

Aanwijzing uitbreiding segment met vrije prijzen medisch specialistische zorg

Aanwijzing van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, van 29 augustus 2008, nr. CZ/TSZ-2873530, op grond van artikel 7 van de Wet marktordening gezondheidszorg, inzake uitbreiding segment met vrije prijzen medisch specialistische zorg

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
Gelet op artikel 7 van de Wet marktordening gezondheidszorg;
Na op 11 juni 2008 schriftelijk mededeling te hebben gedaan aan de Eerste en Tweede Kamer der Staten-Generaal (Kamerstukken II, 2007/2008, 29 248, nr. 48);

Besluit:

Artikel 1

Deze aanwijzing is van toepassing op zorg zoals instellingen voor medisch specialistische zorg die bieden.
Ter uitvoering van deze aanwijzing stelt de Nederlandse Zorgautoriteit, verder te noemen de zorgautoriteit, met ingang van 1 januari 2009 beleidsregels vast.

Artikel 2

De beleidsregels houden in dat met betrekking tot het in rekening brengen van de volgende zorg sprake is van een tarief waarop artikel 57, vierde lid, aanhef en onder c, van de Wet marktordening gezondheidszorg van toepassing is:

- a. zorg gerelateerd aan diagnosecodes, zoals opgenomen in de bijlage bij deze aanwijzing, voor zover daarvoor prestatiebeschrijvingen zijn vastgesteld;
 - b. zorg geleverd door instellingen voor medisch specialistische zorg dan wel medisch specialisten voor zover die niet als onderdeel van een diagnose behandelingscombinatie in rekening wordt gebracht:
1. eerstelijnspsychologische zorg niet verricht door huisartsen;
 2. paramedische zorg zoals fysiotherapeuten die bieden;
 3. paramedische zorg zoals oefentherapeuten die bieden;
 4. dieetadvisering zoals diëtisten die bieden.

Artikel 3

1. De zorgautoriteit stelt het (kapitaallasten)budget van individuele instellingen neerwaarts bij, rekening houdend met de omvang van het segment met zorg waarop artikel 57, vierde lid, aanhef en onder c, van de Wet marktordening gezondheidszorg van toepassing is en die wordt aangeboden in instellingen voor medisch specialistische zorg.
2. De beleidsregels betreffende de dekking van het (kapitaallasten)budget van individuele instellingen hebben geen betrekking op zorg waarvoor artikel 57, vierde lid, aanhef en onder c, van de Wet marktordening gezondheidszorg van toepassing is.

Artikel 4

De zorgautoriteit evalueert op basis van objectieve evaluatiecriteria de ontwikkeling in het segment met zorg waarop artikel 57, vierde lid, aanhef en onder c, van de Wet marktordening gezondheidszorg van toepassing is, en brengt mij hier een signalement over uit.

Artikel 5

De zorgautoriteit onderzoekt op basis van uitbreidingscriteria jaarlijks de wenselijkheid om het segment met zorg waarop artikel 57, vierde lid, aanhef en onder c, van de Wet marktordening gezondheidszorg van toepassing is, verder uit te breiden met inachtneming van het signalement zoals genoemd onder artikel 4.

Artikel 6

Deze aanwijzing treedt terstond in werking en wordt met de toelichting in de Staatscourant geplaatst.

*De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
A. Klink.*

BIJLAGE

Overzicht van diagnoses

Vergelijkbare zorg

Omschrijving	Diagnosecode
Heelkunde	
Hernia cicatricialis	124
Hernia femoralis/inguinalis (conservatieve deel)	121
Knie (incl meniscusletsel)	252
Varices (conservatieve deel)	423
Liesbreuk (conservatieve deel)	121
Orthopedie	
Losl/inf/malpos proth gr 17	1703
Losl/inf/malpos proth knie	1803
Kanaalstenose	1350
Cervicale stenose met myelopathie	1240
Urologie	
Stress-incontinentie	34
(Bij)niertumor	10
Gynaecologie	
Incontinentie / prolaps (conservatieve deel)	725

