

Vergaderjaar 2009–2010

29 248

Invoering Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's)

Nr. 108

AANVULLEND VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG

Vastgesteld 21 december 2009

In de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport¹ bestond er bij enkele fracties behoefte een aantal aanvullende vragen en opmerkingen voor te leggen aan de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de antwoorden van de staatssecretaris in het op 16 oktober 2009 vastgestelde schriftelijk overleg over Bekostiging ziekenhuisverplaatste zorg met ingang van 2010 (kamerstuk 29 248, nr. 102). Bij deze aanvullende vragen en opmerkingen heeft de commissie tevens de brief van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 26 oktober 2009 betrokken (kamerstuk 29 248, nr. 104).

De op 24 november 2009 toegezonden vragen en opmerkingen zijn met de door de staatssecretaris bij brief van 18 december 2009 toegezonden antwoorden hieronder afgedrukt.

De voorzitter van de commissie,
Smeets

Adjunct-griffier van de commissie
Sjerp

¹ Samenstelling:

Leden: Van der Vlies (SGP), Willemse-van der Ploeg (CDA), De Vries (CDA), Kant (SP), Ferrier (CDA), ondervoorzitter, Joldersma (CDA), Smilde (CDA), Van Miltenburg van (VVD), Smeets (PvdA), voorzitter, Timmer (PvdA), Schippers (VVD), Koşer Kaya (D66), Schermers (CDA), Wolbert (PvdA), Bouwmeester (PvdA), Van Gerven (SP), Zijlstra (VVD), Ouwehand (PvdD), Leijten (SP), Agema (PVV), Van der Veen (PvdA), Wiegman-van Meppelen Schepink (CU), Sap (GL), De Roos-Consemulder (SP) en Harbers (VVD).

Plv. leden: Van der Staaij (SGP), Uitslag (CDA), Ormel (CDA), Van Velzen (SP), Atsma (CDA), Aasted-Madsen-van Stiphout (CDA), Vietsch (CDA), Verdonk (Verdonk), Van Dijken (PvdA), Arib (PvdA), Dezentjé Hamming-Bluemink (VVD), Van der Ham (D66), Omtzigt (CDA), Vermeij (PvdA), Heerts (PvdA), Langkamp (SP), De Krom (VVD), Thieme (PvdD), Luijben (SP), De Mos (PVV), Gill'ard (PvdA), Ortega-Martijn (CU), Halsema (GL), De Wit (SP) en Neppéus (VVD).

I. Vragen en opmerkingen vanuit de fracties	2
II. Reactie van de staatssecretaris	3

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 de minste administratieve lasten met zich meebrengt?
7. Wanneer zal de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) binnen de Zvw een afzonderlijke WMG-prestatie «Verpleging in de thuissituatie, noodzakelijk in verband met medisch specialistische zorg» met bijbehorend 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 financieeringsstructuur (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

De CDA-fractie vraagt naar de planning en kaders voor de commissie bekostiging Intensieve Kindzorg. De commissie dient te adviseren over de wijze waarop de zorg aan ernstig zieke kinderen in de toekomst geborgd kan worden. Tot deze borging behoort zowel de kwaliteit, als de bekostiging van deze zorg. Dit is eveneens de kaderstelling voor de commissie. De commissie heeft gepland eind maart 2010 te kunnen rapporteren. Tevens wilde de CDA-fractie weten waarom bij ernstig zieke kinderen sprake is van een meer complexe situatie dan bij volwassenen. Dit is omdat het ziekenhuis voor kinderen in die situatie geen adequate opvang is. Daardoor zijn bijzondere voorzieningen ontstaan, die voorzien in de leemte die bestaat omdat voor kinderen geen opvang beschikbaar is, vergelijkbaar met verpleeghuizen voor volwassenen. Dat dit zo is komt aan de ene kant doordat het een kleine groep betreft, terwijl aan de andere kant kinderen een bijzondere benadering behoeven.

Ook vraagt de CDA-fractie of ik van mening ben dat het systeem zo zou moeten zijn dat er voor kinderen geen aparte status nodig is. Ik ben daarbij van mening dat de zorgvraag zo dient te worden geaccommodeerd dat de kwaliteit en de doelmatigheid geborgd zijn. Bij deze groep van kinderen is daarvan nu geen sprake. Voor het antwoord op de vraag of er voor deze kinderen een aparte status nodig is, wacht ik vooralsnog de rapportage van de commissie af.

