



Zorginstituut Nederland

202001298

> Retouradres Postbus 320, 1110 AH Diemen

Stichting Klachten en Geschillen Zoraverzekeringen (SKGZ)
T.a.v. mevrouw mr. [naam]
Postbus 291
3700 AG ZEIST

Zorginstituut Nederland
Zorg II

Willem Dudokhof 1
1112 ZA Diemen
Postbus 320
1110 AH Diemen
www.zorginstituutnederland.nl
info@zinl.nl

T +31 (0)20 797 85 55

2021019402

Datum 28 mei 2021
Betreft Advies als bedoeld in artikel 114 van de Zorgverzekeringswet

Zaaknummer
2021003551

Onze referentie
2021019402

Uw referentie
202001298

Uw brieven van
26 januari en 19 mei 2021

Geachte mevrouw [naam],

Zorginstituut Nederland (het Zorginstituut) heeft het verslag van de hoorzitting ontvangen. Uit het verslag komen geen feiten of omstandigheden naar voren die het Zorginstituut aanleiding geven het voorlopig advies te herzien. U kunt het voorlopig advies als definitief beschouwen.

U vraagt wat vóór 1 januari 2019 de juridische grondslag was voor de vergoeding van de stroomkosten. Het College voor Zorgverzekeringen (CVZ), de rechtsvoorganger van het Zorginstituut, heeft in zijn vrijwillige adviesaanvraag uit 2006 al aangegeven dat onder de Zorgverzekeringswet 'chronisch intermitterende beademing' onder de te verzekeren prestatie 'geneeskundige zorg' valt. De aanspraak kan door de aanbieder gedeclareerd worden via de DBC 'thuisbeademing'. Voor de bijbehorende tarieven kan de NZa worden geraadpleegd. Hieronder leggen wij e.e.a. nogmaals uit.

Onderzoek van het Zorginstituut heeft in 2019 uitgewezen dat de stroomkosten van mechanische ademhalingsondersteuning, net als onder het regime van de Ziekenfondswet die tot 1 januari 2006 gold, nog steeds ten laste van de basisverzekering kunnen worden gebracht. Ten tijde van de Ziekenfondswet was mechanische ademhalingsondersteuning een apart omschreven verstrekking (Besluit chronisch intermitterende beademing ziekenfondsverzekering). In 2001 heeft het CVZ uitspraak¹ gedaan in een geschil omtrent de elektriciteitskosten van de chronische beademing. Hierin werd benoemd dat de omschrijving van de verstrekking in artikel 22 Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering regelde dat het beademingscentrum de apparatuur gebruiksklaar ter beschikking stelt.

¹ RZA 2001/47.

Deze verantwoordelijkheid omvatte naar het oordeel van het CVZ, het gebruik ervan gedurende de terbeschikkingstelling, waaronder dus ook de extra kosten die gebruik van de apparatuur in elektriciteitskosten voor de verzekerde met zich meebrengt. Als dit niet het geval is, zou de verzekerde bij thuisbehandeling financieel in een slechtere positie komen te verkeren dan bij behandeling in het beademingscentrum. Voor wat betreft de declaratie van de kosten verwees het CVZ naar het tarief zoals vastgesteld op grond van de Wet tarieven gezondheidszorg (WTG) waarin een component 'gebruiksvergoeding' is opgenomen. Na inwerkingtreding van de Zorgverzekeringswet per 1 januari 2006 is door een verzekeraar in een vrijwillige adviesaanvraag aan het CVZ de vraag gesteld hoe de elektriciteitskosten moeten worden vergoed. Destijds is gezegd dat onder de Zorgverzekeringswet 'chronisch intermitterende beademing' onder de te verzekeren prestatie 'geneeskundige zorg' valt. Destijds is ook gezegd dat de aanspraak door de aanbieder gedeclareerd kan worden via de DBC 'thuisbeademing'.

