

Vergaderjaar 2021–2022

29 689

Herziening Zorgstelsel

Nr. 1138

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 20 december 2021

Tijdens het commissiedebat Pakketbeheer van 30 juni jl. (Kamerstuk 29 689, nr. 1125) heeft uw Kamer bij motie van het lid Aukje de Vries gevraagd om, aan de hand van de casuïstiek, in kaart te brengen welke dilemma's er komen kijken bij de kosten van zorg in de thuissituatie in plaats van in een ziekenhuis. Daarbij is verzocht om met een eerste schets te komen voor een toekomstige lijn of een afwegingskader om met dergelijke situaties om te gaan.¹ De motie is ingediend naar aanleiding van het besluit om elektriciteitskosten bij mechanische ademhalingsondersteuning in de thuissituatie per 1 januari 2022 te gaan vergoeden. Medisch-specialistische zorg vindt nog primair plaats in het ziekenhuisgebouw maar – waar wenselijk en mogelijk – vinden onderdelen van medisch-specialistische zorg digitaal, thuis of dichtbij plaats.² De nieuwe aanspraak voor mechanische ademhalingsondersteuning regelt dat patiënten een vergoeding ontvangen voor de elektriciteitskosten die bij dezelfde behandeling in het ziekenhuis ook worden vergoed vanuit het basispakket. Door de nieuwe aanspraak wordt voorkomen dat patiënten die deze zorg thuis ontvangen opdraaien voor de verhoudingsgewijs hoge elektriciteitskosten.

Bij de beantwoording van de motie maak ik inzichtelijk in welke gevallen patiënten kosten hebben die voortkomen uit behandeling in de thuissituatie in plaats van in het ziekenhuis. Daarbij wordt gekeken welke kosten vergoed worden en welke kosten niet. Daarnaast ga ik in op de overwegingen die gehanteerd worden voor situaties waarin patiënten – voor zorg in zijn algemeenheid – zelf de kosten moet dragen. Tot slot kom ik met bestaande en mogelijke toekomstige dilemma's rond behandeling in de thuissituatie en daarbij aansluitende overwegingen om in de toekomst met aanvullende vergoedingen te komen.

¹ Kamerstuk 29 689, nr. 1115

² Kamerstuk 27 529, nr. 270 en Kamerstuk 29 689, nr. 1132

Voorbeelden van reeds verplaatste zorg

Er zijn steeds meer medisch-specialistische behandelingen die in de thuissituatie geboden kunnen worden. Of zorg naar de thuissituatie wordt verplaatst is een kwestie van maatwerk, en gebeurt in overleg tussen zorgverlener en patiënt. Een sprekend voorbeeld is de zogenaamde thuisdialyse. Nederlandse patiënten met nierfalen hebben al jaren de mogelijkheid om de nierdialyse thuis te ondergaan, de zogenaamde thuisdialyse. Patiënten die deze vorm van behandeling kiezen, krijgen de apparatuur, het onderhoud aan de apparatuur en een eventuele woningaanpassingen vergoed. Daarnaast kunnen patiënten via de zorgverzekeraar een onkostenvergoeding ontvangen voor de elektriciteits- en waterkosten die zij thuis maken. De hoogte van de vergoeding hangt af van het soort dialyse en hoe vaak de dialyse plaatsvindt. De vergoeding in 2021 lag tussen de 124 euro en 416 euro per maand. Het voordeel van de thuisdialyse is dat nierpatiënten meer privacy ervaren, en minder reistijd en reiskosten kwijt zijn dan wanneer zij deze chronische behandeling in het ziekenhuis ondergaan.

Ook bij oncologische zorg is het tegenwoordig mogelijk een gedeelte van de behandeling thuis te ontvangen. Dat betreft bijvoorbeeld de toediening van medicatie. De behandeling vindt dan plaats onder begeleiding van een verpleegkundige, en die blijft tijdens de behandeling aanwezig. Voor de patiënt zijn aan deze thuisbehandeling geen meerkosten verbonden. In 2018 is door de belangenvereniging van kankerpatiënten onder 738 (voormalig) kankerpatiënten onderzoek gedaan naar de voorkeuren van de locatie van hun behandeling. Uit dat onderzoek kwam naar voren dat 1 op 4 patiënten de voorkeur geeft aan een thuisbehandeling. Een kwart van de ondervraagde patiënten geeft aan dat zij het kostenaspect laten meewegen bij de keuze waar zij hun zorg willen ontvangen.³ Het is daarom aanbevelingswaardig dat arts en patiënt bij het bepalen van de locatie van de behandeling bespreken of er meerkosten zijn, om zo eventuele misverstanden te voorkomen.

