

Vergaderjaar 2012–2013

29 689

Herziening Zorgstelsel

Nr. 438

VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG

Vastgesteld 23 april 2013

In de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport bestond bij enkele fracties behoefte een aantal vragen en opmerkingen voor te leggen aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de brief van 9 oktober 2012 inzake de kabinetsreactie op het onderzoek van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA) naar taakherschikking (Kamerstuk 29 689, nr. 418).

De op 23 november 2012 toegezonden vragen en opmerkingen zijn met de door de minister bij brief van 22 april 2013 toegezonden antwoorden, voorzien van een inleiding, hieronder afgedrukt.

De voorzitter van de commissie,
Neppérus

De adjunct-griffier van de commissie,
Clemens

I.	Vragen en opmerkingen vanuit de fracties	2
II.	Reactie van de minister	9

I. VRAGEN EN OPMERKINGEN VANUIT DE FRACTIES

Vragen en opmerkingen van de VVD-fractie

De leden van de VVD-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van de kabinetsreactie op het onderzoek van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) naar taakherschikking. Zij hebben nog enkele vragen en opmerkingen.

De leden van de VVD-fractie zijn voorstander van taakherschikking in de zorg. Via taakherschikking worden taken die uitgevoerd worden door een medisch specialist overgenomen door bijvoorbeeld gespecialiseerde verpleegkundigen. Taken worden daardoor beter verdeeld over de verschillende beroepen in de zorg, met alle voordelen van dien voor de patiënt en de gezondheidszorg in termen van kwaliteit en doelmatigheid. Een ander groot voordeel is dat het loopbaanperspectief voor verpleegkundigen wordt uitgebreid. Deze leden zijn daarom ook voorstander van de inzet van de minister om het aantal opleidingsplaatsen voor verpleegkundig specialist en physician assistant uit te breiden.

De financiële belemmering in de bekostiging in de tweedelijns somatische zorg betreft de aanwezigheid van een maximum voor het kostendeel van een tarief in het gereguleerde segment. Deze financiële belemmering is volgens de NZa niet meer aan de orde wanneer overgegaan is op integrale tarieven (naar verwachting 2015). Kan de minister aangeven hoe substantieel deze belemmering in de tussenliggende jaren is? In hoeverre bestaat deze belemmering nog, indien het advies van de NZa gevolgd wordt ten aanzien van de aanpassing van de regelgeving?

In de kabinetsreactie wordt geen standpunt ingenomen over het eventueel aanpassen van de huidige bekostigingsregelgeving, vanwege de demissionaire status van het kabinet. Kan de minister aangeven wat haar standpunt is ten aanzien van deze aanpassing? Kan hierbij tevens worden ingegaan op de voor- en nadelen van de twee mogelijke oplossingsrichtingen die de NZa schetst?

De minister benoemt een aantal onderzoeken die de komende periode plaatsvinden naar taakherschikking. Kan de minister aangeven wat de insteek van die verschillende onderzoeken is en wanneer deze onderzoeken naar verwachting worden afgerond? De leden van de VVD-fractie ondersteunen de lijn van de minister om de NZa de financiële effecten van de twee nieuwe beroepen te monitoren.

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) en de veldpartijen in de curatieve geestelijke gezondheidszorg (ggz) hebben toegezegd een veldnorm voor het hoofdbehandelaarschap op te stellen. Hierbij wordt ook rekening gehouden met de rol van verpleegkundig specialisten in de zorgverlening. Welk tijdspad hanteren de betrokken organisaties voor het tot stand komen van deze zorg?

Vragen en opmerkingen van de PvdA-fractie

De leden van de PvdA-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van de kabinetsreactie op het onderzoek van de Nederlandse Zorgautoriteit naar taakherschikking. Deze leden hebben een aantal vragen naar aanleiding van de kabinetsreactie.

De leden van de fractie van de PvdA hebben ingestemd met het experiment taakherschikking, waarbij de verpleegkundig specialist en de physician assistant vijf jaar lang bevoegd zijn zelfstandig voorbehouden behandelingen te indiceren en uit te voeren. Uit het advies van de NZa blijkt dat er nog een aantal belemmeringen is. De minister geeft aan dat zij, conform het advies van de NZa, de regelgeving wil aanpassen zodat niet langer vereist is dat de patiënt in het zorgtraject contact heeft met de medisch specialist. Wanneer kan de Kamer een aanpassing van de regelgeving tegemoet zien?

De leden van de PvdA-fractie vragen de minister of zij een overzicht kan geven van de onderzoeken die op dit moment, maar ook in de komende periode, in het veld worden gedaan naar taakherschikking. De minister schrijft dat samen met de vereniging van Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN), de Nederlandse Associatie Physician Assistants en de Orde van Medisch Specialisten wordt gekeken of deze onderzoeken aansluiten bij de informatiebehoefte die bij de minister en de genoemde branchepartijen bestaat. Wat zijn op dit punt de conclusies van de minister en de genoemde branchepartijen?

De leden van de fractie van de PvdA hebben een aantal vragen over de rol van verzekeraars. De NZa merkt op dat zorgverzekeraars op basis van kwaliteitsgronden de groep behandelaars die diagnose behandeling combinaties (dbc's) kunnen openen, de zogenaamde hoofdbehandelaars, kunnen beperken. Op welke gronden kunnen zorgverzekeraars die beslissing nemen? In het debat op 28 juni jl. over het verslag van het algemeen overleg (VAO) arbeidsmarktbeleid VWS heeft de minister aangegeven, dat Zorgverzekeraars Nederland (ZN) te kennen heeft gegeven dat het beleid van zorgverzekeraars om verpleegkundig specialisten als hoofdbehandelaar te weren niet meer houdbaar is. ZN zal dit met haar leden opnemen. Maar de minister schrijft dat het aan zorgverzekeraars zelf is om te bepalen hoe zij hun beleid vormgeven. Vindt de minister het wenselijk dat zorgverzekeraars hiermee het experiment taakherschikking kunnen doorkruisen? Zo ja, waarom? Zo nee, op welke wijze is de minister van plan hier verandering in te brengen?

