

Vergaderjaar 2009-2010

29 247 Acute zorg

29 248 Invoering Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's)

D **VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG**

Vastgesteld 27 november 2009

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport / Jeugd en Gezin¹ heeft in haar vergadering van 27 oktober 2009 gesproken over de brief van 23 oktober 2009 (Kamerstuk 29 247 / 29 248, A), waarin de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport reageert op de door de commissie tijdens het mondeling overleg van 13 oktober 2009 gestelde vragen en de vragen uit de commissiebrief van 19 oktober 2009. Naar aanleiding daarvan heeft de commissie de minister op 3 november 2009 een brief gestuurd.

De minister heeft op 26 november 2009 gereageerd.

1

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)

Benedictus (CDA)

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

BRIEF AAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Den Haag, 3 november 2009

In haar vergadering van 27 oktober 2009 heeft de commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport / Jeugd en Gezin gesproken over de brief van 23 oktober 2009 (Kamerstuk 29 247 / 29 248, A), waarin de minister reageert op de door de commissie tijdens het mondeling overleg van 13 oktober 2009 gestelde vragen en de vragen uit de commissiebrief van 19 oktober 2009.

Naar aanleiding van deze bespreking is gebleken dat de meerderheid van de commissie kan instemmen met het voornemen tot het geven van een aanwijzing aan de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) inzake de invoering bekostiging ketenzorg en de wijzigingen in het bekostigingssysteem huisartsenzorg per 2010, zoals uiteengezet in de voorhangbrief keten-DBC's en huisartsenbekostiging (Kamerstuk 29 247, nr. 95). Aan deze instemming verbindt deze meerderheid echter wel de voorwaarde dat de minister rekening zal houden met de nog bij de gehele commissie levende vragen, zoals hierna omschreven.

Een minderheid van de commissie heeft haar twijfel uitgesproken over de voorgenomen aanwijzing. In het bijzonder bij de fracties van VVD, SP en GroenLinks bestaan ernstige bedenkingen.

De commissie geeft u in overweging het aantal keten DBC's te beperken tot die voor Diabeteszorg en voor Cardiovasculair risicomanagement (CVR) en verzoekt u tevens binnen een jaar na invoering te rapporteren over de voortgang en de stand van zaken. Gezien de in de commissie nog levende vragen cq. bezwaren kan er geen sprake zijn van een stilzwijgende verlenging. In verband daarmee adviseert de commissie u de toegezegde evaluatie na drie jaar, te benutten om de invoering van de ketenzorg opnieuw te beoordelen.

Tevens ontvangt de commissie van u graag een reactie op de bijgevoegde commentaren van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP) en van de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)² op uw brief van 23 oktober 2009, gelet op de soms wel bijzonder grote divergentie tussen de feiten zoals het ministerie die ziet en de feiten zoals in het bijzonder de LHV die ziet.

De commissie ziet uw reactie met belangstelling tegemoet.

De ondervoorzitter van de commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport / Jeugd en Gezin,

Prof. dr. H.M. Dupuis

² Ter inzage gelegd op de afdeling Inhoudelijke ondersteuning onder griffie nr. 144635.07u

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Eerste Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 26 november 2009

Dank u voor uw brief van 3 november j.l. waarin aangeeft dat een meerderheid van de commissie kan instemmen met het geven van een aanwijzing aan de Nederlandse Zorgautoriteit. Daarbij stelt u wel aan deze instemming wel nadere voorwaarden. Ondere andere geeft u mij in overweging het aantal keten-DBC's te beperken tot die voor Diabeteszorg en Cardiovasculair risicomanagement. Ook verzoekt u tevens binnen een jaar na invoering te rapporteren over de voortgang en de stand van zaken. U benadrukt dat er geen sprake kan zijn van stilzwijgende verlenging en vraagt de toegezegde evaluatie na de drie jaar te benutten om opnieuw te beoordelen.

Daarbij ontvangt u graag een antwoord op de bijgevoegde brieven van de LHV en de KNMP.

Ten aanzien van de invoering van de ketens het volgende. In de aanwijzing aan de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) is aangegeven dat per 1 januari 2010 wordt inderdaad gestart met diabeteszorg en voor cardiovasculair risicomanagement (CVR). Voor wat betreft COPD heb ik de NZa opdracht gegeven de invoering uit te stellen tot 1 juli 2010, mits de zorgstandaard dan is geautoriseerd. Voor hartfalen ga ik uit van invoering per 1 januari 2011, ook mits de zorgstandaard geautoriseerd is.