Zorginstituut Nederland
Zorg II

Datum
28 mei 2021

Onze referentie
2021019402

Daarnaast vraagt u of het Zorginstituut in kan gaan op de stelling dat voor de beademing steeds een tweede apparaat stand-by moet staan, zodat de stroomkosten in feite het dubbele bedragen. Nadere informatie van het Centrum voor Thuisbeademing (CTB) over de beademing, zoals duur van de beademing, de gebruikte apparatuur, aanwezige (extra) accu's e.d., is niet aanwezig bij de voorliggende stukken. Het Zorginstituut kan dan ook geen uitspraak doen in hoeverre een tweede apparaat c.q. vergoeding van dubbele stroomkosten noodzakelijk en doelmatig is.

Uit het ingevulde SKGZ-klachtenformulier is op te maken dat de non-invasieve beademing 24 uur per dag, 7 dagen per week (24/7) is. In principe moet de beademingsapparatuur, voor het geval er een stroomstoring plaatsvindt, altijd opgeladen zijn en/of overschakelen op een (interne dan wel externe) accu. Er bestaan verschillende apparaten, die al dan niet voorzien zijn van een interne en/of externe accu en waarbij de verschillende accu's in opgeladen toestand een verschillend aantal uren stroom leveren.² Volgens de *Veldnorm chronische beademing* (VSCA, 2012) is het van belang dat een patiënt bij veel uren beademing per etmaal een tweede machine als back-up heeft, omdat bij uitval van de beademingsmachine een onveilige situatie kan ontstaan. In dit document wordt aangegeven: *'De veiligheid van een patiënt is leidend voor het verstrekken van een tweede beademingsapparaat dat in ieder geval bij een beademingsduur van meer dan 16 uur per etmaal wordt verstrekt.'*³

Op grond hiervan is het aannemelijk dat verzoeker vanwege de permanente non-invasieve beademing aangewezen is op een tweede beademingsapparaat.

² Zie o.a. de website van het CTB Utrecht, www.umcutrecht.nl/nl/apparatuur-en-materiaal, geraadpleegd mei 2021

³ Vereniging Samenwerkingsverband Chronische Ademhalingsondersteuning (VSCA), www.vsca.nl/veldnormen/

Echter, in hoeverre het tweede apparaat dubbele stroomkosten betekent (of dat bijvoorbeeld minder frequent opladen aan de orde is) en wat dan de hoogte van de vergoeding van stroomkosten moet zijn, is uit de voorliggende informatie niet duidelijk en reikt ook buiten de adviesbevoegdheid van het Zorginstituut.

Hoogachtend,

Zorginstituut Nederland
Zorg II

Datum
28 mei 2021

Onze referentie
2021019402



Advies Zorginstituut Nederland in een geschil over de uitvoering van de zorgverzekering

De Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ) heeft op 26 januari 2021 aan Zorginstituut Nederland (het Zorginstituut) advies gevraagd als bedoeld in artikel 114, derde lid, van de Zorgverzekeringswet (Zvw). Verzoeker en verweerder hebben een geschil over de tegemoetkoming van elektriciteitskosten bij mechanische ademhalingsondersteuning.

Bij de adviesaanvraag heeft de SKGZ een kopie van het dossier gestuurd. Het Zorginstituut brengt een voorlopig advies uit, dat nog aangepast kan worden als uit het verslag van de hoorzitting en/of aanvullende stukken nieuwe feiten of omstandigheden naar voren komen.

Op pagina 50 van de tussen partijen overeengekomen zorgverzekering is de aanspraak op medisch specialistische zorg omschreven. Dit komt overeen met de Zvw.

Vooraf merkt het Zorginstituut nog op dat zijn adviestaak beperkt is tot de vraag of verzoeker aanspraak heeft op een verstrekking of een vergoeding op grond van de basisverzekering. Dit betekent dat het Zorginstituut twee vragen beantwoordt. Namelijk, of de zorg in geschil onderdeel is van het basispakket en vervolgens of verzoeker op deze zorg is aangewezen. Dit laatste is een medische beoordeling. Het Zorginstituut baseert het advies op de beschikbare informatie in het toegezonden dossier.

