

Vergaderjaar 2012–2013

29 248

Invoering Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's)

Nr. 244

VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG

Vastgesteld 3 december 2012

In de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport bestond bij enkele fracties behoefte een aantal vragen ter beantwoording voor te leggen aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de brief van 1 oktober 2012 inzake de voorhang bekostiging epilepsiecentra en longrevalidatie-instellingen (Kamerstuk 29 248, nr.239).

De op 29 oktober 2012 toegezonden vragen zijn met de door de minister bij brief van 30 november 2012 toegezonden antwoorden hieronder afgedrukt.

De voorzitter van de commissie,
Neppérus

De griffier van de commissie,
Teunissen

I.	Vragen en opmerkingen vanuit de fracties	2
II.	Reactie van de minister	4

I. VRAGEN EN OPMERKINGEN VANUIT DE FRACTIES

Vragen en opmerkingen van de SP-fractie

De leden van de SP-fractie hebben met grote teleurstelling kennis genomen over de voorhang met betrekking tot de nieuwe bekostiging van epilepsiecentra en longrevalidatiecentra-instellingen.

Zij zien liever geen overheveling van de gereguleerde tarieven naar een bekostiging van de DBC-systematiek. Zij vragen waarom voor een beperkte kleine groep specialistische zorg een dergelijk ingrijpende bekostigingsmaatregel wordt ingevoerd. Zij maken zich grote zorgen en vinden het bijzonder risicovol om een kleine groep specialistische zorg de markt in te gooien. Zij vragen een reactie waarom het een meerwaarde is dat een kleine groep specialistische zorg moet gaan concurreren. Daarbij willen de leden van de SP-fractie weten of dit niet leidt naar meer zorgverschraling en meer concentratie van deze specialistische zorg. Zij vrezen dat door de voorliggende bekostigingsstructuur het risico op faillissementen toeneemt. Wat gaat de regering eraan doen om dit te voorkomen? Tevens zijn de leden van de SP-fractie benieuwd welke kosten gemoeid zijn met de overgang naar de DBC-systematiek voor de epilepsiecentra en de longrevalidatiecentra. Deze leden hebben grote zorgen of de kwaliteit van zorg behouden blijft door een toename van de productieprikkels. Hoe gaat de regering garanderen dat dit niet verslechtert?

De leden van de SP-fractie constateren dat de minister in het januari-nummer van de Psy aangeeft dat DBC's in de GGZ waardeloos zijn. Deze leden vragen met welke reden de regering de DBC-systematiek door wil zetten in deze zeer gespecialiseerde zorg van kleine omvang, terwijl de regering eerder aangaf dat deze bekostigingssystematiek niet functioneert¹.

Brief regering

De leden van de SP-fractie maken zich er grote zorgen dat de bekostiging van epilepsiezorg in het B-segment wordt geplaatst. Het invoeren van vrije tarieven vergroot ook de kans dat de tarieven stijgen. Genoemde leden willen een garantie van de regering dat de tarieven voor epilepsiezorg niet verhoogd worden. Hoe garandeert de regering dat de zaak niet uit de hand loopt?

Brief Nederlandse Zorgautoriteit (Nza)

De epilepsiecentra hebben drie risico's genoemd ten aanzien van de nieuwe productstructuur. De impact voor 2013 is moeilijk in te schatten, de inzet van medisch specialisten in loondienst komt onvoldoende tot uiting in de vastgestelde honorariumtarieven en het is onzeker of de zorgzwaarte voldoende is meegenomen in de productstructuur. De leden van de SP-fractie wensen een toelichting hoe de regering deze drie risico's denkt weg te nemen.

¹ <http://www.psy.nl/meer-nieuws/dossier/Artikel/minister-schippers-dbc-moeten-eigenlijk-weg/>

Zij constateren dat voor de periode tussen 2013 en 2016 een aflopend garantiepercentage geldt. Zij vrezen dat zorgaanbieders hierdoor meer productie gaan draaien om de omzet op peil te houden. Hoe gaat de regering dit voorkomen?

