

Vergaderjaar 2008–2009

29 248

Invoering Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's)

31 322

Kinderopvang

Nr. 96

BRIEF VAN DE STAATSSECRETARIS VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 30 juni 2009

1. Aanleiding

Op 23 december 2008 heb ik u een «spoorboekje» doen toekomen ten behoeve van de bekostiging van ziekenhuisverplaatste zorg/verpleging die noodzakelijk is in verband met medisch specialistische zorg, met ingang van 2010 (31 322, nr. 51). In deze brief heb ik tevens toegezegd dat ik de Tweede Kamer in juni 2009 zou informeren omtrent de stand van zaken op dat moment. Door middel van deze brief kom ik deze toezegging na. Allereerst schets ik de aard van het vraagstuk. Vervolgens beschrijf ik de wijze waarop verpleging die noodzakelijk is in verband met medisch specialistische zorg met ingang van 2010 bekostigd zal worden. Ook ga ik in op de relatie tussen bekostiging van medisch specialistische verpleging, farmacie en hulpmiddelen. Ten behoeve van de zorg die verpleegkundig kinderdagverblijven en de kinderspices leveren is sprake van een meer complexe situatie waarvoor ik een aparte aanpak heb vormgegeven. Tot slot beschrijf ik de vervolgstappen.

2. Problematiek bekostiging verpleging ivm medisch specialistische zorg

In mijn brief van eind 2008 heb ik de aard van de problematiek van de bekostiging van ziekenhuisverplaatste zorg/verpleging die noodzakelijk is in verband met medisch specialistische zorg reeds geschetst. In 2007 heeft verduidelijking in CIZ-beleidsregels plaatsgevonden, waardoor duidelijk werd dat de zgn. ziekenhuisverplaatste zorg, en dan specifiek de verpleging die noodzakelijk is in verband met medisch specialistische zorg geen onderdeel uitmaakt van de AWBZ-indicaties. Dit is in beginsel ook juist omdat het om curatieve zorg gaat en niet om AWBZ-zorg. Deze verduidelijking is wél vormgegeven in de aanspraken en indicatiestelling, maar niet in bekostiging en declaratie waardoor een «witte vlek» in het systeem was ontstaan. De overheid is verantwoordelijk voor het functioneren van het zorgsysteem. Als systeemverantwoordelijke heb ik eind 2008 dan ook

aangegeven dat ik zou voorkomen dat als gevolg van deze «witte vlek» discontinuïteit in de zorgverlening zal ontstaan en hoe ik deze witte vlek zou aanpakken door middel van het aflopen van een «spoorboekje».

In deze brief wordt aangegeven hoe de bekostiging van verpleging die noodzakelijk is in verband met medisch specialistische zorg wordt vormgegeven met ingang van 2010. Dit wordt gedaan op een wijze die aansluit op de bestaande wet- en regelgeving, en uitsluitend betrekking heeft op de reeds genoemde «witte vlek». Daarnaast is echter ook het volgende belangrijk. Juist verpleging is een voornamelijk samenbindend element tussen langdurige zorg, welzijn, eerste lijn, en ziekenhuiszorg. Diverse van de verpleegkundige handelingen in het kader van ziekenhuisverplaatste zorg hebben (soms) betrekking op zorg aan chronisch zieken, vinden soms bij patiënten/cliënten thuis plaats, soms in een verpleeghuis en soms in het ziekenhuis. Tegelijkertijd is het belangrijk dat de zorg waar dat kan op wijkniveau, dicht bij de patiënt, wordt vormgegeven. In elk geval voor de patiënt/cliënt moet er een zo veel mogelijk vloeiende lijn in de zorgverlening zijn, terwijl voor de professional zo min mogelijk sprake is van (ervaren) verdeeldheid over meerdere stelsels en/of bekostigingsregime's. Nu vindt verpleging plaats in de AWBZ en in de Zvw. Eerder is met de Tweede Kamer ook gewisseld (o.a. op het debat over «overheveling Zvw» op 28 mei jl. (30 597, nr. 72)) dat voor de hand ligt om een belangrijk deel van de verpleging onderdeel te laten zijn van de aanspraken en bekostiging in de Zvw. Soms is er echter sprake van langdurige verpleegkundige zorgverlening (meer dan een jaar, voor deze groep is destijds het Volledig Pakket Thuis (VPT) vormgegeven), is er feitelijk niet of nauwelijks sprake van betrokkenheid van een medisch specialist of gaat het om heel kwetsbare mensen (zoals chronisch zieke kinderen). In die gevallen kan het wenselijk zijn om naast de mogelijkheid van zorg in natura ook de mogelijkheid van PGB beschikbaar te hebben. Dit laatste omdat mensen zelf hun (langdurige) zorg zoveel mogelijk vorm kunnen geven. Tot slot is soms de afbakening tussen de Zvw en de AWBZ (voor wat betreft verpleging) niet voldoende duidelijk. Ten behoeve van het aflopen van het spoorboekje is een werkgroep samengesteld bestaande uit Actiz, NVZ, ZN, V&VN, NFU, NZa, CIZ, CVZ en VWS (zie hierna). Ik zal deze werkgroep vragen zich nu te richten op juist deze vraagstukken. Hierbij kan het advies over verpleging waaraan het CVZ nu werkt een belangrijke impuls bieden.

