

Vergaderjaar 2008–2009

29 247

Acute zorg

Nr. 88

VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG

Vastgesteld 31 maart 2009

In de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport¹, bestond er bij enkele fracties behoefte een aantal vragen en opmerkingen voor te leggen aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de brief van 22 december 2008 inzake de patiënt centraal door omslag naar functionele bekostiging (Kamerstuk 29 247, nr. 84).

De op 13 februari 2009 toegezonden vragen en opmerkingen zijn met de door de minister bij brief van 31 maart 2009 toegezonden antwoorden hieronder afgedrukt.

De voorzitter van de commissie,
Smeets

Adjunct-griffier van de commissie,
Clemens

¹ Samenstelling:

Leden: Van der Vlies (SGP), Kant (SP), Snijder-Hazelhoff (VVD), Ferrier (CDA), ondervoorzitter, Joldersma (CDA), De Vries (CDA), Smeets (PvdA), voorzitter, Van Miltenburg (VVD), Schippers (VVD), Smilde (CDA), Koşer Kaya (D66), Willemse-van der Ploeg (CDA), Van der Veen (PvdA), Schermers (CDA), Van Gerven (SP), Wolbert (PvdA), Heerts (PvdA), Zijlstra (VVD), Ouwehand (PvdD), Agema (PVV), Leijten (SP), Bouwmeester (PvdA), Wiegman-van Meppelen Scheppink (CU), Sap (GL) en De Roos-Consemulder (SP).

Plv. leden: Van der Staaij (SGP), Van Velzen (SP), Neppéus (VVD), Atsma (CDA), Aasted Madsen-van Stiphout (CDA), Ormel (CDA), Van Dijken (PvdA), Verdonk (Verdonk), Dezentjé Hamming-Bluemink (VVD), Vietsch (CDA), Van der Ham (D66), Uitslag (CDA), Gill'ard (PvdA), Omtzigt (CDA), Langkamp (SP), Vermeij (PvdA), Arib (PvdA), De Krom (VVD), Thieme (PvdD), Bosma (PVV), Luijben (SP), Tichelaar (PvdA), Ortega-Martijn (CU), Halsema (GL) en De Wit (SP).

I.	Vragen en opmerkingen vanuit de fracties	2
II.	Reactie van de minister	7

I. VRAGEN EN OPMERKINGEN VANUIT DE FRACTIES

Vragen en opmerkingen van de CDA-fractie

De leden van de CDA-fractie hebben met belangstelling de plannen van de minister gelezen over de functionele bekostiging. Niet voor niets zijn in de Zorgverzekeringswet functionele aanspraken opgenomen, juist om ruimte te geven aan vraaggestuurde zorg. Zorg rondom de patiënt. Deze leden zien allerlei initiatieven in het land voor geïntegreerde eerstelijnszorg en voor anderhalvelijnszorg, waarbij de eerste en tweede lijn nauw samenwerken etc. Herhaaldelijk hebben genoemde leden aangegeven ongelukkig te zijn met de beperkingen die deze initiatieven ondervinden, vooral door de financiële schotten ten gevolge van verschillende manieren waarop zorg in de eerste en tweede lijn bekostigd wordt. Substitutie van tweedelijnszorg naar eerstelijnszorg wordt hierdoor gehinderd, maar het staat ook in de weg aan samenwerking tussen eerste en tweede lijn, in de anderhalvelijnszorg.

Bij de begrotingsbehandeling heeft de CDA-fractie de minister nadrukkelijk gevraagd om de financiële schotten weg te halen die samenwerking tussen eerste en tweede lijn in de weg staan. Juist dat is van belang om de zorg echt te concentreren rond de zorgvrager. De zorgbehoefte van mensen, vooral van chronische zieken vraagt flexibel reageren van de verschillende hulpverleners. De overheid kan helpen financiële barrières weg te halen en prikkels de goede kant op te sturen: zorg daar waar het voor de patiënt op een bepaald moment het meest gewenst is.

Conform de toezegging van de minister bij de begrotingsbehandeling biedt deze brief de mogelijkheid om voor een aantal aandoeningen de schotten weg te halen en via functionele bekostiging de financiering te regelen. De zorgvraag is bepalend, niet wie deze zorg geeft. Dat is een goede zaak, want nu is de bekostiging teveel gericht op de zorgaanbieder en niet op de zorgvrager. Dat belemmert een integrale aanpak van de zorgvraag.

De leden van de CDA-fractie hebben nog de volgende opmerkingen en vragen.

Terecht schrijft de minister dat de risicodragendheid van de zorgverzekeraars fors toeneemt. Per 1 januari 2010 zal de nacalculatie van een belangrijk deel van het B-segment tot 0% zijn teruggebracht. Echter, de nacalculatie voor andere delen van de zorgkosten blijft bestaan. Is dat geen belemmering om de zorgverzekeraars te laten meewerken aan de geïntegreerde zorg?

