

Beleidsvisie dialyse

Beleidsvisie dialyse op grond van artikel 8 Wet op bijzondere medische verrichtingen, ten behoeve van het op hun verzoek aanwijzen van instellingen voor de toepassing van dialyse

12 januari 1999/CSZ/ZT/9820790

Inleiding

Met de wijziging van het Besluit bijzondere verrichtingen en apparatuur Wet ziekenhuisvoorzieningen, thans geheten Besluit aanwijzing bijzondere medische verrichtingen, wordt dialyse buiten de werkingssfeer van artikel 2 Wet op bijzondere medische verrichtingen gebracht (Besluit van 29 oktober 1998, Stb. 616). In deze beleidsvisie geef ik aan wat mijn verdere beleid is ten aanzien van deze functie.

Achtergrond

Dialyse is van belang voor patiënten met een ernstige (chronische) nierinsufficiëntie. Voor deze groep van patiënten zijn, naast niertransplantatie, verschillende vormen van dialyse beschikbaar. Dialyse kent twee hoofdvormen, nl. hemodialyse en peritoneale dialyse. Bij hemodialyse wordt het bloed buiten het lichaam via een kunstnier gezuiverd. Bij peritoneale dialyse wordt het bloed gezuiverd via de buikholte waarbij het eigen buikvlies als kunstnier fungeert. In deze beleidsvisie gaat het om die vormen van chronische dialyse die plaatsvinden in ziekenhuisvoorzieningen en zelfstandige dialysecentra (voorheen diatels genaamd) met inbegrip van de opleiding/begeleiding van patiënten voor die vormen van dialyse die bij de patiënt thuis kunnen plaatsvinden, te weten passieve centrumhemodialyse (PCHD), actieve centrumhemodialyse (ACHD) en de opleiding/begeleiding van patiënten gericht op het zelfstandig toepassen van peritoneale dialyse (PD) en thuishemodialyse (THD). Acute dialyse valt buiten dit bestek.

Dialyse is in 1974 aangewezen als topklinische voorziening en vanaf 1976 onder de werkingssfeer van artikel 18 Wet ziekenhuisvoorzieningen (WZV) gebracht, omdat het wenselijk en noodzakelijk was om zorg te dragen voor een beheerste en gereguleerde toepas-

sing van deze vorm van zorg. In 1976 werd het eerste planningsbesluit dialyse van kracht dat daarna enkele malen is geactualiseerd. Het laatste planningsbesluit dateert van 1993.

Stand van zaken

Sinds het inwerkingtreden van het Planningsbesluit dialyse van 1976 heeft de ontwikkeling rond dialyse niet stilgestaan. Thans wordt dialyse door achtenveertig ziekenhuisvoorzieningen (ziekenhuizen en zelfstandige dialysecentra) aangeboden en geconstateerd kan worden dat de spreiding van onderhavige functie over het land nu is uitgekristalliseerd. Op medisch-technologisch gebied en ook op andere gebieden als samenwerking en registratie is er veel tot stand gebracht. Ik noem hier de beroepsgroep, Dialyse Groep Nederland (DGN), de Stichting Landelijk Orgaan Thuisdialyse (SLOT), de Nier-Stichting Nederland en de Stichting Registratie Nierfunctievervanging Nederland (RENINE). De beroepsgroep is reeds geruime tijd bezig om een systeem voor kwaliteitsborging te ontwikkelen. De DGN is in een gevorderd stadium voor wat betreft het opstellen van een kwaliteitshandboek dat is afgestemd op de kwaliteit van de dialysebehandeling. Daarnaast heeft de DGN visitatiecommissies ingesteld waarbij ook de Landelijke Vereniging voor Dialyseverpleegkundigen en Transplantatie (LVDT) is betrokken. Verder is de DGN, gesteund door het Landelijk Overleg Nierfunctievervangende Therapie (LONT), in overleg met de Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector (Stichting HKZ) met als doel te komen tot certificatie.