De longrevalidatie-instellingen vrezen voor de macht van de zorgverzekeraars. Zij kunnen dreigen met tijdelijke toestroom van minder patiënten, omdat de zorg niet acuut is. De leden van de SP-fractie delen deze zorgen. Zij vragen hoe de regering gaat voorkomen dat deze angst gegrond is. Gaat zij de macht van de zorgverzekeraars inperken, zodat mensen de zorg krijgen die nodig is bij acute en niet-acute zorg? Zij vragen een uitgebreide toelichting hierover.

De longrevalidatie-instellingen geven aan dat zij pas gestart zijn met de DBC-systematiek in 2012. Hierdoor is de declaratiestroom nog niet op gang, en is de impact van de nieuwe wijzigingen onduidelijk. De leden van de SP-fractie willen weten in hoeverre dit gemonitord wordt, en of er in de tussentijd maatregelen gewijzigd kunnen worden om eventuele financiële problemen en/of faillissementen tegen te gaan.

Vragen en opmerkingen van de CDA-fractie

De leden van de CDA-fractie onderschrijven het doel dat de minister omschrijft als het creëren als een gelijk speelveld voor medisch specialistische zorg tussen ziekenhuizen en andere categorale instellingen. Het gaat uiteindelijk om de zorg die je krijgt, niet per se waar je die krijgt. Wel vinden deze leden het van groot belang dat een overheveling zorgvuldig plaatsvindt en in overleg met alle betrokken partijen.

Wat betreft de epilepsiecentra onderschrijven de leden van de CDA-fractie de beslissing van de minister om deze over te hevelen wat betreft productstructuur, alsook de vrije tarieven in het B-segment. Over deze beslissingen hebben zij geen vragen, te meer omdat deze beslissing door alle partijen in het veld wordt gedragen en het advies van de NZa die de voorwaarden heeft onderzocht, is gevolgd. Wel hebben zij nog een aantal vragen als het gaat om de overheveling van de longrevalidatiezorg naar de nieuwe bekostigingsstructuur. Hierin lijkt de minister een stapje sneller te willen gaan, dan haar vanuit het veld en door de NZa wordt geadviseerd. De NZa geeft aan dat er wel tot een nieuwe bekostigingsstructuur kan worden overgegaan, maar niet tot vrije prijzen. Zoals de NZa aangeeft is longrevalidatie de productstructuur nog onvoldoende stabiel. Daarnaast is er nog sprake van onevenwichtigheden in de marktverhoudingen, aangezien de betreffende producten vooralsnog alleen door de gespecialiseerde instellingen gedeclareerd kunnen worden. De NZa geeft aan dat, wanneer de productstructuur toegankelijk wordt voor andere instellingen kan opnieuw worden gekeken of vrije prijzen (B-segment) wenselijk is. De minister gaat niet meteen over tot vrije tarieven, maar geeft aan dat in 2013 er nog maximumtarieven worden gehanteerd. Kan de minister uiteenzetten waarom zij afwijkt van het advies van de NZa, maar ook van de wensen vanuit het veld? Is de minister het met de leden van de CDA-fractie eens dat het belangrijk is om zorgvuldig te zijn bij overheveling naar een nieuw bekostigingssysteem? Daarnaast horen de leden van de CDA-fractie graag een reactie op de door NZa genoemde risico's die gelden voor de longrevalidatie-instellingen bij een overgang naar de prestatiebekostiging. Te weten: 1. er is nog geen enkel inzicht op de impact van de productstructuur, 2. er kleven risico's aan het type zorg, omdat het zorg is die ook enkele maanden uitgesteld kan worden, en de verzekeraar hiermee meer onderhandelingsmacht heeft en 3. er vrijwel geen sprake is van substitutie, omdat er een eenzijdig zorgaanbod wordt geleverd.

Er worden vraagtekens gezet bij de nu berekende tarieven in de longrevalidatiezorg, aangezien deze zijn gebaseerd op de kostprijzen van 2010. Er was toen sprake van een startende registratie en de cijfers van 2011 lijken meer bruikbaar te zijn voor het doel van de berekende tarieven. Graag horen de leden van de CDA-fractie of aan de wens voldaan kan worden hier nog eens naar te kijken, en te komen tot een reële kostprijs. Ten slotte vragen deze leden om een evaluatiemoment, zoals deze ook wordt gewenst door de instellingen.