De minister herhaalt zijn ambitie om te kunnen komen tot een programmatische aanpak van chronische ziekten. De functionele bekostiging maakt een integrale aanpak mogelijk. In de brief wordt o.a. als ambitie omschreven het voorkomen dan wel uitstellen van complicaties, het uitstellen van de leeftijd waarop de chronische ziekte zich manifesteert etc. Nu zijn er nog steeds zorgverzekeraars die niet willen investeren in preventieprogramma's, met als argument dat verzekerden elk jaar van verzekeraar kunnen veranderen. Kan de minister aangeven waarom zorgverzekeraars dan wel deel willen nemen in de functiegerichte benadering van chronische aandoeningen, waarop de zojuist geformuleerde ambitie van toepassing is?

Wie stellen de zorgstandaarden vast en wie formuleren de prestatie-indicatoren, zo vragen de leden van de CDA-fractie.

'In het stappenplan wordt stap 2 omschreven als het matchen van functies aan functionele aanspraak, waarbij de vraag dan is wat wel onder de basisverzekering valt en wat niet. Het kan dus zijn dat er bij de behandeling vormen van zorg worden toegepast die vallen onder de basisverzekering en bijvoorbeeld onder de aanvullende verzekering. Leidt dit niet tot het risico dat er sprake zal zijn van gedwongen koppelverkoop basisverzekering en aanvullend pakket door de zorgverzekeraar?

In stap 5 wordt de ontwikkeling van bekostiging per functie geschetst. Daarbij wordt afhankelijk van het type functie de wijze van bekostiging vastgesteld, waarbij de relatie met en mogelijke aanpassing van de overige bekostiging in de eerste lijn en de overige bekostiging in de tweede lijn in het oog moet worden gehouden. De leden van de CDA-fractie vragen dit nader toe te lichten. Wat betekent hier: in het oog houden? Welke prikkel is er om in de eerste lijn te blijven of zo gauw mogelijk weer uit de tweede lijn naar de eerste lijn terug te gaan?

In stap 6 wordt bepaald hoe de prijs per functie tot stand komt. Het prijskaartje hangt aan de prestatie ongeacht wie deze verricht. Hoe gaat dit in de praktijk?

Huisartsen worden deels bekostigd via inschrijvingen, deels via verrichtingen. Hoe kan deze bekostiging ingepast worden in de functionele bekostiging van de vier genoemde categorieën van chronische ziekten? Bij multi-morbiditeit moet er een parallelle keten-functionele bekostiging worden opgesteld. Hoe kan hierop worden ingespeeld? Hoe gaat dit in de praktijk?

De functionele bekostiging is gebaseerd op functiegerichte aanspraken uit de Zvw. Binnen ketenzorg wordt ook zorg verricht, die niet via de Zvw gefinancierd wordt, maar bijvoorbeeld uit de AWBZ. Thuiszorg bijvoorbeeld werkt ook in de eerste lijn en zeer waarschijnlijk ook binnen de keten van de chronische aandoeningen, waarover in de brief wordt gesproken. Hoe vindt de bekostiging dan plaats? Levert dat ook problemen op en zo ja, hoe kunnen deze opgelost worden? Temeer omdat ook indicatiestelling (CIZ) hierbij een rol speelt. Meestal zal het om wijkverpleegkundige zorg gaan. Is het dan ook wenselijk (specialistische) verpleegkundige zorg via de Zvw te financieren, zo vragen de leden van de CDA-fractie.

Als de zorgvrager centraal staat, moet hij geen last hebben van de manier waarop de zorgbehoefte gefinancierd wordt. Dat kan vanuit de Zvw zijn of vanuit de AWBZ. Zorg kan ook over de grens tussen de AWBZ en de Wmo. Hoe wordt dit gestroomlijnd? En hoe wordt de bijdrage van de zorgvrager geregeld? Voor de Zvw geldt een eigen risico, voor de AWBZ en de Wmo een eigen bijdrage. Hoe kan de minister zorgen dat de zorgvrager die gebruik zal maken van de ketenzorg met betrekking tot de vier genoemde aandoeningen, niet verzandt in een administratief moeras?

Vragen en opmerkingen van de PvdA-fractie

De leden van de PvdA-fractie hebben met belangstelling kennis genomen van de visie van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Deze leden hebben al bij eerdere gelegenheid kenbaar gemaakt dat zij het idee van de functionele bekostiging van eerstelijnszorg waarderen. Deze systematiek kan het ziekte-traject voor de patiënt minder onaangenaam maken; bovendien zorgt zij mogelijk voor lastenverlichting voor het personeel van een toenemend onderbezette sector.

Het grote struikelblok in deze brief van de minister is echter een gebrek aan duidelijkheid. De leden van de PvdA-fractie blijven achter met een gevoel dat dit plan de goede kant uitgaat, maar dat veel belangrijke zaken nog niet voldoende ingevuld zijn. Hierover hebben zij enkele vragen, die zij graag door de minister beantwoord zien.

Duidelijkheid ontbreekt bijvoorbeeld in de motivatie voor het kiezen van vier ziektebeelden; de minister geeft aan dat «hiervoor (binnenkort) zorgstandaarden beschikbaar zijn», maar dat roept de vraag op of deze standaarden op tijd klaar zullen zijn. Hoe is de werkwijze om tot een zorgstandaard te komen en door wie wordt deze zorgstandaard bepaald? Daarbij komt de wezenlijke vraag of het niet wenselijk en mogelijk is dat meer belangrijke ziektebeelden een nauwe aansluiting op functionele bekostiging verdienen. Met betrekking tot het financiële plaatje vragen de leden van de PvdA-fractie: zal de keuze voor deze vier ziektebeelden niet de financiële accommodatie van patiënten met andere aandoeningen in de weg staan, gezien het feit dat alles binnen het budgettaire kader zorg zal blijven vallen?

