

Vergaderjaar 2015–2016

**25 657**

## **Persoonsgebonden Budgetten**

**Nr. 217**

### **BRIEF VAN DE STAATSSECRETARIS VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT**

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 20 oktober 2015

De vaste commissie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft mij, naar aanleiding van een rondetafelgesprek Wijkverpleging op 21 september jl., verzocht een brief te sturen waarin expliciet wordt ingegaan op de verhouding van het persoonsgebonden budget in de Zorgverzekeringswet (Zvw-pgb) tot de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg). Daarnaast wordt gevraagd in te gaan op welke eisen dit met zich meebrengt voor budgethouders en zorgverleners en welke mogelijkheden er zijn om de gesignaleerde knelpunten te ondervangen. Achtergrond van de vraag van de Kamer is het signaal van de vertegenwoordiger van Per Saldo dat het persoonsgebonden budget (pgb) niet goed in de Zorgverzekeringswet (Zvw) is in te passen, omdat het pgb onder de Wmg komt te vallen en dit onder meer tot gevolg heeft dat het macrobeheersinstrument (mbi) op budgethouders van toepassing is en dat het de flexibiliteit uit het pgb haalt.

Met deze brief zal ik ingaan op het verzoek van de commissie.

#### Verhouding Zvw-pgb en Wmg

Ik wil beginnen met een uitleg van de Wmg zoals die op dit moment geldt. Met de introductie van het Zvw-pgb zijn vragen over die uitleg opgekomen die eerder niet aan de orde zijn geweest, omdat met het Zvw-pgb voor het eerst op grote schaal Zvw-zorg geleverd wordt door zorgverleners uit de sociale omgeving van de verzekerde en zorgverleners die via een arbeidsovereenkomst in dienst zijn bij de verzekerde zelf. Dat heeft in de praktijk tot onduidelijkheid geleid bij verzekerden, zorgverleners en zorgverzekeraars over de vraag of iemand een zorgaanbieder in de zin van de Wmg is en daarmee samenhangend aan welke verplichtingen moet worden voldaan. Ik ben daarom in overleg getreden met alle partijen om te bezien op welke manier de gewenste duidelijkheid kan worden gegeven.

In overleg met de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) ben ik tot een handreiking gekomen waarmee verzekeren, zorgverleners en zorgverzekeraars handvatten hebben om aan de voorkant te beoordelen welke zorgverleners al dan niet onder de reikwijdte van de Wmg vallen.

De Wmg is in beginsel van toepassing op zorg of diensten als omschreven bij of krachtens de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Wet langdurige zorg (Wlz). De Wmg regelt de ontwikkeling, ordening en het toezicht op de markten voor gezondheidszorg. Doel van de wet is een doelmatig en doeltreffend zorgstelsel, het beheersen van kosten in de zorg en de bescherming en bevordering van de positie van de consument.

De Wmg is in beginsel van toepassing op zorg of diensten als omschreven bij of krachtens de Zvw en de Wlz, voor zover deze zorg wordt geleverd door zorgaanbieders. Een zorgaanbieder in de zin van de Wmg (artikel 1 aanhef en onder c) is:

1. de natuurlijke persoon of rechtspersoon die beroeps- of bedrijfsmatig zorg verleent;
2. de natuurlijke of rechtspersoon voor zover deze tarieven in rekening brengt namens, ten behoeve van of in verband met het verlenen van zorg door een zorgaanbieder, als bedoeld onder 1.

Voor de goede orde wil ik benadrukken dat budgethouders, voor zover het gaat om handelingen in het kader van dit budgethouderschap, geen zorgaanbieder in de zin van de Wmg zijn. De verplichtingen van de Wmg die voor zorgaanbieders gelden, gelden dus niet voor budgethouders.

Er zijn ten aanzien van het Zvw-pgb drie categorieën zorgverleners te onderscheiden:

- zorgverleners die zorgaanbieder zijn in de zin van de Wmg én tarieven in rekening brengen;
- zorgverleners die zorgaanbieder zijn in de zin van de Wmg, maar geen tarieven in rekening brengen;
- zorgverleners die geen zorgaanbieder zijn in de zin van de Wmg.