De Ziekenfondsraad en de Gezondheidsraad hebben mij geadviseerd over een verdere deregulering van de dialysevoorziening. De Ziekenfondsraad meent in haar rapport 'Evaluatie planningsbesluit dialyse' van 23 januari 1997 dat uittrede uit artikel 2 WBMV onder voorwaarden kan plaatsvinden en acht een overgangperiode van maximaal vier jaar wenselijk. Voor de Ziekenfondsraad zijn een landelijk protocol waarin indicatiestelling en kwali-

teitseisen nauwkeurig zijn omschreven en een goede toegankelijkheid van de zorg belangrijke aandachtspunten. De Gezondheidsraad is in zijn rapport 'Dialyse' van 30 december 1997 terughoudend ten aanzien van mijn besluit tot verdere deregulering in verband met risico's voor versnippering met vermindering van kwaliteit van zorg en een onnodige stijging van de kosten van de zorg. Volgens de Gezondheidsraad zou bij een besluit tot uittrede een zogenaamd aangekleed begunstigingsstelsel gebaseerd op een toelatingsbeleid voor dialysecentra waarbij via een wettelijke procedure, certificatie of anderszins, vooraf toetsing plaatsvindt ten aanzien van behoefte, spreiding en kwaliteit kunnen voorkomen dat dialyse op te ruime schaal of eventueel op commerciële basis wordt aangeboden.

Beleidsvisie dialyse

Zoals hierboven aangegeven, heeft de functie dialyse zich ontwikkeld tot een zorgvoorziening van kwalitatief goed niveau, die niet meer bovenregionaal is. Dialyse is echter nog steeds een kostbare voorziening; de totale kosten voor dialyse bedragen momenteel ongeveer 400 miljoen gulden per jaar. Aangezien een adequaat kwaliteitssysteem voor dialyse nog niet geheel gereed is, bestaan er nog enige risico's ten aanzien van de kwaliteit van de geboden zorg. Ik wil hierbij opmerken dat zorgaanbieders primair zelf verantwoordelijk zijn voor een verantwoorde kwaliteit van de geboden zorg. In de Kwaliteitswet zorginstellingen zijn een aantal voorschriften opgenomen die daarbij als leidraad fungeren. Daarnaast geeft de Wet beroepen in de individuele gezondheidszorg regels ter bevordering van de kwaliteit van de beroepsuitoefening en de bescherming van de patiënt. Beide wetten bieden echter voor kwaliteitsborging in beginsel een toetsing achteraf. Uit oogpunt van kwaliteit ben ik van oordeel dat tijdelijk de toepassing van deze voorziening vooralsnog enige regulering vooraf behoeft, waardoor bovendien een doelmatig gebruik van de bestaande dialysevoorzieningen wordt bevorderd. Ik heb daarom beslo-

ten de aspecten van dialyse waarop artikel 2 WBMV van toepassing is geweest, te weten de actieve en passieve chronische hemodialyse; de opleiding/begeleiding van patiënten voor peritoneale dialyse en thuishemodialyse voor de duur van twee jaar onder de werking van artikel 8 van de WBMV te brengen. Met artikel 8 van de WBMV heb ik namelijk een instrument in handen om na beëindiging van het vergunningenregime van artikel 2 WBMV, gedurende enige tijd nog enige overheidsinvloed uit te oefenen. Op grond van artikel 8 WBMV zal ik instellingen die daarvoor in aanmerking komen aanwijzen voor de uitvoering van bovengenoemde aspecten van de dialyseverrichting.

Ik heb voor deze overgangsregeling gekozen met de uitdrukkelijke bedoeling de betrokken partijen in het veld de gelegenheid te geven binnen twee jaar een adequaat systeem voor kwaliteitsborging tot stand te brengen. De hierboven genoemde Kwaliteitswet zorginstellingen geeft globale eisen die aan het proces van zorgverlening gesteld mogen en moeten worden. Instellingen in de gezondheidszorg kunnen kiezen voor een bestaand kwaliteitssysteem of er zelf een ontwikkelen en de externe beoordeling daarvan aan een onafhankelijke instelling overlaten. Certificering blijkt voor de dialysewereld net als voor andere groepen in het veld een goede oplossing voor kwaliteitstoetsing waarmee een verantwoorde dialysezorg kan worden gewaarborgd. Ook voor patiënten is certificering van groot belang, omdat een certificaat een zekere garantie kan geven voor een kwalitatief verantwoord niveau van zorg. Daarmee kunnen instellingen zich op een goede wijze profileren richting patiënten en verzekeraars. Zoals hierboven vermeld is de beroepsgroep in een vergevorderd stadium voor wat betreft het opstellen van een kwaliteitshandboek voor de dialysebehandeling. Ik ga ervan uit dat dit handboek waarin indicatiestelling en kwaliteitseisen adequaat zijn omschreven binnen twee jaar beschikbaar komt en door de betreffende instellingen wordt toegepast. Uiteraard is het de bedoeling dat het kwaliteitssysteem voor de beroepsuitoefening op dit specifieke terrein aansluit op de kwaliteitssystemen van de ziekenhuisorganisatie als geheel. Ik ga ervan uit dat kwaliteit wordt benaderd vanuit het geïntegreerd medisch specialistisch bedrijf. In dit