Een andere vraag betreft de geografische spreiding van gezondheidszorg. Het komt de leden van de PvdA-fractie voor dat, als artsen verenigd worden in patiëntgerichte centra, zij niet meer aanwezig kunnen zijn in hun eigen praktijk. Hoe kijkt de minister aan tegen dit potentiële gevaar van uitkleding van eerstelijnszorg in dunbevolkte gebieden?

In de brief wordt aangegeven dat veel financiële vergoedingssystemen nog ingericht zijn op basis van zorgaanbieder, niet op aandoening. Welke problemen zijn er mogelijk te voorzien als het aankomt op het laten doorwerken van «patiënt centraal» in de verzekeringssector? Daarop voortbordurend: hoe staat de verzekeringssector tegenover het hanteren van eenzelfde tarief voor eenzelfde handeling, ook als deze wordt uitgevoerd door een «goedkoper» personeelslid? Meer in het algemeen vragen genoemde leden in hoeverre de verzekeringssector is geconsulteerd bij het ontwikkelen van deze aanpak, bijvoorbeeld ook bij de effecten op de gangbare praktijk van risicoverevening.

Niet helemaal duidelijk wordt de uitwerking van de plannen van de minister voor mensen met meerdere chronische aandoeningen. Zoals de brief al aangeeft biedt «patiënt centraal» veel mogelijkheden in tijden van vergrijzing, maar dan zal zij wel gericht moeten zijn op een doelgroep met meerdere, niet altijd te onderscheiden, gezondheidsklachten. Graag zien de leden van de PvdA-fractie een verduidelijking van deze plannen met betrekking tot genoemde groep.

Meer in het algemeen zijn deze leden benieuwd naar ervaringen met soortgelijke vernieuwingen in dit veld; welke initiatieven op basis van de beleidsregels geïntegreerde eerstelijnszorg en innovatie bestaan er op dit moment? Hoe worden de ervaringen van bestaande initiatieven betrokken bij de vormgeving van een nieuwe bekostiging en organisatie van de eerstelijnszorg? Kan aangegeven worden welke punten binnen al lopende experimenten overgenomen zullen worden en welke punten juist anders vormgegeven zullen moeten worden?

Een verder punt van zorg is de rol die patiënten, vaak afhankelijk van kennis van de zorgverlener, krijgen in de kwaliteitswaarborging van hun eigen behandeling. De leden van de fractie van de PvdA vragen in hoeverre patiënten na invoering van functionele bekostiging op basis van zorgstandaarden méér verantwoordelijkheid krijgen ten aanzien van hun eigen bijdrage aan de behandeling van hun ziekte en in hoeverre deze verantwoordelijkheid door de zorgverzekeraar mag worden geëist.

Een laatste onduidelijkheid zit in de uitrol van de functionele benadering van de eerstelijnszorg. De minister geeft aan dat de financiële kant van de zaak nog aandacht behoeft en komt in de zomer met een «grove schets», maar wil per 1 januari 2010 van start gaan met de vier genoemde ziektegroepen. Hier lijkt een zekere spanning in te zitten. De leden van de PvdA-fractie vragen dan ook om een meer uitgebreide toelichting op het tijdpad en de te nemen stappen. Ook horen zij graag van de minister hoe er

aansluiting bewerkstelligd wordt tussen Zvw en AWBZ en Wmo-zorg in de nieuwe aanpak.

Vragen en opmerkingen van de VVD-fractie

De leden van de VVD-fractie zijn verheugd over de brief van de minister inzake de functionele bekostiging in de (eerstelijns)zorg. Zij pleiten al langer voor deze manier van bekostiging, omdat de patiënt het best bediend wordt als de verschillende zorgaanbieders samenwerken. De leden van de VVD-fractie hebben nog wel enige vragen en opmerkingen naar aanleiding van de brief.

Op pagina 7 stelt de minister dat de zorgverzekeraars en zorgaanbieders hun prijzen kunnen gaan bepalen aan de hand van de zorgstandaarden. Vervolgens stelt de minister op pagina 10 dat hij voornemens is om op 1 januari 2010 vier chronische zorgvormen (diabetes, COPD, cardiovasculair risicomanagement en zorg voor hartfalen) op basis hiervan te bekostigen.

