

Vergaderjaar 2011–2012

29 248

Invoering Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's)

Nr. 221

LIJST VAN VRAGEN EN ANTWOORDEN

Vastgesteld 7 december 2011

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport¹ heeft een aantal vragen voorgelegd aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de brief van 2 maart 2011 inzake Pediatrische Intensive Care Units (Kamerstuk 29 248, nr. 214).

De minister heeft deze vragen beantwoord bij brief van 6 december 2011. Vragen en antwoorden zijn hierna afgedrukt.

De voorzitter van de commissie,
Smeets

De griffier van de commissie,
Teunissen

¹ Samenstelling:

Leden: Staaij, C.G. van der (SGP), Smeets, P.E. (PvdA), Voorzitter, Smilde, M.C.A. (CDA), Koşer Kaya, F. (D66), Veen, E. van der (PvdA), Gerven, H.P.J. van (SP), Ouweland, E. (PvdD), Agema, M. (PVV), Leijten, R.M. (SP), Bouwmeester, L.T. (PvdA), Wolbert, A.G. (PvdA), Wiegman-van Meppelen Scheppink, E.E. (CU), Uitslag, A.S. (CDA), Elias, T.M.Ch. (VVD), Ondervoorzitter, Dijkstra, P.A. (D66), Dille, W.R. (PVV), Gerbrands, K. (PVV), Mulder, A. (VVD), Venrooy-van Ark, T. (VVD), Bruins Slot, H.G.J. (CDA), Voortman, L.G.J. (GL), Klaver, J.F. (GL) en Straus, K.C.J. (VVD).

Plv. leden: Dijkgraaf, E. (SGP), Kuiken, A.H. (PvdA), Omtzigt, P.H. (CDA), Berndsen, M.A. (D66), Klijnsma, J. (PvdA), Ulenbelt, P. (SP), Thieme, M.L. (PvdD), Mos, R. de (PVV), Kooiman, C.J.E. (SP), Arib, K. (PvdA), Vermeij, R.A. (PvdA), Ortega-Martijn, C.A. (CU), Toorenborg, M.M. van (CDA), Burg, B.I. van der (VVD), Ham, B. van der (D66), Beertema, H.J. (PVV), Bosma, M. (PVV), Lodders, W.J.H. (VVD), Miltenburg, A. van (VVD), Ormel, H.J. (CDA), Sap, J.C.M. (GL), Tongeren, L. van (GL) en Liefde, B.C. de (VVD).

1

Wat betekent het dat de kwaliteitsrichtlijnen «op hoofdlijnen» zijn geaccordeerd? Zijn deze hoofdlijnen voldoende voorwaarde voor het uit de Wet bijzondere medische verrichtingen (WBMV) halen van de PICU's? Zo nee, welke onderdelen mist de minister nog, en op welke datum zullen deze geaccordeerd zijn?

De Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK) heeft de volledige set van kwaliteitsrichtlijnen voor intensive care voor kinderen in Nederland geaccordeerd, inclusief de richtlijnen voor minimumvolume van het aantal patiënten. Alleen de paragraaf over de medische bezetting vergt nog nader overleg binnen de NVK maar die zal volgens de NVK uiterlijk begin 2012 zijn vastgesteld.

2

Wat is de reden dat de Nederlandse Vereniging van Kindergeneeskunde (NVK) nog geen formatieparagraaf heeft vastgesteld? Wat houdt deze formatieparagraaf in, beslaat deze ook de minimale patiëntvolumes en aanwezig verplegend personeel per PICU?

De formatieparagraaf, waar nog verder over gesproken moest worden, heeft alleen betrekking op de medische bezetting. Het minimumvolume van het aantal patiënten en de verpleegkundige formatie vallen daar niet onder. Deze zijn al vastgesteld.

3

Hoeveel PICU-patiënten werden er in 2010 in elke afzonderlijke WBMV gemachtigde instelling – Erasmus, AMC, VUMC, Radboud, AZM, UMCG, UMCU en LUMC – geholpen?

In 2010 werden in de instellingen de volgende aantallen patiënten geholpen: AMC: 525, LUMC: 411, MUCM: 487, UMCG: 813, UMCN: 522, UMCR: 1 635, UMCU: 772 en VUmc: 360.

