

Vergaderjaar 2007–2008

29 247

Acute zorg

Nr. 79

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 12 september 2008

Hierbij reageer ik op de motie die kamerlid Omtzigt eind 2007 heeft ingediend naar aanleiding van het debat over de risicoverevening 2008. In zijn motie verzoekt de heer Omtzigt de regering om binnen 6 maanden inzichtelijk te maken:

- Wat de financiële scenario's van substitutie zijn tot 2012;
 - Welke hindernissen een versnelling van substitutie in de weg staan;
 - Welke aanpassingen nodig zijn in het financieringsstelsel zoals het vereveningsstelsel;
 - Welke organisatievorm van de eerstelijnszorg hij voor ogen heeft;
 - Wat substitutie van zorg betekent voor kwaliteit, doelmatigheid en comfort van de patiënt;
 - Concrete acties te ondernemen om hindernissen weg te nemen.
- In mijn toekomstvisie «dynamische eerstelijnszorg»¹ van 25 januari 2008 heb ik toegezegd binnen zes maanden te reageren op de motie. De afgelopen maanden heeft mijn ministerie gebruikt om te verkennen welke belemmeringen veldpartijen ervaren in het bewerkstelligen van substitutie.

In deze brief beschrijf ik allereerst wat ik onder substitutie versta en blik ik kort terug op wat er de afgelopen jaren in het nieuwe zorgstelsel is ondernomen om substitutie mogelijk te maken. Vervolgens loop ik de vragen die in de motie worden gesteld één voor één langs, maar in een wat andere volgorde. Eerst ga ik in op de hindernissen die substitutie in de weg zouden staan, de aanpassingen die nodig zijn en de acties die ik zal ondernemen. Vervolgens ga ik in op de gevolgen van substitutie voor de kwaliteit en doelmatigheid van zorg en de financiële consequenties. Hierbij laat ik overigens de acute zorg buiten beschouwing. Ik zal u, zoals toegezegd, aan het eind van dit jaar informeren over de organisatie en bekostiging van acute zorg, naar aanleiding van het NZa-rapport «Met Spoed».

¹ TK 2007–2008, 29 247, nr. 6

Wat is substitutie?

Substitutie is een breed begrip. In het algemeen gebruiken we de term substitutie vooral wanneer we spreken over verplaatsing van zorg die vanuit de historie in de tweede lijn wordt uitgevoerd naar de eerstelijnszorg. Substitutie kan echter ook betekenen dat zorg verschuift van het AWBZ-regime naar het regime van de Zorgverzekeringswet (Zvw), of van een intramurale voorziening naar een extramurale voorziening, of van gespecialiseerde zorg naar algemene zorg, of binnen sectoren van een duurdere naar een goedkopere en beter presterende aanbieder.

Het is denkbaar dat er in de zorg een concentratie van het aanbod gaat plaatsvinden. Zorg die nu gedeconcentreerd wordt aangeboden in de eerste lijn, zou in de toekomst ook geconcentreerd kunnen worden aangeboden in de tweede lijn. Het is immers goed voorstelbaar dat een zekere schaalgrootte zowel tot kwaliteitsverbeteringen (omdat een beperkt aantal aanbieders routine ontwikkelt), als tot kostenvoordelen kan leiden. Deze ontwikkelingen benoem ik tevens in mijn brief bereikbaarheid en kwaliteit¹, waarin ik concludeer dat er een dubbele beweging is in de schaalgrootte van zorg.

Samengevat zien we dus enerzijds *schaalvergroting*. Door de toenemende transparantie van kwaliteit krijgen we steeds beter zicht op kwaliteitsverschillen tussen zorginstellingen en de relatie tussen de ervaring van zorginstellingen en individuele zorgverleners en de kwaliteit van zorg. Wij kunnen bij een toenemende transparantie van zorg ook vaker en waar nodig scherpere normen stellen. Bij bepaalde vormen van zorg leiden deze ontwikkelingen tot schaalvergroting. Voor mensen die zorg nodig hebben loont het ook steeds meer om zich breed te oriënteren voordat zij – al dan niet daartoe geholpen door hun zorgverzekeraar – hun keuze maken. Afhankelijk van hun precieze zorgbehoefte zijn patiënten ook steeds vaker bereid indien nodig verder te reizen, en gaan ze niet meer automatisch naar de dichtstbijzijnde zorginstelling.

Anderzijds zien we *schaalverkleining*. Meer specialisatie in de eerstelijnszorg, substitutie van zorg van de tweedelijns naar de eerstelijnszorg en recente schaalverkleinende initiatieven, in combinatie met de huidige goed bereikbare spoedeisende hulp, zullen goed bereikbare zorg blijven garanderen.

In deze brief wil ik mij beperken tot substitutie van zorg zoals die meestal wordt bedoeld in het spraakgebruik, namelijk substitutie van zorg binnen de Zvw en meer in het bijzonder van de tweede naar de eerste lijn.

Eerstelijnszorg is alle zorg die direct toegankelijk is voor de patiënt. De eerstelijnszorg behandelt en begeleidt de patiënt als hij of zij medische, verloskundige, tandheelkundige, palliatieve, farmaceutische, psychische, paramedische en/of verpleegkundige zorg nodig heeft. De eerstelijnszorg heeft een belangrijke taak in het diagnosticeren van klachten en vroegsignalering. Tweedelijnszorg is de meer gespecialiseerde zorg waar veelal een verwijzing voor nodig is, zoals ziekenhuiszorg en zorg geleverd door medisch specialisten.