De leden van de VVD-fractie prijzen de ambitie van de minister, maar vragen in hoeverre het genoemde tijdpad reëel is. Zeker ook gezien de opmerking die de minister maakt op pagina 13 over het verdere verloop van het proces. In de zomer van 2009 komt de minister met een «groveschets» voor de toekomst, maar in de praktijk moet er op 1 januari 2010 met de functionele bekostiging gewerkt gaan worden voor deze chronische zorgvormen. Wat is in dit verband de reactie op het onderzoek van de Diabetes Vereniging Nederland (DVN) van december 2008 waaruit blijkt dat de kennis onder artsen van de zorgstandaarden nog veel te laag is, waardoor de kwaliteit nog onvoldoende is? De volgende probleempunten zijn hierbij geconstateerd:

- 43% van de ondervraagden heeft geen zorgplan (behandelplan) waarin individuele behandeldoelen en -afspraken voor diabetes worden vastgelegd of weet niet dat hij het heeft;
- 1 op de 3 patiënten kent de eigen streefwaarde voor bloedsuiker niet; deze waarde speelt een belangrijke factor bij complicaties, zoals hart- en vaatziekten en problemen met de ogen, de zenuwen, de voeten en de nieren;
- 20% weet niet wat de HbA1c-waarde is; volgens DVN is dit één van de belangrijkste waarden die gemeten moet worden. (HbA1c geeft een indruk van de bloedsuikerwaarden gedurende de laatste zes tot acht weken);
- 85% van de respondenten wordt jaarlijks uitgebreider onderzocht, maar ogen, nieren, voeten, hart en vaten, bloedwaarden en spuitplaatsen worden niet altijd standaard gecontroleerd;
- Slechts bij 4 op de 10 mensen wordt daadwerkelijk aandacht besteed aan aanpassing van het beweegpatroon, voor eten en roken is nog minder aandacht;
- 1 op de 3 patiënten heeft moeite met het aanpassen van de leefgewoonten en wordt hierbij in het merendeel van de gevallen niet adequaat ondersteund;
- Indien bij onderzoeken de streefwaarden niet gehaald worden, passen patiënt en zorgverlener slechts in 55% van de gevallen het zorgplan aan om de waarden wél te halen.

De minister stelt op pagina 7 veel vertrouwen in de inkoop door de zorgverzekeraars. Hoe beoordeelt de minister de huidige inzichten in de kwaliteit? Er is bijna geen informatie over behandelingen op basis van zorgstandaarden. Wat is de prikkel om de zorg zo kostenefficiënt mogelijk aan te bieden? Hoe ziet de minister de rol van de patiëntenverenigingen in het proces?

De minister geeft op pagina 7 eveneens aan dat de prijzen zullen fluctueren naarmate er op lokaal niveau afspraken worden gemaakt als «koppen» bovenop de zorgstandaarden. Kan de minister aangeven hoe er omgegaan wordt met patiënten die een behandeling willen die in een andere regio wordt aangeboden dan waar zij wonen, omdat zij zich prettiger voelen bij de «koppen» op de zorgstandaard? Is dit mogelijk? Overweegt de minister een bijbetaling voor patiënten die een duurdere behandeling willen?

Op pagina 12 gaat de minister in op de multi-morbiditeit. De minister geeft aan dat de toename van het aantal chronisch zieken – mede als gevolg van de vergrijzing – de hoofdreden is om over te gaan op de functionele bekostiging. Volgens de beroepsgroep is juist de toename van de multi-morbiditeit als gevolg van het stijgende aantal chronisch zieken de grootste uitdaging. De minister geeft aan dat als er sprake is van dusdanig veel multi-morbiditeit dat er van disease-management geen sprake meer kan zijn het bekostigingsvraagstuk lastiger is. Kan de minister aangeven welke concrete maatregelen hij wil nemen om dit vraagstuk op te lossen?

Op pagina 12 gaat de minister ook in op de hulpmiddelen. In december 2007 is met algemene stemmen een motie van de VVD-fractie (Kamerstuk 28 439, nr. 21) aangenomen. Deze motie verzoekt de regering de voor- en nadelen te onderzoeken van de functiegerichte omschrijving van medische hulpmiddelen in de Zorgverzekeringswet, wat de mogelijkheden zijn om tot functiegerichte omschrijving over te gaan, wat de belemmeringen daarvoor zijn, hoe die kunnen worden opgelost en de conclusies van dit onderzoek binnen drie maanden aan de Kamer te doen toekomen. De minister heeft indertijd aangegeven deze motie te gaan uitvoeren. In deze brief over de functionele bekostiging zegt de minister dat hij gaat bezien of en op welke termijn de kosten voor hulpmiddelen via de functionele tarieven kunnen worden bekostigd. Betekent dit er nog geen begin van uitvoering aan de motie is gegeven? Kan de minister nader toelichten wat er wel gebeurd is met de uitvoering van de motie?

Een algemene vraag is of de minister de term functionele bekostiging nader kan toelichten. En in het antwoord hierbij te betrekken wat de verschillen zijn met een functiegerichte aanspraak. Wordt met functionele aanspraak een functiegerichte aanspraak bedoeld? Wat vindt de minister van de Cliq systematiek die door Nictiz en CVZ is ontwikkeld om een functiegerichte aanspraak te koppelen aan een verzekerde prestatie? Kan de minister aangeven hoe de aangehaalde uitspraak zich verhoudt tot het lopende programma van het omzetten naar een functiegerichte aanspraak op hulpmiddelen, zoals in de zomer van 2008 nog is gebeurd voor zaken omtrent het oog. Juist omdat er hier een grote meerwaarde voor de patiënt ligt.