4

Hoeveel vergunningen voor de PICU zijn er voor 2011 aangevraagd, en hoeveel heeft de minister daarvan goedgekeurd en afgewezen? Wat waren de redenen voor goedkeuring en voor afwijzing?

De PICU's vallen niet onder artikel 2 van de WBMV (vergunningenstelsel), maar onder artikel 8 van de WBMV. Dit betekent dat alleen centra die op grond van de Beleidsvisie Pediatrische Intensive care Units een aanwijzing als PICU hebben verkregen in aanmerking komen voor een specifieke budgetparameter voor de PICU-zorg. Het ministerie heeft vanaf januari 2011 tot op heden geen verzoek ontvangen van een instelling om in aanmerking te komen voor een aanwijzing als PICU-centrum.

5

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) concludeerde in 2009 dat het feit dat de PICU onder de WBMV viel een enorme stimulans was voor de verbetering van kwaliteit en toegankelijkheid van de intensieve zorg voor kinderen, en uitbreiding zou bijdragen aan een ongewenste versnippering. Kan een overzicht worden gegeven van de garanties die de NVK heeft getroffen ten aanzien van de zorgkwaliteit?

Met uitzondering van de paragraaf over de medische bezetting heeft de NVK in juni 2011 de kwaliteitsrichtlijnen voor de intensive care voor kinderen geaccordeerd. Daarmee zijn de richtlijnen in veldnormen vastgelegd. Met de veldnormen is de kwaliteit van de zorg in de PICU's geborgd en kan -indien noodzakelijk- de IGZ handhavend optreden.

6

De IGZ concludeerde in 2009 dat drie van de acht PICU's een relatief klein aantal patiënten behandelden en de medische en verpleegkundige continuïteit onder druk stond. Wat is er sinds 2009 veranderd? Worden er per instelling meer patiënten behandeld? Is de medische en verpleegkundige continuïteit verbeterd?

Uit het oogpunt van behoud en uitbouw van deskundigheid en ervaring en uit oogpunt van kosteneffectiviteit heeft de NVK bij de vaststelling van de kwaliteitsrichtlijnen voor de zorg in de pediatrie intensive care units gekozen voor minimumvolumes m.b.t. het aantal IC-bedden, het aantal opgenomen patiënten en het aantal beademingsdagen. Dit voorkomt dat een PICU te klein zou worden en de continuïteit gevaar loopt.

7

Welke volumenormen gebruikte de IGZ om de PICU gemachtigde instellingen dit jaar te controleren? Hoeveel patiënten moet een PICU minimaal per jaar behandelen om in de ogen van de IGZ verantwoorde zorg te leveren? Werden deze aantallen in 2010 gehaald?

De IGZ hanteerde het minimumaantal van 300 opnamen per jaar. In 2010 bleken alle acht PICU's aan dit minimumaantal te voldoen (zie antwoord op vraag 3).

8

Welke volume- en kwaliteitseisen zijn aan de uitstroom van de PICU verbonden, zodat de verbeteringen die geboekt zijn in de zorg voor zeer ernstige zieke kinderen geborgd blijven?

Na overleg met de IGZ en de NVK ben ik tot de slotsom gekomen dat de kwaliteit van de PICU-zorg op orde is dat de uitstroom van de PICU's uit artikel 8 van de WBMV verantwoord is.

Vanaf 2002 heeft VWS een projectsubsidie verstrekt aan de Stichting Pediatrie Intensive Care Evaluatie (PICE) voor de ontwikkeling en implementatie van een registratiesysteem bij de acht aangewezen ziekenhuizen voor een PICU. In 2007 is de projectsubsidie verlengd om de registratiegegevens ook te benutten voor de ontwikkeling van kwaliteitsrichtlijnen voor de zorg in de PICU's. Verder is de gegevensregistratie uitgebreid met onder meer een complicatieregistratie. In de richtlijnen werd ook de minimumomvang van een PICU opgenomen. Dat is belangrijke randvoorwaarde om verlies van concentratie te voorkomen. Het verlengde project werd medio 2010 met succes afgerond. Met uitzondering van de paragraaf over de medische bezetting heeft de NVK de kwaliteitsrichtlijnen voor de zorg in de pediatrie intensive care units op hoofdlijnen geaccordeerd. Daarmee zijn de richtlijnen in veldnormen vastgelegd. Met de veldnormen is de kwaliteit van de zorg in de PICU's geborgd en kan – indien noodzakelijk – de IGZ handhavend optreden.