Substitutie wordt steeds vaker genoemd als mogelijk instrument om de zorg in Nederland betaalbaar te houden. Hoewel het natuurlijk ook mijn streven is om de zorguitgaven te beheersen, is dat niet de voornaamste reden waarom ik substitutie van belang vind. Ik streef er naar dat de zorg daar wordt geleverd, waar dat kwalitatief goed en doelmatig kan en waar dat het meest toegankelijk is voor de patiënt. Ik zie substitutie als een middel dat daar een goede bijdrage aan kan leveren. Het is daarbij de vraag of, en zo ja hoeveel, substitutie macrobudgettair gezien op korte termijn besparingen genereert, maar het is duidelijk dat het leidt tot een efficiëntere inzet van middelen.

¹ Tweede Kamer 2007–2008, 29 247, nr. 75.

Korte terugblik

Voordat ik in ga op enkele belangrijke belemmeringen, wil ik benadrukken dat de afgelopen jaren al veel in gang is gezet om substitutie van de tweede- naar de eerste lijn mogelijk te maken. Met de invoering van de Zvw zijn we van aanbod- naar vraagsturing overgegaan en zijn de zorg-aanspraken functiegericht omschreven. Er ligt niet meer vast wie de zorg levert, maar slechts wát de te leveren zorg inhoudt. Verder heeft de toedeling van verantwoordelijkheden die aan de stelselherziening ten grondslag ligt ertoe geleid dat partijen een groter en zelfstandig belang krijgen bij substitutie. Het belang van de zorgverzekeraar en van de verzekerde gaan hierbij in sterke mate gelijk op.

In de bekostiging en financiering van de zorg die valt onder de Zvw zijn ook stappen in de goede richting gezet. Zowel in de tweede- als in de eerste lijn worden zorgaanbieders steeds meer op basis van hun prestaties afgerekend. De wijze waarop verschilt echter nog wel. Ziekenhuiszorg en de op genezing gerichte geestelijke gezondheidszorg (ggz) worden voor grote delen gefinancierd via Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's). De eerstelijns gezondheidszorg kent vooral tarieven per verrichting. Het inschrijftarief in de huisartsenzorg – dat een aanzienlijk deel van de inkomsten van de huisarts genereert – is daarop een uitzondering.

Binnen de Zvw zijn er al verschillende prikkels die aanzetten tot substitutie. Zo kent het B-segment in de ziekenhuiszorg vrije prijzen, waardoor het mogelijk is – en ook zinvol kan zijn – voor aanbieders en zorgverzekeraars om te onderhandelen.

In de huisartsenzorg kennen we de module Modernisering & Innovatie (M&I). In deze module kunnen onder andere innovatieve verrichtingen en verrichtingen waarvan gedacht wordt dat deze substituerend zijn voor verrichtingen in de tweede lijn worden gedeclareerd. Voor deze verrichtingen gelden ook vrije tarieven, waardoor lokaal maatwerk mogelijk is. Tevens bestaat de beleidsregel Innovatie, die onlangs is uitgebreid voor innovatie in de AWBZ.

Ook in de curatieve ggz, die sinds 1 januari jongstleden onderdeel uitmaakt van de Zvw, zijn acties ondernomen om substitutie mogelijk te maken. Zo heb ik de eerstelijns psychologische zorg (EPZ) opgenomen in het standaard verzekerde pakket. Ook heb ik de praktijkondersteuner GGZ ingevoerd om huisartsen te ondersteunen bij het verlenen van zorg aan patiënten die met psychische en/of psychosociale problemen een beroep doen op de huisarts. Hiermee wil ik de eerste lijn versterken en voorkomen dat eenvoudige ggz-problematiek onnodig wordt doorverwezen en behandeld in de duurdere tweedelijns ggz.

Zorgverzekeraars hebben in het kader van de Zvw een zorgplicht jegens hun verzekerden, en zijn derhalve verantwoordelijk voor de zorginkoop en het maken van afspraken met zorgaanbieders ten behoeve van al hun verzekerden. Vanwege de acceptatieplicht voor zorgverzekeraars en het verbod op premiedifferentiatie is het nodig zorgverzekeraars te compenseren voor het feit dat zij in hun portefeuille verzekerden met verschillende gezondheidsrisico's hebben. Hiervoor is de risicoverevening in de Zvw opgenomen. Met de risicoverevening beoog ik enerzijds een min of meer gelijke uitgangspositie te creëren voor alle zorgverzekeraars op de zorgverzekeringmarkt. Anderzijds wil ik de zorgverzekeraars met de risicoverevening prikkelen tot doelmatige zorginkoop. Het gaat hier om een juist evenwicht. Ik kom hier later op terug.

We werken sinds enkele jaren in het nieuwe zorgstelsel, waarbij er ontzettend veel is afgekomen op zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Dagelijks

wordt er hard gewerkt om het nieuwe stelsel en bijbehorende systemen verder te optimaliseren. Hierbij gaat de aandacht er uiteraard naar uit om alle prikkels waar mogelijk de goede kant op te zetten. Het is daarbij meer dan eens een kwestie van het zoeken naar de juiste balans tussen de verschillende (publieke) belangen, want het bevorderen van kwaliteit, toegankelijkheid én betaalbaarheid gaat niet altijd hand in hand.

Welke hindernissen staan een versnelling van substitutie in de weg?

Uit diverse gesprekken die zijn gevoerd met veldpartijen blijkt dat de belemmeringen in het bewerkstelligen van substitutie zich vooral voordoen op het terrein van de bekostiging en de financiering van de zorgaanbieders enerzijds, en de wijze waarop de verzekeraars hun publieke middelen ontvangen (i.c. de risicoverevening) anderzijds. Ik licht beide punten kort toe.