Ik wil niet op voorhand toezeggen dat ik niet per 1 juli zal gaan starten met COPD. Na autorisatie van de zorgstandaard COPD wil ik graag het veld faciliteren met integrale bekostiging voor deze aandoening. Er zijn op dit moment al veel initiatieven in het veld die al begonnen zijn met het integraal aanbieden van COPD-zorg via de module-innovatie. Ik ben van mening dat COPD-zorg zich goed leent voor integrale bekostiging. De zorg is multidisciplinair van aard, er is een aanzienlijke ziektelast en er is een significante kwaliteitswinst realiseerbaar door goede samenwerking. Ook is er sprake van potentieel voor meer zelfmanagement bij deze aandoening.

Het faciliteren van deze ontwikkeling met een keten-DBC ondersteunt de bestaande initiatieven des te beter. En bovendien is niets verplicht. Veldpartijen hoeven het niet te doen en kunnen ook terugvallen op de bestaande tarieven.

Voor de toekomstige ketens ga ik met professionele organisaties nader in overleg treden over de positie van de zorgstandaarden en over de ontwikkeling van het toetsingskader voor het al dan niet realiseren van integrale bekostiging voor een chronische aandoening.

De beslissing of en hoe vervolgens integrale bekostiging zou moeten worden gekoppeld aan een zorgstandaard is afhankelijk van de kwaliteits- en doelmatigheidswinst die bereikt zou kunnen worden door het opheffen van bestaande schotten. Alleen daar waar die significant is zal ik voorstellen deze koppeling te maken. Het geldt *volgt* dus de inhoud; het vaststellen van die inhoud zou dus ook los van financiële belangen en overwegingen moeten plaatsvinden.

Ik zal u en de Tweede Kamer in het voorjaar van 2010 opnieuw informeren over de voortgang op deze dossiers. Daarnaast zal ik u –zoals u zelf verzoekt– na een jaar op de hoogte stellen van de voortgang en van de stand van zaken omtrent de ingevoerde keten-DBC's.

Ten aanzien van uw vraag over de 'stilzwijgende verlenging' heb ik aangegeven dat er een evaluatiecommissie wordt ingesteld, die jaarlijks een rapportage aan de Kamer zal sturen, en tevens aan het einde van de overgangperiode zal aangeven of het verantwoord is de overgangperiode te beëindigen. Ik ga er van uit dat ik hiermede

invulling geef aan uw verzoek, en zal u ook steeds zelf op de hoogte houden van nadere ontwikkelingen.

Brief LHV

Met betrekking tot de punten die de LHV noemt in de brief die ze u stuurden het volgende.

De LHV schrijft dat er niet kan worden teruggevallen op de bestaande tarieven voor chronische zorg indien er niet via de ketens wordt gecontracteerd. Zij stellen dat ik dat wel zo naar hen heb gecommuniceerd.

Het was aanvankelijk de bedoeling dat er per 2010 reeds wijzigingen in de huisartsenbekostiging zou plaatsvinden. Deze wijzigingen heb ik voorgesteld om een eerste stap te maken om de mogelijke dubbele bekostiging, die het huidige huisartsenbekostigingssysteem in relatie met de ketens kent, zoveel mogelijk te minimaliseren. Voor de praktijkondersteuner bijvoorbeeld zouden de huisartsen dan afspraken kunnen maken met verzekeraars via de module Modernisering en Innovatie, indien geen gebruik gemaakt zou worden van de geïntroduceerde keten-bekostiging. Echter, omdat de uiteindelijke beleidsregels pas begin november konden worden vastgesteld, heeft de Nederlandse Zorgautoriteit een overgangperiode van een jaar ingesteld voor deze maatregelen. In het jaar 2010 zullen daarom nog geen wijzigingen plaatsvinden in de huisartsenbekostiging.

Verder geeft de LHV tevens aan niet betrokken te zijn bij de ontwikkeling van de zorgstandaard CVR. Zij willen eerst nadere afstemming over de zorgstandaard CVR voordat de keten-DBC wordt ingevoerd.