9

Kan een overzicht worden gegeven van de overwegingen van het kabinet om per 2012 de PICU uit de WBMV te halen? Kunt u daarbij ook ingaan op de conclusie van de IGZ in 2009 waarin wordt aangegeven dat een uitbreiding zou bijdragen aan een ongewenste versnippering?

In de Beleidsvisie pediatrie intensive care units (Stcrt 13 december 2002, 241) heeft de toenmalige Minister van VWS uiteengezet waarom deze vorm van zorg onder artikel 8 van de Wet op de bijzondere medische verrichtingen (WBMV) gebracht wordt. Een snelle en geconcentreerde kennisopbouw rond de inhoud en organisatie van intensive care voor

kinderen was wenselijk en aan de acht academisch medische centra werd daarom een aanwijzing als PICU (pediatrische intensive care unit) gegeven op grond van artikel 8, eerste lid, van de WBMV.

Artikel 8 van de WBMV is een stimuleringsartikel en verblijf van een verrichting onder dat artikel is tijdelijk. Dat geldt ook voor de PICU-zorg; zo noemt de Beleidsvisie pediatrische intensive care units een periode van vijf jaar, aan het eind waarvan bezien wordt of handhaving ervan nodig is. Nu de kwaliteit van de PICU-zorg met richtlijnen en registraties van patiënten en complicaties op orde is gebracht, acht ik het verantwoord om de PICU-zorg uit de WBMV te laten stromen.

In haar rapport *Zorg voor zieke kinderen sterk verbeterd van 2009* vreest de IGZ dat de versnippering van zorg een negatieve invloed heeft op de kwaliteit van de zorg voor zeer zieke kinderen. De Inspectie pleit daarom in het rapport voor het verbinden van volume- en kwaliteitseisen aan een eventuele uitstroom van artikel 8 als waarborg voor verantwoorde Zorg. De beroepsgroep heeft inmiddels deze eisen vastgelegd, waarmee de kwaliteit en de concentratie van de zorg geborgd zijn. Indien noodzakelijk kan de IGZ daarop handhaven.

10

Is de huidige capaciteit voldoende? Welke concrete maatregelen kunnen en zullen worden genomen om de capaciteit op een voldoende peil te houden? Hoe wordt dit gecontroleerd, en hoe wordt voorkomen dat opeens blijkt dat de capaciteit weer onvoldoende is?

Capaciteitsplanning van de PICU-zorg is geen onderwerp van besluitvorming door de minister. In dit gezondheidzorgstelsel zijn de verzekeraars en aanbieders verantwoordelijk voor het leveren van voldoende zorg, ook als het gaat om WBMV-zorg. De uitkomsten van het PICE-registratiesysteem 2010 wijzen uit dat op dit moment de landelijke capaciteit van PICU-bedden in het algemeen voldoende is.

11

Op welke wijze zullen ziekenhuizen publieke verantwoording afleggen over de omvang en de kwaliteit van de verleende IC-zorg aan kinderen?

Het aantal beademingsdagen voor kinderen is één van de kwaliteitsindicatoren die de IGZ aan ziekenhuizen vraagt. In 2010 werden alleen incidenteel kinderen op een IC voor volwassenen beademd, meestal ter stabilisatie tot zij konden worden overgeplaatst naar een PICU. Verder is de IC-zorg aan kinderen opgenomen in de jaarverslagen van de desbetreffende ziekenhuizen en zijn de landelijke uitkomsten van de PICU-zorg opvraagbaar op de website van de Stichting PICE (www.pice.nl).

12 en 13

Welke actie wordt ondernomen ten aanzien van ziekenhuizen die PICU-zorg willen aanbieden zonder dat hiervoor goede afspraken zijn gemaakt met de PICU, waarbij kinderen langer dan één dag opgenomen worden op een IC voor volwassenen?

Welke actie wordt ondernomen ten aanzien van algemene ziekenhuizen zonder PICU waarin kinderen beademd worden en meerdere dagen op een IC voor volwassenen worden behandeld?

In de kwaliteitsrichtlijnen voor intensive care in Nederland is een paragraaf opgenomen over zorg aan kinderen op een IC voor volwassenen.