Op pagina 12 gaat de minister in op de relatie met betrekking tot de andere domeinen, de Wmo en de AWBZ. De vraag waar de minister niet op ingaat is hoe de minister omgaat met de verschillen tussen de AWBZ (functies) en de Zvw (zorgvormen en functiegerichte afspraken). Hoe verrekent de minister de premies?

Een andere algemene vraag is wat er gebeurt met de hulpmiddelen die noodzakelijk zijn vanuit een medische achtergrond, maar niet onder medische hulpmiddelen gerekend kunnen worden, of een goed alternatief zijn hiervoor.

Vragen en opmerkingen van de PVV-fractie

De leden van de PVV-fractie hebben kennis genomen van het voorstel om over te gaan tot een functionele bekostiging.

Deze leden vragen of het de bedoeling is dat de zorg georganiseerd gaat worden rondom een ziektebeeld in plaats van rond de patiënt. Hoe vindt bekostiging plaats als een patiënt zich meldt met klachten die pas in een later stadium, na de nodige onderzoeken, tot een van de vier genoemde chronische aandoeningen blijken te behoren?

De inkoopfunctie van bijvoorbeeld een consult bij een specialist of diagnostiek is in dit voorstel verschoven van de zorgverzekeraar naar de zorgaanbieder. Hierbij wordt het risico gelopen dat er vanwege financiële prikkels te lang wordt gewacht met het eventueel noodzakelijk doorverwijzen naar een specialist. Ook bestaat de angst dat er een vorm van risicoselectie door zorgaanbieders plaats gaat vinden.

II. REACTIE VAN DE MINISTER

Antwoorden op vragen van CDA-fractie

1

U vraagt of er een belemmering is voor de zorgverzekeraars om mee te werken aan geïntegreerde eerstelijnszorg omdat de nacalculatie van andere delen van de zorgkosten in het A-segment blijven bestaan.

Verzekeraars zijn ten aanzien van het B-segment medisch specialistische zorg vanaf 2010 volledig risicodragend. In hetzelfde jaar wil ik het mogelijk maken dat er vier keten-DBC's voor COPD, diabetes, hartfalen en CVR komen. Ten aanzien van deze zorg bestaat alleen voor COPD en opnamen voor acuut hartfalen een ongelijkheid in de risicodragendheid. Deze zorg zit nu nog in het A-segment. Ik ben de mogelijkheid aan het verkennen om in ieder geval COPD naar het B-segment over te hevelen per 2010. Op termijn wil ik bezien of de DBC opname voor acuut hartfalen ook naar het B-segment kan worden overgeheveld. Daarmee wordt de risicodragendheid van de vier aandoeningen gelijk in de eerste lijn en in de tweedelij. Overigens geldt ook voor het A-segment dat de ex-post risicoverevening de komende jaren zal worden afgebouwd. De overige aandoeningen of zorg, waarvan het wellicht wenselijk is in de toekomst via keten-DBC's te bekostigen, zal ik mijn brief in augustus over toekomstige ketens het punt van de risicodragendheid meenemen.

2

U vraagt of verzekeraars wel willen deel nemen in de functiegerichtebenadering, omdat zij – doordat verzekerden elke jaar van verzekeraar kunnen veranderen – nu ook niet willen investeren in preventieprogramma's.

Ik merk bij verzekeraars een positieve houding ten aanzien van preventieve zorg. Ik ben voornemens preventieve zorg te verankeren in de Zvw. U kent mijn ambities als het gaat om stoppen met roken, meer bewegen en betere voeding en bij het vroegtijdig behandelen van depressie. Deze interventies zijn zeer relevant voor de groepen chronische zieken ter verbetering van de kwaliteit van leven. Als deze preventieve interventies onderdeel zijn van het wettelijk verzekerde pakket is het geen vraag meer of verzekeraars hier in gaan investeren maar hoe. Per 1 januari 2010 wil ik de ondersteuning voor het stoppen met roken in het verzekerde pakket opnemen. De andere interventies volgen zo spoedig mogelijk daarna.

3

U vraagt wie de zorgstandaarden en de prestatie-indicatoren vaststellen.

De ontwikkeling van zorgstandaarden is een verantwoordelijkheid van het veld zelf en wordt gedaan door patiëntenvertegenwoordigers en zorgaanbieders. De zorgverzekeraars zijn daar ook bij betrokken. Voor draagvlak voor de zorgstandaard is een georganiseerd verband van belang, waarin naast patiëntenvertegenwoordigers de relevante partijen die zorg leveren voor een bepaalde aandoening allemaal vertegenwoordigd zijn. De Diabetes zorgstandaard is bijvoorbeeld vastgesteld door de Nederlandse Diabetes Federatie en de recent opgerichte Long Alliantie Nederland zal de COPD zorgstandaard vaststellen. Na de initiële ontwikkeling en vaststelling worden de zorgstandaarden ook up-to-date gehouden via deze federaties/allianties. Zo kunnen nieuwe inzichten, waaronder de resultaten van innovaties, worden verankerd in deze zorgstandaard.