3. Tijdelijke oplossing 2009 verpleging i.v.m. medisch specialistische zorg

Aangezien in 2008 al duidelijk was dat adequate bekostiging voor deze zorg niet eerder dan met ingang van 2010 mogelijk was en voorkomen moest worden dat de continuïteit van zorg in het gedrang zou komen, is voor 2009 een tijdelijke oplossing vastgesteld. In deze tijdelijke oplossing wordt, hoewel het om Zvw-zorg gaat, nog gebruik gemaakt van de AWBZ uitvoeringsstructuur. De zorgkantoren hebben de productieafspraken die zij ook in het verleden al maakten met zorgaanbieders verlengd tot eind 2009. In deze tijdelijke oplossing (en daarmee aansluitend op de oplossing 2010) is ervoor gekozen dat deze zorg wordt geïndiceerd door een medisch specialist. Op grond van een indicatie van een medisch specialist mogen de zorgaanbieders (veelal thuiszorgorganisaties) de zorg dan leveren en zorgkantoren kunnen deze dan betalen. Hiertoe heeft de NZa inmiddels een aparte beleidsregel vastgesteld. Aangezien er geen CIZ indicaties zijn, zou dan in beginsel sprake zijn van onrechtmatige uitgaven door de zorgkantoren. Echter, met ZN is afgesproken dat VWS samen met het CVZ, de NZa en ZN beziet op welke wijze geborgd kan worden dat in deze uitzonderlijke situatie toch sprake van is rechtmatige betalingen.

Met deze tijdelijke oplossing wordt de continuïteit van de noodzakelijke zorg geborgd.

4. Bekostiging verpleging i.v.m. medisch specialistische zorg m.i.v. 2010

Voor het ontwikkelen van adequate bekostiging van verpleging, die noodzakelijk is in verband met medisch specialistische zorg met ingang van 2010, is een werkgroep samengesteld bestaande uit Actiz, NVZ, ZN, V&VN, NFU, NZa, ClZ, CVZ en VWS. In deze werkgroep is het spoorboekje dat ik u eind vorig jaar heb doen toekomen afgelopen.

– Afbakening verpleging die noodzakelijk is i.v.m. medisch specialistische zorg

Voor wat betreft de afbakening is aansluiting gezocht bij de duiding van verpleging die noodzakelijk is in verband met medisch specialistische zorg zoals deze door het CVZ is gedefinieerd en aansluit bij de regelgeving. Er is sprake van ziekenhuisverplaatste zorg als een medisch specialist aangeeft dat er bij een verzekerde bepaalde verpleegkundige handelingen geleverd moeten worden en wat die inhouden. Een verpleegkundige bepaalt dat niet zelf en de arts blijft eindverantwoordelijk. Enkele voorbeelden van verpleegkundige handelingen zijn: injecteren, inbrengen sonde of infuus, wondverzorging, decubitusrisico bepalen en drainage van maag/thorax.

