Eerste Kamer der Staten-Generaal

1

Vergaderjaar 2009–2010

29 247 Acute zorg

29 248 Invoering Diagnose Behandeling Combinaties (DBCs)

E[1]

VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG

Vastgesteld 15 december 2009

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport/Jeugd en Gezin[2] heeft op 1 december 2009 gesproken over de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 26 november 2009 inzake keten DBCs en huisartsenbekostiging (29 247/48, D).
Naar aanleiding van die brief heeft de commissie op 8 december 2009 aan de minister een brief gestuurd met het verzoek om opheldering op het punt van de huisartsenbekostiging.

De minister heeft op 15 december 2009 gereageerd.

De commissie brengt bijgaand verslag uit van het gevoerde schriftelijk overleg.

De griffier van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport/Jeugd en Gezin,
Warmolt de Boer

[1] De letter E heeft alleen betrekking op 29 247.
[2] Samenstelling:
Werner (CDA), Van den Berg (SGP), Dupuis (VVD) (vice-voorzitter), Rosenthal (VVD), Swenker (VVD), Tan (PvdA), Van de Beeten (CDA), Slagter-Roukema (SP) (voorzitter), Linthorst (PvdA), Biermans (VVD), Putters (PvdA), Hamel (PvdA), Engels (D66), Thissen (GL), Goyert (CDA), Peters (SP), Quik-Schuijt (SP), Huijbregts-Schiedon (VVD), Laurier (GL), Ten Horn (SP), Meurs (PvdA), Leunissen (CDA), De Vries-Leggedoor (CDA), Koffeman (PvdD), Kuiper (CU), Lagerwerf-Vergunst (CU), De Boer (CU), Yildirim (Fractie-Yildirim), Flierman (CDA) en Benedictus (CDA).

KST138826
ISSN 0921 - 7363
Sdu Uitgevers
's-Gravenhage 2009

BRIEF AAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Den Haag, 8 december 2009

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport/Jeugd en Gezin heeft op 1 december 2009 gesproken over uw brief van 26 november 2009 inzake keten DBCs en huisartsenbekostiging (29 247/48, D).

Na lezing van die brief zou de commissie graag opheldering van u ontvangen op het punt van de huisartsenbekostiging.
U merkt naar aanleiding van de door de LHV aan de Kamer gestuurde brief op dat vanwege het feit dat de beleidsregels pas begin november jl. konden worden vastgesteld het jaar 2010 is aangewezen als overgangsperiode. Gedurende de overgangsperiode zullen er geen wijzigingen plaatsvinden in de huisartsenbekostiging.
De commissie concludeert hieruit dat er met ingang van 1 januari 2011 wel wijzigingen in het huisartsenbekostigingssysteem zullen plaatsvinden en verzoekt u op dit punt een toelichting te geven. Per 1 januari 2011 vervalt namelijk de POH-regeling en een deel van de M&I verrichtingen.
De commissie vraagt u te verduidelijken hoe één en ander zich verhoudt tot uw eerdere uitleg dat huisartsen, die niet in een keten participeren nog gedurende de experimentele periode van drie jaar voort kunnen gaan te werken onder de bestaande kostensystematiek.
Bedraagt de termijn van de overgangsperiode nu één of drie jaren en waarin verschilt de situatie in de jaren 2011 en 2012 met de beoogde eindsituatie in 2013? Kunnen huisartsen die nog niet in een keten/ketens participeren nu wel of niet terugvallen op de oude bekostigingssystematiek?

De commissie is van mening dat het gestelde in de brief van 26 november 2009 onduidelijkheid schept en op gespannen voet staat met de door de commissie uitgesproken wens niet over te gaan tot een stilzwijgende verlenging van de per 2010 ingevoerde keten DBCs maar de toegezegde evaluatie na drie jaar te benutten om de invoering van de ketenzorg opnieuw te beoordelen.

De commissie ziet op dit punt graag uw toelichting tegemoet.

De voorzitter van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport/Jeugd en Gezin,
T. M. Slagter-Roukema

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID,

Den Haag, 15 december 2009

In uw brief van 8 december jl vraagt u mij om opheldering over het feit dat de huisartsenbekostiging weliswaar nog niet in 2010 wordt aangepast, maar wel in 2011. U bent van mening dat deze wijzigingen op gespannen voet staan met uw wens om de evaluatieperiode van 3 jaar te benutten om de invoering van de ketenzorg opnieuw te beoordelen en u vraagt of de overgangstermijn nu één, twee of drie jaar duurt. Ik wil daarop als volgt reageren.