Omschrijving	Diagnosecode
Neurochirurgie	
Verruim uitgebr laminectomie	2515
HNP, chemonuc/perc nuc.tomie mi	2505
Verruim beperkte laminectomie	2510
Cerv ant discectomie+spon.dese	2530
Uitgebreide decompressie	2565
Cerv lat/ant discectomie	2525
Cerv lat/ant discectomie rec	2527
Degenerat afw wk, conserv beh	2501
Cervicale foraminotomie	2535
Beperkte posterieure (cranio)cervicale spondylodese	
anders 2565	2520
Thoracale discus intervertebralis: ventrale	2540
(re-)discotomie (met of zonder spondylodese) via thoracotomie	
Thoracale (re-)discotomie; posterolaterale benadering	2545
Interne	
Maligniteit mamma	811
Ziekte van Crohn	922
Colitis ulcerosa	923
Anaesthesie	
Mechanisch/discogene lage rugklacht	71
Neurogene lage rugklacht	72
Sympatalgiforme lage rugklacht	73
(Chronisch) degeneratieve lage rugklacht	74

Dermatologie en oogheelkunde

Omschrijving	Diagnosecode
Dermatologie	
Ulcus cruris	22
Maligne dermatosen	14
Oogheelkunde	
Refractie-anomalie	155
Primair glaucoom	904
Glaucoom risc/ocul.hypertensie	901
Secundair glaucoom	907
Overige glaucoom	909
Maculopathie	705
Geen DRP	751
NPDRP	754
Preprolif. DRP	755
Overige pathologie DRP	759

Ischemische- en aanverwante aandoeningen

Omschrijving	Diagnosecode
Cardiologie	
Angina pectoris, stabiel	202
Angina pectoris, onstabiel	203
Chronisch hartfalen	302
Atrium fibrileren/flutter	401
Overige supraventriculaire hartstoornissen	402
Geen aanwijzing voor cardiale afwijking	101
Follow up na acuut coronair syndroom	801
Follow up na PTCA en/of CABG en/of ablatie	802
Follow-up na PM implantatie	803
Follow-up na operatie hartklepafwijking	806
Follow-up na operatie congenitale hart(vaat)afwijking	807
Neurologie	
Onbloedige beroerte	1111
Intracerebrale bloeding	1102
TIA (incl amaurosis fugax)	1112
Intracran bloed (sub-/epid.)	1103
Overige cerebrovasc aand	1199

Omschrijving	Diagnosecode
CerebroVasculaireAandoeningen nno	1100
Subarachnoidale bloeding	1101
Resttoestand (verworven hersenletsel)	1121

Toelichting

Algemeen

Deze aanwijzing aan de Nederlandse Zorgautoriteit (zorgautoriteit) strekt er onder andere toe om het zogenoemde B-segment, het segment van medisch specialistische zorg met vrije tarieven, per 1 januari 2009 uit te breiden. In dit segment mag vrij worden onderhandeld door aanbieders en verzekeraars. De honorariumcomponent van de medisch specialisten blijft wel gereguleerd. Daarnaast wordt met deze aanwijzing de levering van eerstelijnszorg waarvoor vrije prijsvorming is ingevoerd, die vrije prijsvorming ook voor instellingen voor medisch specialistische zorg en medisch specialisten ingevoerd. Zo ontstaat er een gelijk speelveld voor die zorg voor alle aanbieders. Het gaat daarbij om eerstelijnszorg voor zover die zorg niet als een onderdeel van een diagnosebehandelingcombinatie (DBC) in rekening wordt gebracht. In de aanwijzing is volledigheidshalve alle eerstelijnszorg opgenomen waarvoor reeds vrije tarieven gelden, met de wetenschap dat niet al die zorg ook reeds door alle instellingen voor medisch specialisten of medisch specialisten wordt geleverd. De opsomming betreft eerstelijnspsychologische zorg niet verricht door huisartsen, paramedische zorg zoals fysiotherapeuten die bieden, paramedische zorg zoals oefentherapeuten die bieden en dieetadvisering zoals diëtisten die bieden. Voor die laatste zorg wordt bij een afzonderlijke aanwijzing met ingang van 2009 vrije prijsvorming voor de extramurale zorg ingevoerd.

Aan de beide Kamers der Staten-Generaal heb ik laten weten, onder andere in de brief 'Waardering II' van 28 mei 2008 (Kamerstukken II, 2007/2008, 29 248, nr. 47), waarom ik het B-segment in 2009 wil uitbreiden. In de voorhangbrief van 11 juni 2008 (Kamerstukken II, 2007/2008, 29 248, nr. 48) heb ik beide Kamers ook van de zakelijke inhoud van deze aanwijzing op de hoogte gebracht.