De minister heeft de IGZ en de veldpartijen verzocht een veldnorm te ontwikkelen voor het hoofdbehandelaarschap. De minister schrijft dat deze partijen hiermee voortvarend aan de slag zijn gegaan. De leden van de PvdA-fractie zijn benieuwd wat de stand van zaken is en wanneer de veldnorm naar verwachting gereed zal zijn. De minister schrijft dat zij het van belang acht dat verzekeraars rekening houden met deze veldnorm bij het vormgeven van hun beleid. Acht de minister het wenselijk dat zorgverzekeraars deze veldnorm kunnen negeren? Zo ja, wat is het nut van de veldnorm als zorgverzekeraars deze norm niet accepteren of toepassen? Zo nee, op welke wijze zal de minister er voor zorgen dat zorgverzekeraars deze veldnorm hanteren bij het vormgeven van hun beleid?

De leden van de fractie van de PvdA willen van de minister graag meer duidelijkheid over mogelijke volumegroei door taakherschikking. De NZa zegt in haar advies dat er een risico is dat taakherschikking niet leidt tot substitutie, maar tot suppletie. Een volumetoename door een toename

van het aantal zorgverleners. Welke prikkels zijn er op dit moment om deze volumegroei tegen te gaan?

Vragen en opmerkingen van de PVV-fractie

De leden van de PVV-fractie hebben kennisgenomen van de reactie van het kabinet op het onderzoek door de NZa naar taakherschikking. Deze leden zijn voorstander van taakherschikking maar zijn tevens van mening dat dit zorgvuldig dient te gebeuren en zij hebben daarom nog een aantal vragen.

De NZa adviseert om verpleegkundig specialisten en physician assistants het recht te geven om zelfstandig dbc's te openen en te sluiten en om het face-to-face criterium uit te breiden tot deze beroepsgroepen. De leden van de PVV-fractie vinden dit advies wel erg ver gaan. Wat betekent dit voor de behandelrelatie met de patiënt? Klopt het dat hierdoor de huisarts direct kan verwijzen naar deze zelfstandig declarerende behandelaars? Is dit de uiteindelijke bedoeling van het kabinetsbeleid, zo vragen deze leden. Is het voor patiënten nog wel duidelijk door wie ze behandeld worden en wie de eindverantwoording draagt? Genoemde leden zijn bang voor versnippering van verantwoordelijkheden en zouden graag garanties krijgen dat hier duidelijke afspraken over vastgelegd worden.

Er lopen verschillende onderzoeken naar taakherschikking en de minister wil met name dat de financiële effecten van taakherschikking inzichtelijk worden. Zijn de effecten op de kwaliteit van zorg minder belangrijk, zo vragen de leden van de PVV-fractie.

De minister constateert dat ondanks de door de NZa geschetste belemmeringen taakherschikking wel mogelijk is. De leden van de PVV-fractie zijn daarom van mening dat er nu geen stappen genomen moeten worden ten aanzien van het uitbreiden van bevoegdheden. Deze leden willen eerst de experimentele periode van vijf jaar afwachten en evalueren.

Vragen en opmerkingen van de SP-fractie

De leden van de SP-fractie hebben met een aantal zorgen kennisgenomen van de kabinetsreactie op het onderzoek van de NZa naar taakherschikking. De minister stelt in haar brief dat taakherschikking een antwoord geeft op de toekomstige stijgende en steeds veranderende zorgvraag en capaciteitstekorten aanpakt. Genoemde leden zijn bezorgd dat straks zorgverleners taken gaan overnemen, omdat er te weinig artsen worden ingezet. Deze leden vragen een garantie van de minister dat taakherschikking niet ten koste gaat van het aantal plaatsen voor (medisch) specialisten.

De leden van de SP-fractie constateren dat de verpleegkundig specialist en de physician assistant bevoegd worden om zelfstandig voorbehouden handelingen te indiceren en uit te voeren, en dus een groter deel van een dbc ofwel een gehele dbc zelfstandig kunnen uitvoeren. Deze leden vragen om een overzicht van de typen dbc's waarvoor verpleegkundig specialisten en de physician assistants in aanmerking komen. Voorts willen zij weten welke wijzigingen plaatsvinden in de tarieven van dbc's door de invoering van taakherschikking.

Uit het onderzoek van de NZa blijkt dat niet-poortspecialisten geen dbc mogen openen en sluiten. De NZa stelt voor om voor somatiek het recht om zelfstandige dbc-producten te openen en te sluiten uit te breiden voor beroepsgroepen die opgenomen zijn via artikel 36a van de Wet op de

beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG): verpleegkundig specialisten en de physician assistants.

De leden van de SP-fractie hechten er grote waarde aan dat een arts eindverantwoordelijk blijft voor de zorg die geboden wordt aan patiënten. Indien de arts verantwoordelijk blijft voor de opening en sluiting van een dbc biedt dit eveneens een controle- en evaluatiemoment voor de verpleegkundig specialist en de physician assistant. Om deze redenen willen genoemde leden weten waarom er niet voor gekozen wordt, dat de opening en sluiting van een dbc te allen tijde de verantwoordelijkheid blijft van een arts.

Genoemde leden constateren dat het advies van de NZa is om het face-to-face criterium uit te breiden met de twee betreffende beroepsgroepen. Deze leden vragen of dit geen belemmering vormt tussen de contactmomenten die eventueel nodig zijn tussen patiënt en arts. De leden van de SP-fractie hechten groot belang aan het bieden van verantwoorde zorg door zorgverleners. Zij vragen hoe de Inspectie voor de Gezondheidszorg gaat controleren of de taken die beschikbaar komen voor de verpleegkundig specialist en de physician assistant getoetst worden.