Wellicht ten overvloede duid ik eerst nog het verschil tussen bekostiging en financiering van zorgaanbieders. Bij bekostiging van een aanbieder gaat het om de wijze waarop het budget (van een instelling) of het tarief (van een beroepsbeoefenaar in de eerstelijns) wordt vastgesteld. Bij de financiering van de zorg gaat het om de wijze waarop de zorgverlener daadwerkelijk wordt betaald voor de geleverde diensten, ofwel, wordt gefinancierd. Doordat er verschillen zijn in de wijze van bekostiging en de financiering (tussen de eerste en tweede lijn, en binnen de eerste en tweede lijn), is het voor de zorgverzekeraar niet altijd direct duidelijk welke financiële gevolgen er zijn verbonden aan het verplaatsen van zorg.

1. Bekostiging en financiering van zorg

Zoals ook uit de gesprekken met veldpartijen naar voren is gekomen, maken de nieuwe bekostiging- en financieringsystemen substitutie al meer mogelijk. Men stuit echter ook nog vaak op belemmeringen. Op dit moment worden de tweede- en eerstelijnszorg nog op uiteenlopende wijze bekostigd en gefinancierd. In de tweedelijns somatische zorg vindt financiering in het B-segment plaats op basis van DBCs. In de eerste lijn kennen we tarieven per verrichting (met het eerdergenoemde inschrijftarief in de huisartsenzorg als uitzondering). Ook kan het zo zijn dat de tarieven in de ene sector vrij zijn, terwijl men in een andere sector gebonden is aan maximumtarieven. DBCs in ziekenhuizen kunnen nu (op een enkele uitzondering na) alleen geopend worden door specialisten en niet door eerstelijns zorgaanbieders zoals bijvoorbeeld huisartsen. Omgekeerd kunnen ziekenhuizen geen huisartsenconsult declareren. Daarnaast krijgt een ziekenhuis een vergoeding voor de totale DBC, waardoor het voor een ziekenhuis nu niet zonder meer interessant is om delen van de DBC uit te besteden aan een eerstelijns zorgaanbieder. Door de huidige heterogene wijze van financieren van zorg kan bovendien voor een zorgverzekeraar een risico bestaan op dubbele financiering. Van een willekeurige DBC kan bijvoorbeeld het verwijderen van hechtingen een klein onderdeel zijn. Hoewel een verzekeraar zou kunnen bewerkstelligen dat een huisarts deze zorg voortaan aanbiedt – en declareert – leidt dat niet zonder meer tot een verlaging van de schadelast van een zorgverzekeraar, omdat het niet noodzakelijk leidt tot een neerwaartse aanpassing van het tarief van de betreffende DBC van het ziekenhuis. Zelfs in het geval dat het wél tot een verlaging van het DBC-tarief zou leiden, zou het niet tot een kostenvoordeel leiden voor de verzekeraar, omdat het budget van het ziekenhuis door deze (kleine) vorm van substitutie niet neerwaarts wordt aangepast.

Een andere oorzaak die substitutie bemoeilijkt is dat de zorginkoop bij nagenoeg alle zorgverzekeraars intern in verschillende segmenten is

georganiseerd (huisartsenzorg en ziekenhuiszorg zijn aparte organisatie-onderdelen, soms ook fysiek in verschillende gebouwen gehuisvest).

Kortom: de huidige bekostiging- en financieringssystemen bieden al een beperkt aantal mogelijkheden tot substitutie van zorg (bijvoorbeeld het B-segment in de ziekenhuiszorg en de M&I module in de huisartsenzorg), maar daarbij stuiten betrokkenen nog op een aantal belemmeringen. Hoewel de aanspraken binnen de Zvw functiegericht zijn omschreven, staan de bekostiging en financiering van zorg nog niet voldoende los van de aanbieder die de zorg levert.

2. Risicoverevening

In de financiering van zorgverzekeraars via de risicoverevening zie ik twee belangrijke belemmeringen voor substitutie. Ten eerste zijn er verschillen in de mate waarin zorgverzekeraars risico lopen over hun kosten voor de verschillende vormen van zorg. Ten tweede wordt in de risicoverevening het gebruik van tweedelijns zorg als criterium gebruikt om zorgverzekeraars te compenseren voor de hogere kosten van chronisch zieken.

Zorgverzekeraars lopen financieel risico op de kosten van hun zorginkoop, maar dat risico verschilt voor de eerste- en tweede lijn. De mate van de risicodragendheid wordt bepaald door de ex post inzet van nacalculatie en hangt samen met de mate waarin de verzekeraar de kosten kan beïnvloeden en de mate waarin de kosten voorspeld kunnen worden.

Met betrekking tot substitutie is het verschil in risicodragendheid voor de variabele kosten van ziekenhuisverpleging en specialistische hulp en het regime voor overige prestaties van belang. Op de kosten van overige prestaties, waar de eerstelijnszorg onder valt, loopt een verzekeraar volledig risico. Dit is aanzienlijk meer dan over variabele ziekenhuiskosten in de tweede lijn. Omdat een verzekeraar achteraf meer wordt gecompenseerd voor (variabele) ziekenhuiskosten dan voor eerstelijnszorg, is er vanuit dat oogpunt een beperkte prikkel voor substitutie.

Er zijn de laatste jaren stappen gezet om het verschil in risicodragendheid tussen de overige prestaties en de variabele ziekenhuiskosten te verkleinen. Per 2008 is de risicodragendheid voor verzekeraars voor variabele ziekenhuiskosten vergroot en daarmee meer in de richting van de het risicoregime voor overige prestaties gebracht (TK 2007–2008, 29 689, nr. 155). Desalniettemin blijft er een verschil bestaan.