Ook voor de ontwikkeling van de prestatie-indicatoren zijn veldpartijen zelf verantwoordelijk, onder regie van Zichtbare Zorg (VWS). Proces- en prestatie-indicatoren kunnen onder andere aan de zorgstandaarden worden ontleend. Zichtbare Zorg ondersteunde de veldpartijen bij de ontwikkeling voor indicatoren in eerste instantie sectorgewijs (ziekenhuizen, huisartsen, fysiotherapeuten, etc.), maar heeft nu ook ketenzorg tot prioriteit verheven. De vier genoemde aandoeningen zijn door Zichtbare Zorg nadrukkelijk op de agenda gezet.

Patiënten hebben soms meerdere aandoeningen tegelijk en zorgverleners behandelen vaak verschillende patiëntengroepen. Daarom is het van belang dat de zorgstandaarden zoveel mogelijk op elkaar zijn afgestemd en dat waar mogelijk dezelfde prestatie-indicatoren worden afgesproken. Hiertoe moeten de zorgstandaarden voldoen aan een gemeenschappelijk raamwerk. Het raamwerk zal naast inhoud en proces, ook vereisten voor implementatie bevatten. Aan ZonMw heb ik gevraagd een coördinatieplatform Zorgstandaarden op te richten om raamwerk te ontwikkelen voor mensen met comorbiditeit.

4

U vraagt of er een risico van gedwongen koppelverkoop basisverzekering en aanvullend pakket kan ontstaan doordat bepaalde ketens niet geheel onder de basisverzekering vallen.

Voor diabetes heeft het CVZ via een zogenaamde pakketscan in beeld gebracht welke delen van de diabeteszorg niet onder de Zvw vallen. Ik heb het CVZ gevraagd hetzelfde te doen voor de andere drie aandoeningen. Op deze wijze brengen wij in kaart welke leemtes in de Zvw nog moeten worden ingevuld. Voor diabeteszorg weten we bijvoorbeeld nu al dat fysiotherapie zo'n leemte is. Vermoedelijk zal dit ook opgaan voor een of meer andere chronische aandoeningen. Ik vind het voor effectief betere zorg voor chronisch zieken niet wenselijk dat bepaalde delen van de noodzakelijk zorg niet tot het wettelijk pakket zouden behoren. Echter, het onderdekking brengen van bijvoorbeeld fysiotherapeutische zorg voor deze chronische groepen vereist maatwerk. Immers, voor iedereen zijn de eerste negen behandelingen uitgezonderd. Ik voorzie dat ik daarvoor niet eerder dan 2011 een oplossing heb. Voor die oplossing wil ik ook aanhaken bij het traject dat al voor beweegkuur is uitgestippeld.

5

U vraagt op welke wijze de relatie met de tweedelijnsbekostiging en de eerstelijnsbekostiging in het oog wordt gehouden bij de invoering van de ketenzorg-bekostiging.

In de eerste plaats is het van belang te zeggen dat bij de ketenzorg het uitgangspunt de zorgvraag van de patiënt is. Die zorg wordt door de eerste lijn, de tweede lijn of (vaak) door beide uitgevoerd. Uiteindelijk zal het onderscheid in «lijnen» vervagen. Dit is ook het uitgangspunt van de functionele bekostiging. Echter, de bekostiging van de vier keten-DBC's moet in nauwe samenhang met de bestaande tweedelijns- en eerstelijns-bekostiging moeten bekeken. Zonder nadere maatregelen kan invoering van de vier keten-DBC's inderdaad dubbele bekostiging in de hand werken. Dit vergt onder andere aanpassing van de huisartsenbekostiging. Uit het huidige inschrijftarief en consulttarief van de huisartsenzorg wordt namelijk ook chronische zorg vergoed. Indien deze tarieven niet geschoond worden, zal dubbele bekostiging plaatsvinden. Ook kunnen per 2010 via de keten DBC de kosten van de zorgprofessionals en de organisatiekosten van die betreffende aandoening worden gedeclareerd. Dit betekent dat bekostiging van de vier keten-DBC's inclusief de eventuele kosten wordt van een praktijkondersteuner huisartsen (POH), de Nurse Practitioner (NP) en medisch specialist (de consultatie, maar ook bijvoorbeeld oogonderzoek bij diabetes), diëtist en andere professionals. In dat licht zal bijvoorbeeld gekeken moeten worden naar wat dat betekent voor bijvoorbeeld de huidige module POH van de huisartsenzorg. Uit deze module wordt namelijk ook chronische zorg betaald. Uitgangspunt is dus dat er geen dubbele bekostiging in de toekomst mogelijk moet zijn. Ik ben hierover – samen met de NZa – met de Landelijke Huisartsen Vereniging in gesprek. Dit geldt ook voor de module Modernisering en Innovatie (M&I). Op dit moment worden ook verrichtingen voor chronische zorg uit deze module betaald. In de toekomst zal dit via de vier keten-DBC's gaan lopen. Een schoning van de module M&I is in dit licht noodzakelijk. Ik wil per 2010 de bekostiging van de huisartsen aanpassen ten einde dubbele bekostiging te voorkomen. Voor wat betreft de tweedelijnszorg is in eerste instantie de nacalculatie in de risicoverevening een aandachtspunt. Ik ben daar in een eerder antwoord al nader op ingegaan. Ten aanzien van de dubbele declaratie met betrekking tot de tweedelijns-DBC's ben ik met de Nederlandse Zorgautoriteit aan het verkennen of de beleidsregels van de vier keten-DBC's kunnen verwijzen naar in- en exclusiecriteria van de zorgstandaarden (of de onderliggende richtlijnen) voor chronische zorg. Deze standaarden geven namelijk bruikbare aanknopingspunten voor wie wel en niet onder de voor deze aandoeningen te definiëren keten-dbc's vallen. Indien een patiënt volgens de standaard in de keten-DBC valt, is het niet mogelijk om in de tweedelijnszorg nog een DBC te openen voor dezelfde zorg voor diezelfde patiënt. Op het moment dat de patiënt geëxcludeerd wordt van de keten-DBC diabetes, omdat hij volgens de richtlijnen cq. de zorgstandaard in een zwaardere zorgcategorie valt, zal hij worden verwezen naar het ziekenhuis. De medisch-specialist opent vervolgens een nieuwe «zwaardere» DBC voor deze patiënt. Zodoende wordt dubbele bekostiging voorkomen. De «lichtere» DBC's in het ziekenhuis, zoals bijvoorbeeld de oogcontrole van een oogarts, worden niet meer geopend aangezien die zorg binnen de keten-DBC komt te vallen. Degene die de oogcontrole dan uitvoert en daarvoor gekwalificeerd is volgens de wet-BIG wordt dan via de keten-DBC bekostigd.