De leden van de SP-fractie constateren dat de NZa aangeeft dat in de huidige bekostiging taakherschikking nog niet mogelijk is. De NZa geeft aan dat in de huidige bekostigingsregelgeving de verpleegkundig specialist en de physician assistant zelfstandig kunnen handelen en indiceren, maar dat in het zorgtraject de patiënt wel contact heeft met de medische specialist. Hoewel deze leden de rol van de arts in het zorgtraject van groot belang vinden, vragen zij hoe de zorg geregeld is voor patiënten die een complexe zorgvraag hebben en die zorg ontvangen van meerdere artsen. Ontvangen deze mensen daarnaast ook meerdere verpleegkundig specialisten of physician assistants? Genoemde leden vragen een uitgebreide toelichting hoe de zorg geregeld is voor patiënten die vanwege een complexe zorgvraag meerdere artsen bezoeken.

De minister stelt in haar brief dat het wenselijk is om de taakherschikking in de geestelijke gezondheidszorg te stimuleren, daar waar dit de doelmatigheid en kwaliteit van de zorgverlening verhoogt. De leden van de SP-fractie vragen of de kwaliteit van zorgverlening momenteel zodanig slecht is, dat dit alleen opgelost kan worden door taakherschikking. Daarbij maken genoemde leden zich zorgen dat het aan zorgverzekeraars is om zelf hun beleid vorm te geven ten opzichte van taakherschikking. Zij vragen of dit niet gaat zorgen voor grote regionale verschillen en of de NZa hierop goed monitort.

De leden van de SP-fractie constateren dat de IGZ heeft aangegeven dat het hoofdbehandelaarschap in de geestelijke gezondheidszorg nog onvoldoende gedefinieerd is. Deze leden vragen om een uitgebreide toelichting op de criteria die gesteld worden door zorgverzekeraars en aanbieders en zij willen tevens weten wat de veldnorm inhoudt, die momenteel in ontwikkeling is door de Inspectie voor de Gezondheidszorg en veldpartijen.

De minister geeft aan dat de NZa er zorg voor moet dragen dat de declaratieregels bij de veldnorm moeten aansluiten. De leden van de SP-fractie willen weten hoe de wijzigingen in de declaratieregels eruit komen te zien en vragen of de Kamer hierover geïnformeerd kan worden.

Vragen en opmerkingen van de CDA-fractie

De leden van de CDA-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van de kabinetsreactie op het onderzoek van de Nederlandse Zorgautoriteit naar taakherschikking. Deze leden vinden taakherschikking een belangrijk middel om de toekomstige stijgende en steeds veranderende zorgvraag en capaciteitstekorten aan te pakken. Goede randvoorwaarden voor het invoeren van taakherschikking zijn van belang voor een optimaal resultaat. Daarom vinden deze leden het rapport van de NZa ook nuttig.

Taakherschikking vindt momenteel al plaats. De mate waarin taakherschikking voorkomt, is afhankelijk van de mate waarin er door veldpartijen actief op taakherschikking wordt gestuurd. De NZa spreekt van mogelijke culturele, juridische en organisatorische belemmeringen die er voor kunnen zorgen dat taakherschikking niet tot stand komt ondanks het wegnemen van financiële belemmeringen. Een voorbeeld is dat binnen een ziekenhuis de vormgeving van het dienstverband van een medisch specialist van invloed kan zijn op de totstandkoming van taakherschikking. Welke rol ziet de minister voor zichzelf weggelegd om een positieve bijdrage te leveren aan het wegnemen van de bovenstaande belemmeringen anders dan financieel?

Verder geeft de NZa aan dat met het wegnemen van financiële belemmeringen het mogelijk wordt om bij taakherschikking lagere kosten per behandeling af te spreken. Immers, er kan een doelmatigheidswinst gemaakt worden wanneer lager gekwalificeerd personeel wordt ingezet waar mogelijk. Ten tweede kan het aanbod vergroot worden, waardoor de prijs voor de geleverde zorg mogelijk omlaag kan gaan. Hoe kan de minister dit proces faciliteren? Verwacht de minister ook dergelijke effecten en hoe wordt dat inzichtelijk?

Over de tweedelijns somatische zorg merkt de minister op dat zij de aanpassing van de regelgeving rond de bekostiging, conform het advies van de NZa, als volgende stap in het proces ziet. De minister geeft aan dat een besluit hierover niet binnen de demissionaire status van het kabinet past. Inmiddels is er een nieuw kabinet aangetreden. De leden van de CDA-fractie zouden graag van de minister het standpunt van het kabinet willen krijgen. Het is juist zaak dat de belemmeringen in de tweede lijn zo snel mogelijk worden weggenomen, zo vinden deze leden. Genoemde leden vragen ook of het voor zorgverzekeraars ook in de tweedelijns somatische zorg mogelijk is (net als in de tweedelijns geestelijke gezondheidszorg, bijvoorbeeld bij Europsyche) om nadere eisen te stellen aan de hoofdbehandelaar. Als dit mogelijk is, hoe kijkt de minister tegen een dergelijke ontwikkeling aan?

De minister heeft over de motie Uitslag (Kamerstuk 29 689, nr. 157) tijdens het VAO arbeidsmarktbeleid VWS op 28 juni jl. opgemerkt, dat Zorgverzekeraars Nederland te kennen heeft gegeven dat het beleid van zorgverzekeraars om verpleegkundig specialisten als hoofdbehandelaar te weren niet meer houdbaar is. Uit informatie van V&VN blijkt echter dat er nog weinig vooruitgang op dit dossier is en dat er eerder sprake is van een stap terug. De leden van de CDA-fractie vragen een reactie van de minister op dit zorgpunt van V&VN. Voorts vragen deze leden de minister wat zij verder nog gaat doen om er voor te zorgen dat de motie Uitslag goed wordt uitgevoerd.