De vereveningsbijdrage voor zorgverzekeraars wordt mede bepaald op basis van diagnose kostengroepen (DKG's). DKG's zijn gebaseerd op ziekenhuisopnames in het verleden. In het verleden zijn ook vragen gesteld over de gevolgen van DKG-compensatie op de substitutie van de tweede- naar de eerstelijns zorg. Een zorgverzekeraar krijgt meer compensatie als zijn verzekerde voor een DKG wordt geïdentificeerd. De gedachte zou kunnen zijn dat als een verzekerde nu niet behandeld wordt in de tweedelijns, deze verzekerde ook niet meer voor een DKG wordt geïdentificeerd. Een verzekeraar wordt dan niet meer extra gecompenseerd voor deze verzekerde, waarmee de prikkel tot substitutie is gemitigeerd. Zoals ik in mijn verslag van een schriftelijk overleg heb aangegeven (TK 2007–2008, nr. 164) is hier bij de ontwikkeling van DKG's rekening mee gehouden. Voor DKG's geldt dat alleen diagnoses waarvoor ziekenhuisopname noodzakelijk is, kunnen leiden tot een indeling in een DKG. Kortom, deze vaak genoemde (theoretische) belemmering kan zich in praktijk niet voordoen.

Welke aanpassingen zijn nodig in het financieringsstelsel, zoals het vereveningsstelsel? En welke concrete acties onderneemt u om de hindernissen weg te nemen?

De afgelopen tijd zijn diverse stappen gezet om substitutie te bevorderen. Ook de komende jaren wil ik een aantal maatregelen nemen die een efficiënte zorgverlening faciliteren. Daarbij denk ik aan maatregelen op het terrein van bijvoorbeeld de bekostiging, ketenzorg en de risicoverevening. Het is vervolgens aan zorgverzekeraars en zorgaanbieders om gezamenlijk de mogelijkheden die het stelsel biedt optimaal te benutten.

1. Bekostiging en financiering van zorg

Zoals ik eerder in deze brief heb vermeld, zijn de aanspraken binnen de Zvw functiegericht omschreven, maar zijn de bekostiging en de financiering van de zorg wél zorgspecifiek. Dit kan een complicatie zijn waar het gaat om het bewerkstellingen van substitutie. Waar mogelijk wil ik mij dan ook inspannen om binnen de Zvw voor gelijke prestaties gelijksoortige tarieven te hanteren, ongeacht wie de zorg levert. Het is vervolgens aan de zorgverzekeraar om te bepalen welke zorgaanbieder het meest doelmatig is en kwalitatief gezien de beste partij is om de zorg bij in te kopen en met die zorgaanbieder een goede prijs te onderhandelen.

In de visie «dynamische eerstelijnszorg» heb ik aangegeven dat de huidige bekostiging van de eerstelijnszorg nog te veel vanuit de schotten is ingericht. Een functionele bekostiging in de eerstelijnszorg, die aansluit op relevante onderdelen van de AWBZ-bekostiging en de ziekenhuis-bekostiging, kan substitutieproblemen verhelpen. Voor dezelfde prestaties zullen immers gelijksoortige tarieven worden gehanteerd, ongeacht welke instelling of zorgaanbieder dit levert. Ik zal de NZa binnenkort vragen om een uitvoeringstoets naar de mogelijkheden voor functionele bekostiging in de eerste lijn. Eind 2009 verwacht ik de resultaten van de NZa en zal ik op basis daarvan een standpunt innemen.

In de ziekenhuiszorg kent het B-segment vrije prijzen, waardoor het mogelijk wordt voor aanbieders en zorgverzekeraars om te onderhandelen. Per 2009 zal het B-segment uitgebreid worden tot maximaal een derde van de totale zorgproductie in de ziekenhuissector¹. Na 2009 zal ik per jaar bezien, op basis van permanente monitoring en zorgvuldige evaluatie of het segment met vrije prijsvorming verder kan worden uitgebreid. De NZa heeft mij in april 2008 al geadviseerd om in ieder geval de prijzen voor zorg vrij te geven waarvoor in de eerste lijn vrije prijzen gelden en die ook als los declarabele prestatie (OVP) worden aangeboden in de ziekenhuizen (zoals fysiotherapie, diëtiëk en oefentherapie). Hierdoor ontstaat er een gelijk speelveld van aanbieders in instellingen en vrijgevestigde aanbieders. Dit biedt zorgverzekeraars een prikkel om de zorg in te kopen waar dat op dat moment het meest doelmatig geleverd kan worden en te onderhandelen over de prijs. Ik ben voornemens de prijzen voor deze zorg vrij te geven met ingang van 1 januari 2009.

Niet alleen zorginhoudelijk, maar ook wat bekostiging betreft heeft ketenzorg sinds enige jaren bijzondere beleidsaandacht. Er zijn veel goede ketenprojecten ontwikkeld, maar de borging, verspreiding en implementatie van deze voorbeeldprojecten bleef achter. Gesegmenteerde financiering bleek hierbij een hardnekkig probleem. Daarom is het initiatief genomen om de DBC-financiering van delen van ziekenhuiszorg de basis te laten zijn voor de financiering van de ketenzorg. Het betreft immers een zorgproduct dat is opgebouwd uit meerdere onderdelen van zorg en ondersteuning. Vanwege de dreigende toename van diabetes is in 2004 besloten tot een experiment rond DBC ketenzorg Diabetes.

¹ Zie mijn brief «Waardering II» (Tweede Kamer 2007/08, 29 248, nr. 47) en de brief inzake mijn voornemen de NZa een aanwijzing te sturen over de uitbreiding van het B-segment (Tweede Kamer 2007/08, 29 248, nr. 48).