6

U vraagt welke prikkel er is om in de eerste lijn te blijven of zo snel mogelijk weer uit de tweedelijns naar de eerste lijn terug te gaan.

Eerder bij vraag 5. heb ik het onderscheid eerste lijn en tweede lijn genuanceerd. In de beantwoording van deze vragen ga ik er even van uit dat in de tweede lijn de zwaardere medische zorg wordt geleverd en dat de basiszorg voornamelijk in de eerste lijn wordt geleverd. Het generalistische karakter van de eerstelijnszorg met het kenmerk van «dicht bij huis» zal verzekeraars er eerder toe aan moeten zetten de zorg in de eerste lijn

in te kopen. De eerstelijnszorg, zoals wij die nu kennen, kan deze zorg waarschijnlijk doelmatiger organiseren dan de tweede lijn. Dit is ook een antwoord op uw vraag welke prikkel er is om de eerste lijn te blijven of zo snel mogelijk weer uit de tweedelijns naar de eerste lijn terug te gaan. De prikkel zit hem onder andere bij de zorgverzekeraar die de zorg wil inkopen tegen een goede prijs-/kwaliteitverhouding. Doordat de zorg-aanbieder cq. hoofdcontractant in staat wordt gesteld de zorg in zijn geheel, dus integraal te declareren tegen een marktconforme prijs wordt hij in staat gesteld de zorg meer in samenhang te organiseren. Hiermee verbetert de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg aanzienlijk. Zorgaanbieders worden door de integrale prijs per patiënt gestimuleerd patiënten adequaat te behandelen en de patiënt daarmee ook in de eerste lijn te behouden. Immers, als zij geen goede zorg leveren voor de patiënt, verslechtert de kwaliteit van leven van de patiënt en wordt de kans groter dat de patiënt in de tweede lijn moet worden behandeld. Als dat gebeurt, kan de keten-DBC («in de eerste lijn») niet meer worden gedeclareerd. Het moment van overdracht van de eerste- naar de tweedelijnszorg wordt namelijk bepaald aan de hand van de in vraag 5 genoemde in- en exclusiecriteria (uit de richtlijnen). Zowel patiënten, als aanbieders als verzekeraars hebben er dus baat bij om de patiënt in de eerste lijn te houden. Overigens is ook hier het onderscheid tussen de lijnen uiteindelijk niet van belang.

De prikkel om de patiënt van de tweedelijns naar de eerste lijn terug te laten gaan is wellicht wat lastiger. Ik kan mij zo voorstellen dat het voor een medisch specialist in beginsel aantrekkelijk is een patiënt die geen zware problematiek heeft, toch in de tweedelijns te blijven behandelen voor een duurder DBC. Zorgverzekeraars zullen hierop toe zien: zij zijn voor deze zorg risicodragend, dus hebben een belang om onnodig dure zorg tegen te gaan. Bovendien vergt goede zorg voor chronisch zieken multidisciplinaire samenwerking om te komen tot goede kwaliteitsuitkomsten. Ook bijvoorbeeld de fysiotherapeut en andere hulpverleners hebben daarin een rol. Al gauw belandt deze patiënt dan bij een zorgverlener die is aangesloten bij een aanbieder van ketenzorg, waarmee de zorg dan weer overgaat naar de «eerste lijn». Dit betekent wel dat de zorgverzekeraar ook via prestatie-indicatoren (zowel proces- of uitkomstindicatoren) de zorg die geboden wordt door een medisch-specialist voor een chronische patiënt moet meten. Aan de hand hiervan kan de zorgverzekeraar bepalen of de zorg die de patiënt krijgt toereikend is.

7

U vraagt hoe het in de praktijk werkt als een prijskaartje aan de prestatie hangt, ongeacht wie deze verricht.

