

Onderdeel van: Plan van aanpak PBM voor zorgverleners thuis – die niet in dienst of in opdracht werken van een zorginstelling/aanbieder.

Oplossingen voor de langere termijn

Conclusie

We hebben de mogelijkheden van bekostiging vanuit de zorgverzekering onderzocht. De optie van een nieuw te creëren aanspraak staat op gespannen voet met de Zorgverzekeringswet (Zvw), is uitvoeringstechnisch lastig en ook onwenselijk in verband met de precedentwerking. De opties om iets via de prestatie meerkosten Corona lijkt slechts enige ruimte te bieden voor een zeer beperkt deel van de groep (namelijk de formele zorgverleners die prestaties in rekening brengen onder de Zvw¹). De mogelijkheid om het voor de verschillende groepen zorgverleners separaat te regelen, lijkt tot op zekere hoogte haalbaar, maar is uitvoeringstechnisch lastig.

Bovendien moet de vraag beantwoord worden hoe het beste het doel bereikt kan worden.

Uiteindelijk betreft het hier een publiek belang en is de maatregel vooral ter voorkoming van verdere verspreiding van het virus via de zorgverleners en niet ter bescherming van de patiënt.

Het lijkt ons daarom zinvol om een route van financiering via de Wpg te verkennen. Of anders het toch houden op een centrale financiering vanuit de VWS-begroting. Je houdt dan regie op het beschikbaar stellen van schaarse middelen. De wijze van beschikbaarstelling hoeft dan bovendien niet tussentijds volledig anders ingericht te worden. En je kan veel sneller kleine aanpassingen doorvoeren wanneer dat nodig is.

Het is goed om ons te realiseren dat linksom of rechtsom de rekening door de Nederlandse burger wordt betaald. Ook via de zorgverzekeraars betalen we immers uiteindelijk allemaal mee. Het is daarom raadzaam om te kijken naar de route die de minste extra administratieve lasten, de minste extra kosten en het meest doeltreffend is (dus het liefst in 1 keer alle zorgverleners waarvan we willen dat ze PBM tot hun beschikking hebben regelen).

Langere termijn: nieuwe bekostiging vanuit de Zvw

Huidige situatie:

Op dit moment is er geen (aparte) aanspraak onder de Zvw voor PBM voor patiënten of de beschreven groepen zorgverleners (mantelzorgers, waaronder vrijwilligers voor palliatieve zorg thuis, en pgb-bekostigde zorgverleners). De kosten van PBM maken normaal gesproken onderdeel uit van de integrale tarieven en DBC's² met inachtneming waarvan zorgaanbieders betaald worden voor het verlenen van zorg waarop de verzekerde patiënt krachtens de zorgverzekering aanspraak heeft.

Optie 1 → Een (aparte) aanspraak creëren voor PBM voor zorgverleners:

Voor deze optie dient in het bijzonder gekeken te worden naar de volgende aspecten:

1. In de eerste plaats gaat het erom of een aanspraak past binnen de kaders van de Zvw.
2. In de tweede plaats kent de Zvw een zorgplicht voor zorgverzekeraars.
3. Ten slotte zijn er ook nog enkele andere haken en ogen.

1. Past een aanspraak?

Er zijn summier aanknopingspunten te vinden in de regelgeving om een aanspraak voor PBM voor zorgverleners te creëren. Dit zou binnen de huidige kaders van de Zvw en het Besluit zorgverzekering (Bzv) alleen onder hulpmiddelenzorg geschaard kunnen worden. Er kan een vergelijking gemaakt worden met hulpmiddelen die samenhangen met verzorging en verpleging op bed, die ook kunnen worden aangewend als het gebruik daarvan strekt tot behoud van de

¹ Dat zijn ZZP-ers die in opdracht van budgethouder werken

² DBC = diagnose behandelcombinatie. In het kort is de dbc-systematiek een systeem waarmee zorginstellingen de geleverde zorg kunnen registreren, zodat deze uiteindelijk gedeclareerd kan worden bij de zorgverzekeraar.

zelfredzaamheid (artikel 2.17 lid 2 Rzv). Voor PBM is wel een wijziging van de Regeling zorgverzekering (Rzv) nodig.