*Zorgverleners die zorgaanbieder zijn in de zin van de Wmg én tarieven in rekening brengen*

Hierbij gaat het om zorgverleners die hun zorg beroeps- of bedrijfsmatig leveren en daarmee onder de definitie van artikel 1, onderdeel c, Wmg vallen. Als deze zorgaanbieders tarieven in rekening brengen bij verzekeraar of consument, dan vallen ze onder de reikwijdte van tarief- en prestatieregulering. Daarbij valt in ieder geval te denken aan zzp-ers en reguliere zorginstellingen.

Voor deze groep geldt dat alle eisen van de Wmg en de daaruit voortvloeiende regelgeving op hen van toepassing is. Dat betekent ook dat op hen het mbi van toepassing is.

Dit vloeit mede voort uit het feit dat de Zvw-pgb een restitutievariant binnen de Zvw is. Behalve met een pgb kan aan een verzekerde gecontracteerde verpleging en verzorging ook uit hoofde van een restitutieverzekering vergoed worden. Onderscheid maken tussen Zvw-pgb en een restitutieverzekering is derhalve niet passend.

*Zorgverleners die zorgaanbieder zijn in de zin van de Wmg, maar geen tarieven in rekening brengen*

Een deel van de zorgverleners valt wel onder de definitie zorgaanbieder in artikel 1, onderdeel c, Wmg, maar doordat zij geen tarieven in rekening brengen, vallen zij buiten de bepalingen hierover. Het gaat daarbij om de zorgverleners die de

zorg leveren op grond van een arbeidsovereenkomst met de verzekerde. De zorgverlener brengt geen tarief in rekening, maar ontvangt loon van de verzekerde. Dat is vergelijkbaar met zorgverleners die elders, bijvoorbeeld bij een instelling, in loondienst zijn. Ook zij ontvangen loon en vallen dus niet als individu onder de tarief- en prestatieregulering.

Doordat deze zorgverleners geen tarieven in rekening brengen zijn declaratieregelingen op grond van de tarief- en prestatiebepalingen niet op hen van toepassing. Dat betekent onder meer dat op deze groep het mbi niet van toepassing is.

Voor deze groep is nog wel relevant dat de Wmg in algemene zin eisen stelt aan zorgaanbieders. Niet alle eisen zijn echter toepasbaar op deze groep zorgverleners. In overleg met de betrokken partijen zal ik bekijken welke eisen voor hen relevant zijn en op welke wijze zij daarover het beste kunnen worden geïnformeerd.

#### *Zorgverleners die geen zorgaanbieder zijn in de zin van de Wmg*

Zorgverleners die zorg verlenen rechtstreeks voortvloeiend uit een bestaande sociale relatie, vallen niet onder de definitie zorgaanbieder in artikel 1, onderdeel c, Wmg.<sup>1</sup> Dat betekent dat deze zorgverleners niet onder de werking van de Wmg vallen en niet gehouden zijn aan de bepalingen die de Wmg ten aanzien van het verlenen van zorg stelt. Dat heeft onder meer tot gevolg dat de bepalingen over tarieven en prestaties niet op hen van toepassing zijn. Daarmee is ook het mbi niet op hen van toepassing. Ook eisen die de Wmg in algemene zin stelt aan zorgaanbieders zijn niet op deze groep van toepassing.

#### *Technische knelpunten*

##### *Agb-code:*

In verband met mogelijke toepassing van het mbi, schrijven de beleidsregels van de NZa voor dat voor deze zorgverleners een zogenaamde agb-code moet zijn opgenomen op de declaratie. Partijen hebben hierover eerder aangegeven dat dit in de praktijk nog lang niet in alle gevallen gebeurt. Nu de afbakening van zorgverleners voor wie deze eis geldt duidelijker en beperkter is geworden, is het eerder geconstateerde probleem naar mijn verwachting ook beperkt. De eis van de agb-code geldt immers alleen nog voor «echte» ondernemers. Van hen mag verwacht worden dat zij in staat zijn een dergelijke code aan te vragen en op de declaratie op te nemen. Ik zal nog wel met partijen bekijken of al deze zorgverleners in de praktijk ook een agb-code kunnen krijgen. Mocht dat niet het geval zijn, dan zullen de condities voor het verkrijgen van een agb-code moeten worden aangepast. Indien dat noodzakelijk blijkt, zal ik daarover in overleg treden met Vektis, de partij die de agb-codes beheert. Daarnaast moet worden bekeken of alle zorgverleners tijdig in staat zijn de agb-code te krijgen. Ik zal in overleg met partijen bezien of het reëel is dat dat voor 1 januari 2016 gebeurt en zo nodig bekijken of en op welke wijze daarvoor extra tijd kan worden gegeven.