De evaluatiecommissie die nu wordt ingesteld, zal in ieder geval de komende drie jaar nauwlettend de ontwikkeling rondom de ketenzorg volgen. Dit betekent dat na drie jaar, op basis van de adviezen van de commissie, zal worden bezien of de ingezette beleidslijn vruchtbaar is en voor de relevante veldpartijen voldoende gedegen is om hun zorgverlening verder op uit te bouwen.

Ik ondersteun uw gedachte dat tot die tijd het in ieder geval mogelijk moet zijn om voor de afzonderlijke beroepsgroepen terug te kunnen vallen op de bestaande tarieven. Mijns inziens kan dit ook, omdat bijvoorbeeld de «gewone» zitting van de fysiotherapeut of het uurtarief van de dietist gehandhaafd zullen blijven.

Ook huisartsen moeten naar mijn mening terug kunnen vallen op de bestaande bekostiging, indien zij besluiten de zorg voor chronisch zieken niet via de keten-DBCs te willen declareren. De praktijkondersteuner (POH) moet dus inderdaad ook op een andere manier dan alleen via de keten-DBCs gecontracteerd kunnen worden. Dit te meer omdat de praktijkondersteuner ook zorg voor patiënten levert die niet chronisch ziek zijn.

Ook de vier huidige verrichtingen die zijn gerelateerd aan de chronische aandoeningen en die via de zogenaamde 13 codes van de module Modernisering en Innovatie (M&I) kunnen worden gedeclareerd, moeten nog kunnen worden gedeclareerd in de toekomst. Het gaat onder andere over de «longfunctiemeting» en «diabetes instellen op insuline» en diabetesbegeleiding.

De wijzigingen die ik voornemens ben te treffen in de huisartsenbekostiging hebben daarom het uitgangspunt dat de zorg ook zonder keten DBCs moet kunnen worden gedeclareerd. De POH kan daarom vanaf 2011 gewoon via de Module M&I worden gecontracteerd. Dit is mijns inziens juist een belangrijke vooruitgang. Immers, op dit moment is het volgens de bestaande beleidsregels slechts mogelijk om één praktijkondersteuner te contracteren op drie huisartsen. Bovendien kent de huidige bekostiging van een praktijkondersteuner een maximumtarief per verzekerde en een maximum consulttarief. De bekostiging van de praktijkondersteuner kent dus zijn beperkingen. In de nieuwe systematiek geldt een vrij tarief per verzekerde die via de M&I kan worden gecontracteerd. Verzekeraars en huisartsen kunnen zelf bepalen voor welk tarief de praktijkondersteuner dus wordt gecontracteerd. Er zijn ook geen beperkingen in de hoeveelheid praktijkondersteuners die kunnen worden gecontracteerd.
Vanaf 2011 wordt de praktijkondersteuner dus of via de ketens of via de M&I of via beide systematieken gecontracteerd. Het is aan de veldpartijen zelf dit nader in te vullen op basis van de individuele praktijksituatie.

Verder zullen vanaf 2011 een aantal 13 codes in de M&I worden omgezet naar de 14 codes. Dit zijn echter niet de verrichtingen die niet direct betrekking hebben op de chronische zorgverlening. De reden dat ik deze

verrichtingen, zoals bijvoorbeeld ECG en audiometrie, wil omzetten van een 13 code in de M&I naar een 14 code, is vanwege het feit dat ik van mening ben dat deze verrichtingen geen juiste prikkel hebben volgens de huidige systematiek. Diagnostische verrichtingen worden idealiter niet via een verrichtingen tarief gehonoreerd. Via de 14 code kan op basis van een bedrag per verzekerde per jaar een afspraak worden gemaakt over deze diagnostische verrichtingen.

De vier verrichtingen die gerelateerd zijn aan de ingevoerde ketenzorg, kunnen gewoon via de 13 codes van de module M&I worden gedeclareerd.[1] Die zal ik dus handhaven.

Ik hoop u hierbij voldoende geïnformeerd te hebben.

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

[1] De 13 codes binnen de module M&I zijn een bedrag per verrichting. De 14 codes binnen de M&I zijn een bedrag per verzekerde.