Verreweg de meeste ziekenhuizen in Nederland plaatsen kinderen die IC-behoefstig worden direct over naar een PICU en nemen kinderen alleen

op in een IC voor volwassenen in afwachting van overplaatsing. Volgens de richtlijn dient de kinderarts die medebehandelaar is een zwaarwegende stem te hebben bij de afweging of een tijdelijk verblijf op een volwassenen IC medisch verantwoord is.

Daarnaast bestaat in sommige topklinische ziekenhuizen behoefte aan IC-voorzieningen voor kinderen vanwege specialistische operatieve behandelingen. Volgens de richtlijn kunnen deze behandelingen bij kinderen worden gedaan indien het topklinische ziekenhuis beschikt over een IC, niveau 3 en indien de kinderarts die medebehandelaar is een zwaarwegende stem heeft bij de afweging of het verblijf op een volwassenen IC medisch verantwoord is

14

Wanneer is de PICU-richtlijn van de NVK precies gereed? Bevat deze ook een nadere invulling van de opname- en ontslagcriteria voor PICU's of is het alleen de bedoeling dat hier aandacht aan wordt besteed?

Met uitzondering van de paragraaf over de medische bezetting heeft de NVK de volledige set van kwaliteitsrichtlijnen voor intensieve care voor kinderen in Nederland geaccordeerd. Daarin zijn de indicaties voor opname en ontslag geformuleerd en afgebakend. De paragraaf over de medische bezetting zal volgens de NVK uiterlijk begin 2012 zijn vastgesteld.

15

Op welke wijze en wanneer worden alternatieven ontwikkeld voor de behandeling van de groep kinderen die langdurig beademing nodig heeft? Welke rol kunnen verzekeraars hierbij spelen?

Over het algemeen is dit individueel maatwerk. Dit houdt in dat zo'n patiënt niet van de IC af kan. Alleen op het moment dat dit medisch toelaatbaar is, wordt er gezocht naar een instituut met een meer «huiskamersetting». De verzekeraar kan hierin een faciliterende rol vervullen.

16

Wanneer wordt een regeling voor transport van kinder IC-patiënten ingevoerd?

In de kwaliteitsrichtlijnen voor intensieve care voor kinderen in Nederland is geregeld dat iedere PICU primair verantwoordelijk is voor intensive care voor kinderen in de regio en voor het interklinisch IC-transport. Daartoe heeft iedere PICU werkafspraken gemaakt met de ziekenhuizen in zijn regio over verantwoordelijkheid voor de eerste opvang, overdracht en transport van IC-behoefte kinderen en de zorg na ontslag uit de PICU. De richtlijn voor transport van kinder IC-patiënten functioneert inmiddels vijf jaar in de praktijk.

17

Op welke wijze en wanneer zal de follow-up van kinderen die op de IC zijn behandeld worden vorm gegeven? Wanneer wordt een landelijk follow-up programma ingevoerd?

Binnen de NVK is de follow-up van kinderen die op de IC zijn behandeld nog in ontwikkeling.

18

Zijn de kwaliteitsrichtlijnen ook al overal geïmplementeerd, en is al duidelijk dat iedereen zich eraan houdt?

Volgens de Sectie Intensive Care voor Kinderen (SICK) van de NVK zijn de PICU's vergevorderd bij de implementatie van de geaccordeerde kwaliteitsrichtlijnen. Het houden van kwaliteitsvisitaties is het geëigende instrument om na te gaan of de PICU's voldoen aan alle kwaliteitsrichtlijnen.

19

Wat is de reden om de beleidsvisie PICU's van 2 december 2002 in te trekken? Op grond van welke rapporten of analyses is tot dit voorgenomen besluit gekomen? Kan de kamer deze rapporten dan wel analyses toegezonden krijgen?

Voor het antwoord op deze vraag verwijs ik u naar het antwoord op vraag 8.

20

Wat is het oordeel van de IGZ over de voorgenomen intrekking van de beleidsvisie? Vindt de IGZ uitstroom verantwoord en gewenst? Zo ja, op basis van welk onderzoek komt de IGZ tot deze conclusie?

De IGZ heeft in haar rapport Zorg voor zieke kinderen sterk verbeterd van 2009 sterk gepleit voor het verbinden van volume- en kwaliteitseisen aan een eventuele uitstroom van artikel 8 als waarborg voor verantwoorde zorg. De beroepsgroep heeft inmiddels deze eisen vastgelegd, waarmee de kwaliteit en de concentratie van de zorg geborgd zijn. Na overleg met de IGZ en de NVK ben ik tot de slotsom gekomen dat de uitstroom van de PICU's uit artikel 8 van de WBMV verantwoord is.