Een keten-DBC is een zorgproduct op basis waarvan kan worden onderhandeld over prijs, kwaliteit en volume. Het is een samenhangend zorgproduct dat wordt geleverd door een multidisciplinair team. De financiering wordt losgekoppeld van de organisatie. Het inhoudelijk uitgangspunt is een Multidisciplinaire Standaard die door gezamenlijke veldpartijen is ontwikkeld (is een standaard van de Nederlandse Diabetes Federatie). Een hoofdaannemer maakt inhoudelijke afspraken met zorgverleners en verzorgt de declaratie bij zorgverzekeraars. De hoogte van het tarief wordt vrijgelaten. Immers een vaste prijs vormt geen prikkel tot efficiënte zorg en stimuleert mogelijke taakherschikking niet. Diabeteszorg was geschikt als substitutievorm omdat dit vanaf de start al deel uitmaakt van het B-segment in de ziekenhuisbekostiging. Verzekeraars worden hierbij in staat gesteld tot concreet verschuiven van zorg van de tweede naar de eerste lijn. Sinds 2006 wordt onder verantwoordelijkheid van ZonMW en het RIVM geëxperimenteerd in 10 pilots. In het voorjaar van 2009 zal rapportage hierover plaatsvinden. Dan zal blijken of deze aanpak werkt en leidt tot betere zorg. Tevens zullen vragen beantwoord worden of dit daadwerkelijk leidt tot doelmatige zorginkoop en of dubbele bekostiging wordt voorkomen. Bij de evaluatie worden het CVZ, de NZa, ZN, de NDF en de ZonMW-programmacommissie (met daarin vertegenwoordigers uit het veld, patiënten, beroepsgroepen en inhoudelijk deskundigen) betrokken. Afgesproken is dat eerst de resultaten van de pilots afgewacht worden voordat besloten wordt tot daadwerkelijke verbreding naar andere chronische ziekten. Inmiddels is ZonMW wel al gestart met een nieuw onderzoeksprogramma naar de ontwikkeling van een ziektegerichte aanpak voor andere chronische ziekten, zoals COPD, Cardio Vasculaire ziekten en depressie. Hiervoor dient de aanpak bij diabetes als basis.

2. Risicoverevening

Ik streef er naar het verschil in risicodragendheid tussen zorginkoop van eerstelijns zorg en ziekenhuiszorg op termijn zo veel mogelijk te beperken. Dit is echter aan een aantal voorwaarden verbonden. Kosten die niet beïnvloedbaar zijn door een verzekeraar, zullen buiten het financieel risico van een zorgverzekeraar moeten vallen. De kosten moeten goed normeerbaar zijn en te koppelen zijn aan verzekerden. Daarenboven moet de kwaliteit van de gegevens goed zijn. Zo moeten declaratiecijfers de werkelijke schadelast weergeven en niet vervuild zijn. Ook moeten wijzigingen in de schadelast voor zorgverzekeraars als gevolg van voor zorgverzekeraars niet-beïnvloedbare factoren, voorspeld kunnen worden en bij berekeningen voor de risicoverevening ook meegenomen kunnen worden.

Ik kan helaas geen tijdschema geven wanneer aan deze voorwaarden op een adequate wijze is voldaan. Wel kan ik aangeven dat ik per 2009 weer een stap wil zetten in het gelijktrekken van de risicodragendheid tussen eerstelijnszorg en ziekenhuiszorg. Ik verwacht dat de zogeheten bandbreedteregeling¹ in 2009 niet meer aan de orde zal zijn. Een ander idee waar ik me op dit moment over buig is, om de risicodragendheid voor de inkoop van ziekenhuiszorg voor zover het B-DBC's betreft zoveel mogelijk gelijk te trekken met de zorginkoop van eerstelijns zorg. Bij het B-segment gaat het immers om goed gedefinieerde, eenduidige producten waar zorgverzekeraars invloed op kunnen uitoefenen. Hiermee zou het financieel risico van inkoop van eerstelijns zorg en een deel van de ziekenhuiszorg gelijkgeschakeld worden en zou substitutie niet door de risicoverevening worden belemmerd. Onderzoek op dit terrein wordt in september afgerond. De onderzoeksresultaten zal ik betrekken bij de vaststelling van het risicovereveningssysteem in 2009. Ik zal u in september volledig informeren over het risicovereveningssysteem voor volgend jaar.

¹ Er geldt nu een bandbreedteregeling voor de variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp. Dit wil zeggen dat indien een zorgverzekeraar, na toepassing van alle compensatiemechanismen, meer dan € 20 hogere variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp per verzekerde heeft dan het landelijk gemiddelde, het meerdere voor 90% wordt nagecalculeerd met het zorgverzekeringsfonds, en vice versa bij € 20 lagere kosten per verzekerde.

Welke organisatievorm van de eerstelijns heeft u hierbij voor ogen?

Zoals ik in de visie «dynamische eerstelijnszorg» heb geschreven komen er veel ontwikkelingen en invloeden op de eerstelijnszorg af. Er zijn meer mensen die zorg nodig hebben en minder mensen om zorg te verlenen. Het is van belang dat de eerstelijnszorg daar in de toekomst goed op in kan spelen. Door de toenemende verkorting van de ligduur in het ziekenhuis verschuift meer (postoperatieve) zorg naar de eerste lijn. Ook zal de eerstelijnszorg zich in de toekomst meer bezig gaan houden met taken die voorheen in de verpleeghuiszorg werden uitgevoerd. Om substitutie naar de eerstelijnszorg goed op te kunnen vangen, is een sterke en goed georganiseerde eerste lijn nodig. In beginsel sta ik positief ten opzichte van maatregelen die substitutie positief beïnvloeden en goed zijn voor de cliënt. Een sterke en goed georganiseerde eerstelijnszorg betekent een goede samenhangende organisatie, waarin de eerstelijnszorgverleners gezamenlijk zorgdragen voor een evenwichtig arbeidsmarktbeleid. Dit betekent ondermeer de juiste inzet van nurse practitioners en praktijkondersteuners. Samenhang is nodig om de toenemende chronische zieken op te kunnen vangen, waardoor de eerstelijnszorg zich – naast de generalistische zorg – ook meer kan gaan specialiseren op bepaalde zorggroepen zoals diabetes, COPD-patiënten en mensen met en hart- en vaatziekten. De huidige module geïntegreerde eerstelijnszorg en de module innovatie stimuleert het samenhangend organiseren en aanbieden van deze zorgvormen. Voor meer informatie over de eerstelijnszorg en de verdere uitwerking van de visie «dynamische eerstelijnszorg» verwijs ik u ook naar de bereikbaarheidsbrief¹ en de doelstellingenbrief² die ik beide naar u toe heb gestuurd. Voorts is door de Kamerleden Ten Hoopen, Aptroot en Vos recent een initiatief wetsvoorstel³ ingediend dat ertoe strekt de uitzondering op het verbod om mededingingsafspraken te maken ruimer te formuleren. Ik wacht de behandeling van dit wetsvoorstel in de Tweede Kamer af.

