

Vergaderjaar 2012–2013

29 689

Herziening Zorgstelsel

Nr. 437

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 22 april 2013

Op 9 oktober 2012 heb ik de Tweede Kamer een brief gestuurd in reactie op de motie Voortman (Kamerstuk 29 689, nr. 406). In deze motie heeft de Kamer mij verzocht om een kabinetsreactie op het door mij gevraagde advies van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA) naar taakherschikking. In navolging van de brief van 9 oktober 2012 zal ik in deze brief aangeven welk besluit het kabinet heeft genomen. In een bijlage van deze brief zal ik ook ingaan op de vragen die door enkele fracties zijn gesteld (Kamerstuk 29 689, nr. 438). De beantwoording van de vragen van het lid Wolbert (ingezonden 25 januari 2013) zijn in een aparte brief naar de Tweede Kamer gestuurd (Aanhangsel Handelingen II 2012/13, nr. 1439).

Sinds 2012 mogen de physician assistant en de verpleegkundig specialist conform de Wet BIG een aantal voorbehouden handelingen op het terrein van medisch specialistische zorg zelfstandig indiceren en uitvoeren. Deze beroepsgroepen zijn de eerste die op grond van art. 36A Wet BIG hiertoe bevoegd zijn. De klinisch technoloog die in oktober 2012 als nieuwe beroepsgroep aan u is voorgelegd, is recent door de Eerste Kamer afgewezen (zie bijgesloten brief)¹.

Zoals ik in mijn brief van 9 oktober 2012 stelde heeft taakherschikking primair tot doel het proces van zorgverlening doelmatiger te organiseren teneinde ook de bestaande personele en materiële capaciteit beter te benutten. Het biedt tevens een antwoord op de toekomstige stijgende en steeds veranderende zorgvraag. Het inzetten van het juiste niveau van deskundigheid voor een bepaalde zorgvraag draagt zowel bij aan de kwaliteit van zorg als aan het betaalbaar houden van de zorg. Niet alle behandelingen dienen te worden uitgevoerd door een medisch specialist. Relatief eenvoudiger zorgverlening kan worden uitgevoerd door physician assistants en verpleegkundig specialisten, die door een goede opleiding en meer routine een hoge kwaliteit aan zorg kunnen leveren. Tegelijk

¹ Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer

kunnen en moeten medisch specialisten zich meer concentreren op de indicatie en behandeling van complexere zorgvragen. Dit geldt voor zowel de somatiek als de GGZ.

Somatiek

De Nederlandse Zorgautoriteit heeft in haar gevraagde advies van december 2011 geconstateerd dat er voor de tweedelijs somatiek in de regelgeving rond het declareren van DBC's belemmeringen liggen voor taakherschikking.

De belemmeringen zijn het niet mogen openen van een DBC door een andere zorgprofessional dan een medisch specialist en het verplichte face-to-face contact met een medisch specialist. Dit betekent dat de medisch specialist omwille van het declareren van de DBC altijd onderdeel moet zijn van de zorgverlening, terwijl dit niet bij elke zorgvraag nodig is. De NZa heeft twee oplossingsrichtingen gegeven voor het wegnemen van de geconstateerde belemmeringen: 1) het aantal zorgverleners dat een DBC in rekening mag brengen kan worden uitgebreid met de physician assistant en de verpleegkundig specialist; 2) de voorwaarde dat enkel medisch specialisten een DBC in rekening mogen brengen kan in zijn geheel worden losgelaten. Ik kies voor de eerste optie en zal de genoemde belemmeringen wegnemen door het aantal zorgverleners dat een DBC in rekening mag brengen uit te breiden met de physician assistant en de verpleegkundig specialist. 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 wijziging van de Wet BIG, waarin per 1 januari 2012 deze beroepsgroepen zelfstandig voorbehouden handelingen mogen indiceren en uitvoeren.

Ik zal de NZa vragen de regels zodanig tijdig aan te passen dat de belemmeringen zijn opgeheven en de registratie en declaratie van zorgaanbieders per 1 januari 2015 de gewenste ruimte bieden voor de physician assistant en de verpleegkundig specialist. Het startjaar 2015 is een logisch moment, omdat dit gelijk valt met de invoering van integrale bekostiging. De afzonderlijke bekostiging van instellingen voor medisch specialistische zorg en vrijgevestigde medisch specialisten komt dan te vervallen. Het wegnemen van de afzonderlijke budgettaire kaders is van belang voor taakherschikking. Afspraken over extra inzet verpleegkundig specialisten en physician assistants zouden nu namelijk mogelijk kunnen leiden tot overschrijding van het beschikbare macrokader voor de ziekenhuizen, tenzij het kader voor vrijgevestigde medisch specialisten navenant wordt verlaagd. Deze kaders liggen echter vast tot en met 2014, conform de met ziekenhuizen en medisch specialisten gesloten akkoorden. Het voornemen is om vanaf 1 januari 2015 verpleegkundig specialisten, physician assistants, medisch specialisten én instellingen bijeen te brengen in één budgettair kader. Dan kan daadwerkelijk doelmatigheidswinst bereikt worden door de inzet van taakherschikking.

Ik wil de periode tot 2015 gebruiken om samen met het veld te kijken naar hetgeen nodig is om taakherschikking te stimuleren. Ik wil met betrokken veldpartijen komen tot bestuurlijke afspraken over taakherschikking. Taakherschikking moet wat mij betreft een onderdeel worden van het nieuwe hoofdlijnenakkoord medisch specialistische zorg. Het is daarnaast aan zorgverzekeraars om met zorgaanbieders afspraken te maken over de inzet van verpleegkundig specialisten en physician assistants in het zorgproces.

Ook het uitvoeren van onderzoeken kan bijdragen aan het inzicht in de inzet van verpleegkundig specialisten en physician assistants. Één van de

lopende onderzoeken betreft een evaluatieonderzoek in opdracht van VWS met betrekking tot de inzet van de physician assistant en de verpleegkundig specialist in relatie tot voorbehouden handelingen. Ik ben 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. De relatie met de DBC-systeematiek zal hier onderdeel van uitmaken. Daarnaast ben ik in gesprek met UMC St. Radboud Nijmegen over een aanvullend onderzoek naar de inzet van de physician assistant en de verpleegkundig specialist in relatie tot de DBC's. Dit is van belang met het oog op het kunnen maken van afspraken tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Tevens wil ik samen met veldpartijen bezien of experimenten met zelfstandige declaratiebevoegdheden voor de verpleegkundig specialist en physician assistant in aanloop naar 2015 nodig zijn. Tot slot wil ik de NZa vragen om in haar jaarlijkse marktscan te monitoren hoe het staat met taakherschikking.

Tweedelijns curatieve GGZ

De Nederlandse Zorgautoriteit heeft in het gevraagde advies van december 2011 eveneens geconstateerd dat er in de tweedelijns curatieve GGZ in de bekostiging geen belemmeringen zijn voor taakherschikking. In die zin hoeft de regelgeving voor de GGZ niet aangepast te worden om taakherschikking beter mogelijk te maken.

Ten aanzien van de tweedelijns curatieve GGZ heb ik in mijn brief van 9 oktober 2012 verder aangegeven dat ik verwacht dat met het tot stand komen van een veldnorm voor hoofdbehandelaarschap een belangrijke stap gezet kan worden in de borging van de kwaliteit in de geestelijke gezondheidszorg. Er zal zo voor alle partijen meer duidelijkheid komen over welke beroepsgroep het best geëquipeerd is wat te doen in de tweedelijns curatieve GGZ. Tevens heb ik aangegeven dat het mijns inziens van belang is dat de NZa ervoor zorgt dat de declaratieregels bij deze veldnorm aansluiten en dat verzekeraars rekening houden met de veldnorm bij het vormgeven van hun beleid.

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. Op dit moment wordt gewerkt aan het tot stand komen van een veldnorm voor het hoofdbehandelaarschap in de GGZ. Op 15 november 2012 heeft de IGZ een consultatiedocument over het hoofdbehandelaarschap in de tweedelijns curatieve GGZ verspreid onder verschillende veldpartijen in de GGZ, waaronder V&VN. Dit document stelt nadere criteria aan de *kwalificatie* en *invulling* van het hoofdbehandelaarschap in de tweedelijns GGZ. Partijen hebben gereageerd op dit document. Momenteel vindt in het kader van het bestuurlijk akkoord overleg plaats over het hoofdbehandelaarschap in de generalistische basis GGZ en in de gespecialiseerde GGZ. 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.

Net als voor de somatische zorg geldt voor de geestelijke gezondheidszorg dat taakherschikking wat mij betreft een onderwerp is voor een volgend akkoord met de sector, ook in relatie tot doelmatige zorgverlening.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E.I. Schippers