Door aan te sluiten op deze bestaande afbakening wordt voorkomen dat de aanspraken in de Zvw of de AWBZ aangepast moeten worden. In de aanspraken van zowel de Zvw, als de AWBZ kunnen dezelfde verpleegkundige handelingen voorkomen. Op het belang van samenhang voor zowel de patiënt/cliënt als de professional ben ik hiervoor al ingegaan.

– Aard van de prestatie

Ten behoeve van adequate bekostiging zal door de NZa een WMG-prestatie met het oog op inkoop en betaling door zorgverzekeraars vastgesteld moeten worden. De vormgeving van deze prestatie, alsmede de vaststelling (in het kader van de Wet beroepen in de gezondheidszorg) van welke zorgaanbieders deze prestatie mogen leveren, is bepalend voor de wijze van de zorgverlening met ingang van 2010. Hierbij speelt het volgende een rol. VWS is doende om het beleid rond chronisch zieken verder vorm te geven, waarbij preventie en cure aan elkaar worden gekoppeld, ook in bekostiging. Diverse van de verpleegkundige handelingen die in het kader van verpleging die noodzakelijk is in verband met medisch specialistische zorg plaatsvinden, hebben (soms) betrekking op zorg aan chronisch zieken. Tegelijkertijd is het belangrijk dat de zorg zo veel mogelijk op wijkniveau, dicht bij de patiënt, wordt vormgegeven. Juist verpleging (thuiszorg) is een voornaam het samenbindend element tussen welzijn, eerste lijn, ziekenhuiszorg en langdurige zorg. Verder is door de V&VN gewezen op het belang om het waar mogelijk is, het beroep van verpleegkundige zelfstandig te positioneren. In de te kiezen bekostigingsvorm moet recht gedaan worden aan het voorgaande, zodat gekomen kan worden tot een toekomstbestendige bekostigingsvorm.

In de werkgroep is bezien op welke wijze de bekostiging plaats kan vinden op een manier die aansluit bij de bestaande bekostigingssystemen (zoals bijvoorbeeld DBCs). Geconstateerd is dat de meest voor de hand liggende optie is dat binnen de Zvw een afzonderlijke WMG prestatie met bijbehorend tarief wordt ontwikkeld. Deze prestatie moet zo worden vormgegeven dat deze afzonderlijk door zorgverzekeraars kan worden ingekocht en betaald, terwijl de relatie tussen de medisch specialist en de

verpleegkundige in stand blijft. Dit laatste is altijd belangrijk, maar zeker in de gevallen waarbij het om medisch gezien ingrijpende zorg gaat en toegang tot de arts snel mogelijk moet kunnen zijn. Een afzonderlijke prestatie bouwt bovendien voort op de tijdelijke oplossing 2009 zoals hiervoor toegelicht.

– *Wie mag deze zorg leveren?*

Het voordeel van een afzonderlijke WMG prestatie is dat deze zowel vanuit het ziekenhuis kan worden aangeboden (hetgeen in medisch ingrijpende gevallen noodzakelijk kan zijn), als door de thuiszorgorganisaties (leeuwendeel). Onderdeel van de Zvw is dat de zorgverzekeraar zorgplicht heeft en voldoende zorg tegen de beste prijs moet inkopen. Het is daartoe belangrijk dat de zorgverzekeraar deze zorg bij meerdere partijen kan inkopen. Het ligt daarom voor de hand meerdere type zorgaanbieders in staat te stellen deze zorg te laten aanbieden. In de rede liggen hierbij de ziekenhuizen en de thuiszorgorganisaties. Wellicht is het ook mogelijk dat deze zorg vanuit de eerste lijn (zorggroepen, vanuit de huisartsenposten) wordt aangeboden. Het ligt niet voor de hand om hier beperkingen aan te brengen. Wel dient er aan de reguliere eisen vanuit kwaliteit (IGZ) en bedrijfsvoering (kunnen declareren, AO/IC, enz) te worden voldaan.

