Eerste Kamer der Staten-Generaal

1

Vergaderjaar 2009–2010

29 247 Acute zorg

29 248 Invoering Diagnose Behandeling Combinaties (DBCs)

A

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Eerste Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 23 oktober 2009

Ik wil u graag bedanken dat u mij dinsdag 14 oktober jl. in uw commissievergadering in de gelegenheid hebt gesteld om een toelichting te geven op mijn beleid ten aanzien van de chronisch zieken en de functionele bekostiging.
Tijdens deze vergadering heeft u mij een aantal vragen gesteld die nadere verduidelijking mijnerzijds behoeven en waarop ik u toezegde in een brief op terug te komen. Naast de vragen die u in de cie-vergadering stelde, heeft u mij tevens een brief doen toekomen (kenmerk 144635.04u) waarin de leden van de CDA, de VVD en de SP-fractie nog nadere specifieke vragen stelden. Ik zal in deze brief eerst in gaan op de vragen uit de cie-vergadering. Daarna zal ik per fractie de vragen beantwoorden van de brief van 19 oktober 2009.

Algemene vragen

De vragen uit de cie-vergadering gingen onder andere over de BTW-problematiek die speelt indien de ketenbekostiging wordt geïntroduceerd per 1 januari 2010. Ook had u nog vragen over het aanvullend pakket in relatie tot de keten-DBC. Tot slot vroeg u mij waarom ik niet eerst kies voor een experimentele setting voor de keten-DBCs COPD en CVR, omdat – in uw woorden – aan het goed kunnen verlenen van integrale diabeteszorg ook jaren experimenteren vooraf is gegaan.

Met betrekking tot deze laatste vraag lopen twee zaken door elkaar, namelijk de nieuwe wijze van bekostigen voor chronische zorg en het aanwijzen van nieuwe aandoeningen waarvoor deze bekostiging een geëigend instrument is. De keten-DBC is een manier van bekostigen van chronische zorg waarbij schotten tussen individuele beroepsbeoefenaren (met elk hun eigen bekostigingmethodiek) worden doorbroken, en de zorg «patiëntvolgend» wordt gefinancierd. Dit betekent dat de integrale zorg die voor chronische patiënten nu veelal dwars door de bestaande schotten wordt geleverd niet meer in stukjes per aanbieder wordt bekos-

KST136479
ISSN 0921 - 7363
Sdu Uitgevers
's-Gravenhage 2009

tigd. Door de keten-DBCs beoog ik te bereiken dat de samenwerking in de keten wordt verbeterd en het proces meer doelmatig wordt vormgegeven. Dit heeft te maken met het feit dat de verantwoordelijkheid ten aanzien van het ketenproces beter wordt belegd, namelijk bij de hoofdcontractant. Deze hoofdcontractant maakt met de zorgverzekeraar afspraken over de kwaliteit en de prijs van het gehele ketenproces. Hiermee wordt het functioneren van de keten in zijn geheel beter geborgd dan indien zorgaanbieders zelfstandig over hun eigen vakdomein afspraken maken met de verzekeraar. Ook zal de hoofdcontractant naar het doelmatig functioneren van de organisatie van de keten kijken, waardoor ook taakherschikking op de juiste wijze wordt ingezet zonder dat dit ten koste van de kwaliteit van zorg gaat.

Met deze bekostigingsmethodiek is inderdaad al een aantal jaar geëxperimenteerd. Het ging hierbij vooral om diabeteszorg, maar ook rondom COPD en CVR, en in een enkel geval voor hartfalen, vinden al enige tijd experimenten plaats.

Echter, gezien de ervaringen van deze experimenten, de grote vraag daarnaar (zie het heel snel groeiende aantal experiment-DBCs dat is aangevraagd de laatste paar jaar) en gezien het internationale voortschrijdende inzicht ten aanzien van de kwaliteit van zorg is het duidelijk geworden dat de omzetting van de experiment regeling naar een structurele regeling wenselijk is. Een en ander is ook besproken tijdens de commissievergadering afgelopen dinsdag. Met de nieuwe methode van bekostigen is de nodige ervaring opgedaan. Reden waarom er geen dwingendinhoudelijke redenen zijn waarom voor nieuwe aandoeningen weer opnieuw zou moeten worden geëxperimenteerd: de bekostigingsprincipes zijn voor COPD of cardiovasculair risicomanagement immers niet anders.

Daarbij is ook de medisch-inhoudelijke wijze van integrale zorgverlening niet nieuw. De zorgstandaarden baseren zich immers op de vigerende richtlijnen. En ook de principes van integraal diseasemanagement en het «chronic care model» dat ten grondslag ligt aan de zorgstandaarden zijn generieke kenmerken van chronisch zorg die inmiddels breed is beproefd.

Veel aanbieders hebben nu reeds zorgprogramma's klaar liggen om met verzekeraars te contracteren. Dit geldt met name voor diabeteszorg en COPD. Ik begrijp bijvoorbeeld dat 80% van de 160 gezondheidscentra hiermee aan de slag wil. Ook CVR wordt voorbereid om te gaan contracteren. Langer experimenteren leidt bovendien vooral tot minder transparantie, meer administratieve lasten en minder kans om de minimumkwaliteit van de geleverde zorg te borgen. Elk experiment dient immers apart te worden opgesteld en gecontracteerd, en de bestaande experimentregeling kent niet dezelfde mate aan waarborgen rond transparantie en kwaliteit: waarborgen die de keten-DBCs per 2010 wel kenmerken.

Tot slot wil ik nogmaals benadrukken dat niemand verplicht is via de keten-DBCs chronische zorg te leveren per 2010. Via de bestaande tarieven kunnen de zorgactiviteiten ten behoeve van deze chronische patiënten gewoon worden gedeclareerd. Met de Landelijke Huisartsen Vereniging heb ik afgesproken dat deze situatie, waarbij kan worden teruggevallen op de bestaande tarieven, op zijn minst nog drie jaar wordt mogelijk gemaakt. Daarbij stel ik vanuit VWS een evaluatiecommissie op die het gehele traject uitvoerig zal monitoren. Het veld wordt hier bij betrokken. Na drie jaar vindt dan een evaluatie plaats, maar ook gedurende het implementatieproces ben ik dan in staat een en ander nauwkeurig te volgen. Dit zal onder andere gericht zijn op de vraag of het merendeel van de huisartsen klaar is om de integrale zorg te contracteren

aan de hand van de voorwaarden die hiervoor zijn gesteld. Deze evaluatie neem ik zeer serieus. Niemand zit immers te wachten op een niet werkbare situatie. De patiënt al helemaal niet.