Het CDA vraagt wanneer er sprake is van een situatie «medisch uitbehandeld». In deze situatie wordt met «uitbehandeld» bedoeld op patiënten voor wie verblijf in het ziekenhuis niet langer noodzakelijk is, maar nog wel verpleging thuis onder verantwoordelijkheid van een specialist aan de orde is. Het gaat immers om ziekenhuisverplaatste zorg.

Het CDA vraagt of mensen, ook binnen de Zorgverzekeringswet (Zvw) keuzevrijheid behouden. Het antwoord daarop luidt positief, ook bij de in de Zvw betaalde zorg is er vrije artskeuze. In de Zvw is geen sprake van een PGB in de vorm zoals in de AWBZ. Wel is in de Zvw sprake van de mogelijkheid van restitutie. De zorgverzekeraar kan ook voorschotten verlenen op restitutie. Daarmee ontstaat voor de verzekerde een situatie die overeenstemt met een persoonsgebonden budget. Dit is echter de verantwoordelijkheid van de eigen zorgverzekeraar van de betrokken verzekerde.

Het CDA vraagt of bij de regeling van de bekostiging van ziekenhuisverplaatste zorg de invulling wordt gekozen die het minste administratieve lasten met zich meebrengt? Het antwoord op deze vraag luidt positief. Zorgverzekeraars Nederland heeft aangegeven het Zvw-declaratieproces zo eenvoudig mogelijk vorm te geven. Daarom is ook aansluiting gezocht bij de prestatie-omschrijving en de tarifiering zoals die voor de AWBZ-verpleging is geregeld. Tussen Zorgverzekeraars Nederland en Actiz is hierover contact.

In reactie op de vraag van het CDA naar wanneer de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) binnen de Zvw een afzonderlijke WMG-prestatie «Verpleging in de thuissituatie, noodzakelijk in verband met medisch specialistische zorg» met bijbehorende tarief zal vaststellen, kan ik aangeven dat de NZa dit jaar het tarief zal vaststellen.

Tot slot vraagt het CDA of de reguliere eisen vanuit kwaliteit (IGZ) en bedrijfsvoering (kunnen declareren, AO/IC, enz.) één op één te kopiëren zijn naar de ziekenhuisverplaatste zorg. De kwaliteitseisen die gelden voor extramurale verpleging, worden niet bepaald door de vorm van bekostiging. Deze blijven derhalve van kracht. Voor wat betreft de bedrijfsvoering gelden de eisen die in het kader van de Zvw worden gesteld, ook voor de aanbieders van deze verpleegkundige zorg.

De leden van de PvdA-fractie 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). De PvdA fractie verwijst naar mijn eerdere brief waarin wordt 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.

De ziekenhuisverplaatste zorg / verpleging die noodzakelijk is in verband met medisch specialistische zorg die door de thuiszorgorganisaties wordt geleverd, wordt tot 2010 betaald ten laste van de AWBZ. Nu is het zo dat als een ziekenhuis een patiënt ontslaat, het zorgkantoor de zorgplicht heeft. Vanaf 2010 ligt dit anders. Doordat de bekostiging van deze verpleging met ingang van 2010 in de Zvw is vormgegeven, heeft de zorgverzekeraar waarbij de patient is verzekerd ook de mogelijkheid om deze zorg te contacteren en daarmee te voldoen aan de zorgplicht om de verpleging in te kopen. Dit is een van de uitgangspunten van de Zvw. Vanuit het perspectief van de patiënt is sprake van een eenvoudiger situatie omdat het zorgkantoor geen rol meer speelt.

Voorts vraagt de PvdA fractie 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? De zorgverzekeraar is hiervoor verantwoordelijk. Hij zal ook hierover afspraken moeten maken met zorgaanbieders.

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 te 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?