- *Budgettaire omvang*

In de werkgroep is op grond van het beschikbare cijfermateriaal bezien welk bedrag in totaal met verpleging die noodzakelijk is in verband met medisch specialistische zorg samenhangt. Aangezien deze zorg in het veld niet afzonderlijk werd geregistreerd, is dat niet exact af te leiden. Wel kon op basis van CAK gegevens worden berekend dat het om ca. € 37 mln per jaar gaat. In het kader van de tijdelijke oplossing 2009 is afgesproken dat door de zorgkantoren en zorgverzekeraars en zorgaanbieders apart wordt bijgehouden om welk bedrag het in 2009 precies gaat. Voor de hand ligt dat dit bedrag tussen de AWBZ en de Zvw wordt verrekend.

– *Gevolgen voor eigen risico, risico verevening e.d.*

Tot slot zijn in de werkgroep enkele van de meer technische aspecten in beeld gebracht. Geconstateerd is dat deze zorg onderdeel uitmaakt van het basispakket. Het bedrag dat samenhangt met deze zorg is van dien omvang dat er geen aanpassingen nodig zijn in de bekostiging van zorgkantoren, of de risico-verevening voor de zorgverzekeraars. In de AWBZ betalen patiënten een eigen bijdrage voor dit type zorg, maar dat is macro een zeer gering bedrag. In de Zvw valt dit onder het verplicht eigen risico. Het betreft hier zorg die onderdeel uitmaakt van het basispakket.

– *farmacie en hulpmiddelen*

In het kader van het spoorboekje is de verpleging die noodzakelijk is in verband met medisch specialistische zorg uitgewerkt. Dit is een onderdeel van ziekenhuisverplaatste zorg. Andere onderdelen van ziekenhuisverplaatste zorg zijn hulp(waaronder verbandmiddelen) en geneesmiddelen. In de uitleg die het CVZ hieraan geeft, maakt het hulpmiddel onderdeel uit van de prestatie medisch specialistische zorg (pakketadvies 2008). De éénzijdigheid in bekostiging van farmacie, hulpmiddelen en verpleging die noodzakelijk is in verband met medisch specialistische zorg is daarin niet meegenomen. Gezien de samenhang tussen verpleging en de bij verpleging te gebruiken farmacie en hulpmiddelen (ook in relatie tot de verpleeg- en verzorgingshuizen) ligt het voor de hand dit de komende periode uit te werken. Ik vraag de werkgroep ziekenhuisverplaatste zorg dit onderwerp ter hand te nemen en eind van dit jaar met een voorstel te komen.

Resumerend

Op grond van het werk van de werkgroep zal ik de NZa vragen om een WMG prestatie te definiëren zoals hiervoor is aangegeven, die met ingang van 2010 beschikbaar is. De reeds door de NZa vastgestelde beleidsregel 2009 voor de tijdelijke oplossing vormt hiervoor een goede basis. Partijen zoals Actiz, NVZ, ZN, V&VN, NFU zullen deze oplossing met hun achterban communiceren. Tevens zal in de werkgroep worden bezien welke communicatie eventueel verder nodig is.

5. Verpleegkundig kinderdagverblijven en hospices

Zowel vorig jaar als dit jaar is veel contact geweest tussen de uw Kamer en mij over de verpleegkundig kinderdagverblijven (zoals Kiddion en Zigzag) en de kinderspices (zoals Het Lindenhofje). Steeds heb ik daarbij aangegeven dat ik wil voorkomen dat de zorg voor deze ernstig zieke kinderen in het gedrang komt. In mijn brief van eind 2008 had ik reeds aangegeven dat ik het CIZ zou vragen om voor deze zorg weer indicaties af te geven. Hiervoor is inmiddels een procedure vastgelegd. Ambtelijk is bovendien meerdere malen gesproken met de (ons bekende) kinderdagverblijven en hospices. Hiermee is een weg gevonden om te voorkomen dat de zorg aan deze kinderen in het gedrang komt.

Tegelijkertijd moet een toekomstbestendige bekostigingsvorm worden ontwikkeld. De kinderen aan wie de verpleegkundig kinderdagverblijven en hospices zorg leveren, zijn ernstig zieke kinderen. De daarvoor vereiste medische kennis is nog maar een beperkt aantal jaren van dien aard, dat deze kinderen geholpen kunnen worden. Met de verdere ontwikkeling van de medische mogelijkheden van diagnose en behandeling ligt het voor de hand dat deze groep patiënten gaat groeien. De verpleegkundig kinderdagverblijven en hospices zijn veelal kleine organisaties die (dus) ook slechts een beperkt aantal jaren bestaan.