Een aanspraak zou er als volgt uit kunnen zien: hulpmiddelen te gebruiken bij de zorg voor verzekerden met COVID-19 worden expliciet aangewezen in de Rzv. Deze aanspraak wordt nader omschreven en beperkt tot persoonlijke beschermingsmiddelen, bestaande uit onder meer bril, mondkap, schort en handschoenen, bij het ontvangen van zorg waarop de prestaties en tarieven van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) niet van toepassing zijn.

Een dergelijke aanspraak staat echter op gespannen voet met de Zvw. Weliswaar is er een medische indicatie, te weten de aan de hand van een test vastgestelde besmetting met het coronavirus SARS-CoV-2 als gevolg waarvan de verzekerde lijdt aan COVID-19, maar de Zvw vereist dat de verzekerde behoefte heeft aan deze hulpmiddelenzorg (artikel 10 Zvw). Dat is in wezen niet het geval. De PBM zijn immers bedoeld voor de zorgverleners, ter voorkoming van hun besmetting met het coronavirus SARS-CoV-2 en ter beperking van de risico's op verdere verspreiding van het virus, en daarmee een publieke gezondheidskwestie.

Bij het beoordelen van de behoefte aan zorg wordt weliswaar acht geslagen op zorginhoudelijke criteria, waardoor behalve de medische indicatie ook de situatie waarin de verzekerde verkeert meegewogen kan worden en op die manier de beschikbaarheid van mantelzorg relevant is (artikel 14 Zvw). Maar het is de verzekerde zelf die moet zijn aangewezen op de hulpmiddelen, niet zijn zorgverleners.

Met andere woorden: de verzekerde heeft behoefte aan zorg in verband met COVID-19 en de zorgverlener en publieke gezondheid verlangen de PBM.

Tevens is voor deze notitie gevraagd te kijken naar bij voorkeur één oplossing voor verschillende type zorgverleners. Dit zijn zorgverleners die elk een andere relatie met de ontvanger van de zorg hebben, maar die in beginsel Zvw-zorg "leveren" (waaronder mogelijk zelfs voorbehouden handelingen).

Zoals gesteld zijn PBM normaliter onderdeel van integrale tarieven of DBC's. De rationale hiervoor is dat PBM onderdeel zijn van verantwoorde zorgverlening. Om kwalitatief goede zorg te verlenen, dient de zorgverlener zich uit te rusten met de daarvoor noodzakelijke (hulp)middelen. In het geval van PBM voor de verschillende doelgroepen zorgverleners geldt dat ook de verantwoordelijkheid divers ligt. De zzp'er die in opdracht van de budgethouder zorg verleent, heeft zelf te voorzien in PBM. De budgethouder is - zowel uit hoofde van zijn verantwoordelijkheid voor kwaliteit, als arbeidsomstandigheden - verantwoordelijk dat de hulpverlener in dienst beschikt over PBM. Bij mantelzorg of vrijwilligerswerk hebben mantelzorgers, vrijwilligers en zorgontvanger ieder hun eigen verantwoordelijkheden.

De budgethouder kan ondersteuning in zijn werkgeverstaken krijgen van de SVB; te overwegen valt de reikwijdte van de ondersteuning uit te breiden met PBM. Verder is in de Wmo geregeld dat de gemeente mantelzorg en vrijwilligerswerk bevorderen.

Het feit dat er dergelijke verschillende (arbeids)relaties bestaan tussen zorgontvanger en zorgverlener betekent dat één oplossing voor de verschillende categorieën (mantelzorgers, waaronder vrijwilligers voor palliatieve zorg thuis, en pgb-bekostigde zorgverleners) niet passend lijkt.

Gelet op bovenstaande geldt dat de (precedent)werking van een aanspraak creëren nog niet te overzien zijn. Enkele zaken die in ieder geval gelden zijn:

- Doordat een aanspraak in de Zvw altijd betrekking heeft op de zorgbehoefte van de verzekerde, zou de aanspraak op PBM ook gaan gelden voor diegenen die thans nog geen mantelzorg ontvangen, maar een mantelzorgvraag ontwikkelen door COVID. Dat betekent dat de aanspraak een ruime werking krijgt, namelijk voor iedereen die positief getest is op SARS-CoV-2, ongeacht of zij op dit moment een mantelzorger hebben.

- verzekerden kunnen andere indicaties hebben waarvoor hun zorgverleners (hulp)middelen nodig hebben, waarvoor de vraag naar separate vergoeding uit hoofde van zorgverzekering rijst.

2. *Zorgplicht zorgverzekeraars*

Als we een aanspraak creëren, ontstaat daarmee meteen een zorgplicht voor verzekeraars. Dit heeft een aantal gevolgen:

- Bij natura polissen betekent dit dat zorgverzekeraars verplicht worden er voor te zorgen dat hun verzekerden voor hun zorgverleners in de bovenbeschreven gevallen kunnen beschikken over PBM. Dat zal niet altijd lukken omdat de PBM schaars zijn. Daarmee zadel je de verzekeraar op met een zorgplicht waarvan we nu al weten dat hij die waarschijnlijk niet altijd kan vervullen. Dat is bestuurlijk niet verantwoord en in strijd met de algemene beginselen van behoorlijke wetgeving.
Bij het verzaken van de zorgplicht door zorgverzekeraars, kunnen verzekerden met een naturapolis bovendien zelf (te) dure PBM (uit het buitenland) aanschaffen en de kosten bij de zorgverzekeraar claimen.
- Een en ander geldt evenzeer bij de restitutiepolissen aangezien verzekerden ook dan een aanspraak krijgen die zij niet tot gelding kunnen brengen en tevens het gevaar oplevert dat zij PBM (uit het buitenland) aanschaffen tegen hoge kosten die mogelijk slechts deels vergoed worden.
- Als de aanspraak er is, moeten verzekeraars uit hoofde van hun zorgplicht voor naturaverzekerden vervolgens een heel uitvoeringsproces gaan inregelen (inkoopafspraken, declaratiemogelijkheden etc). Dit is tijdrovend, levert extra administratieve lasten op en kost geld.
- Ten slotte geldt dat als de zorgverzekeraar niet kan voldoen aan zijn zorgplicht hij aansprakelijk gehouden kan worden over de eventuele gevolgen ervan. Dit zou tot (mogelijk vervelende) juridische procedures kunnen leiden. Des te meer omdat het hier niet zou gaan om de behoefte van de verzekerde, maar om de behoefte van een derde. Wordt de verzekeraar van de zorgontvanger daarmee verantwoordelijk voor eventuele gezondheidsgevolgen voor de zorgverlener?

3. *Andere haken en ogen voor het creëren van een aanspraak:*

- De PBM zijn schaars. In tijden van schaarste past het bij de taak van de overheid om die schaarste te verdelen over diegenen die hem nodig hebben. Dan wil je daar ook de regie op kunnen voeren. Dat wordt een stuk lastiger en je creëert daarmee concurrentie op een markt die de doelmatigheid van een centrale aanpak ondermijnt.
- Op het moment dat je weer iets in het beleid rondom PBM wil aanpassen, omdat PBM breder ingezet moet worden, of juist als er weer grote tekorten ontstaan, moet je ook de aanspraak weer aanpassen. Daarbij moet je weer doen, dat kost veel tijd en geld.
- De hulpmiddelen zijn niet bedoeld voor de patiënt, die is immers al ziek. Het gaat om bescherming van de zorgverlener, en daarmee voorkoming van verspreiding van het virus. De Zvw is daar niet het wettelijk kader voor. Infectieziektebestrijding valt onder de Wet publieke gezondheid (Wpg). Wanneer het gaat om het behoud van inzet van mantelzorgers en vrijwilligers, biedt de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo 2015) het geëigende instrumentarium. Het onderbrengen van PBM in de Zvw doorbreekt de afbakening tussen de toepasselijke wettelijke kaders.

Langere termijn: bekostiging binnen huidige regelgeving (Zvw, Wlz, Wmo en JW)

Zoals gesteld geldt dat binnen bestaande wettelijke kaders mogelijk ook aanknopingspunten gevonden kunnen worden voor de verschillende groepen zorgverleners. Hieronder een korte opsomming:

Vergoeden voor pgb-zorgverleners vanuit PGBZvw-vgb:

- Vanuit een Zvw-vgb kan alleen verpleging en verzorging worden vergoed. Dus PBM kunnen niet apart vanuit het Zvw-vgb worden gedeclareerd. Als PBM normaal gesproken nodig zijn voor de zorgverlening, dan moet dat worden betaald uit de integrale tarieven voor zorgverleners die onder de toepassing van de Wmg vallen.
- Verzekeraars stellen de maximale vergoeding voor andere beroepsbeoefenaren die geen naaste zijn, vast in hun polissen. Deze bedragen verschillen per verzekeraar (verzekeraars zijn hier concurrentieel op). Voor verzorging kan je denken aan ca. €35-€40 per uur. Voor verpleging gaat het om ca. €55-€60 per uur.
- VWS stelt in de Rzv het tarief vast voor informele zorgverleners. Dat staat laatste staat nu op €23,52. Met name voor informele zorgverleners kan je zeggen dat dat bedrag wat krap wordt als je daar de PBM van moet betalen. Dat zouden we kunnen verhogen door aanpassing van de regeling.
- Het grote nadeel hiervan is, dat je hiermee voor ALLE budgethouders en informele zorgverleners de vergoeding verhoogt. Ongeacht of er een link is met corona. Of je doet het wel voor een beperkte groep, maar daar komt een enorme bij onuitvoerbare regeling uit (ga je dan het budget voor 3 weken ophogen?) Daarnaast zal de verhoging nooit zo hoog zijn, dat budgethouder/zorgverlener die daadwerkelijk die PBM moeten aanschaffen voldoende zullen hebben aan die verhoging.

Wlz-vgb:

- Vanuit het Wlz-vgb kan dit deels betaald worden uit het verantwoordingsvrije deel uit het pgb. Over 1,5% van het netto PGB hoeft een budgethouder geen verantwoording af te leggen. Hierbij geldt een minimum van € 250 per jaar en een maximum van € 1.250 per jaar. Dit komt ook uit het budget.
- Ook is het een optie om het tarief op te hogen via EKC. Hierdoor reken je de kosten van de PBM door in het uurtarief. Maar zoals je zelf eerder al aangaf: het is niet de mooiste oplossing. Daarnaast is dit een lastige keuze omdat je er van uit gaat dat de budgethouder het tarief van de zorgverlening kan verhogen, maar dat lijkt vaak niet mogelijk omdat de zorg al tegen het tarief aan zit. Uit welk potje het EKC komt wordt nog uitgewerkt in een werkgroep met FEZ en Wjz, maar het lijkt een soort een apart potje te worden, maar wel uit het fonds langdurige zorg.
- Tot slot is er nog de optie via het formulier bijkomende zorgkosten. Hiervan wordt nog uitgezocht in hoeverre dit nog mogelijk is. Uit eerder contact met ZN bleek dat de SVB dit niet goedkeurt, maar de SVB geeft in een mailwisseling met Gerard Ruis een anders signaal aan. De bijkomende zorgkosten komen uit het budget van de budgethouders en heeft dus direct invloed op het budget.
- Alle bovenstaande opties hebben invloed op het budget van budgethouders. Daar zal niet altijd voldoende ruimte voor zijn.

Wmo/Jeugdwet

- De financiering van mondkapjes kan op de volgende manieren:
- Uit het reguliere pgb. Het pgb wordt opgehoogd met extra middelen vanwege de corona-crisis en de inkoop van beschermingsmiddelen. De zorgverlener kan beschermingsmiddelen kopen en een factuur indienen bij de SVB. Hiermee wordt het onderdeel van het reguliere zorgplan. Het is een overweging om gemeenten te compenseren omdat sprake is van extra, onvoorziene, zorgkosten.
- Er wordt gewerkt met een apart corona-vgb (EKC). Werkt op dezelfde manier als bovenstaande, maar de budgethouder krijgt aparte middelen verstrekt voor de beschermingsmiddelen en heeft in de praktijk de beschikking over twee pgb's (1 regulier pgb, 1 corona-vgb).
- Op grond van de regeling HUS (Hulp uit Sociaal Netwerk) kunnen informele hulpverleners (mantelzorgers) hulpmiddelen inkopen. Proces moet dan nog wel verder wordt uitgedacht

omdat de HUS niet uitgaat van een informeel pgb, maar een zogenaamde onkostenvergoeding.

Mantelzorgers:

- Wmo?
- Voor deze variant gelden merendeels dezelfde bezwaren als in de Zvw aanspraak variant; Gemeenten (400) krijgen zorgplicht en mengen zich op de markt van schaarse middelen; Bovendien wordt er lokaal beleid gevoerd die leiden tot verschil in beschikbaarheid en uitvoering.