Tijdens het algemeen overleg Europsyche is met de minister uitgebreid overlegd over de wens om duidelijkheid te krijgen over het hoofdbehandelaarschap in de curatieve geestelijke gezondheidszorg. De minister heeft de IGZ en de veldpartijen verzocht om het ontwikkelen van een

veldnorm voor het hoofdbehandelaarschap voortvarend op te pakken. De leden van de CDA-fractie zijn daar positief over, maar zij vragen wel wanneer de IGZ en de veldpartijen met een voorstel komen. Als laatste stelt de minister dat zij het van belang vindt dat de NZa ervoor zorgt dat ook de declaratieregels bij deze veldnorm aansluiten. Dat vinden de leden van de CDA-fractie ook wenselijk gezien de problematiek rondom Europsyche. De minister geeft aan dat zij regelmatig bij de verzekeraars zal nagaan wat de stand van zaken is hoe de verzekeraars rekening houden met deze veldnorm bij het vormgeven van hun beleid. Wat bedoelt de minister met regelmatig? En wat is de minister voornemens te doen of kan zij doen indien de zorgverzekeraars geen rekening gaan houden met deze veldnorm?

De leden van de CDA-fractie vragen de minister nog in te gaan op de opmerkingen van de NZa over de regelgeving die de NZa dient aan te passen. De NZa merkt op dat van belang is dat VWS invulling geeft aan de reikwijdte van de diagnostiek die in het concept besluit tijdelijke zelfstandige bevoegdheid wordt aangeduid met de term «beperkte complexiteit» (blz. 20–21 van het onderzoek).

Vragen en opmerkingen van de D66-fractie

De leden van de D66-fractie hebben met interesse kennisgenomen van de kabinetsreactie op het onderzoek van de Nederlandse Zorgautoriteit naar taakherschikking. De komende 20 jaar zijn naar schatting meer dan 400.000 extra zorgmedewerkers nodig. Deze leden zijn van mening dat taakherschikking een belangrijk middel is om dit capaciteitsvraagstuk het hoofd te bieden, omdat de zorg hiermee doelmatiger kan worden georganiseerd. Bovendien kan dit leiden tot meer tevredenheid onder patiënten, betere kwaliteit van zorg, lagere kosten en vergroot het de carrièremogelijkheden van verpleegkundigen.

De leden van de D66-fractie zijn blij dat met de wijziging in de Wet BIG belemmeringen zijn weggenomen om taakherschikking te realiseren. Deze leden stellen evenwel vast dat de NZa voor de tweedelijns somatische zorg financiële belemmeringen voor taakherschikking constateert. Een van de geconstateerde belemmeringen is dat het voor niet-poortspecialisten momenteel onmogelijk is om een behandeling te starten. Een van de voorgestelde oplossingen is het uitbreiden van de lijst met poortspecialisten die in de regelgeving zijn aangemerkt als hoofdbehandelaar met een aantal nieuwe beroepsgroepen, zoals bijvoorbeeld de physician assistant en de verpleegkundig specialist. Daarmee kan worden bewerkstelligd dat verpleegkundig specialisten zelfstandig dbc's kunnen openen en sluiten, wanneer deze professionals de zorg vrijwel volledig uitvoeren. De leden van de D66-fractie zijn verheugd dat de minister voor deze oplossing openstaat. Is de minister bereid op korte termijn de regelgeving rond de bekostiging op genoemde wijze aan te passen? Wanneer verwacht de minister dit te kunnen regelen? De leden van de D66-fractie ontvangen signalen vanuit het beroepenveld dat de lopende onderzoeken naar taakherschikking op dit moment onvoldoende informatie lijken te genereren. Hoe kijkt de minister aan tegen het coderen van dbc's om meer inzicht te verkrijgen in wie welke zorg uitvoert en in welke omvang? Wil de minister stimuleren dat de lopende onderzoeken snel tot uitkomsten zullen leiden?

Een tweede wijze waarop de geconstateerde belemmering weggenomen kan worden is door het onderscheid tussen poortspecialisten en de verantwoordelijkheid voor de juiste typering en registratie van een zorgtraject los te laten. Kan de minister aangeven hoe zij tegenover deze oplossing staat? Verwacht de minister dat dit een volumetoename zal

veroorzaken? Zo ja, in welke mate? Kan de minister daarbij ook aangeven welke effect dit kan hebben op de totale zorguitgaven en in welke mate dit tot een premiestijging kan leiden? Welke andere voor- en nadelen kunnen deze oplossing met zich meebrengen?

De leden van de D66-fractie constateren dat er volgens de NZa binnen de curatieve ggz geen financiële belemmeringen voor taakherschikking zijn. Wel wordt opgemerkt dat zorgverzekeraars op basis van kwaliteit beperkingen aanbrengen in de polisvoorwaarden wie zij als hoofdbehandelaar accepteren en wie dbc's mogen openen. In het kader van taakherschikking binnen de geestelijke gezondheidszorg vinden de leden van de D66-fractie het wenselijk dat kwalitatief hoogwaardige verpleegkundig specialisten meer taken op zich nemen. Heeft de minister contact gehad met Zorgverzekeraars Nederland om verpleegkundig specialisten als hoofdbehandelaar te accepteren? In het bestuurlijk akkoord ggz is afgesproken dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders in 2012 criteria afspreken waaronder taakherschikking plaatsvindt en wat de rol van de hoofdbehandelaar is. Volgens veldpartijen is het niet haalbaar nog dit jaar een veldnorm te formuleren. Wanneer verwacht de minister dat er meer duidelijkheid komt? Welke rol ziet de minister voor zichzelf weggelegd om dit te stimuleren?

De leden van de D66-fractie stellen met verbazing vast dat in het regeerakkoord van het kabinet-Rutte II geen visie is opgenomen om het oplopende capaciteitsprobleem in de zorg het hoofd te bieden. Deze leden achten het wenselijk dat een van de grootste uitdagingen van de zorg voor de komende jaren met een integrale aanpak tegemoet getreden wordt. Het instellen van een nullijn voor zorgmedewerkers en de structurele extra budgetkorting van € 250 miljoen op de medische zorg in de tweede lijn dragen niet bij aan een oplossing, maar vergroten juist het probleem. Kan de minister uiteenzetten welke instrumenten zij naast (het uitbreiden van) taakherschikking wil gaan inzetten om het aankomende tekort aan zorgprofessionals op te vangen?