Om tot een toekomstbestendige bekostiging voor deze groep kinderen te komen is een gedegen verkenning nodig, waarbij kennis op het gebied van de zorg, bedrijfsvoering en systemen (Zvw, AWBZ) bij elkaar wordt gebracht en verenigd. Om deze reden stel ik een commissie in die zich de komende maanden hierop zal richten (naast de kinderdagverblijven en hospices ook de aanpalende thuiszorg). Tot de taken van deze commissie behoort de definiëring van de zorg, de afbakening ervan, bepalen van eisen te stellen aan aanbieders (kwaliteit, deskundigheid, bedrijfsvoering). Ook dient de commissie te adviseren in welk zorgsysteem (Zvw of AWBZ) deze zorg het beste past. In de aanspraken is het Zvw-zorg en gezien het medische karakter is daarvoor veel te zeggen. Echter, AWBZ-zorg is naar z'n aard meer vorm te geven naar de keuze van de (in dit geval) ouders van de ernstig zieke kinderen. Dit punt is ook tijdens het AO over Kiddion in Tweede Kamer zo aan de orde geweest. De commissie zal in haar advies aandacht aan deze afweging moeten geven. Op grond van de afweging AWBZ/Zvw zal de commissie ook adviseren over de relevante systeemvragen:

- toegang van patiënten (indicatiestelling)
- aard van de WMG prestatie (enkelvoudig, meervoudig)
- aard en hoogte van het te hanteren tarief (vrije prijs, vast tarief, maximum tarief, minimum tarief, enz).
- relatie met het PGB

De leden van de commissie beschikken over de competenties om deze vragen te beantwoorden. De commissie bestaat uit vier leden die deels kennis hebben van de zorginhoudelijke kant (een kinderarts, iemand met een verpleegkundige achtergrond) als de bedrijfsmatige en systeemkant

(iemand uit de ziekenhuiswereld en iemand uit de zorgverzekeringswereld).

Gezien de aard van de vragen, Met de kinderdagverblijven en hospices is afgesproken dat zij als klankbord voor de commissie zullen fungeren. Uiteraard zal de commissie zich ook verstaan met andere partijen, zoals patiëntenorganisaties, ziekenhuizen, en zorgkantoren/zorgverzekeraars zoals CVZ, CIZ, NZa, IGZ.

Vooralsnog is de planning erop gericht dat de commissie in de eerste maanden van 2010 rapporteert, zodat de aanbevelingen zo veel mogelijk met ingang van 2011 ingevoerd kunnen worden. Tot die tijd blijft de huidige tijdelijke regeling bestaan.

6. Tot slot

Op grond van het werk van de werkgroep zal ik de NZa vragen een WMG prestatie te definiëren in de Zvw voor de verpleging die noodzakelijk is in verband met ziekenhuisverplaatste zorg/verpleging die noodzakelijk is in verband met medisch specialistische zorg. De NZa beleidsregel voor de tijdelijke oplossing 2009 kan daarvoor de basis vormen. Daarmee wordt «de witte vlek» in het systeem, zoals ik deze eerder benoemde ingevuld. Daarenboven is het belangrijk dat de verpleegkundige zorg zo veel mogelijk op wijkniveau, dicht bij de patiënt, wordt vormgegeven, waarbij er in elk geval voor de patiënt/cliënt een zo veel mogelijk vloeiende lijn in de zorgverlening is en voor de professional zo min mogelijk sprake is van (ervaren) verdeeldheid over meerdere stelsels en/of bekostigingsregimes. Ook is het van belang dat de samenhang in de bekostiging van farmacie en hulpmiddelen met verpleging verder wordt uitgewerkt. De werkgroep ziekenhuisverplaatste zorg zal zich de komende periode over deze vraagstukken buigen.

Tot slot zal ik u op de hoogte houden voor wat betreft de commissie die zich buigt over de borging van de continuïteit van de (verpleegkundige) zorg aan ernstig zieke kinderen.

De staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
M. Bussemaker