Ik ben van mening dat de betrokkenheid van het Nederlands Huisartsen Genootschap voldoende is om de zorgstandaard CVR vast te stellen. Het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) is de wetenschappelijke vereniging van huisartsen; de LHV is nimmer betrokken bij het vaststellen van zorginhoudelijke richtlijnen en standaarden. De NHG heeft de zorgstandaard CVR geaccordeerd.

Ook stelt de LHV dat er wel degelijk een korting plaatsvindt op de huisartsenzorg. Enerzijds doordat het inschrijftarief vanaf 2011 structureel wordt gekort. En anderzijds doordat 127 miljoen wordt gekort tenzij dit bedrag wordt bespaard op het geneesmiddelenkader.

In 2010 wordt het inschrijftarief inderdaad met 60 miljoen structureel neerwaarts aangepast. Echter, zoals ik in de Tweede Kamer heb toegezegd op 30 september jl. aangaf, zullen de huisartsen deze ingehouden €60 miljoen uit 2010 in het jaar 2011 incidenteel terug ontvangen, zonder nadere voorwaarden.

Vanaf 2011 kan de structurele neerwaartse vaststelling van €60 miljoen euro in datzelfde jaar worden terugverdiend via de module M&I. Dit is dus geen korting.

Deze lijn zie ik juist in het perspectief van versterking van de eerstelijnszorg en de huisartsenzorg. Ondanks de financiële crisis waarin wij allen terecht zijn gekomen wil ik juist de inspanningen in de huisartsenzorg en de eerstelijnszorg belonen. Als de huisartsen en de andere eerstelijnszorgaanbieders bereidt zijn hun schouders eronder te zetten, zal ik zoveel mogelijk proberen de investeringen en innovaties die gedaan worden te ondersteunen. Echter, dat wil ik alleen doen als daar ook inzichtelijke prestaties tegenover staan. Deze inzichtelijkheid van prestaties kan mijns inziens langs drie benaderingen worden ingestoken: via de medisch inhoudelijke (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).

Deze lijn wil ik dus vanaf 2011 in gaan zetten door middel van een variabilisering van het inschrijftarief. Ik verwacht dat verzekeraars en aanbieders over de prestaties dan lokaal passende afspraken zullen gaan maken. Daarbij zal zoveel mogelijk de aanpak van de keten-DBC's worden gevolgd en de Minimale Data Set die daarbij tot stand is gekomen.

De inspanningsverplichting van de huisartsen ten aanzien van het doelmatig voorschrijven, die de LHV ervaart als een korting, is mijns inziens een acceptabele en reële lijn voor huisartsen. Met de LHV heb ik gesproken over de mogelijke besparingen die zij door middel van doelmatiger voorschrijven kunnen realiseren. Dat huisartsen doelmatiger kunnen voorschrijven wordt mijns inziens gedragen door de LHV en zij hebben mij daar ook per brief een inspanningsverplichting voor toegezegd. Daarom heb ik een besparing ingeboekt op het geneesmiddelenkader. Ik vertrouw erop dat - gezien de toezeggingen van de LHV - de besparing op het geneesmiddelenkader dan ook wordt behaald. Inmiddels heb ik de berekeningen op basis waarvan ik de opbrengsten in het geneesmiddelenkader heb ingeboekt met de LHV besproken.

Dan tot slot het laatste punt van de LHV: de administratieve lasten. Het is juist dat er tariefonderhandelingen dienen plaats te vinden tussen de ketenzorgorganisaties en zorgaanbieders. Dit geeft enige administratieve verzwaring. Echter, daar tegenover staat ook weer een administratieve verlichting doordat er integraal tarief wordt geïntroduceerd. Ik ben van mening dat de kanteling in de zorg naar integrale bekostiging rondom de patiënt, waarbij ik met u en de Tweede Kamer de afgelopen periode uitvoerig over heb gesproken en gecommuniceerd, zoveel voordelen biedt, dat de verschuiving van administratieve lasten niet opweegt tegen de baten van deze ontwikkelingen in termen van verbetering van kwaliteit van zorg.

Ik benadruk wel dat ik tevens de administratieve lastendruk ten aanzien van de invoering van de keten-DBC's zal meenemen in de evaluatiecommissie.

Brief KNMP

Tot slot de brief van de KNMP inzake BTW-problematiek. Ik heb u toegezegd dat ik in ieder geval op zeer korte termijn dit onderwerp 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. Daarin zal ik de punten meenemen die de KNMP noemt in haar brief.

De Minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,

dr. A. Klink