Met de bekostiging van de ziekenhuisverplaatste zorg / verpleging die noodzakelijk is in verband met medisch specialistische zorg met ingang van 2010 wordt de in eerdere brieven toegelichte «witte vlek» tussen de AWBZ en de Zvw weggenomen. Dat is gedaan door een aparte WMG-prestatie met het oog op het verlenen van verpleging in het kader van de Zvw te definiëren die door meerdere partijen (ziekenhuis, thuiszorg, eerste lijn) aangeboden kan worden. De zorgverzekeraar is verantwoordelijk voor de inkoop en de betaling van deze zorg, zowel de intramurale als de extramurale zorg. De prikkels zijn zo vormgegeven dat patiënten niet onnodig lang in het ziekenhuis blijven. De DBC's waarmee intramurale ziekenhuiszorg wordt bekostigd, bevatten een prikkel om het aantal ligdagen te beperken. Bovendien is verblijf in het ziekenhuis duurder dan extramurale verpleging, dus ook de zorgverzekeraar heeft een prikkel om indien dat verantwoord is, patiënten extramuraal te laten verplegen.

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?

De Ziekenfondswet is in 2003 niet aangepast. Wel heeft een nadere interpretatie plaatsgevonden van de verpleging die ten laste van de AWBZ kan worden gefinancierd en die ten laste van de Ziekenfondswet en de andere ziektekostenverzekeringen dient te worden gebracht.

Ik neem daarom aan dat de leden van de PvdA-fractie doelen op een situatie die een belangrijke verandering betekende in de afbakening tussen de AWBZ en de Ziekenfondswet. Het gaat dan om een situatie in Zuid-Limburg, waarbij ziektekostenverzekeraars, ziekenfondsen, ziekenhuis en de thuiszorg afspraken dat patiënten eerder het ziekenhuis zouden kunnen verlaten, ook als er op dat moment nog specialistische zorg nodig was. Het ging hierbij om patiënten bij wie de behandelend specialist had vastgesteld dat voortgezet ziekenhuisverblijf niet langer noodzakelijk was, mits de patiënt thuis adequate verpleging zou ontvangen. Met de thuiszorg werd afgesproken dat de thuiszorg deze verpleging in de thuissituatie zou leveren. Vervolgens ontstond de vraag of het terecht was dat deze «ziekenhuisverplaatste» zorg ten laste van de AWBZ zou plaatsvinden.

Het College voor zorgverzekeringen en de toenmalige toezichthouder, het College van toezicht op de zorgverzekeringen waren de mening toegedaan dat het hier niet ging om zorg die ten laste van de AWBZ diende te worden gefinancierd, maar om ziekenhuisverplaatste zorg ten laste van de Ziekenfondswet als onderdeel van de zorg door of vanwege een ziekenhuis. Op dat moment bestond nog budgetfinanciering van de ziekenhuiszorg, zodat ook ziekenhuiszorg buiten de muren van het ziekenhuis daaruit kon worden bekostigd. Inmiddels is de budgetfinanciering van ziekenhuizen vervangen door DBC-financiering. De DBC's zijn vooral bedoeld voor intramurale ziekenhuiszorg.

Ik heb vanwege dat uitgangspunt gekozen voor een afzonderlijke prestatie en een afzonderlijk tarief en dus niet een DBC-tarief. Ook was belangrijk dat het wenselijk is om de bekostiging zo in te richten dat er geen fricties ontstaan tussen de AWBZ en de Zvw. Immers, zorgaanbieders moeten door de keuzen van het bekostigingssysteem niet extra lasten krijgen. Door bij AWBZ-verpleging en bij Zvw-verpleging uit te gaan van dezelfde systematiek, wordt die extra last voorkomen. Voor de patiënt betekent deze keuze dat hij optimale vrijheid heeft in de keuze van de zorgaanbieder. De bekostiging van de verpleging is namelijk niet gekoppeld aan de zorgaanbieder. Daardoor kan de zorgverzekeraar bij die zorgaanbieder de verpleging inkopen die het best tegemoet komt aan de keuzen van zijn verzekerden, die uit oogpunt van kwaliteit en doelmatigheid het beste presteert en die ook bereid is mee te werken aan het bieden van samenhangende zorg binnen de zorgketen. Daarmee kan de zorgverzekeraar ook optimaal gebruik maken van de mogelijkheden die de Zvw biedt om te komen tot zo goed mogelijke zorg.