Een ander voorbeeld van curatieve ziekenhuiszorg die momenteel in de thuissituatie geleverd wordt is de beademing van Covid-patiënten. Bij chronische aandoeningen is het steeds gebruikelijker dat via digitale zorg, zoals telemonitoring of beeldbellen, patiënten contact houden met de behandelend medisch specialist.⁴ Voor deze vormen van zorg bestaan geen aanvullende vergoedingen vanuit het basispakket. De extra kosten zijn voor deze patiënten veelal beperkt. Ze lijken ook niet wezenlijk te verschillen van de kosten die gebruikelijk aanwezig zijn in andere huishoudens door het gebruik van bijvoorbeeld een smartphone. Daar staat tegenover dat door thuisbehandeling de reiskosten en reistijd wegvallen. Tot slot geldt in zijn algemeenheid dat het verplaatsen van ziekenhuiszorg naar de thuissituatie ook gevolgen kan hebben voor de effectiviteit van een behandeling, de omgang met bijwerkingen, de beschikbaarheid van verpleging en aansprakelijkheidsvraagstukken.

De vergoeding van elektriciteit- en waterkosten voor beademing en dialyse in de thuissituatie bij chronische indicaties is de enige vergoeding voor ziekenhuis verplaatste zorg binnen de Zorgverzekeringswet (Zvw). Uitgangspunt is immers dat het ziekenhuis een integraal budget voor de financiering van de gehele zorg ontvangt, dus ook voor de kosten van zorg in de thuissituatie.

³ NFK (2018) *Willen kankerpatiënten liever behandeling thuis of in het ziekenhuis?*

⁴ Kamerstuk 27 529, nr. 270

Een vergelijkbaar vraagstuk binnen de Zvw is terug te vinden in het domein van de hulpmiddelenzorg. Voor de hulpmiddelenzorg is afgebakend welke aanvullende kosten worden vergoed en welke kosten voor rekening van de patiënt zijn. Een extramuraal hulpmiddel wordt *gebruiksklaar* afgeleverd. Dat betekent dat het inclusief eventueel bijbehorende batterijen wordt geleverd en vergoed. De hulpmiddelenzorg omvat in beginsel niet de vergoeding van energiekosten zoals elektriciteit of batterijen. Deze worden gezien als «kosten voor normaal gebruik» (hierna: «gebruikelijke kosten»). Dit zijn de kosten die inherent verbonden zijn aan het gebruik van een hulpmiddel voor het doel dat het hulpmiddel heeft. Het gaat dan bijvoorbeeld om stroomkosten, kosten van batterijen of inzetvloeistof bij contactlenzen. Het Zorginstituut hanteert dit onderscheid ook bij haar advisering over hulpmiddelenzorg.⁵

Los van de staande praktijk, wil ik voor de volledigheid opmerken dat het verplaatsen van zorg niet evident is. Er zijn diverse belemmerende of faciliterende factoren die maken dat niet alle zorg in de thuissituatie plaatsvindt. Recent heb ik u geïnformeerd over diverse uitdagingen die ziekenhuizen zien bij het verplaatsen van zorg. Zo zijn er signalen dat het voor zorgverleners nog niet lonend is om de zorg te verplaatsen, waardoor zij onvoldoende worden gestimuleerd om zorg naar te thuissituatie te verplaatsen, of dat zij het als te complex ervaren. Tegelijkertijd zijn er initiatieven om middels bekostiging, contractafspraken en transformatiegelden te stimuleren dat zorg verplaatst wordt. Zo is het voor zorgaanbieders mogelijk om aanvullende financiering te ontvangen voor het antibiotica-infuus thuis in plaats van een opname in de zorginstelling voor het antibiotica-infuus. Voorwaarde is wel dat de zorginstelling deze zorgactiviteit alleen declareert als hierover afspraken zijn gemaakt met de zorgverzekeraar.⁶ Daarnaast is er volop ruimte om over de inzet van hulpmiddelen afspraken te maken met zorgverzekeraars als onderdeel van zorgcontractering. Ook helpen innovatieve zorgcontracten, vaak meerjarig met afspraken over shared savings en shared risks, het realiseren van deze transformatie. Ook voorkomen dergelijke contracten dat zorgverzekeraars risico lopen op ongewenste dubbele bekostiging. Tijdens de corona-crisis zijn er door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA) en veldpartijen diverse initiatieven genomen of gestart om dergelijke negatieve prikkels weg te nemen.⁷