kader merk ik op dat de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen reeds de nodige stappen heeft ondernomen en de beroepsgroep een voorstel heeft gedaan om beide kwaliteitssystemen te koppelen. Ik zal de Ziekenfondsraad verzoecken een evaluatieonderzoek uit te voeren naar de toepassing van artikel 8 WBMV op dialyse. Mocht uit dit evaluatieonderzoek blijken dat na het verstrijken van de termijn van twee jaar het beoogde kwaliteitssysteem nog niet tot stand zal zijn gebracht, dan zal er een heroverweging van deze termijn plaatsvinden.

Instellingen, met inbegrip van de huidige vergunninghoudende dialysecentra, die als dialysecentrum willen worden aangewezen, dienen een verzoek daarvoor bij mij in te dienen. De centra die op dit moment een vergunning hebben voor het uitoefenen van de functie dialyse, hebben in de afgelopen periode de vereiste ervaring en deskundigheid opgebouwd om deze functie op een kwalitatief verantwoorde wijze te kunnen aanbieden. Op grond hiervan komen deze instellingen in aanmerking voor een aanwijzing als bedoeld in artikel 8 van de WBMV. Er zijn op dit moment vier instellingen die kinderdialyse aanbieden, te weten het Academisch Medisch Centrum, het Academisch Ziekenhuis Nijmegen, het Academisch Ziekenhuis Rotterdam en het Wilhelmina Kinderziekenhuis/Academisch Ziekenhuis Utrecht. In de afgelopen periode hebben deze instellingen de vereiste ervaring en deskundigheid opgebouwd om kinderdialyse op een kwalitatief verantwoorde wijze te kunnen aanbieden. Aangezien kinderdialyse betrekking heeft op een relatief kleine groep van 6070 kinderen, komen alleen deze centra in aanmerking voor een aanwijzing ex artikel 8 WBMV voor de toepassing van kinderdialyse. Bij beoordeling van een verzoek voor een aanwijzing zal het volgende beoordelingskader worden gehanteerd:

- I. a. de minimale capaciteit van een centrum (wat betreft het aantal dialysesessies en personele voorzieningen) dient zodanig te zijn dat tenminste veertig patiënten per week adequate chronische hemodialysebehandeling kunnen ondergaan;
- b. er moeten adequate voorzieningen zijn voor chronische hemodialyse en voorzieningen dan wel afspraken voor de opleiding/begeleiding van peritoneale dialyse en thuishemodialyse;
- c. het centrum moet gevestigd zijn in

een ziekenhuis of indien er sprake is van een zelfstandig dialysecentrum intensief samenwerken met een ziekenhuis;

- d. de aanwezigheid van tenminste twee nefrologen is vereist om continue zorgverlening mogelijk te maken;
- e. de verpleegkundige staf dient in meerderheid te bestaan uit verpleegkundigen met een erkende dialyseoopleiding;
- f. er moet kunnen worden voorzien in ondersteuning door een diëtist en psychosociale begeleiding door een maatschappelijk werkende;
- g. ondersteuning door technisch personeel met kennis van dialyseapparatuur is noodzakelijk;
- h. centra die ook kinderdialyse aanbieden dienen te beschikken over een pedagogisch medewerker;
- i. aan een ziekenhuis met een dialyseafdeling dient een chirurg met ruime ervaring in de vaatchirurgie verbonden te zijn;

II. Een verzoek om een aanwijzing ex artikel 8 WBMV zal alleen in behandeling worden genomen nadat de zienswijze van de betreffende (regionale) zorgverzekeraar is overgelegd.

III. Indien er sprake is van bouw, dan zijn de daarvoor geldende regelingen van de Wet ziekenhuisvoorzieningen van toepassing.

De overgang van dialyse van artikel 2 WBMV naar artikel 8 WBMV kan budgetneutraal geschieden. De aparte COTG-beleidsregels voor dialyse blijven gehandhaafd voor die ziekenhuizen en overige dialysecentra die zijn aangewezen krachtens artikel 8 WBMV op grond van deze beleidsvisie. Op grond van de COTG-beleidsregels kunnen deze instellingen met ziektekostenverzekeraars zogenoemde productieafspraken over hemodialyse maken. De daaruit resulterende budgetmutaties dienen ten laste c.q. ten gunste te komen van het JOZ-kader voor demografische ontwikkelingen.

*De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E. BorstEilers.*