goede uitvoering van het Zvw-pgb is een nadere verheldering wenselijk. Mede in verband daarmee is met ZN en Per Saldo afgesproken dat zij nader overleggen over deze afbakening.

Daarnaast is gesproken over de mogelijkheid om toezicht te houden op de zorgverleners die, gefinancierd met een Zvw-pgb, zorg verlenen. Voor zover zij vallen onder de Wet marktordening gezondheidszorg is de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) bevoegd toezicht te houden. Dat geldt niet voor niet-professionele zorgaanbieders. In de afspraken tussen ZN, Per Saldo en de Minister en Staatssecretaris van VWS is opgenomen dat de Minister van VWS de NZa zal verzoeken duidelijkheid te verschaffen over het toezichts- en reguleringskader. Daarbij zal ook de vraag aan de orde komen op welke manier toezicht op deze niet-professionals kan worden vormgegeven.

Bovendien is gesproken over wie een verzekerde mag vertegenwoordigen om in aanmerking te komen voor een Zvw-pgb. Met de bestuurlijke afspraken is beoogd om alleen wettelijk vertegenwoordigers als vertegenwoordiger te accepteren. In de onderhavige toelichting is dat geëxpliciteerd.

Opgemerkt is dat de uitvoering van strafrechtelijke vervolging in geval van geconstateerde fraude ingewikkelder zal zijn, omdat zorgverzekeraars zelf de mogelijkheid hebben om de voorwaarden in te vullen. Strafrechtelijke vervolging is echter slechts één van de instrumenten die bij fraude kunnen worden ingezet. Daarnaast zijn er andere mogelijkheden, zoals het

³ Kamerstukken II 2013/14, 28 828, nr. 57

terugvorderen van de door de verzekeraar vergoede declaraties of het toezicht van de NZa op de zorgverleners.

Partijen vinden het belangrijkste risico voor het Zvw-pgb dat de zorg die is geïndiceerd en vergoed, niet wordt geleverd. Dit heeft betrekking op de voorkant (het stellen van de voorwaarden door verzekeraars) en op de achterkant (verantwoording door de cliënt). De voorgestelde wijziging en de bestuurlijke afspraken tussen partijen bieden de mogelijkheid voor zorgverzekeraars om deze twee punten, conform de gemaakte afspraken, nader in te vullen.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E.I. Schippers