Samenvattend beslaat de huidige praktijk van ziekenhuis verplaatste zorg zowel diagnose en behandelingen als zorg die voor of na een medische ingreep wordt geboden. Behandelingen in de thuissituatie hebben als voordeel dat de patiënt geen reiskosten en reistijd heeft. Ook kan een behandeling in de thuissituatie patiënten meer rust geven. Op dit moment ontvangt een beperkte groep patiënten een tegemoetkoming voor de bijkomende kosten van deze zorg. Dat is alleen het geval bij thuisdialyse of thuisbeademing en dit is vanwege de verhoudingsgewijs hoge energiekosten die gepaard gaan met deze behandelingen. Voor het overige zijn op dit moment de andere kosten van ziekenhuis verplaatste zorg thuis, in lijn met het criterium «gebruikelijke kosten» bij het gebruik van hulpmiddelen, voor rekening van de patiënt.

Dilemma's

Er zijn grofweg twee soorten dilemma's bij de vraag of de kosten van ziekenhuis verplaatste zorg naar huis tot aanvullende vergoedingen moet leiden.

⁵ Zorginstituut Nederland (2012). *Kennis Gebundeld, Kennis over Verstrekkingsgeschillen Zvw*

⁶ Ook bekend onder de Zorgactiviteitcode 190228

⁷ Zie Kamerstuk 27 529, nr. 270.

Op de eerste plaats betreft het dilemma's die betrekking hebben op de vraag wanneer een aanvullende vergoeding voor de patiënt op zijn plaats is. In welke gevallen worden patiënten geacht de bijkomende kosten van ziekenhuiszorg die thuis plaatsvindt zelf te kunnen dragen? Voor bijvoorbeeld de hulpmiddelenzorg bestaat er met het criterium «gebruikelijke kosten» reeds een afbakening. Vragen die hieruit voortkomen is of er een omslagpunt te bepalen is wanneer het evident is dat patiënten dergelijke kosten niet hoeven te dragen.

Op de tweede plaats betreft het dilemma's die betrekking hebben op de organisatie van een aanvullende vergoeding. Bij de transformatie van medisch-specialistische zorg vanuit ziekenhuis naar de thuissituatie is het van belang dat deze zorg altijd als medisch-specialistische zorg geduid wordt. Ook in de thuissituatie kan de medisch specialist de hoofdbehandelaar blijven, en daarop moet de patiënt altijd kunnen terugvallen. Daarnaast wordt het grootste deel van de kosten als gevolg van ziekenhuis verplaatste zorg reeds verrekend in de kosten van de DBC aan het ziekenhuis, als gevolg waarvan betreffende patiënten geen extra kosten hebben. Als die extra kosten er wel zijn, wie zou de vergoeding aan patiënten op zich moeten nemen? Aan de ene kant kan dat het ziekenhuis zijn. Het ziekenhuis ontvangt immers een integraal budget voor de financiering van de gehele zorg, dus ook voor de kosten van zorg in de thuissituatie. In de huidige financieringspraktijk heeft dat als gevolg dat de financiering van eventuele aanvullende kosten voor patiënten via het ziekenhuis moet lopen. Aan de andere kant kan dat de zorgverzekeraar zijn. Vanuit de patiënt/verzekerde is dat wellicht de meest logische partij. Gegeven de bekostiging voor de ziekenhuizen moeten dan er goede afspraken worden gemaakt over wat er exact in rekening kan worden gebracht om dubbele bekostiging te voorkomen.