Deskundigheidsbevordering en het waarborgen van de kwaliteit van zorg wordt veelal als belangrijke voorwaarde voor substitutie genoemd. Ik vind het van groot belang dat de eerste lijn zich verder blijft ontwikkelen op dat vlak. Om te kunnen beoordelen of de kwaliteit van zorg wel wordt gewaarborgd, is de ontwikkeling van prestatie-indicatoren en sturing op output van belang.

Per deelsector van de eerste lijn zullen daarom zorginhoudelijke indicatoren worden ontwikkeld voor het meten van prestaties, lijsten voor keuze-informatie en CQ-indexen voor het meten van de ervaringen van patiënten/consumenten. Het Bureau Zichtbare Zorg (voorheen Zorgbrede Transparantie in kwaliteit) dat is geïntegreerd bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) zal de regie voeren om dit sectorbreed te realiseren. Inmiddels is hier voor een aantal eerstelijnsvoorzieningen een start gemaakt. In juni 2007 is voor de huisartsenzorg de Stuurgroep Transparantie Huisartsenzorg gestart. In juli 2008 is de Stuurgroep Acute Zorg van start gaan. Voor de kraamzorg heeft de Stuurgroep Verantwoorde Kraamzorg in april 2008 het Visiedocument Verantwoorde Kraamzorg vastgesteld. Op basis hiervan worden nu prestatie-indicatoren voor de kraamzorg ontwikkeld. In de mondzorg wordt in het Platform Kwaliteit Mondzorg gewerkt aan een Intentieverklaring Kwaliteit en Transparantie Mondzorg. Met de intentieverklaring wordt beoogd om tot oprichting van een stuurgroep te komen die de ontwikkeling van prestatie-indicatoren gaat realiseren. De ondertekening van deze intentieverklaring door partijen wordt dit najaar verwacht. Onder regie van de NZa zijn inmiddels prestatie-indicatoren voor de fysiotherapie ontwikkeld, die dit jaar in een pilot worden getest en begin 2009 worden geïmplementeerd.

¹ Brief Bereikbaarheid en Kwaliteit (TK 2007–2008, 29 247, nr. 75)

² Doelstellingenbrief eerstelijns gezondheidszorg (TK 2007–2008, 29 247, nr. 76)

³ TK, 2007–2008, 31 531, nr. 2 en 3.

Tot slot is er ook een Stuurgroep Transparantie Farmacie ingericht, die kwaliteitsinformatie over farmaceutische zorg voor de hele zorgsector zal ontwikkelen.

Op www.KiesBeter.nl is inmiddels eenvoudige etalage-informatie te vinden over huisartsen, diëtisten, eerstelijnspsychologen, ergotherapeuten, fysiotherapeuten, kraamzorg en palliatieve zorg. Het is de bedoeling de komende jaren ook informatie over nog ontbrekende eerstelijnsvoorzieningen op www.KiesBeter.nl te plaatsen en de bestaande informatie te verdiepen en uit te breiden.

Ook in de tweede lijn wordt er hard gewerkt aan de ontwikkeling van indicatoren. In de medisch specialistische zorg worden de komende drie jaar voor 80 aandoeningen indicatoren en vragenlijsten ontwikkeld. Deze oplevering gebeurt in 4 tranches. De eerste 10 sets zijn in 2007 opgeleverd voor bijvoorbeeld diabetes, borstkanker en knie/heupoperaties. In maart 2008 zijn nog eens 18 sets opgeleverd voor bijvoorbeeld hartfalen, pijn bij kanker en parkinson. De derde tranche van 24 aandoeningen wordt in 2008 ontwikkeld. De selectie van de vierde tranche, voor nog eens 30 aandoeningen/diagnoses, vindt medio 2008 plaats. In juni 2007 zijn de etalage+vragenlijsten voor de eerste 6 aandoeningen uitgevraagd in de ziekenhuizen en gepubliceerd op www.kiesbeter.nl. Vanaf 1 april 2008 zijn 38 ziekenhuizen in een pilot gestart met het registreren van de eerste set met 10 zorginhoudelijke indicatoren. Deze ziekenhuizen zullen in het derde kwartaal van dit jaar ook de tweede tranche van 18 aandoeningen gaan testen. Naar verwachting kunnen de eerste scores op de zorginhoudelijke indicatoren eind van dit jaar gepubliceerd worden. Vanaf 1 januari 2009 is het voor alle ziekenhuizen mogelijk om 18 aandoeningen te gaan meten en registreren.

Zorgverzekeraars gebruiken nu al regelmatig indicatoren bij hun zorginkoop. Met de uniforme indicatoren die door het Bureau Zichtbare Zorg bij de IGZ worden ontwikkeld, komt er voor iedereen meer helderheid in de eisen die worden gesteld. Bij de ontwikkeling van indicatoren in de verschillende zorgsectoren toetst de IGZ dan ook of er goede aansluiting is tussen de eerste en tweede lijn. Naast de indicatoren kijken zorgverzekeraars bij de inkoop ook naar de «service-aspecten» en patiëntenervaringen (zoals de CQ-index aangeeft). Voorwaarde daarvoor is dat de markt transparanter wordt op de aspecten kwaliteit en prijs, en zoals vermeld wordt daar hard aan gewerkt.