21

Wat is het oordeel van de Gezondheidsraad in deze? Wilt u de Gezondheidsraad om een oordeel in deze vragen als dat nog niet is gebeurd? Zo nee, waarom niet?

VWS heeft hierover geen oordeel gevraagd aan de Gezondheidsraad. Dit is ook niet standaard als het gaat om een artikel 8 voorziening waarvoor geen vergunningplicht bestaat.

22

Wat is de meerwaarde om de planning van deze zeer bijzondere en ingewikkelde vorm van zorg over te dragen aan zorgverzekeraars?

Zoals ik in mijn antwoord op vraag 10 heb aangegeven, zijn in het huidige gezondheidszorgstelsel de verantwoordelijkheden voor het leveren van voldoende en goede zorg verschoven naar de verzekeraars en aanbieders. Nu de kwaliteit en capaciteit van de PICU-zorg op orde is, acht ik uitstroom van de PICU uit art. 8 van de WBMV verantwoord.

23

Op welke wijze zijn zorgverzekeraars in staat om de kwaliteit van de PICU's te toetsen?

Om zich een oordeel te kunnen vormen over de kwaliteit van de PICU-zorg staan de verzekeraars verschillende mogelijkheden ten dienste. Zij kunnen bijvoorbeeld gegevens opvragen uit het registratie/complicatiesysteem voor de PICU-zorg. Daarnaast kunnen zij nagaan of het PICU-centrum voldoet aan de kwaliteitsrichtlijnen van de beroepsgroep, bijvoorbeeld ten aanzien van het minimumaantal patiënten en de vereiste omvang van het personeelsbestand. Ook kunnen de bevindingen van de IGZ over de kwaliteit van de PICU-zorg een bron van informatie zijn.

24

Hoe wordt het drama voorkomen zoals is opgetreden bij het vrijgeven van de dotterbehandelingen, waarbij een onverantwoorde ontwikkeling in medisch kwalitatief als doelmatigheidsperspectief?

De dotterbehandelingen vallen onder de vergunningplicht ex artikel 2 van de WBMV. De behandeling is dus niet vrijgegeven.

De IC is een ondersteunende afdeling en volgend bij het zorgaanbod van ziekenhuizen. Alle complexe behandelingen bij kinderen die IC vergen (behoudens enkele specialistische operatieve behandelingen, zie antwoord op vraag 3) vinden plaats in een of meer UMC's. Hierdoor blijft de behoefte aan intensive care voor kinderen in algemene ziekenhuizen zeer beperkt. Daarnaast dienen de PICU-centra te voldoen aan de NVK-kwaliteitsrichtlijnen voor intensive care voor kinderen, waar de richtlijn met betrekking tot de minimumvolumes onderdeel van uitmaakt.

25

Hoe wordt voorkomen dat zorgverzekeraars vanwege financiële motieven zullen aansturen op sluiting van PICU's in een aantal academische ziekenhuizen?

De zorgverzekeraars staan voor een bredere afweging. Bij de zorginkoop letten zij op het belang van hun verzekerden, die in geval van ziekte adequaat, zonder wachttijd en tegen een betaalbare premie geholpen willen worden. De verzekeraar dienen daarbij ook rekening te houden met voldoende spreiding van de zorg. Zoals ook blijkt uit het hoofdlijnenakkoord 2011–2015 zijn de ziekenhuizen en de zorgverzekeraars overeengekomen om binnen een beheerste kostenontwikkeling te komen tot kwaliteitsverbetering in de ziekenhuiszorg.

26

Horen niet ten principale dergelijke bijzondere vormen van zorg te worden gepland door de overheid in plaats van door zorgverzekeraars, die niet opereren vanuit het algemeen maatschappelijk belang van een goede toegankelijkheid, kwaliteit en doelmatigheid van de aangeboden zorg in Nederland?