BTW-afdracht

Dan de BTW-afdracht. Het is in deze van belang te benadrukken dat de BTW-afdracht die bij zorggroepen kan voorkomen breder speelt in de zorg en niet een fenomeen is van de introductie van de keten-DBCs. De afbakening van de BTW-plicht heeft te maken met het feit of een instelling primair een zorgmissie kent. Simpel gezegd: als een zorgprofessional door een «uitzendorganisatie» wordt gedetacheerd bij een zorgaanbieder, dan zal de uitzendorganisaties de BTW in rekening brengen bij die zorgaanbieder. Dit komt omdat het bij een dergelijke detachering niet om zorgprestaties gaat. Immers, alleen zorgprestaties zijn vrijgesteld van BTW. Als zorginstellingen onderling personeel ter beschikking stellen kan – op basis van een besluit van de Staatssecretaris van Financiën – BTW-heffing derhalve wel degelijk achterwege blijven.

Voor gedetailleerde inhoudelijke vragen, wil ik graag verwijzen naar mijn collega van Financiën. Maar mijns inziens is de BTW-afdracht geen belemmering voor het van start gaan met het leveren van kwalitatief goede integrale zorg op basis van de zorgstandaarden, via keten-DBCs. Sterker nog, het is een plicht naar de burger en de patiënt om hier mee te gaan starten en de ontwikkeling voort te zetten. Bovendien, zoals ik al eerder zei, zijn er al veel partijen die graag vanaf 2010 willen beginnen. Deze zullen waarschijnlijk sowieso bekostiging via de innovatie-beleidsregel bij de NZa gaan aanvragen. Dit verandert niets voor de BTW-problematiek. Ook dan zou namelijk de BTW-afdracht, afhankelijk van de wijze waarop partijen hun zorg organiseren, een issue kunnen zijn. Ik zeg u in ieder geval toe dat ik op zeer korte termijn dit onderwerp – dat speelt breed in de zorg – met de Staatssecretaris van Financiën zal oppakken. Zo spoedig mogelijk zal ik uw Kamer informeren of en zo ja, welke oplossing kan worden geboden voor de knelpunten die vanuit uw Kamer zijn gesignaleerd.

Aanvullende zorg en keten-DBCs

Tot slot de vraag die u had in de cie-vergadering ten aanzien van de onderdelen van de zorg die in de zorgstandaard wordt aangemerkt als zorg die nodig is voor het leveren van kwalitatief goede zorg voor chronisch zieken, maar tot het aanvullend pakket behoort. De zorgstandaarden worden ontwikkeld vanuit de inhoud van de zorg, en maken daarmee geen onderscheid tussen zorg die in het basispakket is opgenomen en zorg welke niet in het basispakket valt. Per 1/1/2010 is dan ook nog niet alle zorg, zoals genoemd in de zorgstandaarden, ook daadwerkelijk verzekerde zorg.

In Nederland is het niet automatisch zo dat zorg die in een richtlijn of zorgstandaard wordt beschreven tot het verzekerd pakket behoort. Het wel of niet opnemen van zorg in het basispakket vergt noodzakelijke afwegingen ten aanzien van de doelmatigheid, effectiviteit en budgettaire inpasbaarheid daarvan. Het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) heeft hierbij een belangrijke adviserende taak. Voor diabeteszorg valt bijvoorbeeld het onderdeel fysiotherapie van de gecombineerde leefstijlinterventie en podotherapie geleverd door een podotherapeut niet onder de Zorgverzekeringswet (Zvw). Ook voor COPD en CVR valt hetzelfde fysiotherapie-onderdeel buiten het pakket. Het CVZ zal in het voorjaar adviseren over het al dan niet opnemen van deze onderdelen in de basis-

verzekering. Ik zal u in de loop van het volgend jaar informeren over de conclusies die ik daaraan wil verbinden.

Echter, op een tweetal punten heb ik wel al toezeggingen gedaan. Ten eerste zal de Stoppen met Roken interventie onderdeel van het basispakket worden. Dit staat gepland voor het jaar 2011. Tevens ben ik voornemens om ook voor het jaar 2011 de Beweegkuur (ook wel de «gecombineerde leefstijl interventie») in het verzekerde pakket op te nemen. Beide interventies zijn essentiële modules in de integrale zorg voor chronische zieken. Hiermee zal in 2011 het overgrote deel van de zorg behorende tot de keten binnen het verzekerde pakket kunnen vallen.

Vragen CDA-fractie

1
U vraagt mij hoe de integrale bekostiging wordt doorverdeeld onder de verschillende zorgaanbieders? Is dit op basis van geleverde zorg of geschiedt dit op basis van een gestandaardiseerde financiering?

Dit hangt af van de afspraken die hierover in de zorggroep of het samenwerkingsverband zijn gemaakt. De hoofdcontractant spreekt met de zorgverzekeraar een prijs af over de te leveren keten-DBC. Vervolgens maakt deze hoofdcontractant met de aanbieders in die keten een afspraak over de hoogte van vergoeding van de door hun geleverde zorg in die keten. Deze vergoeding kan in de vorm van een abonnementstarief of een uurtarief etc. worden vastgesteld. In de beleidsregel is namelijk geen beperking opgelegd ten aanzien van de hoogte of de wijze van die beloning binnen de keten.

2
U vraagt of zorgverleners die binnen de keten actief zijn voor bijzondere verrichtingen, zoals een dotterprocedure door een cardioloog bij een diabetespatiënt, hiervoor toch een aparte DBC kunnen openen? Hierbij is met name ook de vraag aan de orde of er sprake is van comorbiditeit of multimorbiditeit. Comorbiditeit zou binnen de keten passen, maar multimorbiditeit niet. In het laatste geval zou men volgens de leden terughoudend moeten zijn met het aantal chronische aandoeningen waarvoor functionele bekostiging voor het bijbehorende zorgaanbod wordt ingesteld.

Hier lopen verschillende zaken door elkaar. Het voorbeeld wat u geeft is een voorbeeld van «zwaardere zorg» die niet direct gerelateerd is aan de ziekte diabetes. Een dotterbehandeling is geen onderdeel van de integrale diabeteszorg. Hiervoor kan separaat een DBC voor worden geopend door een cardioloog in het ziekenhuis. Er kunnen ook complicaties optreden die wel gerelateerd zijn aan in dit geval de ziekte diabetes mellitus en waarvoor een behandeling in het ziekenhuis noodzakelijk is. Ook dergelijke incidentele medisch specialistische zorg wordt (gewoon) naast de keten-DBC gedeclareerd door het ziekenhuis. De behandelaars in de tweede lijn zullen op dat moment goede afstemming moeten hebben met het zorgteam in de eerste lijn waar de patiënt op dat moment zijn zorg genoot en waar een medisch specialist ook deel van uit maakt.

Indien de behandelaars van het ketenzorgprogramma in overeenstemming met de patiënt besluiten dat de patiënt geen baat meer heeft aan het ketenzorgprogramma c.q. daar niet meer thuishoort dan wordt de patiënt overgedragen aan een behandelteam dat beter is ingespeeld op deze «zwaardere» problematiek, meestal in de tweede lijn.

Alleen daar waar sprake is van significante overlap tussen de zorg die verleend wordt via de keten DBC en een ziekenhuis DBC zullen verzekeraars toezien op het niet ongewenst naast elkaar declareren van deze DBCs bij dezelfde patiënt (in een dergelijk geval is immers sprake van «dubbele bekostiging»).