Elementen voor een toekomstige lijn

Op de bovengenoemde vragen is geen eenduidig antwoord te geven. Conform de motietekst kom ik daarom met enkele overwegingen voor een mogelijke toekomstige lijn hoe om gegaan kan worden met de kosten voor hulpmiddelen van patiënten bij ziekenhuis verplaatste zorg in de thuissituatie.

Overwegingen voor een lijn bij dilemma 1: Aanvullende vergoeding of gebruikelijke kosten voor de patiënt

Of kosten vergoed worden vanuit de Zvw of door de patiënt zelf gedragen kan worden, is ook in andere domeinen van zorg relevant. De Zvw kent binnen de hulpmiddelenzorg het kader «gebruikelijke kosten». Er zijn argumenten om deze lijn ook te hanteren voor ziekenhuis verplaatste zorg. Zo sluit het kader «gebruikelijk kosten» aan bij de huidige situatie waarin patiënten die ziekenhuiszorg binnen de thuissituatie ontvangen, zelf de kosten dragen voor bijvoorbeeld hun maaltijd. Daarentegen behoort een maaltijd wel tot de vergoeding van patiënten die deze zorg in het ziekenhuis ontvangen.

De volgende overwegingen kunnen betrokken worden bij een toekomstige beleidslijn om kosten voor patiënten zelf wel te vergoeden vanuit de Zvw. Het is belangrijk om de hoogte van de kosten die de patiënt heeft als gevolg van ziekenhuis verplaatste zorg in oogschouw te nemen. Dat sluit aan bij de bestaande vergoedingen van thuisdialyse en chronische ademhalingsondersteuning, die gepaard gaan met verhoudingsgewijs aanzienlijke elektriciteitskosten. Vooralsnog bestaan er alleen vergoedingen voor behandelingen met een chronisch karakter. Ik adviseer om in

een toekomstige beleidslijn te bezien of en hoe om te gaan met behandelingen met een meer tijdelijk karakter.

Overwegingen voor een lijn om bij dilemma 2: Via wie kunnen patiënten hun vergoeding ontvangen?

Wanneer in kaart is gebracht voor welke kosten een aanvullende vergoeding eventueel wenselijk is, kan gekeken worden hoe de bekostiging hierop zou kunnen worden aangepast. Dit kan per situatie verschillen. Mocht deze gaan lopen via ziekenhuizen, dan levert het ziekenhuizen en patiënten een administratieve last op. Declaratie via de zorgverzekeraar ligt vanuit die optiek meer voor de hand, maar zorgt voor extra administratieve handelingen aan de kant van de zorgverzekeraar. Bovendien levert dit het risico op dat zorgverzekeraar de kosten dubbel bekostigd in het geval zij dit niet in hun contractering hebben vastgelegd. Ik adviseer daarom mijn opvolger om met de NZa te onderzoeken welke route – vanuit hun rol bij de bekostiging en de rechtmatige uitvoer van de Zvw – het meest wenselijk is.

Tot slot

Er bestaan al veel vormen van zorg die reeds in de thuissituatie geleverd kunnen worden. Die ontwikkeling blijf ik ondersteunen met de programma's zoals «De Juiste Zorg op de Juiste Plek». Daarmee is het vraagstuk hoe om te gaan met de kosten voor patiënten als gevolg van ziekenhuis verplaatste zorg thuis urgent.

Ik adviseer daarom mijn opvolger om door te gaan met het aanscherpen van het de toekomstige lijn en daarbij ook vertegenwoordigers van patiëntenorganisaties, zorgaanbieders en zorgverzekeraars te betrekken. Ook geef ik mijn opvolger in overweging om het Zorginstituut en de NZa om advies te vragen over welke kosten patiënten zelf zouden moeten dragen. Het is daarbij van belang dat een eventueel aanvullende vergoeding aan patiënten niet nodeloos complex is. Daarnaast vind ik het van belang dat deze in overeenstemming zijn met gemaakte kosten in de thuissituatie en recht doen aan vraagstukken over het stimuleren van ziekenhuis verplaatste zorg daar waar dat verantwoord kan en (doelmatig) kan worden geleverd.

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