Vragen en opmerkingen van de ChristenUnie-fractie

De leden van de ChristenUnie-fractie hebben voor de motie Voortman gestemd waarin de regering werd verzocht om een kabinetsreactie op het onderzoek van de Nederlandse Zorgautoriteit naar taakherschikking (Kamerstuk 29 689, nr. 406). Zij vragen graag op een aantal punten nadere toelichting.

De leden van de ChristenUnie-fractie merken op dat voorkomen moet worden dat taakherschikking alleen als kostenbesparing wordt gezien. Taakherschikking is namelijk ook nodig om zorg rond te krijgen vanwege grote belasting van onder andere medisch specialisten en het efficiënter/klantgericht maken van de zorg.

De steeds complexer wordende zorg, de toenemende vraag om regie leggen een steeds grotere druk op het personeel. Ook het aanleveren van prestatie-indicatoren verhogen deze druk. Op welke manieren wordt deze druk verlaagd en kan de administratieve lastendruk worden verlicht? Hoe verhouden de geplande bezuinigingen zich tot de taakherschikking?

Deze leden merken op dat uit de praktijk blijkt dat het buitengewoon lastig is kostenbesparingen met behoud van kwaliteit mogelijk te maken als het gaat om het zelfstandig declareren van een behandeling in de tweedelijns somatische zorg op het moment dat er nog geen volledige substitutie plaatsvindt van zorg wanneer de declaratie van de dbc nog door de medisch specialist wordt gedaan. Waarom kan er niet direct volledige substitutie plaatsvinden? Zitten alle brancheorganisaties als het gaat om

dit punt op één lijn? Zo nee, wat zijn de verschillen? Deze leden zien graag een nadere toelichting op het gekozen tijdspad.

De leden van de ChristenUnie-fractie merken op dat er in het NZa-rapport niet wordt gesproken over beperkingen bij het declareren van dagverpleging. Deze beperkingen worden echter momenteel wel stringent toegepast. Hoe sluit de huidige regelgeving aan bij de praktijk van de «one-stop-shops» en hoe zal dat in de nieuwe regelgeving zijn? Lenen deze activiteiten zich ook voor taakherschikking?

Ten aanzien van de ggz merken de leden van de ChristenUnie-fractie op dat wat nu wordt geregeld wettelijk al kan. De Wet BIG beschrijft duidelijk wie waar verantwoordelijk voor is bij een behandeling. Dit is een nevenschikking van taken en verantwoordelijkheden en dus geen hiërarchische schikking zoals de term hoofdbehandelaar suggereert. In de Wet BIG is nergens sprake van de term hoofdbehandelaar. De term «hoofdbehandelaar» is geïntroduceerd door de zorgverzekeraars in het kader van het openen van een dbc. Klopt het dat verzekeraars dus ruimte zouden moeten en kunnen geven dat het openen van een dbc niet slechts door een poortspecialist kan worden gedaan? Vanuit de casus Europsyche is uitwerking op dit punt gewenst.

II. REACTIE VAN DE MINISTER

Inleiding

De leden van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport hebben mij een aantal schriftelijke vragen gesteld naar aanleiding van mijn brief van 9 oktober 2012 inzake de kabinetsreactie op het advies van de Nederlandse Zorgautoriteit over de financiële belemmeringen voor taakherschikking (29 689, nr. 418, ingezonden 23 november 2012). Deze brief is een (voorlopige) reactie op de motie Voortman die het kabinet verzocht om een reactie op dit advies, zodat het volgende kabinet daarover spoedig besluiten kan nemen. Vanwege de overlap in de gestelde vragen heb ik de antwoorden gegroepeerd naar thema en waar mogelijk verwezen naar de (definitieve) kabinetsreactie waar deze beantwoording een bijlage bij is.

Wegnemen van belemmeringen voor taakherschikking in de bekostiging

De fractieleden van de VVD, PvdA, CDA en D66 vragen mij wanneer de Kamer een aanpassing van de regelgeving tegemoet kan zien. In mijn reactie op het NZa advies heb ik toegelicht dat ik voornemens ben dit per 1 januari 2015 te doen.

De PvdA-fractie vraagt mij welke prikkels er zijn om volume groei in de zorgverlening als gevolg van de toename van het aantal zorgverleners tegen te gaan. Volume groei is vanwege de stijgende zorgvraag in Nederland onvermijdelijk. Met taakherschikking wordt een deel van deze volume groei op een doelmatige wijze opgevangen. Daar waar taakherschikking kan zorgen voor onnodige volume groei is het aan de zorgverzekeraar om hierop te sturen.

De CDA-fractie vraagt mij welke rol ik zie voor het wegnemen van de mogelijke culturele, juridische en organisatorische belemmeringen die door de Nederlandse Zorgautoriteit zijn genoemd in haar advies. Ook vraagt de CDA-fractie hoe ik het proces richting doelmatigheidswinst door taakherschikking kan faciliteren en inzichtelijk kan maken. Ik zie het maken van afspraken over taakherschikking primair als verantwoordelijkheid van het veld. Door de toenemende zorgvraag en de druk vanuit zorgverzeke-

raars om zorg op een meer doelmatige wijze te leveren, worden zorgaanbieders gestimuleerd tot meer taakherschikking. Ik wil de periode tot 2015 gebruiken om samen met het veld te kijken naar hetgeen nodig is om taakherschikking te stimuleren met kostenbeheersing als uitgangspunt. In mijn reactie op het NZa advies geef ik aan welke concrete stappen ik voornemens ben te zetten.