Los van bovenstaande «feitelijkheden» wil ik nader ingaan op de zorgen die u uit over de multimorbiditeit. U vindt in dat licht dat ik terughoudend moet zijn in het aantal ketens waarvoor functionele bekostiging wordt mogelijk gemaakt.

U heeft gelijk dat een patiënt met diabetes ook vaak hart- en vaatziekten heeft. Goede diabeteszorg is echter ook goed cardiovasculair risicomanagement; wie goede diabeteszorg levert, levert daarom ook een belangrijke bijdrage aan het voorkomen van een cardiovasculair incident. Dit type patiënten past dus uitstekend in een aandoeningsgerichte keten. Ook in het geval van een patiënt met diabetes en COPD zal het vaak wenselijk zijn om beide aandoeningen volgens de individuele zorgstandaarden optimaal te behandelen. In het geval van ernstige multimorbiditeit zal er echter een moment zijn dat er van «diseasemanagement» van de betreffende aandoening geen sprake meer kan zijn.

Coördinatie van zorg is in deze gevallen van groot belang. Natuurlijk is het niet mijn bedoeling om de patiënt op te knippen in verschillende aandoeningen. Integendeel: op dit moment is de «multimorbide» patiënt nu juist min of meer overgeleverd aan een gefragmenteerd systeem. De zorg voor deze patiënten vindt op een nauwelijks gecoördineerde wijze door veel verschillende professionals plaats (inclusief verschillende medische specialismen). De samenhangende zorg rondom deze patiënt is er niet of nauwelijks – mede doordat alles aanbodgericht is gefinancierd en doordat het in de hand nemen van regie en coördinatie slechts moeizaam kan worden beloond.

Juist door de ontwikkeling die ik in gang zet met de integrale bekostiging wordt de mogelijkheid gecreëerd om de zorg van chronisch zieken ook integraal te organiseren en daarmee te komen tot een integraal behandelplan.

Ik ben er van overtuigd dat zowel patiënten, verzekeraars als aanbieders hechten aan het integreren van zorgaanbod rondom de patiënt, en zo mogelijk dicht bij huis. Ik zie het dus ook niet zo snel gebeuren dat ketens per stuk, in aparte organisaties geleverd zullen worden. Daarbij zal het aanbieden van meerdere ketens tegelijkertijd in één organisatorisch verband al snel de voorkeur van aanbieders hebben boven het separaat organiseren van de ketens. Gezondheidscentra en zorggroepen die diabeteszorg aanbieden, zullen snel ook COPD zorg kunnen aanbieden, omdat de infrastructuur daar dan al voor staat. In de praktijk zijn deze ontwikkelingen nu al waar te nemen. Ik verwacht dus dat integratie vanzelf tot stand zal komen, per regio op de voor de lokale situatie het meest voor de hand liggende wijze.

Door deze ontwikkeling wordt de coördinatie rondom de patiënt met meerdere aandoeningen dus alleen maar beter geborgd. Ten eerste doordat de zorg voor chronisch zieken in zijn geheel meer in de naar de eerste lijn wordt gehaald, waarbij ook het medisch-specialist consult een integraal onderdeel van het keten-proces wordt en waarbij de huisarts een betere coördinerende rol op zich kan nemen. Ten tweede wordt door de keten-DBCs de samenwerking tussen de zorgprofessionals alleen maar meer gestimuleerd, simpelweg omdat de coördinatiekosten die nodig zijn voor goede integrale zorg via de keten-DBCs beter bekostigd kunnen

worden dan nu het geval is. Daarom wil ik ook investeren in de eerstelijn. Ik kom hier nader op terug bij de vragen van de SP.

Mijn voornemen is overigens niet om nu nog een groot aantal nieuwe keten DBCs te gaan voorstellen. Er zal op korte termijn hoogstens nog een aantal volgen; daar waar de nood zoals ervaren in het veld het hoogst is. Ik zal u daar zorgvuldig en tijdig nader over informeren.

3
U vraagt – gezien het belang van een goede zorgstandaard in dit kader (vide supra) – of de zorgstandaard ook reeds ter beschikking is met betrekking tot het cardiovasculaire risicomanagement, en COPD (geplande invoer juli 2010). Mocht dit niet het geval zijn, dan pleit u voor een meer gefaseerde invoer van de keten DBC's?

Ik heb tijdens het Verlengd Algemeen Overleg (VAO) aangegeven dat zowel de standaard voor cardiovasculaire risicomanagement (CVR) als diabeteszorg gereed is. Hiervoor is dus breed draagvlak, waarbij partijen zich aan de inhoud, verbonden van deze standaarden, hebben verbonden. Er is dus sprake van een breed gedragen norm. Voor COPD is dat nog niet het geval, maar ik ga er vanuit dat dit 1 juli wel het geval is. Ik informeer u tijdig hier nader over. In feite verkies ik – op basis van bovenstaande – dus voor een gefaseerde invoering: per 1 januari 2010 diabeteszorg en CRV, en vooralsnog per 1 juli 2010 COPD en (ook afhankelijk van de ontwikkeling van de zorgstandaard) per 1 januari 2011 hartfalen.

4
Is de infrastructuur in de ketens zodanig ingericht (met name de ICT), dat hierdoor een ongecompliceerde invoering van de ketenzorg en van de nieuwe financieringssystematiek gewaarborgd is? Dit gegeven ook de korte termijn, waarop de minister de invoering van twee ketens wil laten ingaan. Zijn de zorgverzekeraars ook voorbereid met betrekking tot de nieuwe declaratiesystemen?

Met de wijze van declareren is al ruimschoots ervaring opgedaan in het ZonMw-programma en via de experimenten met de innovatie-beleidsregel. De infrastructuur voor de invoering van de ketens is in feite al in gebruik op veel plaatsen. Er wordt gedeclareerd volgens de huisartsenstandaard, waarbij samenwerkingsverbanden en zorggroepen een zogenaamde aparte AGB-code krijgen. Voor de declaratie van de keten DBC wordt nu één landelijke prestatiecode voorgesteld voor diabeteszorg en en één voor CVR. Dat is een stuk overzichtelijker dan bij de innovatie beleidsregel het geval is, want daar kent elk afzonderlijk contract een eigen prestatiecode. Ten aanzien van de ICT ondersteuning is de eis voor de contractering in de nieuwe beleidsregel dat de hoofd-contractant de gegevens die nodig zijn voor de Minimale Data Set moeten kunnen registeren. Ongeveer 25% van de 100 zorggroepen maakt reeds gebruik van een keteninformatiesysteem (KIS). Uit deze KIS kunnen zij deze gegevens kunnen betrekken. Nieuwe zorggroepen kunnen dergelijke systemen aanschaffen. In elk geval kunnen, zoals ook nu het geval is, zorgaanbieders de MDS data uit de bestaande informatiesystemen extraheren. Kortom, de infrastructuur is voldoende gereed voor die aanbieders en verzekeraars die van start willen gaan.

5
U vraagt wie de evaluatie die ik toe heb gezegd uitvoert en welke parameters worden hierbij meegenomen? En of hier ook een kosten/effectiviteitsanalyse bijhoort? En van welke basisgegevens ik uit ga in deze evaluatie?

Ik heb inderdaad toegezegd een evaluatiecommissie op te zetten die tussentijds en na 3 jaar de ontwikkeling zal monitoren. Deze commissie zal breed worden ingezet, ook ten behoeve van een kosten/effectiviteits-analyse. Maar ook zaken als marktmacht, keuzevrijheid van de patiënt en de effecten op de zorgaanbieders in bredere zin zullen aan de orde komen. Dit alles zal in samenhang worden gedaan met de monitor die de Nederlandse Zorgautoriteit ook zal gaan doen naar aanleiding van de invoering van de keten-DBCs. De Minimale Data Sets die in de ketens worden geregistreerd zullen een uitstekende databron vormen voor deze monitoring en evaluatie. Het uitgangspunt van de evaluatie is in ieder geval dat de ontwikkeling die in gang wordt gezet ook daadwerkelijk haar vruchten afwerpt voor de patiënt. Ook zal ingegaan worden op de vraag of tezijnertijd het merendeel van de huisartsen klaar is om de integrale zorg te contracteren aan de hand van de voorwaarden die hiervoor zijn gesteld.

Deze evaluatie neem ik zeer serieus. Niemand zit immers te wachten op een niet werkbare situatie. De patiënt al helemaal niet. Ik ben bereid u spoedig, nadat deze commissie formeel is samengesteld, mijn plan van aanpak hierover toe te sturen. Ook bij het opstellen van het plan van aanpak zal ik de veldpartijen betrekken.

Vragen VVD-fractie

1
De leden van de **VVD***-fractie willen graag weten, waarom de huisartsen miljoenen moeten opbrengen, terwijl de grootste kostenoverschrijdingen eerder in de tweede lijn plaatsvinden, en bovendien substitutie van huisartsenzorg door andere zorg vrijwel altijd tot meer kosten leidt. De leden willen weten waarom niet de ziekenhuizen en specialisten aangesproken worden op hun voorschrijfgedrag en mogelijk ook onzorgvuldige omgang met DBCs, waardoor hun inkomsten nu al als te hoog worden gekwalificeerd, ook door mijzelf volgens de leden. Huisartsen kunnen niet worden afgerekend op wat elders misgaat.*

Ook hier speelt mijns inziens een aantal zaken door elkaar. Ik ben het met u eens dat de beoogde besparing op geneesmiddelen een maatschappelijke verantwoordelijkheid is van niet alleen huisartsen maar ook van ziekenhuizen, specialisten en apothekers. Ziekenhuizen en apotheken kunnen een bijdrage leveren aan doelmatig geneesmiddelengebruik via het gericht inkopen van patentloze middelen. Ik ben met u dus van mening dat er nog meer besparingen op de geneesmiddelen zijn te realiseren door ook de specialisten te betrekken bij het doelmatiger gaan voorschrijven. Ik heb ook toegezegd dat ik de komende periode in overleg zal treden met de Orde van Medisch Specialisten (OMS), de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en de Koninklijke Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP) over de wijze waarop betrokken partijen extra inspanningen kunnen leveren op het doelmatiger voorschrijven.

Rond de huisartsenzorg heb ik aangegeven de besparingen die huisartsen melden te willen realiseren door doelmatig voorschrijven, serieus te nemen. De beoogde opbrengst is puur en alleen gebaseerd op die voorschriften waar de huisartsen zelf verantwoordelijkheid voor kunnen dragen.

Bovendien ga ik – nog los van doelmatig voorschrijven – ook maatregelen nemen ten aanzien van de inkomens van medisch specialisten. En die maatregelen zijn forser dan de korting die waar huisartsen nu mee geconfronteerd worden. Bovendien is er geen sprake van een korting bij de

huisartsen. In 2010 wordt namelijk € 60 miljoen gekort, maar dat bedrag wordt in 2011 teruggegeven.
Dat is een vrij coulant gezien de noodzakelijke ombuigingen van één miljard in 2010 die ik in het licht van de financiële crisis moest doen. Ik heb zoveel mogelijk geprobeerd te voorkomen dat verzekerden, burgers, patiënten, door bijvoorbeeld verhoging van het eigen risico of pakketverkleining, met inkomenseffecten worden geconfronteerd. In dat licht vind ik de inspanningsverplichting van de huisartsen ten aanzien van het doelmatig voorschrijven een acceptabele en reële lijn.
Het is immers niet verantwoord om onnodig gemaakte kosten op derden, zoals burgers te verhalen.

Ik wil de toekomstige ombuigingen dan ook zoveel mogelijk langs de lijnen van verbetering van kwaliteit van zorg en doelmatigheid gaan doen. Dit komt de patiënt en de burger juist ten goede. Mijn beleid ten aanzien van de keten-DBCs is daar ook op gericht: betere zorg in de eerstelijn voor chronisch zieken levert minder complicaties en opnames op in de tweedelijn.

Het is zelfs zo dat – ondanks deze financiële crisis waarin wij allen terecht zijn gekomen – ik wil investeren in de huisartsenzorg en de eerstelijnszorg.
De voorstellen die er liggen rondom de keten-DBCs, maar ook de prestatie-bekostiging die ik in mijn laatste brief aan de LHV uiteenzette, bieden daar de nodige kansen voor. Ik ga dus in de breedte zeker niet korten op deze groep aanbieders. Daar waar komend jaar bezuinigd wordt op het inkomen van specialisten, op de ggz, de ziekenhuizen, de vrije beroepen in de zorg etc. zijn de huisartsen ontzien, ook al is er gemeten naar het geïndexeerde norminkomen sprake van een gestage inkomensstijging gedurende de afgelopen jaren.

En daarmee erken ik dus ook wat u schrijft: substitutie van zorg leidt tot meer kosten in de eerstelijnszorg. Ik wil dat ook graag belonen, maar dan wel langs de lijn van prestatie-bekostiging. Deze inzichtelijkheid van prestaties kan mijns inziens langs drie benaderingen worden ingestoken: via de medisch inhoudelijke lijn (op basis van heldere kwaliteits-indicatoren), langs de lijn van doelmatigheid (meer substitutie, minder doorverwijzingen, doelmatiger voorschrijven etc) en door transparantie over servicegerichtheid (openingstijden, e-health etc).

Ten aanzien van het doelmatigheidsaspect, ontstaat dan bijvoorbeeld veel meer dan nu zichtbaar is, een directe koppeling tussen de inspanningen van de huisartsen en de uitgaven voor vergelijkbare tweedelijnszorg. Die inspanning kan dan ook op echt aantoonbare gronden worden beloond. Dit geldt mijns inziens zowel voor enkelvoudige prestaties (die nog steeds voor een aanzienlijk deel in de tweede lijn worden geleverd), alswel de meer zwaardere, integrale zorg voor chronisch zieken. Zo wordt meer substitutie naar de eerstelijn gestimuleerd, vinden er minder doorverwijzigingen naar de tweedelijn plaats en minder opnames en complicaties door verbetering van kwaliteit van zorg. Op die gronden kunnen de huisartsen de neerwaartse bijstelling van het inschrijftarief met € 60 miljoen vanaf 2011 dan ook hetzelfde jaar terugontvangen via de module M&I., naast de € 60 miljoen die in 2011 eenmalig wordt verleend (ter compensatie van de gederfde inkomsten over 2010) Prestatiebekostiging wordt daarmee het devies, uiteraard op voorwaarde dat er in de bekostigingssystematiek aantoonbare prestaties tegenover staan.

2
Een volgende vraag van de leden van de VVD betreft de haast waarmee nu de ketenzorg wordt geïntroduceerd, terwijl de meeste standaarden –

op één na, die van de diabeteszorg – nog niet eens af zijn. Volgens de LHV, die op zich ketenzorg een goede zaak vindt, is er tijd nodig om een en ander te ontwikkelen. Daarnaast is er nog geen enkel zicht op compensatie van de door de ketenzorg vrijwel zeker gegenereerde administratieve overlast voor de huisarts. De leden van de VVD-fractie roepen de minister op tot nader overleg met de huisartsen om tot een consensus te komen over deze voorhangende maatregelen en over het tijdstip waarop ketenzorg zou kunnen worden ingevoerd. Welk argument heeft de minister voor deze grote haast? Huisartsen zijn de scharnier van onze gezondheidszorg; het is onverstandig om zo te sollen met deze groep, die een groot en zeer belangrijk deel van onze gezondheidszorg afhandelt voor een redelijke prijs.

Gedeeltelijk ben ik al op een aantal van uw vragen nader ingegaan in deze brief. Onder andere die over de zorgstandaarden. Diabeteszorg en Cardiovasculair risicomanagement (CVR). Deze zijn gereed en gedragen door de veldpartijen. Ook ben ik nader ingegaan op de ICT-systemen en de declaratiesystematiek.

Echter, ik wil natuurlijk niet voorbij gaan aan het feit dat partijen deze ontwikkeling als onrust ervaren en zich zorgen maken over de implementatie en contractering van de zorg. We zijn enkele weken uitgelopen op de planning en dat betekent dat het sturen van de aanwijzing pas deze maand mogelijk is. Echter, voor het opstellen van de polisvoorwaarden is deze ontwikkeling voor verzekeraars geen wezenlijk probleem, de aanspraak op zorg verandert namelijk niet per 2010. De keten-DBCs hebben alleen betrekking op het verzekerde deel van de zorg. Voor het maken van de contracten tussen verzekeraars en aanbieders over de keten-DBCs erken ik dat er niet veel tijd meer rest. De onzekerheid die partijen nu ervaren, doet sommige aanbieders en verzekeraars wellicht besluiten om per 2010 geen afspraken te maken over de keten-DBCs en het even af te wachten. Dat is natuurlijk spijtig, maar ik wil benadrukken dat niemand verplicht is via de keten-DBCs chronische zorg te leveren per 2010. Ik schep alleen een mogelijkheid hiervoor. Via de bestaande tarieven kunnen de zorgactiviteiten ten behoeve van deze chronische patiënten gewoon worden gedeclareerd.

En natuurlijk zijn er wel enige wijzigingen in de bestaande tarieven voor de huisartsen, namelijk voor de POH en de M&I. Ik begrijp uw punt daarin. In huidige situatie bestaat er een opslag op het inschrijftarief en een consulttarief voor de POH. Straks in de nieuwe situatie kan de POH via de M&I of via de ketens worden gecontracteerd. Daarom vraag ik de NZa een overgangsregeling voor wijzigingen in de huisartsenbekostiging op te stellen. Verzekeraars en aanbieders hebben dan nog wat langer de tijd om contracten met elkaar af te spreken over de POH en M&I.

Met de Landelijke Huisartsen Vereniging heb ik afgesproken dat ik de komende 3 jaar de ontwikkelingen zal evalueren. Ik ben hier al eerder in de brief nader op ingegaan.

Dan tot slot de vraag van de VVD-leden over de administratieve lasten. In de eerste plaats wil ik benadrukken dat juist in de huidige bekostigingssystematiek veel sprake is van administratieve lasten.

Verzekeraars en aanbieders maken afspraken over een chronisch patiënt voor velerlei tarieven. Tarieven die de afgelopen decennia min of meer zijn opgestapeld, zonder een echte samenhangende benadering. Voor een chronische patiënt worden daardoor bijvoorbeeld de GES-module (voor gezondheidscentra), de module Modernisering & Innovatie (M&I) en de module POH gedeclareerd. En dat nog los van alle bestaande tarieven

zoals zittingen van fysiotherapeuten, consulten van huisartsen, uurtarieven van diëtisten etc. Juist de integrale bekostiging geeft eenduidigheid, namelijk één integraal tarief voor de chronische patiënt. Met één prijs en een helder omschreven prestatiebeschrijving. Dit is voor alle partijen, zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars dus alleszins overzichtelijk.

Ook het aanvragen van de integrale bekostiging, hetgeen op dit moment alleen nog maar via de innovatieregel bij de NZa kan, is administratief belastend. Het contracteren van een keten DBC is daarmee vergeleken eenvoudiger, en vereist minder administratieve handelingen. Daarbij noemde ik al eerder in deze brief, namelijk bij de beantwoording van de vragen van de CDA-leden, dat er juist ook sprake is van een vereenvoudiging van de declaratiesystematiek ten opzichte van de experimentele setting. Dit omdat er nu één landelijke prestatie ontstaat voor een chronische aandoening.

Voor wat betreft de administratieve lasten die voortvloeien uit de prestatie-indicatoren stel ik het volgende vast. De benodigde data worden door alle zorgaanbieders reeds geregistreerd: het gaat hier om data die de zorgaanbieder inzichtelijk moet hebben om een goede kwaliteit van zorg te kunnen leveren. De extra handeling zit in het aanleveren van die informatie met het oog op de verantwoording van de geleverde kwaliteit. Voor de keten informatie systemen (KIS) die zijn ontwikkeld voor het ondersteunen van de ketenzorg is het rapporteren één van de standaard functies. De impuls die daarmee aan de kwaliteit wordt gegeven, rechtvaardigt deze minimale extra stap. Ik zeg u echter toe dat ik de eerder genoemde evaluatiecommissie zal vragen om dit punt van de administratieve lasten uitdrukkelijk mee te nemen.

Vragen SP-fractie

Ten eerste onderstreep ik nogmaals de mening van de leden van deze fractie dat de keten DBC's voor Diabeteszorg en voor Cardiovasculair risicomanagement per 1 januari 2010 en voor COPD per 1 juli 2010 ingevoerd kunnen worden, vooralsnog op vrijwillige basis. Na drie jaar zal een evaluatie plaatsvinden, ondermeer om de vraag te beantwoorden of het merendeel van de huisartsen klaar is om via keten DBC's de integrale zorg te contracteren.

