

Vergaderjaar 2012–2013

29 248

Invoering Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's)

Nr. 239

Ontvangen ter Griffie op 2 oktober 2012.

Het besluit tot het doen van een aanwijzing kan niet eerder worden genomen dan op 1 november 2012.

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal
Den Haag, 1 oktober 2012

Met deze brief informeer ik u, conform artikel 8 van de Wet marktordening gezondheidszorg (WMG) over mijn voornemen tot het geven van een aanwijzing aan de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) op grond van artikel 7 van de Wet marktordening gezondheidszorg (WMG) over de invoering van een nieuwe vorm van bekostiging voor zorg verleend door epilepsiecentra en longrevalidatie-instellingen. Het doel hiervan is een gelijk speelveld te creëren met ziekenhuizen en andere categorale instellingen. Het betreft alleen de ingevolge de Zorgverzekeringswet verzekerde zorg; zorg waarop aanspraak bestaat ingevolge de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten blijft buiten beschouwing.

Ik zal tot het geven van de aanwijzing niet eerder overgaan dan nadat dertig dagen zijn verstreken na verzending van deze brief. Indien van de zijde van de Kamers der Staten-Generaal geen vragen zijn gesteld zal ik de aanwijzing aan de NZa zo spoedig mogelijk na die periode doen uitgaan. Indien van de zijde van een der Kamers wel vragen zijn gesteld zal ik die beantwoorden en daarna – afhankelijk van de vragen – de aanwijzing aan de NZa zo spoedig mogelijk doen uitgaan. Van de vaststelling van de aanwijzing wordt mededeling gedaan in de Staatscourant.

Achtergrond

Epilepsiecentra en longrevalidatie-instellingen worden vanwege historische redenen op dit moment anders bekostigd dan ziekenhuizen. Ik acht dit onwenselijk omdat deze instellingen zorg leveren die vergelijkbaar is met medisch specialistische zorg verleend in ziekenhuizen en met andere categorale zorg en er daarmee geen gelijk speelveld is. In een eerder stadium is reeds afgesproken dit verschil op te heffen zodra aan een aantal voorwaarden wordt voldaan. Dit is ook benoemd in de brief «Zorg die loont» en – specifiek voor de epilepsiesector – in de brief «verlenging experiment epilepsie»¹. Uitgangspunt is een stabiele productstructuur die

¹ Kamerstukken II 2011/12, 29 248, nr. 220

eenzelfde bekostiging als voor de zorg verleend in ziekenhuizen geldt mogelijk maakt. In 2011 waren de zorgproducten nog onvoldoende stabiel en was de gangbare DBC-systematiek nog niet één op één toepasbaar voor de sectoren longrevalidatie en derdelijns epilepsiezorg.

Inmiddels is de ontwikkeling van de DBC's voor epilepsiezorg en complex chronisch longfalen in een afrondende fase. Ik ben dan ook voornemens om voor die zorg eenzelfde bekostigingssysteem in te voeren als nu voor de medisch specialistische zorg in ziekenhuizen en andere categorale instellingen geldt, opdat daarmee zoveel als mogelijk een gelijk speelveld ontstaat. Ik heb de NZa hierover advies gevraagd. Zij heeft alle betrokken partijen geconsulteerd, zowel epilepsiecentra en longrevalidatie-instellingen als zorgverzekeraars. De uitkomst daarvan treft u in de bijlage aan *). Partijen zijn voorstander van bekostiging op basis van zorgproducten en zien graag dat de uitzonderingspositie wordt beëindigd..

Epilepsiezorg

Tot en met 2012 zijn de twee zelfstandige epilepsiecentra onderdeel van een experiment. Deze centra hebben zich ingezet om te komen tot een passende productstructuur die recht doet aan het specifieke karakter van derdelijns epilepsiezorg. Met het experiment is de noodzakelijke ruimte gecreëerd om voor deze specifieke zorg en patiënten zorgproducten te ontwikkelen. De nieuwe zorgproducten bieden de mogelijkheid beter in te spelen op de veranderende zorgvraag met betrekking tot deze specifieke epilepsiezorg. Onder regie van een stuurgroep¹ zijn door DBC Onderhoud in samenwerking met de epilepsiecentra zodanige prestatiebeschrijvingen ontwikkeld dat deze ook stabiel en inpasbaar zijn in een systeem van bekostiging op basis van DBC-zorgproducten. Het experimentkarakter zat in het feit dat alleen deze twee epilepsiecentra de desbetreffende prestatiebeschrijvingen mogen hanteren en dat de bekostiging is gebaseerd op lumpsumbedragen.

De twee belangrijkste eisen voor de beoordeling door de NZa van de prestatiebeschrijvingen en de productstructuur zijn dat (1) vergelijkbare zorg is ondergebracht in hetzelfde product ongeacht de plaats waar deze wordt verleend, en (2) de gedefinieerde zorgproducten medisch herkenbaar zijn en voldoende houvast geven voor de zorginkoop. De nieuwe productstructuur waar de afgelopen jaren aan is gewerkt voldoet aan deze twee eisen. In het veld wordt deze opvatting gedeeld. Ik heb er dan ook vertrouwen in dat de prestatiebeschrijvingen dusdanig ver ontwikkeld zijn, dat in 2013 prestatiebekostiging kan worden ingevoerd voor derdelijns epilepsiezorg. Het experiment loopt per 2013 definitief af. Dat betekent ook dat de derdelijns epilepsiezorg niet meer is voorbehouden aan de twee experimenterende instellingen.