Het advies van het Zorginstituut kan geen betrekking hebben op een beslissing van verweerder op basis van de aanvullende verzekering of coulance.

Situatie van verzoeker

Verzoeker is sinds 1989 aangewezen op mechanische ademhalingsondersteuning. Verzoeker heeft verweerder gevraagd de elektriciteitskosten van de mechanische ademhalingsondersteuning in de thuissituatie te vergoeden met terugwerkende kracht tot 1989.

Verweerder heeft de elektriciteitskosten met terugwerkende kracht tot 1 januari 2019 vergoed. Verweerder geeft aan dat het Zorginstituut in mei 2019 een uitspraak gedaan over de vergoeding van elektriciteitskosten bij mechanische ademhalingsondersteuning. Verzekerden die gebruik maken van mechanische ademhalingsondersteuning in de thuissituatie hebben recht op een tegemoetkoming in de elektriciteitskosten. Verweerder geeft aan dat na berichtgeving vanuit Zorgverzekeraars Nederland (ZN) het landelijk beleid is geworden dat zorgverzekeraars vanaf 1 januari 2019 alsnog een vergoeding voor de elektriciteitskosten van mechanische ademhalingsondersteuning in de thuissituatie uitbetalen. Verzoeker krijgt daarom een tegemoetkoming in de elektriciteitskosten vanaf 1 januari 2019. Deze vergoeding is reeds aan verzoeker uitgekeerd. Verweerder geeft aan dat dit een voorlopige tegemoetkoming betreft omdat de definitieve hoogte van de tegemoetkoming nog niet is vastgesteld. Na de vaststelling volgt verrekening of nabetaling.

Juridisch kader

Apparatuur voor mechanische ademhalingsondersteuning (beademing) die langdurig in de thuissituatie worden toegepast, onder verantwoordelijkheid van de



medisch-specialist, waarbij een 24-uurs achterwacht of spoedeisende zorg vanuit het ziekenhuis of centrum voor thuisbeademing nodig kan zijn, valt onder de geneeskundige zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden volgens artikel 2.4 Besluit zorgverzekering (Bzv).

Het gaat hierbij om verzekerden die:

- 's nachts ademhalingsondersteuning nodig hebben (chronische intermitterende beademing)
- dag en nacht ademhalingsondersteuning (chronische, continue, mechanische ademhalingsondersteuning) nodig hebben.

De zorg bij mechanische ademhalingsondersteuning is onderdeel van de kosten van de zorg in het ziekenhuis. De zorgverzekeraar vergoedt de kosten dan rechtstreeks aan het ziekenhuis.

Verzekerden die gebruik maken van mechanische ademhalingsondersteuning in de thuissituatie hebben recht op een tegemoetkoming in de elektriciteitskosten.¹

Tegemoetkoming elektriciteitskosten

Lange tijd is onduidelijk geweest bij zorgverzekeraars of elektriciteitskosten van mechanische ademhalingsondersteuning in de thuissituatie voor vergoeding ten laste van de basisverzekering in aanmerking konden komen. Onderzoek van het Zorginstituut in 2019 heeft uitgewezen dat de stroomkosten van mechanische ademhalingsondersteuning, net als onder het regime van de Ziekenfondswet die tot 1 januari 2006 gold, nog steeds ten laste van de basisverzekering kunnen worden gebracht. Dit is naar ZN gecommuniceerd en door ZN verder opgepakt richting zorgverzekeraars.