De leden van de D66-fractie vragen mij hoe ik aankijk tegen het loslaten van het onderscheid tussen poortspecialisten en de verantwoordelijkheid voor de juiste typering en registratie van een zorgtraject. Daarbij wordt mij gevraagd of ik daardoor een volumetoename verwacht, in welke mate, welk effect dit kan hebben op de totale zorguitgaven, in welke mate dit tot een premiestijging kan leiden en welke andere voor- en nadelen deze oplossing met zich mee kan brengen. In de beantwoording van de vragen neem ik mee de vraag van de VVD-fractie over de voor- en nadelen van de twee mogelijke oplossingsrichtingen die de NZa schetst. De Nederlandse Zorgautoriteit heeft twee oplossingsrichtingen gegeven voor het wegnemen van de geconstateerde belemmering; 1. het aantal zorgverleners dat een DBC in rekening mag brengen wordt uitgebreid met de physician assistant en de verpleegkundig specialist; 2. de voorwaarde dat enkel poortspecialisten een DBC in rekening mogen brengen wordt geheel losgelaten.

Zoals ik heb aangegeven in mijn brief heb ik gekozen voor optie 1. De zorgprofessional die de zorg verleent dient dit ook te registreren. Door de regelgeving rond de registratie en declaratie van DBC's uit te breiden met de betreffende beroepsgroepen sluit de registratie- en declaratieregeling aan bij de wijzigingen van de Wet BIG, waarin per 1 januari 2012 deze beroepsgroepen zelfstandig voorbehouden handelingen mogen indiceren en uitvoeren. De aanpassing van de regelgeving zal taakherschikking stimuleren en daarmee op een doelmatige wijze bijdragen aan het opvangen van de groeiende zorgvraag. Het volume zal sowieso toenemen, door taakherschikking kan deze volumegroei tot op zekere hoogte worden opgevangen zonder kostenstijging.

Registratie

De leden van de SP-fractie vragen om een overzicht van de typen DBC's waarvoor verpleegkundig specialisten en de physician assistants in aanmerking komen. Voorts willen zij weten welke wijzigingen plaatsvinden in de tarieven van DBC's door de invoering van taakherschikking.

Er bestaat op dit moment geen overzicht met DBC's waar verpleegkundig specialisten en physician assistants ingezet worden. Ik ben in gesprek met UMC Radboud in Nijmegen over een onderzoek dat dit inzichtelijk moet maken. In dit onderzoek wordt gekeken in hoeverre de uitkomsten te vertalen zijn naar een landelijk beeld. De inzet van verpleegkundig specialisten en physician assistants zullen waarschijnlijk lokaal verschillen. Daarnaast zal taakherschikking zich in de tijd uitkristalliseren. De leden van de D66-fractie vragen mij hoe ik aankijk tegen het coderen van DBC's om meer inzicht te verkrijgen in wie welke zorg uitvoert en in welke omvang. Ik vind dat het aan het veld is om te bekijken of een dergelijke aanpassing in het DBC-systeem nodig is. Zij kunnen een verzoek daartoe indienen bij de Nederlandse Zorgautoriteit of DBC-Onderhoud.

De ChristenUnie-fractie vraagt mij op welke manier de toenemende druk op het personeel verlaagd kan worden. De ChristenUnie-fractie wijst daarbij op de complexer wordende zorg en de toenemende administratieve lasten. Ik erken dat de zorgvraag anders en complexer wordt. Taakherschikking draagt bij aan een doelmatige inzet van de beschikbare

capaciteit. Medisch specialisten concentreren zich op de complexere zorg en andere professionals nemen laagcomplexere en routinematige zorg over. Dit draagt tevens bij aan de aantrekkelijkheid van de zorgsector en daarmee aan behoud van personeel. Juist door taakherschikking kunnen medisch specialisten zich meer concentreren op de complexere zorg. De ChristenUnie-fractie vraagt mij hoe de geplande bezuinigingen zich verhouden tot de taakherschikking. Taakherschikking is nodig om de toenemende zorgvraag op een doelmatige wijze op te vangen. Het is één van de maatregelen die genomen moeten worden om de zorg betaalbaar te houden.

De ChristenUnie-fractie vraagt mij waarom er niet direct volledige substitutie kan plaatsvinden.

Dit komt doordat de beroepsgroep van verpleegkundig specialisten en physician assistants gestaag toe neemt. In de praktijk zal steeds duidelijker worden hoe de potentie van deze beroepsgroepen het beste benut kan worden. Daarnaast is aanpassing van de regelgeving rond de registratie en declaratie van DBC's nodig om belemmeringen voor taakherschikking weg te nemen. In mijn reactie op het Nza advies geef ik aan dat ik dit per 1 januari 2015 zal doen.

De leden van de ChristenUnie-fractie vragen hoe de huidige regelgeving aansluit bij de praktijk van de «one-stop-shops», hoe dit in de nieuwe regelgeving zal zijn en deze activiteiten zich ook lenen voor taakherschikking. De «one-stop-shops» houden in dat de patiënt de benodigde zorg in één keer ontvangt, waardoor de patiënt niet meerdere malen terug hoeft te komen. De activiteiten blijven gelijk. De huidige regelgeving rond het declareren van DBC's en de aangekondigde aanpassingen, zijn geen belemmering voor het organiseren van de zorg volgens het «one-stop-shop» principe.

De leden van de SP-fractie vragen hoe de zorg geregeld is voor patiënten die een complexe zorgvraag hebben en die zorg ontvangen van meerdere artsen. Artsen, physician assistants, verpleegkundig specialisten en andere betrokken zorgverleners hebben allen een eigen professionele verantwoordelijkheid voor de geleverde zorg. In een zorgtraject voor een patiënt met een complexe zorgvraag kunnen lokaal afspraken worden gemaakt over de inzet van zorgprofessionals.

Onderzoeken

De leden van de VVD-fractie, PvdA-fractie en D66-fractie vragen naar een overzicht van lopende onderzoeken naar taakherschikking. De leden van de PvdA-fractie vragen mij of deze onderzoeken aansluiten bij de informatiebehoefte die bij mij en de genoemde branchepartijen bestaat. De leden van de D66-fractie geven in dit kader aan dat zij signalen ontvangen vanuit het beroepenveld dat de lopende onderzoeken naar taakherschikking op dit moment onvoldoende informatie lijken te genereren. Er is al veel onderzoek gedaan naar taakherschikking. Op de website van het platform Zorgmasters wordt een overzicht gegeven van lopende en afgeronde onderzoeken. De uitkomsten van deze onderzoeken dragen bij aan het inzicht rond de inzet van de physician assistant en verpleegkundig specialist, maar geven geen allesomvattend beeld. Ik ben daarnaast in gesprek met het St. Antonius Ziekenhuis in Nieuwegein over de uitwerking van een experiment dat tot doel heeft taakherschikking in de zorg te stimuleren. Met UMC St. Radboud Nijmegen lopen gesprekken over een onderzoek naar de inzet van de physician assistant en de verpleegkundig specialist in relatie tot de DBC's.