Longrevalidatie

Longrevalidatie betreft zorg bij complex chronisch longfalen. In 2012 is gestart met gebruik van DBC-zorgproducten ter declaratie van deze zorg. Drie van de zes zelfstandige instellingen voor longrevalidatie leveren alleen deze zorg, de overige drie leveren een gemengd zorgaanbod. Bij twee daarvan wordt naast longrevalidatie ook medisch specialistische revalidatie aangeboden. De derde instelling heeft een gemengd aanbod met tweedelijns longgeneeskunde. Vanwege één integraal budget voor het gehele zorgaanbod van laatstbedoelde instellingen en omdat uitsplitsing daarvan naar dat gemengde zorgaanbod niet mogelijk was, werd besloten de zes zelfstandige instellingen voor longrevalidatie voor het totale zorgaanbod in 2012 nog niet over te laten gaan op prestatiebekostiging. Inmiddels is de productstructuur voor complex chronisch

¹ De stuurgroep epilepsie onder voorzitterschap van VWS bestaat uit: NVZ, NZa, ZN, NVN, DBC onderhoud en beide epilepsie-instellingen

longfalen dusdanig ver ontwikkeld dat ook deze zorg in 2013 naar prestatiebekostiging over kan gaan, zodat geen onderscheid meer wordt gemaakt naar de verschillende zorgaanbieders die deze zorg kunnen leveren. Daarmee is dan voor alle zorg die deze instellingen leveren prestatiebekostiging mogelijk. De longrevalidatie-instellingen hebben aangegeven belang te hechten aan een evaluatiemoment na een jaar. Gezien de achtergrond van deze instellingen kan ik me dat voorstellen. Ik zal de NZa dan ook vragen om deze sector goed te volgen in het kader van de marktscan.

Tariefsoort

De DBC-zorgproducten van epilepsie zijn geplaatst in het neurologiedeel van de DOT-productstructuur. De zorg die ziekenhuizen leveren ten behoeve van volwassenen is al in het vrije segment geplaatst. De instellingen die meededen aan het experiment voor epilepsiecentra krijgen vanaf 2013 hetzelfde type bekostiging voor de epilepsiezorgproducten met vrije tarieven. Daarnaast hebben deze instellingen in 2013 de mogelijkheid om ook andere producten uit het neurologiedeel van de productstructuur af te spreken en te declareren. Hierdoor hebben zowel ziekenhuizen als epilepsiecentra dezelfde producten om te declareren en is het niet meer relevant in welk type instellingen de zorg geleverd wordt. Daarmee is sprake van een gelijk speelveld.

Eenzelfde verhouding tussen ziekenhuizen en instellingen die longrevalidatie aanbieden is op dit moment nog niet mogelijk. De DBC-zorgproducten voor complex chronisch longfalen kunnen tot nu toe alleen gedeclareerd worden door longrevalidatie-instellingen. Omdat onduidelijk is wat de gevolgen zijn van de nieuwe productstructuur zal de mogelijkheid deze producten te declareren ook in 2013 beperkt zijn tot longrevalidatie-instellingen. Voor de DBC's voor complex chronisch longfalen zal zodoende in 2013 het gereguleerde segment met maximumtarieven gelden. In afwachting van nadere politieke besluitvorming blijft het perspectief voor het vrije segment daarbij wel bestaan.

Transitiemodel

Om voor epilepsiecentra en longrevalidatie-instellingen een gelijk speelveld te creëren met de ziekenhuizen wil ik een overgangsfase waarin de systeemrisico's van de overstap op prestatiebekostiging zoveel mogelijk worden gedempt. Als uitgangspunt hanteer ik het transitie-model zoals dit ook voor de instellingen voor medisch specialistische zorg en voor overige categorale instellingen geldt; daarbij heb ik een periode van twee jaar voor ogen. Het verschil tussen de schaduwomzet op basis van het (functie)gericht budget en de DOT-omzet vormt daarin het eenmalig vast te stellen transitiebedrag, dat dient als basis voor de berekening van het verrekenbedrag. Positieve of negatieve verschillen ten opzichte van de schaduwomzet zullen worden afgedragen aan, respectievelijk worden aangevuld vanuit het Zorgverzekeringsfonds. In 2013 zal daarvoor een verrekenpercentage gelden van 95 procent en in 2014 van 70 procent. Indien de verrekening leidt tot betaling uit het Zorgverzekeringsfonds, zal daartoe het wettelijke instrument beschikbaarheidsbijdrage als bedoeld in artikel 56 a WMG worden ingezet.

Kapitaallasten

De overgangsregeling kapitaallasten van ziekenhuizen en overige categorale instellingen wordt zoveel mogelijk van overeenkomstige toepassing voor epilepsiecentra en longrevalidatie-instellingen. De

overgangsregeling bestaat uit een regeling voor de zogenaamde immateriële activa en een garantieregeling voor de overige (tot 2008 vergunningplichtige) kapitaallasten.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E. I. Schippers

*) Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer