

**2009D58831**

**29 248**

**Invoering Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's)**

**NADER VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG**

Vastgesteld ... 2009

In de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport bestond er bij enkele fracties behoefte een aantal nadere vragen en opmerkingen voor te leggen aan de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de brieven van 14 oktober 2009 en 26 oktober 2009 inzake ziekenhuisverplaatste zorg met ingang van 2010 (29 248, nr. 102 en 104).

De op 24 november 2009 toegezonden vragen en opmerkingen zijn met de door de staatssecretaris bij brief van ... 2009 toegezonden antwoorden hieronder afgedrukt.

De voorzitter van de commissie,  
Smeets

Adjunct-griffier van de commissie,  
Sjerp

**I. Vragen en opmerkingen vanuit de fracties****II. Reactie van de staatssecretaris****I. Vragen en opmerkingen vanuit de fracties****Vragen en opmerkingen van de CDA-fractie**

De leden van de CDA-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van het verslag van het schriftelijk overleg ziekenhuisverplaatste zorg (29 248, nr. 102) en de brief inzake voorhang bekostiging ziekenhuisverplaatste zorg met ingang van 2010 (29 248, nr. 104). Genoemde leden willen nog enige verduidelijkende vragen stellen over beide brieven. Naar aanleiding het verslag schriftelijk overleg inzake bekostiging ziekenhuisverplaatste zorg met ingang van 2010, stellen zij de volgende vragen, te weten:

1. In de brief van 30 juni jl. heeft de staatssecretaris verwezen naar het onderzoek door de genoemde commissie. Wanneer is daar meer over bekend en wat zijn de vastgestelde kaders waarbinnen zij het onderzoek doen. Wanneer is de uitslag bekend naar de situaties voor kinderen van de commissie Intensieve Kindzorg?
2. Kan de staatssecretaris naar aanleiding van het verslag een toelichting geven waarom er bij ernstig zieke kinderen sprake is van een meer complexe situatie dan bij volwassenen?
3. Deelt de staatssecretaris de mening dat het systeem zo zou moeten zijn dat er voor kinderen geen aparte status nodig is?
4. Wanneer is er sprake van een situatie «medisch uitbehandeld»?
5. Behouden mensen, ook binnen de Zorgverzekeringswet (Zvw) keuzevrijheid? Kunnen zij kiezen voor een persoonsgebonden budget (pgb)? Zo nee, voorziet de staatssecretaris in een overgangsregeling? Naar aanleiding van de brief inzake de voorhang bekostiging ziekenhuisverplaatste zorg met ingang van 2010, stellen genoemde leden de volgende vragen, te weten:
6. Wordt bij de regeling van de bekostiging van ziekenhuisverplaatste zorg voor de invulling gekozen die het minste administratieve lasten met zich meebrengt?
7. Wanneer zal de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) binnen de Zvw een afzonderlijke WMG-prestatie «Verpleging in de thuisituatie, noodzakelijk in verband met medisch specialistische zorg» met bijbehorende tarief vaststellen?
8. Zijn alle reguliere eisen vanuit kwaliteit (IGZ) en bedrijfsvoering (kunnen declareren, AO/IC, enz.) één op één te kopiëren naar de ziekenhuisverplaatste zorg?

**Vragen en opmerkingen van de PvdA-fractie**

De leden van de PvdA-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van de brief van de staatssecretaris inzake de bekostiging van de ziekenhuisverplaatste zorg/verpleging die noodzakelijk is in verband met de medisch specialistische zorg. In lijn met het SER-advies over de toekomst van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) zijn deze leden van mening dat de overheveling van AWBZ naar de Zorgverzekeringswet de kwaliteit van de zorgketen kan verbeteren. Deze leden hebben echter nog enkele vragen en opmerkingen.

Genoemde leden vragen of de zorgketen, van behandeling binnen een zorginstelling tot ondersteuning met verpleging of hulpmiddelen buiten de zorginstelling, voldoende ondersteund wordt door de nieuwe financieringsstructuur (de WMG-prestatie). In de brief wordt enkel toegelicht dat de zorgverzekeraar een zorgplicht heeft en zorg bij

verschillende aanbieders kan inkopen. Een gevolg zou kunnen zijn dat de zorgaanbieder vrij is de patiënt te ontslaan waarna de zorgverzekeraar een oplossing moet vinden. Deze leden vragen of het juist is dat de continuïteit van zorg door deze onduidelijke verantwoordelijkheidsverdeling mogelijk onder druk kan komen te staan. Voorts vragen zij op welke manier en specifiek welke speler, zorgaanbieder of zorgverzekeraar, verantwoordelijk wordt gemaakt voor de betaling van hulpverlening buiten het ziekenhuis. Hoe zorgt men dat de kwaliteit van de zorgketen voorop komt te staan?

Is het waar dat het in sommige gevallen voorkomt dat zorgaanbieders de extra verpleging en hulpmiddelen niet voor hun patiënten kunnen betalen, terwijl zorgverzekeraars de rekening voor ziekenhuisverplaatste zorg toch bij de zorgaanbieders leggen? Indien dit het geval is, dan kan dit mogelijk leiden tot een prikkel voor zorginstellingen om intramuraal blijven behandelen. Wordt deze perverse prikkel herkend? Wie is op dit moment in de boven beschreven situatie verantwoordelijk voor de betaling van ziekenhuisverplaatste zorg? Indien hier onduidelijkheid over bestaat, is de staatssecretaris voornemens om dit op te lossen?

De leden van de PvdA-fractie begrijpen dat de Ziekenfondswet in 2003 aangepast is, zodat het verbod op financiering van extramurale behandeling door intramurale instelling werd opgeheven. Zo werd de mogelijkheid gecreëerd om ziekenhuisverplaatste zorg uit het intramurale budget te betalen. In de huidige Zorgverzekeringswet zou dat betekenen dat het ziekenhuis met de zorgverzekeraar afspraken kan maken over de prijs van de diagnose behandel combinatie, uitgespitst naar intramurale en extramurale zorg. Deze leden willen graag weten wat de voor- en nadelen zijn voor de patiënt, voor de zorgaanbieder, voor de zorgverzekeraar bij bekostiging van extramurale zorg uit het intramurale budget. Op het moment dat de WMG-prestatie door thuiszorgorganisaties wordt aangeboden, wat zijn dan de gevolgen voor de samenhang binnen de zorgketen?

## **II. Reactie van de staatssecretaris**