<http://www.platformzorgmasters.nl>

Hoofdbehandelaarschap curatieve GGZ

De leden van de fractie van de VVD vragen naar het tijdpad voor de totstandkoming van een veldnorm voor hoofdbehandelaarschap in de curatieve geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Op 15 november 2012 heeft de IGZ het document «Hoofdbehandelaarschap in de tweedelijns GGZ» ter consultatie voorgelegd aan veldpartijen. Dit document stelt nadere criteria aan de kwalificatie en invulling van het hoofdbehandelaarschap in de tweedelijns GGZ. Partijen hebben gereageerd op dit document. In het bestuurlijk akkoord Toekomst GGZ 2013–2014 is afgesproken dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders vanuit kwaliteitsoverwegingen landelijke criteria afspreken waaronder taakherschikking en taakdelegatie plaatsvindt en wat de rol is van de hoofdbehandelaar. In het kader van het bestuurlijk akkoord vindt overleg plaats over het hoofdbehandelaarschap in de generalistische basis GGZ en in de gespecialiseerde GGZ, de nieuwe «echelons» in de GGZ uit het bestuurlijk akkoord. Dit overleg vindt plaats met het oog op een veldnorm. Alle partijen wensen duidelijkheid over het hoofdbehandelaarschap in de GGZ vóór de zorginkoop voor 2014 en steunen de spoedige tot stand koming van een norm. Ik zal u vóór de zomer informeren over de norm voor het hoofdbehandelaarschap in de GGZ.

De leden van de PvdA-fractie vragen wanneer de veldnorm naar verwachting gereed zal zijn. Zoals ik in antwoord op een vraag van de leden van de VVD-fractie heb aangegeven, zal ik u vóór de zomer nader informeren.

De leden van de PvdA-fractie vragen of ik het wenselijk acht dat verzekeraars de veldnorm voor het hoofdbehandelaarschap kunnen negeren. Zij vragen wat het nut is van de veldnorm als verzekeraars die niet accepteren of toepassen. Tevens vragen ze op welke wijze ik er voor wil zorgen dat verzekeraars de veldnorm hanteren, als ik dat wenselijk vind. Het kenmerk van een veldnorm is dat die gedragen wordt door het veld. Het is niet de bedoeling dat partijen een veldnorm negeren. Verzekeraars dienen verantwoorde zorg in te kopen en zorgaanbieders dienen verantwoorde zorg te leveren. Een veldnorm voor het hoofdbehandelaarschap moet duidelijkheid geven omtrent de invulling en kwalificatie van het hoofdbehandelaarschap in de GGZ. De IGZ ziet toe op de naleving van (veld)normen die zijn opgesteld met het oog op de kwaliteit van de zorg en dus ook op de veldnorm voor het hoofdbehandelaarschap in de GGZ. Dat wil echter niet zeggen dat verzekeraars geen aanvullende voorwaarden kunnen stellen in hun polisvoorwaarden of in de contracten die zij sluiten met zorgaanbieders. Ik verwacht echter wel dat een veldnorm zal leiden tot meer eenheid in de eisen met betrekking tot het hoofdbehandelaarschap.

De leden van de SP-fractie vragen of de kwaliteit van zorgverlening momenteel zodanig slecht is, dat dit alleen opgelost kan worden door taakherschikking. Op basis van de informatie zoals verkregen van de IGZ, kan ik niet stellen dat de kwaliteit van de zorgverlening in de GGZ in zijn algemeenheid slecht is. Wel is er natuurlijk altijd verbetering mogelijk. Taakherschikking kan inderdaad een bijdrage leveren aan het verhogen van de kwaliteit en de doelmatigheid van de zorgverlening. Het is echter niet het enige middel. Ik wil u in dat verband wijzen op de afspraken die ik in het Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ 2013–2014 met de veldpartijen heb gemaakt over het opzetten van een ambitieus kwaliteitsprogramma. Daarbij maken genoemde leden zich zorgen dat het aan zorgverzekeraars is om zelf hun beleid vorm te geven ten opzichte van taakherschikking. Zij vragen of dit niet gaat zorgen voor grote regionale verschillen en of de NZa hierop goed monitort. In het Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ 2013–2014 is afgesproken dat veldpartijen, waaronder zorgverzekeraars en zorgaanbieders, afspraken maken over onder andere taakherschikking. Ik verwacht dat dit eerder zal leiden tot convergentie in het beleid van

zorgverzekeraars, dan tot grote verschillen tussen de verzekeraars. Ik deel de zorgen van de leden van de SP fractie dan ook niet. Overigens is het in zijn algemeenheid wenselijk dat zorgverzekeraars hun eigen beleid kunnen vorm geven. Dit biedt ruimte aan verzekerden, zorgverzekeraars en zorgaanbieders om het verzekerde pakket naar eigen keuze in te vullen binnen de door de wetgever gestelde grenzen.

De leden van de SP-fractie vragen om een toelichting op de criteria die door verzekeraars en aanbieders gesteld worden aan hoofdbehandelaarschap in de GGZ en zij vragen wat de veldnorm inhoudt. Voor het antwoord op de vraag naar de criteria voor het hoofdbehandelaarschap die in de praktijk worden gehanteerd verwijs ik naar p. 3 van de bijlage van de IGZ bij mijn brief aan uw Kamer van 25 juni 2012 over de situatie bij Europsyche (Kamerstuk 29 689, nr. 397). In aanvulling hierop kan ik u melden dat ZN voor 2013 adviseert de klinisch neuropsycholoog niet langer als hoofdbehandelaar aan te merken in de tweedelijns GGZ.

Daarnaast heeft de NZa in de declaratiebepalingen voor de DBC GGZ systematiek nader geëxpliciteerd wat zij verstaat onder het hoofdbehandelaarschap (Regeling Declaratiebepalingen DBC's in de curatieve GGZ (NR/CU-524), inwerkingtreding 1 januari 2013). Wat de veldnorm wordt, kan ik op dit moment nog niet aangeven.

De leden van de SP-fractie willen weten hoe de wijzigingen in de declaratieregels eruit komen te zien en vragen of de Kamer hierover geïnformeerd kan worden. Pas zodra de veldnorm tot stand is gekomen zal duidelijk worden of de declaratieregels gewijzigd moeten worden, en hoe die wijzigingen er uit komen te zien. In antwoord op een vraag van de leden van de VVD-fractie heb ik aangekondigd u vóór de zomer nader te informeren. Bovendien wordt alle (gewijzigde) regelgeving van de NZa door de NZa op haar website gepubliceerd en is deze voor iedereen vrij toegankelijk.

De leden van de CDA-fractie vragen een reactie op de zorgen van V&VN als het gaat om de rol van verpleegkundig specialisten als hoofdbehandelaar. Zij vragen tevens wat de minister gaat doen om te zorgen dat de motie Uitslag (Kamerstuk 29 282, nr. 157) goed wordt uitgevoerd. De IGZ heeft ook V&VN om een reactie gevraagd op het consultatiedocument over het hoofdbehandelaarschap in de tweedelijns GGZ. V&VN heeft de gelegenheid gehad en benut om haar visie op tafel te leggen en te onderbouwen. Ik wacht de gesprekken in het kader van het bestuurlijk akkoord over het hoofdbehandelaarschap in de generalistische basis GGZ en de gespecialiseerde GGZ nu af. De motie Uitslag stelt dat taakher-schikking van groot belang is voor een carrièreperspectief in de zorg, de personeelstekorten in de zorg het hoofd biedt en bovenal de kwaliteit van de zorg ten goede komt. De motie verzoekt de regering daarom om in overleg te treden met ZN om tot een eenduidige lijn te komen als het gaat om het contracteren van verpleegkundig specialisten als hoofdbehandelaar in de GGZ. Door middel van het consultatiedocument is de IGZ in overleg getreden met onder andere ZN. Momenteel vindt vervolgoverleg plaats in het kader van het bestuurlijk akkoord. Ik wacht op dit moment de uitkomst van dit overleg af. Dat er een eenduidige lijn met betrekking tot het hoofdbehandelaarschap moet komen, onderschrijf ik.

De leden van de CDA-fractie vragen wanneer de IGZ en de veldpartijen met een voorstel voor een veldnorm komen. Voor het antwoord op deze vraag verwijs ik naar het antwoord op de vergelijkbare vraag van de leden van de VVD-fractie.

De leden van de CDA-fractie vragen wat ik bedoel met «regelmatig» als ik stel dat ik regelmatig bij verzekeraars zal nagaan in hoeverre verzekeraars rekening houden met de veldnorm voor het hoofdbehandelaarschap in de curatieve GGZ. Tevens vragen zij wat ik voornemens ben te gaan doen als verzekeraars geen rekening houden met de veldnorm. Het contact met ZN verloopt op dit moment via de consultatie die is geïnitieerd door de IGZ.

Daarnaast vindt in het kader van het Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ 2013–2014 op regelmatige basis op verschillende niveaus overleg plaats met de ondertekenaars van het akkoord, waaronder ook Zorgverzekeraars Nederland. Dit overleg gaat over de voortgang van de verschillende afspraken in het bestuurlijk akkoord. In dat kader komen de ontwikkelingen op het gebied van het hoofdbehandelaarschap prominent aan de orde. Een veldnorm voor het hoofdbehandelaarschap is ook een leidraad voor verzekeraars. De IGZ zal toezien op de naleving van een veldnorm. Zoals ik al aangaf in antwoord op een vraag van de leden van de PvdA-fractie, zijn verzekeraars vrij om aanvullende eisen te stellen in de polisvoorwaarden of bij de contractonderhandelingen met zorgaanbieders.

De leden van de D66-fractie vragen of ik contact heb gehad met ZN over het accepteren van verpleegkundig specialisten als hoofdbehandelaar. Zoals aangegeven in antwoord op de vraag van de leden van de CDA-fractie verloopt het contact met ZN verloopt op dit moment via de consultatie die is geïnitieerd door de IGZ, en via de overleggen over de implementatie van het Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ 2013–2014. De leden van de D66-fractie vragen wanneer ik meer duidelijkheid verwacht over hoofdbehandelaarschap en taakherschikking en welke rol ik voor mij zie om duidelijkheid te stimuleren. Voor het antwoord op deze vraag verwijs ik naar het antwoord op de vraag van de leden van de VVD-fractie naar het moment van tot stand komen van een norm voor het hoofdbehandelaarschap.

De leden van de fractie van de ChristenUnie vragen of het klopt dat de Wet BIG de term «hoofdbehandelaar» niet kent en dat verzekeraars dus ruimte zouden moeten en kunnen geven opdat het openen van een DBC niet slechts door een poortspecialist kan worden gedaan? De Wet BIG kent inderdaad de term «hoofdbehandelaar» niet. Wie een DBC mag openen en wanneer een DBC mag worden gedeclareerd is geregeld in de «Regeling Declaratiebepalingen DBC's in de curatieve GGZ (NR/CU-524)» van de NZa. Zoals aangegeven in antwoord op de vraag van de leden van de fractie van de SP heeft de NZa in deze regeling verduidelijkt wat zij verstaat onder het hoofdbehandelaarschap. Als er een norm is voor hoofdbehandelaarschap in de tweedelijns curatieve GGZ, ligt het voor de hand dat de regelgeving van de NZa daarop wordt aangepast.