II. REACTIE VAN DE MINISTER

Reactie op vragen en opmerkingen van de SP-fractie

Vanaf 1 januari 2012 zijn alle ziekenhuizen en nagenoeg alle categorale instellingen overgegaan op prestatiebekostiging en vindt declaratie plaats op basis van DOT-zorgproducten. De epilepsiecentra en de longrevalidatie-instellingen gaan zoals gepland een jaar later over met als belangrijkste reden voor het uitstel dat de zorgproducten nog niet gereed waren. Het handhaven van de budgetteringssystematiek zorgt voor een onevenredig grote belasting van het stelsel voor alle partijen. Met de overgang naar bekostiging op basis van zorgproducten krijgen de sectoren de mogelijkheid om hun zorgaanbod beter aan te laten sluiten op de vraag. Ook is het mogelijk dat nieuwe aanbieders deze zorg gaan leveren. De ontwikkeling van zorgproducten heeft er toe geleid dat de sectoren hun zorgaanbod beter laten aansluiten op de behoefte van de cliënt.

Ik verwacht dan ook dat door de overgang een verrijking van het zorgaanbod zal optreden.

De kans op faillissementen door de invoering van prestatiebekostiging is beperkt aangezien de overgang verloopt volgens een transitie-model dat vergelijkbaar is met dat van de ziekenhuizen. Ook is er sprake van risicospreiding omdat de zorg in veel gevallen wordt verleend door zorgconcerns die op meerdere terreinen actief zijn. Zo zijn de longastma-instellingen in veel gevallen verbonden aan revalidatiezorg en leveren de twee betrokken epilepsiecentra ook AWBZ-zorg.

Mijn opmerkingen over de DBC-bekostigingssystematiek in het artikel in Psy hebben enkel betrekking op de GGZ-DBC's. Die DBC's zijn gebaseerd op behandelminuten terwijl ik toe wil werken naar vormen van bekostiging op basis van de resultaten van behandeling. Het betreffende artikel ging dus niet over DBC's voor epilepsie en longrevalidatie die onderdeel uitmaken van de DOT-systematiek.

Het plaatsen van epilepsiezorg in het vrije segment betekent niet dat de zorg duurder wordt. Uit de verschillende resultaten van de monitors van de NZa over de ontwikkeling van het vrije segment is gebleken dat er een lichte daling is geweest van de prijzen. De ontwikkeling van de prijzen hangt af van de afspraken die de epilepsie-instellingen met de verzekeraars maken. Er is meer ruimte bij de prijsvorming om de zorgzwaarte van de verzekerde mee te nemen. Met de ziekenhuissector waartoe ook epilepsie en longrevalidatie behoren heb ik in het Bestuurlijk Hoofdlijnenakkoord 2012-2015 afgesproken dat de zorgkostenontwikkeling moet passen binnen de kaders die in het Hoofdlijnenakkoord zijn afgesproken.

In reactie op de drie genoemde risico's ten aanzien van de nieuwe productstructuur voor epilepsie-instellingen merk ik het volgende op. De introductie van de bekostiging op basis van zorgproducten per 2013 bij categorale instellingen waaronder de epilepsie-instellingen is met waarborgen omkleed. De financiële impact is daardoor voor 2013 en 2014

voor epilepsie-instellingen beperkt, aangezien er in die jaren sprake is van een transitie­model met een verrekenpercentage van 95% in 2013. In 2014 geldt een verrekenpercentage van 70%. Dit geeft partijen de tijd zich voor te bereiden op de nieuwe situatie. Daarnaast kan deze periode benut worden om de product­structuur verder te ontwikkelen, bijvoorbeeld op het punt van zorg­zwaarte.

Ten aanzien van de honorariumtarieven merk ik op dat de Nederlandse Zorg­autoriteit zoals gebruikelijk een zorg­vuldig proces heeft doorlopen met de betrokken veld­partijen, om ten behoeve van 2013 een optimale product­structuur te kunnen opleveren. Mochten er toch aanpassingen nodig blijken om de product­structuur verder te optimaliseren, bijvoorbeeld omdat veld­partijen twijfels hebben of de inzet van medisch specialisten voldoende in de producten zit, dan is dat mogelijk door een aanpassings­verzoek in te dienen bij Stichting DBC-Onderhoud en de Nederlandse Zorg­autoriteit. Voor het jaar 2013 kan het voornoemde naar oordeel van de centra goed opgevangen worden met het transitie­model, waarbij in het eerste jaar een omzet­garantie van 95% geldt.