De leden van de fractie van de SP stellen ook de volgende vragen:

1
De minister verzekerde de commissieleden tijdens het mondeling overleg dat de invoering van de keten DBC Diabeteszorg met ingang van januari vrijwillig geschiedt. Huisartsen die dat willen kunnen starten, andere behouden de oude financiering. Betekent dit dat het uitgangspunt is dat de huidige financieringssystematiek inclusief de M en I modules en POH financiering en het nieuwe systeem van integrale bekostiging naast elkaar blijven bestaan gedurende drie jaar?

Nee, in principe zullen het komende jaar wel wijzigingen worden doorgevoerd met betrekking tot de POH en de M&I module. Maar dit betekent niet dat huisartsen de middelen voor deze inzet niet meer kunnen ontvangen. In de eerste plaats noemde ik al eerder dat ik de NZa zal vragen om een overgangsregeling te maken voor de module M&I en POH. Zodoende hebben huisartsen en zorgverzekeraars nog wat langer de tijd om hun contracten rond te maken over deze prestaties.

Het klopt dat een aantal verrichtingen voor de M&I in de nieuwe situatie via de zogenaamde 14 codes moeten worden gedeclareerd binnen de M&I. Dit betekent, puur technisch gezien, dat bijvoorbeeld verrichtingen als ECG, longfunctiemeting, echografie, spleetlamponderzoek niet meer per verrichting kunnen worden gedeclareerd, maar per bedrag per ingeschreven patiënt. Huisartsen maken daarover op zorggroepniveau of via de samenwerkingsverbanden waarin ze deelnemen (oa gezondheidscentra) afspraken met verzekeraars.

Met betrekking tot de POH-gelden constateer ik enige misverstanden bij de LHV. Het is niet mijn bedoeling de huisartsen die zich niet hebben aangesloten bij ketens, maar wel een POH-er in dienst hebben, financieel te duperen. Ik zie juist meer financiële mogelijkheden voor de POH-er dan nu het geval is. De nieuwe regeling biedt volstrekt alle (ook nu al bestaande) mogelijkheden om de POH-er in dienst te houden, ook indien de huisarts niet start met de keten-DBCs. Via de module Modernisering & Innovatie kunnen huisartsen namelijk – onafhankelijk van hun deelname via de ketens per 2010 – met verzekeraars lokaal afspraken maken over hun POH-er. Dit betekent dat huisartsen en verzekeraars lokaal geheel worden vrijgelaten de POH-er te bekostigen via de ketens danwel via de module M&I, afhankelijk van de wijze waarop de huisarts de POH-er in de praktijk wil inzetten. Ik leg dan ook geen financiële beperkingen op ten aanzien van de POH-er. Bovendien ben ik bereid de NZa te vragen rekening te houden met een overgangsregeling voor wat betreft de wijzigingen in de POH module en M&I module. De contractering van de ketens is verder, zoals eerder gezegd, vrijwillig.

2
U vraagt of er ook andere (groepen van) zorgverleners zijn voor wie de financieringssystematiek zal gaan wijzigen en hoe synchroon loopt dat met de wijziging van de systematiek bij huisartsen?

De financieringssystematiek voor de andere zorgverleners wijzigt vooralsnog niet. Dat komt omdat deze systematiek over het algemeen eenduidiger is vormgegeven dan de huidige huisartsenbekostigingssystematiek. De stappen die ik zet in de huisartsenbekostigingssystematiek zijn nodig om dubbele bekostiging in de toekomst te voorkomen en om in algemene zin naar een meer prestatie-gerichte bekostiging te komen: alleen op die voorwaarde wil ik niet werken met een geïndexeerd norminkomen en daaruit voortvloeiende kortingen.

3
U geeft aan dat voor de diabeteszorg in de praktijk reeds meerdere jaren ervaring is met de breed gedragen standaard voor integrale zorg welke basis kan zijn voor een keten DBC. Voor zover u bekend is dat niet het geval voor de zorgstandaarden cardiovasculair risicomanagement en COPD. Uitgangspunt bij zorgstandaarden moet zijn dat deze breed gedragen worden door alle betrokken partijen/beroepsgroepen. U zegt dat de LHV heeft aangegeven dat zij de zorgstandaard CVR nog niet draagt omdat de praktische uitvoerbaarheid nog niet is getoetst. U vraagt mij toe te lichten waarom de fase van praktijktoetsing wordt overgeslagen? En welke risico's dit meebrengt en voor wie?

De LHV heeft mij nooit eerder aangegeven niet achter de zorgstandaard CVR te staan omdat de praktische uitvoerbaarheid niet is getoetst. De zorgstandaard is ook uitdrukkelijk door de betrokken huisartsenorganisaties ondersteund en publiekelijk gemaakt. Ik heb ten algemene in de inleiding van deze brief en als reactie op de nog openstaande vragen naar aanleiding van de cie-vergadering van 13 oktober mijns inziens antwoord gegeven op vraag 3.

4
U geeft aan dat de LHV pleit voor geleidelijke invoering om daarbij gaandeweg van de fouten te leren en spreekt van een onrealistisch tijdpad. LHV wijst er onder andere ook op dat de huisartsinformatiesystemen aangepast dienen te worden aan de nieuwe financieringssystematiek, integrale bekostiging versus betaling per verrichting en dat dat tijd kost. U vraagt mij hier een reactie op te geven.

Ik heb antwoord gegeven op soortgelijke vragen van de leden van de VVD-fractie.

5
U zegt dat ook ZN erop wijst dat het tempo van invoering te snel is en dat er nog een aantal knelpunten moeten worden opgelost. Deze liggen onder meer in de complexiteit van de invoering. Veel regelgeving is nog niet klaar en randvoorwaarden moeten nog worden ingevuld. Ook hierop ontvangen deze leden graag een reactie.

Hierbij wil ik ook graag verwijzen naar mijn antwoorden op de vragen van de VVD-fractie.

6
U vraagt of er buiten VWS partijen zijn, betrokken bij de implementatie en omschakeling naar keten DBC's en de daarmee samenhangende uitvoeringproblemen, die wel hebben aangegeven dat de planning haalbaar is?

Ik heb de afgelopen maanden uitvoerig met alle betrokken koepelorganisaties, maar ook met veldpartijen en met zorgverzekeraars afzonderlijk gesproken. De meningen hierin zijn wisselend, maar voor elke partij die aangeeft minder vaart te willen maken zijn ook weer anderen te vinden die de veranderingen niet snel genoeg vinden gaan. Ik ben van mening dat – gezien mijn eerdere antwoorden omtrent de uitvoerbaarheid rondom ICT, overgangsregeling, contractering etc – de planning voor partijen voldoende haalbaar is.
Bovendien benadruk ik nogmaals dat de keten-DBCs niet verplicht zijn. Voor de wijzigingen in de huisartsenbekostiging bied ik ook ondersteunende maatregelen aan. Daarbij zeg ik u uiteraard toe nadrukkelijk het implementatieproces te faciliteren en te volgen.

7
U vraagt of ik nog overleg met de LHV en ZN voer en wat de uitkomsten zijn van het overleg? Wat zijn de consequenties als invoering per 1 januari 2010 niet doorgaat dan wel niet door kan gaan?

Ik voer zeer regelmatig overleg met de LHV en ZN; al geruime tijd zijn we over de onderhavige beleidswijzigingen in gesprek. U heeft in mijn briefwisseling met de LHV de uitkomsten van die overleggen kunnen lezen. ZN is bereidwillig mee te werken aan inspanningen die geleverd moeten worden ten aanzien van de contractering van de huisartsenbekostiging: want ik herhaal nogmaals dat de contractering van de ketens vrijwillig is. ZN en LHV zijn beide content met de overgangsregeling die ik de NZa vraag ten aanzien van de huisartsenbekostiging. ZN geeft duidelijk aan niet van plan te zijn de contracten voor de POH-er stop te zetten. Huisartsen hoeven daarover geen zorgen te hebben.

8
U vraagt of de informatie (tijdig) gereed is voor alle betrokken partijen (patiënten, huisartsen, specialisten en andere eerste- en tweedelijnshulpverleners en zorgverzekeraars) over wat er precies gaat gebeuren,

casu quo wat invoering van een keten DBC inhoudt zowel qua aanbod van zorg als qua financiering ervan?

De informatie is al via verschillende kanalen verstrekt, en de communicatie hierover wordt de komende tijd krachtiger ingezet. De voorhangbrief lag 7 juli jl. al in de Tweede Kamer. Maar ZN en LHV en de andere koepelorganisaties, zoals de LVG hebben de afgelopen maanden hun achterban op de hoogte gehouden. Daarbij is vanuit het ministerie in juli dit jaar ook een brief verstuurd aan alle zorgaanbieders en verzekeraars over mijn plannen per 2010.
De NZa heeft via diverse technisch overleggen de laatste stand van zaken en inhoud van de beleidsregels met partijen overlegd. Ook heeft het ministerie een website in het leven geroepen waarop alle relevante informatie beschikbaar is. Ik verwacht daarbij dat de koepelorganisaties hun achterban goed op de hoogte houden van eventuele wijzigingen.

9
U vraagt of zorgverzekeraars kunnen besluiten een aanbod van een keten DBC door huisarts X, Y of Z niet te contracteren?

Ja, dat kan. Een huisarts zal dan op zijn bestaande bekostigingsmethodiek moeten terugvallen voor de zorg voor deze chronisch zieke patiënt.

10
Zo ja, is dit voor 1 december 2009 bekend? Met andere woorden tijdig genoeg voor de patiënt om te kunnen overwegen of dit reden is om van te veranderen van ziektekostenverzekeraar? De minister betoogde dat patiënten kunnen stemmen met de voeten, maar dan moet er wel een duidelijke routekaart beschikbaar zijn.

Deze informatie zal soms wel, soms nog niet gereed zijn. Zoals gezegd is 1 januari geen datum waarop alles verandert; we maken alleen mogelijk dat deze nieuwe vorm van bekostiging wordt ingezet. Veel chronische zorg wordt nu reeds via experiment-DBCs verleend, dus de overgang zal een zeer graduele zijn. Sommige zorgverzekeraars zijn nu reeds zeer actief en zullen hierover hun patiënten informeren. Maar ook indien de zorgverzekeraar geen contract afsluit met de huisarts van de betreffende patiënt, betekent dit niet dat deze patiënt geen zorg krijgt voor zijn aandoening. De huisarts en de andere professionals declareren dan gewoon de bestaande tarieven voor die zorg.

11
U vraagt of de zorgverzekeraar kan besluiten de ene keten DBC wel en een andere keten DBC niet bij huisarts X te contracteren? Als dit het geval is, hoe kan de patiënt dan vrije artsenkeuze behouden? Zo niet, welke punten aan de kant van welke partij liggen er nog om opgelost te worden?

In feite is de vrije artsenkeuze niet anders dan bij de andere zorgvormen die worden aangeboden in Nederland. Zorgverzekeraars sluiten contracten met zorgaanbieders over de te leveren zorg in een bepaald gebied. Patiënten zijn te allen tijde vrij bij derden zorg te vragen indien zij dat wenselijk vinden, afhankelijk waar de zorgverzekeraar de contracten heeft afgesloten. Bovendien kunnen zorgaanbieders ook nog terugvallen op de bestaande bekostiging voor chronisch zieken, waarvoor over het algemeen geen contracten hoeven te worden afgesloten. Echter, het punt van keuzevrijheid zal ik afstemmen met de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa) en uiteraard ook laten bezien door de begeleidingscommissie. Ik houd zowel u als de Tweede Kamer nauwgezet op de hoogte van de ontwikkelingen.

12
U vraagt of er inzicht te geven is hoe omgegaan zal worden met uitleg aan patiënten over het buiten het eigen risico vallen van keten DBC zorg versus het wel onder het eigen risico blijven vallen van dezelfde zorg als deze niet in keten DBC vorm is gegoten? Wanneer en hoe en van wie krijgen patiënten deze uitleg? Is deze informatie er voor 1 december 2009, opdat de informatie mogelijk de keuze voor de zorgverzekeraar (die wel/niet keten DBC van gewenste hulpverlener contracteert) nog kan beïnvloeden?

Het is aan de verzekeraar om uitleg te geven aan patiënten over het wel of niet buiten het eigen risico vallen van zorg. Ik heb u onlangs in een brief aangegeven dat de ketens in 2010 volledig buiten het eigen risico vallen en dat ik de zorgverzekeraars daarvan op de hoogte stel. Voor de chronische patiënt voorzie ik niet heel veel ingewikkeldheden, aangezien zij – door hun chronisch geneesmiddelengebruik – hoe dan ook (en dus los van de ketenzorg) hun eigen risico zullen betalen. Het maakt voor hen dan ook niet veel uit dat zij de diëtist die voor die zorg niet via de keten gecontracteerd is wel binnen het eigen risico valt, terwijl indien deze diëtist die zorg wel via de keten-DBC levert, buiten het eigen risico valt. Zoals ik ook in mijn eerdere brief meldde, ben ik voornemens in het komende jaar met het CVZ de positie van het eigen risico in het licht van de voorziene toekomstige ontwikkelingen rondom de integrale bekostiging nader te beschouwen. Ik zal u hierover in het voorjaar van 2010 nader informeren, als ik namelijk terugkom op het verzoek van uw Kamer (de motie-Putters cs) om varianten van het eigen risico nader te verkennen.

13
U geeft aan dat ik op 13 oktober 2009 toezegde de vragen die er liggen en die nog niet zijn opgelost aangaande de BTW problematiek per brief aan de commissie te beantwoorden. Als zorgaanbieders moeten gaan bijhouden welke diensten BTW-plichtig zijn, de omzet hiervan moeten optellen en afdragen zal dat een aanzienlijke verzwaring van de administratieve lasten met zich meebrengen. U vraagt of ik mij realiseer dat, als die problematiek niet wordt opgelost, de kosten van invoering van ketenzorg aanzienlijk hoger kunnen liggen? Op wie moeten die worden afgewenteld, vraagt u tevens?

Ik wil hierbij graag verwijzen naar mijn antwoorden die ik in mijn inleiding van deze brief gaf naar aanleiding van de vragen die in de cie-vergadering zijn gesteld.

14
Volgens onderzoek vorig jaar uitgevoerd in opdracht van de NZA naar de administratieve lastendruk in huisartsenpraktijken is deze aanzienlijk en gaat ze ten koste van de tijd die aan directe patiëntenzorg kan worden besteed. In hoeverre zal er door de invoering van de ketenzorgsystematiek, met extra contracteringsdruk en aparte declaratie- en geldstromen, nog een verdere verzwaring optreden?

Ik wil u graag verwijzen naar mijn antwoorden op de vragen van de VVD-fractie.

15
U vraagt of ik verwacht met de invoering van ketenzorg naast substitutie van de tweede lijn naar de eerste lijn ook substitutie binnen de eerste lijn te bereiken? Kan dat ook betekenen dat huisartsen daarin hun centrale rol gaan verliezen en er bijvoorbeeld eerstelijns diabetes ZBC's ontstaan onder leiding van een diabetesverpleegkundige?

Binnen de zorg voor diabetes, CVR, COPD en ook hartfalen is het moeilijk denkbaar dat de zorg zonder huisartsgeneeskundige of medisch specialistische expertise zou kunnen worden geleverd. Diabetesverpleegkundigen, nurse practitioners, maar ook verpleegkundig specialisten zullen vele taken zinvol kunnen uitoefenen, maar zonder huisartsgeneeskundige of medisch specialistische expertise zullen de benodigde competenties niet compleet kunnen worden ingevuld. Het is juist in samenwerking met de huisarts dat andere professionals hun additionele competenties goed tot hun recht kunnen laten komen. Ook al zal er sprake kunnen zijn van enige taakherschikking in de eerste lijn, dan betekent dit nog niet dat huisartsen geen belangrijke regierol zullen blijven spelen in met name de zorg voor diabetes en CVR.

16
U vraagt of de NZA en IGZ in staat zullen zijn om toezicht te houden op al die verschillende organisatievormen die mogelijk naast elkaar verschillende soorten keten DBC's gaan aanbieden?

De invoering van de integrale bekostiging gaat gepaard met het verplicht registreren van een gegevensset. Op basis daarvan kan goed worden afgeleid wat de kwaliteit van de geleverde zorg is, hoe de zorg is georganiseerd, en of er aan de minimumvoorwaarde voor kwaliteit wordt voldaan. Anders gezegd: de wijze waarop deze zorg wordt ingericht, zal nu juist een voorbeeld van transparantie kunnen zijn. Daar waar wij nu zo goed als niets weten over de integrale kwaliteit van bijvoorbeeld COPD zorg, zal er straks veel meer inzicht mogelijk zijn.

17
U vraagt op welke berekeningen ik mij baseer als ik verklaar dat is aangetoond dat huisartsen 127 miljoen euro zullen kunnen bezuinigen op geneesmiddelen als ze zich houden aan hun eigen professionele richtlijnen? U geeft aan dat dit bedrag nooit gehaald gaat worden daar immers het leeuwendeel van de dure voorschriften afkomstig is uit de tweede lijn en het is aantoonbaar lastig gebleken om de dure voorschriften uit deze lijn in de eerste om te zetten naar de goedkopere.

Om tot de berekening van de € 127 mln te komen, zijn de data van de Stichting Farmaceutische Kengetallen en het CVZ als bron gebruikt. De berekening is in eerste instantie gebaseerd op het doelmatiger voorschrijven van cholesterolverlagers (statines) en maagzuurremmers (PPI's). Het doelmatiger voorschrijven kan echter alle geneesmiddelen betreffen die worden voorgeschreven. Dat zou tot een verhoging van het bedrag (hebben kunnen) leiden. De 127 is dan ook vooral een voorlopige benadering van de totale middelen die met doelmatiger voorschrijven zijn gemoeid, en onderschrijdt het totaal te behalen bedrag zeker. Voor de genoemde medicijngroepen is uitgegaan van respectievelijk 80% en 95% patentloze middelen voorschrijven van het totaal aantal voor deze groepen door huisartsen voor te schrijven middelen. De percentages zijn afgeleid van de richtlijnen en ervaringscijfers in binnen- en buitenland. Bij de berekening van de opbrengst is uitsluitend uitgegaan van de defined daily doses (DDD) die de huisarts voorschrijft. Dat betekent dat een aanzienlijk aandeel van de patiënten die zijn aangewezen op relatief duurdere cholesterolverlagers (namelijk die (hoog risico) patiënten die de specialist als hoofdbehandelaar hebben) buiten beschouwing zijn gelaten. Voor alle overige patiënten zijn er in mijn ogen ruim voldoende vrijheidsgraden om, indien noodzakelijk, toch te kiezen voor duurdere gepatenteerde middelen.

De besparing wordt berekend door de kosten van de medicijngroepen op basis van de huidige verdeling tussen gepatenteerde middelen en patent-

loze middelen af te zetten tegen de kosten uitgaande van de verdeling gepatenteerd vs. patentloos op basis van de genoemde percentages. Om een voorbeeld te geven van de mogelijke winst met doelmatiger voorschrijven: de gemiddelde prijs van een gepatenteerde cholesterolverlager is per DDD € 0,68 en van een patentloze cholesterolverlager per DDD € 0,09. De gemiddelde prijs van een gepatenteerde maagzuurremmer is per DDD € 1,00 en van een patentloze maagzuurremmer per DDD € 0,21. Ik herhaal dat de € 127 mln een beperkte benadering is van de verbetering die met doelmatiger voorschrijven is te bereiken.

Ik weet dat het op grote schaal omzetten van patiënten naar patentloze middelen in de praktijk moeizaam kan zijn. Nogmaals ik denk dat er voldoende vrijheidsgraden zijn en dat daarmee de beoogde opbrengst reëel is. Om tegemoet te komen aan mogelijke zorgen van huisartsen over de haalbaarheid van de beoogde opbrengst, is er voor gekozen het meten van de gewenste opbrengst niet alleen te relateren aan het omzetten door huisartsen van cholesterolverlagers en maagzuurremmers naar een patentloos middel maar ook aan de verschuiving van A2-antagonisten naar ace-remmers. Dit verbetert de mogelijkheid voor huisartsen om de beoogde opbrengst te realiseren.
Huisartsen blijven hiermee in staat om de toegezegde extra inspanning om doelmatiger voor te schrijven te realiseren zonder afbreuk te doen aan hetgeen op medische gronden noodzakelijk is voor de patiënt.

Naast de door de huisartsen te behalen besparingen zijn er nog meer besparingen op geneesmiddelen te realiseren via de specialisten. Ik zal de specialisten benaderen om te zorgen dat ook zij doelmatiger gaan voorschrijven.

Ik hoop u hiermee voldoende geïnformeerd te hebben.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
A. Klink