##### *Maandloners:*

Specifiek bij de groep hulpverleners die zorg verlenen op grond van een arbeidsovereenkomst met de verzekerde is de vraag aan de orde geweest of het bij pgb's gebruikelijke maandloon op grond van de Wmg was

<sup>1</sup> De definitie van mantelzorg in artikel 1.1.1 Wlz wordt daarbij als uitgangspunt genomen, omdat die wet, anders dan de Wmg en de Zvw, een definitie geeft van het begrip mantelzorg. Omdat de NZa toezicht houdt op deze drie wetten, ligt het met het oog op consistentie voor de hand dat de definitie van mantelzorg uit de Wlz wordt gehanteerd.

toegestaan. Daarbij wordt het loon niet betaald op basis van daadwerkelijk gewerkte uren, maar wordt op basis van de indicatiestelling en het daaraan verbonden budget een gemiddeld maandloon afgesproken, waarbij in de praktijk de ene maand meer en de andere maand minder zorg geleverd kan worden. Nu duidelijk is geworden dat er door deze hulpverleners geen tarieven in rekening worden gebracht, is de vraag of de Wmg deze constructie toestaat niet meer relevant.

### Flexibiliteit

Het signaal van Per Saldo dat het feit dat de Wmg van toepassing is op het Zvw-pgb tot gevolg heeft dat minder flexibiliteit mogelijk is, heeft wellicht te maken met de declaratie-eisen die op grond van de Wmg worden gesteld. Die declaratie-eisen hangen samen met tarief- en prestatiebepalingen die in de Wmg zijn opgenomen. Zoals hierboven omschreven zijn die eisen niet op alle zorgverleners van toepassing. Waar deze wel van toepassing zijn, geldt dat dit vergelijkbaar is met alle andere zorgverleners die dit beroeps- of bedrijfsmatig doen. Hoewel ik mij kan voorstellen dat sommige zorgverleners het ingewikkeld vinden om te voldoen aan de wet- en regelgeving, vind ik het toch van belang dat dit op deze wijze gebeurt.

In het kader van flexibiliteit is mogelijk ook relevant dat voorheen onder de Awbz (en nu de Wlz) budgethouders de zorg binnen hun budget flexibel mochten inzetten, waarbij zij zich niet aan de indicatiestelling hoefden te houden. Een verzekerde mocht bijvoorbeeld ook meer zorg inkopen, als hij dat tegen een lagere uurvergoeding voor de zorgverlener kon doen. Onder de Zvw is dat niet zonder meer mogelijk. Zorgverzekeraars hebben onder meer de opdracht om te sturen op doelmatigheid. Bovendien mag in het kader van rechtmatigheid alleen geïndiceerde zorg worden gedeclareerd. Dat betekent dat er grenzen zijn aan welke flexibiliteit kan worden geboden. Wat wel kan is dat bij de indicatiestelling al bekeken wordt of flexibele inzet van zorg noodzakelijk is. Is de zorgvraag van de verzekerde flexibel, bijvoorbeeld omdat de ene week meer zorg nodig is dan de andere, dan kan dat bij de indicatiestelling en het budgetplan worden meegenomen. De zorgverzekeraar kan dan op basis daarvan het budget vaststellen. Ik wil in overleg met ZN en Per Saldo bekijken of deze flexibiliteit in de praktijk voldoende mogelijkheden geeft en of, rekening houdend met de geldende kaders, het gewenst en mogelijk is om ook op andere manieren meer flexibiliteit mogelijk te maken.

### Eisen aan budgethouders

Hierboven ben ik al ingegaan op de eisen die de Wmg stelt aan zorgverleners. De Wmg stelt geen eisen aan verzekerden of aan budgethouders. Voor budgethouders is echter wel van belang dat zij op de hoogte zijn van de eisen die gelden voor de zorgverleners die zij willen inzetten, zodat zij daar rekening mee kunnen houden bij de overeenkomsten die zij afsluiten met hun zorgverleners.

De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
M.J. van Rijn