De zorg die door beide epilepsie-instellingen wordt verleend is gericht op een specifieke doel­groep. Deze is al jaren relatief stabiel, indien er sprake is van groei moet dit verklaard kunnen worden. Het is aan de instellingen om een eventuele toename naar het type zorg dat deze instellingen leveren aan de verzekeraars uit te leggen. Ik verwacht niet dat verzeke­raars zorg inkopen op basis van niet te onderbouwen groei, of praktijk­va­riatie.

Het niet verlenen van essentiële zorg staat haaks op de zorg­plicht van verzekeraars, dit geldt ook voor de long­revalidatie. De verzekeraars zijn in toenemende mate risico­dragend voor de zorg­kosten, het niet verlenen van long­astmazorg waarvoor een verzekerde geïndiceerd is zal naar verwachting gepaard gaan met extra zorg­kosten bij ziekenhuizen. De verzekeraars zijn dan ook niet gebaat bij het niet, of onvoldoende contracteren van long­revalidatie­zorg. Daarnaast gaan de zorg­verzekeraars niet over het doorverwijzen van zorg naar long­revalidatie­instellingen. Ik zie dan ook geen aanleiding om de huidige rol van de verzekeraars te veranderen.

De long­revalidatie­sector heeft zelf het initiatief genomen om zorg­pro­ducten te ontwikkelen. Het draagvlak om de overstap te maken naar declaratie op basis van zorg­producten is groot. Ik verwacht dan ook dat de sector met de verzekeraars, net als in andere sectoren, in staat is om de declaratie­stroom op gang te brengen, ook bij een gezamenlijke aanpassing van de product­structuur. Op de vraag of er monitoring plaatsvindt en of er maatregelen genomen kunnen worden om financiële problemen en faillissementen te voorkomen merk ik het volgende op. Zoals ik hiervoor uitgebreid heb uiteengezet, heb ik besloten om de introductie van de nieuwe bekostiging op basis van zorg­producten te laten verlopen via een transitie­model. Daardoor worden financiële risico's als gevolg van de overgang naar een nieuw systeem gedurende een periode van twee jaar gedempt. Ik zal het verloop van de contractering nauwgezet volgen. Ook in 2012 heb ik dat gedaan en heb ik hierover veel­vuldig gesproken met partijen waarbij tussentijds afspraken zijn gemaakt over het voorkomen van liquiditeits­problemen (zie daarover mijn brief aan de Tweede Kamer van 5 april 2012; Kamerstukken II 2011/12, 29 248, nr. 229).

Reactie op vragen en opmerkingen van de CDA-fractie

Zoals ik eerder heb aangegeven lag het initiatief van de ontwikkeling van de longrevalidatiezorgproducten bij de sector. De voorgestelde overgang naar een bekostiging per zorgproduct per 2013 is een logische stap die ook aansluit op de wensen van de sector. Anders dan de CDA-fractie meent geef ik in mijn brief van 1 oktober aan het advies van de NZa te volgen en nog niet over te gaan naar vrije prijzen per 2013, maar dit in een later stadium niet uit te sluiten. Het tempo van de transitie sluit aan op het door de NZa uitgebrachte advies. Voorlopig zijn op de longrevalidatiezorgproducten maximumtarieven van toepassing, conform het advies van de NZa.

Ik onderschrijf het belang om kostprijninformatie uit 2011 te gebruiken. Om deze reden heeft Stichting DBC-Onderhoud geprobeerd om toch de 2011 kostprijzen te gebruiken. Dit is vanwege planningstechnische redenen nog niet gelukt en zal zo snel mogelijk worden verwerkt in een nieuwe release.

Ik ben het met de CDA-fractie eens om zorgvuldig te zijn bij de overgang naar een nieuw bekostigingssysteem. Daarom sluit ik me ook aan bij de wens van de sector en de CDA-fractie om in 2013 een evaluatiemoment in te bouwen voor longrevalidatie.