Wat betekent substitutie van zorg voor kwaliteit, doelmatigheid en comfort van de patiënt?

Zoals hierboven aangegeven, is mijn beleid in grote mate gericht op het vergroten van de keuzevrijheid van de patiënt. Met het verbeteren van de informatievoorziening voor de patiënt wil ik bewerkstelligen dat zorgverzekeraars en patiënten beter in staat worden gesteld om een keuze te maken tussen zorgaanbieders. Het verbeteren van transparantie van het zorgaanbod en de (kwaliteit van de) prestaties die worden geleverd kan daarbij een bijdrage leveren. Ik ben van mening dat ook dit zal bijdragen aan substitutie van zorg.

In veel gevallen zal die keuzevrijheid van de patiënt de substitutie van zorg naar kleinschalig zorgaanbod in de buurt versterken. Sommige patiënten gaan liever naar de eigen huisarts dan naar het ziekenhuis. Tegelijkertijd geven sommige patiënten er bij bepaalde aandoeningen de voorkeur aan om naar het ziekenhuis te gaan in plaats van de huisarts, ook al is de huisarts even goed in staat om de zorg te leveren. Kwalitatief betere zorg is niet per definitie duurder. Mocht zorg wel duurder zijn, kan het zo zijn

dat de hoogte van de prijs van de zorg van ondergeschikt belang is voor de patiënt, zeker als de patiënt vrijwel volledig verzekerd is tegen de kosten van de zorgverlening. Hoe dan ook vind ik het belangrijk dat de patiënt zelf die keuzemogelijkheid heeft, zij het dat de zorgverzekeraar via selectieve zorginkoop die keuze kan beïnvloeden. Voorwaarde daarbij is wel dat ten allen tijde de kwaliteit van zorg gewaarborgd blijft, ongeacht waar de zorg geleverd wordt.

Eén van de instrumenten die de overheid heeft in het sturen van patiënten is het hanteren van eigen betalingen in de zorg. Om de positie van de eerstelijns gezondheidszorg te versterken en te stimuleren dat patiënten eerst naar de eerstelijnszorg gaan, heb ik bijvoorbeeld besloten de huisartsenzorg niet onder het verplicht eigen risico te brengen. Ook is in de Zvw vastgelegd dat men voor bepaalde (tweedelijns)zorg een verwijzing van de huisarts (of bedrijfsarts) nodig heeft.

Zoals ik eerder heb aangegeven streef ik ernaar dat de zorg daar wordt geleverd, waar die kwalitatief goed en doelmatig is en waar dat het meest toegankelijk is voor de patiënt. Waar dit doel met substitutie beter gediend wordt, ligt er mijns inziens ook een belangrijke rol voor zorgverzekeraars, omdat zij hun verzekerden kunnen prikkelen bij de keuze voor een zorgaanbieder. Zo kunnen zorgverzekeraars met positieve prikkels bevorderen dat hun verzekerden naar bepaalde zorgaanbieders gaan. Hierbij kan bijvoorbeeld worden gedacht aan de mogelijkheid van een lager eigen risico wanneer de verzekerde naar een voorkeursaanbieder gaat. Als sprake is van een naturapolis kan de zorgverzekeraar bovendien differentiëren in de hoogte van de vergoeding als de verzekerde naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat. Een voorwaarde daarvoor is wel, zoals ik ook in het VSO (voortzetting van schriftelijk overleg) van 15 mei 2008 heb aangegeven, dat verzekerden een weloverwogen keuze kunnen maken voor een zorgverzekering. Verzekerden moeten daarnaast weten wat de dekking is en welke zorgaanbieders gecontracteerd zijn. De NZa heeft het Richtsnoer informatieverstrekking onlangs aangescherpt. Hierin worden richtlijnen aan zorgverzekeraars gegeven. Ik heb u daarover, en over de invulling van de motie Smilde/Wiegman-van Meppelen (31 200 XVI, nr. 144) onlangs nader geïnformeerd. Ook voor zorgaanbieders zie ik mogelijkheden om de keuze van een patiënt of verzekerde te beïnvloeden. Aanbieders kunnen patiënten middels voorlichting aan zich binden en transparant maken welke kwalitatief goede zorg aangeboden wordt.

Wat zijn de financiële scenario's van substitutie tot 2012?

Logischerwijs kan men veronderstellen dat substitutie van zorg van de tweede naar de eerste lijn leidt tot goedkopere zorg. Macrobudgettair gezien zullen financiële besparingen zich veelal wat later in de tijd voordoen. Immers, bij verschuiving van zorg van de tweede naar de eerste lijn, zal de (specialisten)capaciteit in de tweede lijn niet zonder meer onmiddellijk afnemen. We spreken in dat geval van het zogenoemde «supply-induced demand». Dat zou de substitutie in feite blokkeren. Maar juist in een DBC-systeem, waarin prijsafspraken worden gemaakt tussen zorgverzekeraar en aanbieder, is het voor een ziekenhuis niet doelmatig om de vrijgevallen capaciteit aan te wenden voor (intensievere) zorg aan bestaande patiënten. Wél kan het lonend zijn om nieuwe patiënten aan te trekken. In dat geval zal er door substitutie in eerste instantie niet een kostenbesparing zichtbaar worden, maar wel een mogelijk positief effect op de wachttijd blijken.