In de voorhangbrief van 11 juni 2008 maak ik een belangrijk voorbehoud. Verdere uitbreiding van het B-segment zal vooraf gegaan moeten worden door een zorgvuldige evaluatie van vooraf-

gaande stappen op basis van kwaliteit en toegankelijkheid. Bovendien zal uit de Monitor Ziekenhuiszorg 2008 van de zorgautoriteit moeten blijken dat inderdaad geen sprake is van onverantwoorde groei in termen van prijs en volume.

Op 9 juli 2008 heeft de zorgautoriteit mij de Monitor 2008 toegezonden. De monitor 2008 geeft een goed beeld van de ontwikkelingen in de ziekenhuiszorg over de periode 2005 tot en met 2007, en de eerste inzichten over de prijsontwikkelingen in 2008, het jaar waarin het B-segment uitgebreid is van 10 naar 20%. De zorgautoriteit concludeert in de monitor dat er onvoldoende indicaties zijn om te veronderstellen dat de voorgestelde uitbreiding van het B-segment per 1 januari 2009 zal leiden tot negatieve effecten op de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid. De zorgautoriteit ziet dan ook geen aanleiding terug te komen op haar adviezen inzake uitbreiding van het B-segment van 10 april en op 29 mei 2008. Voor mijn volledige reactie op de Monitor Ziekenhuiszorg 2008, verwijs ik u naar mijn brief van 18 juli 2008 (Kamerstukken II, 2007/2008, 29 248, nr. 49).

Artikelgewijs

Artikel 1

Dit artikel bepaalt de reikwijdte van de aanwijzing. De aanwijzing strekt zich uit tot alle zorg zoals instellingen voor medisch specialistische zorg die kunnen bieden. De werkingssfeer is daarmee ruim geformuleerd, omdat de aanwijzing niet alleen betrekking heeft op de uitbreiding met vrije prijsvorming maar ook op aangelegenheden die alle zorg betreffen. Zie daarvoor de toelichting bij de artikelen 3 tot en met 5.

Tevens krijgt de zorgautoriteit de opdracht om een en ander in beleidsregels te verwerken die op 1 januari 2009 in werking treden.

Artikel 2

Met dit artikel wordt het zogenoemde B-segment uitgebreid door te bepalen dat er vrije tarieven zullen gelden voor in de bijlage bij deze aanwijzing genoemde diagnosecodes (voor zover daarvoor door de zorgautoriteit prestatiebeschrijvingen zijn vastgesteld) en de eerstelijnszorg waarvoor vrije prijzen gelden

en die ook als los declarabele prestatie (OVP) wordt aangeboden in instellingen voor medisch specialistische zorg.

Onder deze eerstelijns zorgproducten vallen de eerdere vermelde eerstelijnspsychologische zorg, fysiotherapie, de dieetadvisering en de oefentherapie. Vrije tarieven wil zeggen dat partijen als onderdeel van onderhandelingen zelf de hoogte van die tarieven kunnen bepalen, zonder dat de zorgautoriteit de tarieven beoordeelt en vaststelt.

Artikel 3

Bij de initiële invoering van het B-segment is ervoor gekozen om het kapitaallastenbudget van instellingen vooralsnog niet te schonen. Instellingen moesten 12,5 procent van de opbrengsten uit de DBCs in het B-segment verrekenen als opbrengsten ter dekking van hun kapitaallastenbudget. Dit percentage diende ertoe om de kapitaallasten ook door de DBCs in het B-segment te financieren, maar leidde niet tot een expliciet neerwaartse bijstelling van het kapitaallastenbudget. Met dit artikel wordt het de zorgautoriteit opgedragen om het kapitaallastenbudget van instellingen te corrigeren voor de omvang van het B-segment, tenzij dit op zwaarwegende uitvoeringstechnische bezwaren stuit. Daarnaast wordt de zorgautoriteit opgedragen te regelen dat de beleidsregels betreffende de dekking van het kapitaallastenbudget geen betrekking meer hebben op het B-segment.

Artikel 4

Dit artikel geeft de zorgautoriteit de opdracht om, in lijn met de Monitor Ziekenhuiszorg 2008, de ontwikkelingen in het B-segment op basis van objectieve evaluatiecriteria te beoordelen.

Artikel 5

Dit artikel geeft de zorgautoriteit de opdracht om onderzoek te verrichten naar de mogelijkheden voor verdere uitbreiding van het B-segment en vraagt de zorgautoriteit daarbij rekening te houden met haar analyse van de ontwikkelingen in het B-segment zoals genoemd in artikel 4.

*De Minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,
A. Klink.*