Nee, dit past niet binnen het huidige gezondheidszorgstelsel. Zo laat het hoofdlijnenakkoord dat ik met ziekenhuizen en zorgverzekeraars heb gesloten, zien dat de veldpartijen hun maatschappelijke verantwoordelijkheid nemen om binnen de randvoorwaarde van een beheerste kostenontwikkeling de kwaliteit en doelmatigheid in de ziekenhuiszorg te verbeteren. In het akkoord is een inhoudelijke agenda afgesproken gericht op selectieve zorginkoop, vermindering van praktijkvariatie, spreiding en specialisatie van ziekenhuisfuncties (bijvoorbeeld ten aanzien van hoogcomplexe zorg).

27 en 28

Hoeveel specialisten hebben de zorgverzekeraars in Nederland in dienst die in staat zijn om de geboden kwaliteit van de PICU's op waarde te schatten?

Zijn zorgverzekeraars in staat om de kwaliteit van PICU's in academische ziekenhuizen te beoordelen? Zo ja, hoe?

Elke verzekeraar heeft een staf met medische adviseurs die kennis en deskundigheid hebben om vast te kunnen stellen dat de te contracteren zorg van goede kwaliteit is. Dat geldt ook voor de PICU-zorg. Het is mij niet bekend hoeveel specialisten bij de verzekeraars werkzaam zijn.

29

Leidt de uittocht van PICU's uit het WBVM-regime niet tot een ongewenste concentratie dan wel deconcentratie van financieel-strategische motieven van individuele ziekenhuizen?

Voor de beantwoording van deze vraag verwijs ik u naar mijn antwoord op vraag 25.

30

Vindt het kabinet dat alle 8 academische ziekenhuizen een PICU nodig hebben? Zo neen, kunt u dit toelichten?

De IC is een ondersteunende afdeling en volgend bij het zorgaanbod van ziekenhuizen. Bij een zorgaanbod van een UMC met complexe behandelingen bij kinderen, behoort onlosmakelijk ook de mogelijkheid om IC-zorg te bieden.

31

Wat is het standpunt van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) met betrekking tot de PICU's? Vindt de NVZ dat ook een aantal topklinische ziekenhuizen een PICU zou kunnen en mogen ontwikkelen?

Het is mij niet bekend dat het NVZ hierover een standpunt heeft ingenomen.

32

Zijn de veldnormen van de NVK inzake de PICU al beschikbaar? Zo neen, hoe kan dan intrekking van de beleidsvisie per 1 januari 2012 plaatsvinden? Als de veldnormen er zijn, wat is dan de juridische status van deze veldnormen?

Ja, de veldnormen zijn uiterlijk begin 2012 bij de NVK opvraagbaar.

33

Vindt het kabinet dat ook algemene ziekenhuizen een PICU moeten kunnen hebben? Zo ja, kan de minister dit toelichten?

Voor het antwoord op deze vraag verwijs ik u naar mijn antwoord op vraag 24.

34

Wat is het standpunt van de Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (NPCF)? Vreest zij niet een afnemende toegankelijkheid wanneer de centrale regulering van overheidswege wegvalt?

Het is mij niet bekend dat de NPCF hierover een standpunt heeft ingenomen.

35

Hoe en door wie wordt de voorgenomen uitstroom uit de WBVM gemonitord? Ligt er een monitoringsvoorstel? Zo neen, wil de minister dit dan regelen? Zo neen, waarom niet?

Toezicht op IC-zorg voor kinderen maakt onderdeel uit van het regulier toezicht op ziekenhuizen. Dat wil zeggen dat de IGZ actief vragen stelt of onderzoek doet wanneer hier op grond van meldingen, indicatoren of andere signalen reden toe is. Een specifieke follow-up maakt geen onderdeel uit van het meerjarenplan van de IGZ. De IGZ acht regulier toezicht afdoende.

Hoe is de financiering nu geregeld? Hoe zal de financiering zijn geregeld na uitstroom uit de WBMV? Is dit adequaat geregeld bij deze zeer dure vorm van zorg?

Tot einde van dit jaar ontvangen de PICU's een specifieke vergoeding voor de PICU-zorg. Per 2012 is de PICU-zorg opgenomen in zogenaamde «add-ons». Add-ons kunnen naast de DBC-zorgproducten worden gedeclareerd. De add-ons zitten in het gereguleerde segment en kennen een maximumtarief. De tarieven zijn gebaseerd op de huidige vergoedingen en zijn onlangs door DBC-Onderhoud herijkt op basis van kostprijsanalyse.