Ten tijde van de Ziekenfondswet was mechanische ademhalingsondersteuning een apart omschreven verstrekking (Besluit chronisch intermitterende beademing ziekenfondsverzekering). In 2001 heeft het toenmalige College voor Zorgverzekeringen (CVZ) uitspraak² gedaan in een geschil omtrent de elektriciteitskosten van de chronische beademing. Hierin werd benoemd dat de omschrijving van de verstrekking in artikel 22 Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering regelde dat het beademingscentrum de apparatuur gebruiksklaar ter beschikking stelt. Deze verantwoordelijkheid omvatte naar de het oordeel van het CVZ het gebruik ervan gedurende de terbeschikkingstelling, waaronder dus ook de extra kosten die gebruik van de apparatuur in elektriciteitskosten voor de verzekerde met zich meebrengt. Als dit niet het geval is, zou de verzekerde bij thuisbehandeling financieel in een slechtere positie komen te verkeren dan bij behandeling in het beademingscentrum. Voor wat betreft de declaratie van de kosten verwees het CVZ naar het tarief zoals vastgesteld op grond van de Wet tarieven gezondheidszorg (WTG) waarin een component 'gebruiksvergoeding' is opgenomen.

Na inwerkingtreding van de Zorgverzekeringswet per 1 januari 2006 is door een verzekeraar in een zogenaamde 'vrijwillige adviesaanvraag' aan het CVZ de vraag gesteld hoe de elektriciteitskosten moeten worden vergoed. Destijds is gezegd dat onder de Zorgverzekeringswet 'chronisch intermitterende beademing' onder de te verzekeren prestatie 'geneeskundige zorg' valt. De aanspraak kan door de aanbieder gedeclareerd worden via de DBC 'thuisbeademing'.

¹ <https://www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/ademhalingshulpmiddelen-zvw>

² (RZA 2001/47).



De uitspraak zoals gedaan in RZA 2001/47 is nog steeds aan de orde en de extra kosten die thuisbeademing met zich meebrengen, waaronder elektriciteitskosten, vallen onder de te verzekeren prestatie 'geneeskundige zorg'.

Beoordeling

De informatie in het dossier is juridisch beoordeeld.

Verzoeker heeft verweerder gevraagd de elektriciteitskosten van de mechanische ademhalingsapparatuur in de thuissituatie te vergoeden met terugwerkende kracht tot 1989. Verweerder heeft de kosten met terugwerkende kracht vergoed tot 1 januari 2019. Verweerder geeft aan dat dit een voorlopige tegemoetkoming betreft, aangezien de hoogte van de definitieve tegemoetkoming is nog niet vastgesteld.

Zoals hierboven reeds is toegelicht is de adviestaak van het Zorginstituut beperkt tot de vraag of verzoeker aanspraak heeft op een verstrekking of een vergoeding op grond van de basisverzekering. Dit betekent dat het Zorginstituut twee vragen beantwoordt. Namelijk, of de zorg in geschil onderdeel is van het basispakket en vervolgens of verzoeker op deze zorg is aangewezen. Uit het dossier is op te maken dat verzoeker redelijkerwijs is aangewezen op mechanische ademhalingsapparatuur en dat dit niet in geschil is.

Tegemoetkoming in de elektriciteitskosten bij mechanische ademhalingsondersteuning is onderdeel van het basispakket. Zoals reeds beschreven heeft onderzoek van het Zorginstituut in 2019 uitgewezen dat de elektriciteitskosten van beademingsapparatuur, net als onder het regime van de Ziekenfondswet die tot 1 januari 2006 gold, nog steeds ten laste van de basisverzekering kunnen worden gebracht.

Over welke periode verzoeker de elektriciteitskosten vergoed kan krijgen, wat de hoogte is van deze vergoeding en wie verantwoordelijk is voor de uitkering van de vergoeding aan verzoeker, ligt niet binnen de adviesbevoegdheid van het Zorginstituut.

Conclusie

Elektriciteitskosten voor mechanisch ademhalingsondersteuning kunnen voor vergoeding in aanmerking komen. Het Zorginstituut is niet bevoegd te adviseren over de hoogte van de vergoeding, over welke periode vergoeding kan plaatsvinden en wie verantwoordelijk is voor de uitkering van de vergoeding aan verzoeker.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende:

Tegemoetkoming van elektriciteitskosten bij maakt onderdeel uit van het basispakket.