Een andere belangrijke factor die van invloed is op de mogelijkheden (en de omvang) van substitutie betreft de technologie. Technologische

ontwikkelingen – innovaties – maken enerzijds mogelijk dat er meer zorg gesubstitueerd kan worden. Anderzijds maakt diezelfde technologische ontwikkeling ook mogelijk dat er steeds meer gezondheidsschade of -risico's behandeld kunnen worden in de tweede lijn. Juist door de toename van de behandelmogelijkheden is het vervolgens zeer de vraag of de eerder genoemde capaciteitsvoordelen zich op langere termijn zullen gaan voordoen. Samengevat maken deze ontwikkelingen het onzettend lastig om de (maatschappelijke) financiële gevolgen van substitutie van zorg geïsoleerd en in zijn totaliteit te kwantificeren.

In een alternatieve benadering om de financiële gevolgen te kwantificeren zouden we meer op «micro-niveau» kunnen kijken naar bepaalde vormen van substitutie. Bijvoorbeeld door het aanwijzen van DBCs die nu nog in de tweede lijn worden geleverd, maar wellicht in de toekomst (ook) in de eerste lijn zouden kunnen worden geleverd. In deze benadering van de mogelijke kosten-gevolgen moet wel rekening worden gehouden met de vraag of die DBCs in het regime van het A- of het B-segment vallen. Waar het gaat om DBCs die in het *A-segment* vallen, moet worden vastgesteld dat hier geen of nauwelijks (geldelijke) substitutiewinsten zijn te genereren. Dit komt doordat er in het A-segment sprake is van een verschil in bekostiging (de wijze waarop het budget van het ziekenhuis wordt vastgesteld) en de financiering (de wijze waarop het ziekenhuis daadwerkelijk inkomsten genereert). Praktisch gesproken komt dit regime er op neer dat eventuele substitutie van een DBC in het A-segment naar de eerste lijn er toe leidt dat het ziekenhuis minder inkomsten genereert. Daardoor wordt het budget van het ziekenhuis dus minder «gevolgd» (die ene DBC waarover geen productieafspraken meer worden gemaakt leidt immers niet tot een overeenkomstige verlaging van het budget, maar wel tot een verlaging van de feitelijke inkomsten van dat ziekenhuis). In het vigerende stelsel zal dit betekenen dat het verrekentarief van het ziekenhuis dan navenant wordt verhoogd, waardoor er op het niveau van dat ziekenhuis voor de betreffende verzekeraar geen kostenvoordelen zijn. Integendeel, de verzekeraar heeft namelijk behalve de niet-verlaagde schadelast bij het ziekenhuis (als gevolg van het verrekentarief) de additionele schade in de «substitutie-situatie» in de eerste lijn. Juist om deze reden is een uitbreiding van het B-segment (waarbij er geen verschil meer is tussen bekostigen en financieren) zeer gewenst. In het *B-segment* is het wellicht wel mogelijk dat er verrichtingen zijn die (deels) evengoed of zelfs beter in de eerste lijn zouden kunnen worden uitgevoerd.

Resumerend stel ik vast dat het zeer lastig is om de geïsoleerde en totale financiële effecten van substitutie in kaart te brengen en wil ik daar dan ook voor dit moment van af zien. De onzekerheden omtrent de uitkomsten van een scenarioanalyse zijn (door een stapeling van onzekerheden) zo groot, dat alle uitkomsten als uitermate speculatief zouden moeten worden gezien. Dat neemt echter beslist niet weg dat het mijn streven is om de bekostiging van de eerstelijns zodanig vorm te geven dat er een sterke prikkel is om zorg in de eerste lijn aan te bieden. Zowel vanuit financieel oogpunt, als uit het oogpunt van de bereikbaarheid en de toegankelijkheid, acht ik dat van groot belang. Vooral mensen met een chronische ziekte zouden er bij gebaat kunnen zijn als hun zorg, dicht bij huis kan worden geleverd. Eerder in deze brief heb ik reeds aangegeven dat ik mede hierom, samen met ZonMW, enkele projecten rond diabeteszorg en, meer in het algemeen, disease management, heb opgezet.

Conclusie

Substitutie is mijns inziens geen doel op zich, maar een instrument om zorg daar te laten plaatsvinden, waar de kwaliteit, bereikbaarheid en doelmatigheid het beste is. Ik zie daarvoor een zeer belangrijke taak weggelegd voor de zorgverzekeraars. Daarbij is het aan zorgaanbieders om zich zo goed mogelijk in de markt te positioneren en zich op die manier aantrekkelijk te maken voor zowel patiënt als zorgverzekeraar. Ook is substitutie belangrijk om de toegankelijkheid en continuïteit van de zorg op lange termijn te waarborgen.

Ik wil de komende jaren gebruiken om de prikkels waar mogelijk de juiste kant op te zetten, zodat het veld in ieder geval geen belemmeringen ondervindt in de spelregels die wij ze als overheid opleggen. Hierbij zal ik de nadruk leggen op de verschillen in bekostiging van zorg en de risicoverevening. Het is nog te vroeg om eenduidig te achterhalen of en zo ja hoeveel en wanneer substitutie macrobudgettair gezien aan besparing zou kunnen opleveren, maar het is duidelijk dat substitutie leidt tot een efficiëntere inzet van middelen.

Het mag duidelijk zijn dat ik wil dat substitutie goed van de grond komt. In eerste instantie zie ik hier een belangrijke rol weggelegd voor veldpartijen. Daarbij constateer ik dat veldpartijen al regelmatig hun verantwoordelijkheid nemen en dat veel initiatieven worden genomen. Niettemin is het mijn (systeem)verantwoordelijkheid om ervoor te zorgen dat substitutie niet onnodig belemmerd wordt. Ik heb onlangs binnen mijn ministerie een Taskforce ingericht. Deze Taskforce zal onder andere werken aan het reduceren van het verschil in risicodragendheid van zorgverzekeraars voor eerste- en tweedelijnszorg, het bevorderen van ketenzorg en de meer functiegerichte bekostiging van de eerstelijnszorg. Ik zal u binnen een maand nader informeren over de werkzaamheden van de Taskforce.

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