Bij de vier keten-DBCs die per 2010 worden ingevoerd is het in feite een hoofdcontractant die het bedrag voor de keten-DBC declareert. Dit gebeurt nu ook al in de praktijk met betrekking tot de diabeteszorg die via de module innovatie wordt geleverd. De prijs (wellicht met een wettelijk maximum) voor de keten-DBC per patiënt wordt bepaald door onderhandeling van de zorgverzekeraar met de aanbieder over de te leveren zorg voor die betreffende chronische patiënt. Voor het afgesproken bedrag worden dus de kosten van de organisatie, het materiaal etc en inkomen van de hulpverleners betaald. Dit zijn dus de professionals die zorg leveren voor die betreffende patiënt in de keten, zoals bijvoorbeeld de huisarts, de diëtist, de longarts of een POH of NP. Uiteraard wordt er niet per keten-DBC op patiëntniveau onderhandeld. Er wordt in principe uitgegaan van gemiddelde in kosten. Een nieuwe patiënt zal altijd in eerste instantie iets meer kosten dan een patiënt die al langer in het disease-management cq ketenprogramma meeloopt. Op basis van het aantal chronische patiënten en de kosten die de organisatie moet maken zal een gemiddelde prijs per patiënt worden afgesproken. Degene die de onder-

handeling doet met de zorgverzekeraars is in feite een hoofdcontractant. De hoofdcontractant kan ieder zijn die bereid is de organisatie van de ketens op zich nemen. De professionals die de zorg leveren voor de chronische patiënt zijn als het ware onderaannemers en spreken met de hoofdcontractant een bedrag af als inkomen. In de praktijk is dat nu heel divers. Soms is een groep huisartsen die als coöperatie hoofdcontractant worden van ketenzorg. Soms wordt er een stichting opgezet waarin het ziekenhuis, de huisarts of de fysiotherapeut onderdeel is. Ook het ziekenhuis of verpleeghuis kan in feite hoofdcontractant alleen zijn, mits zij maar – via prestatie-indicatoren – kunnen aantonen dat zij kwalitatief goede ketenzorg leveren.

8

U vraagt hoe de huidige huisartsenbesteding ingepast kan worden in de functionele besteding van de vier genoemde categorieën van chronische ziekten.

Ik heb al eerder in het antwoord op vraag 5 aangegeven dat deze tarieven geschoond moeten worden. Hoe dit precies voor het inschrijftarief van de huisartsen zal gaan uitpakken bespreek ik op dit moment met de Landelijke Huisartsen Vereniging en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Dit hangt in feite ook samen met de wijze waarop het consulttarief in de toekomst zal worden vormgegeven. Ik ben van mening dat transparantie over de geleverde prestaties een essentiële voorwaarde is om inzicht in substitutie van zorg en de daarmee gemoeide geldstromen te kunnen krijgen. Een ongelabeld consulttarief komt hier niet aan tegemoet. Echter, ook met handhaving van een consulttarief kan dubbele besteding worden voorkomen. De verzekeraar kan bijvoorbeeld afspreken dat voor een diabetes patiënt geen consulten door de huisarts worden gedeclareerd, maar dat er in de prijs van de keten-DBC rekening wordt gehouden met een gemiddeld aantal consulten die een patiënt ongeveer dat jaar bij de huisarts ontvangt. Dit kan een oplossing zijn voor het feit dat het soms moeilijk is een onderscheid te maken tussen de zorgvragen die de huisarts levert voor de ziekte diabeteszorg of dat het een zorgvraag is die daar niet mee samenhangt. Een verzekeraar kan ook besluiten goed te monitoren op het aantal consulten bij de verschillende huisartsen. Op basis van verschillen kan een schatting worden gemaakt van het aantal «onjuiste» declaraties.

9

U vraagt hoe erop kan worden ingespeeld dat bij de multi-morbiditeit er een parallelle keten-functionele besteding moet worden opgesteld. En hoe dit in de praktijk gaat.

Veel chronische patiënten lijden aan meer dan één aandoening. Er zullen spelregels dienen te worden opgesteld voor het openen van een parallelle keten-DBC. In sommige gevallen liggen deze spelregels voor de hand, bijvoorbeeld in het geval van «cardiovasculair risicomanagement» dat feitelijk een integraal onderdeel is van goede Diabeteszorg en zorg voor patiënten met hartfalen. Deze twee ketens kunnen dan niet parallel worden geopend. COPD en Diabetes kunnen echter wel naast elkaar bestaan, en dienen ook beiden adequaat te worden behandeld. Omdat hiervoor bepaalde infrastructuur en zorginhoud zal overlappen, zal in dergelijke gevallen niet twee keer de «reguliere» keten-prijs betaald dienen te worden. Met de NZa en de veldpartijen overleg ik over de beste technische invulling hiervoor. Indien er sprake is van dusdanig veel multi-morbiditeit dat er van «disease-management» van de betreffende aandoeningen geen sprake meer kan zijn, is het bestedingsvraagstuk dienovereenkomstig lastiger. Ik ben van mening dat voor deze groep patiënten ook een adequate integrale besteding moet bestaan. Hoe dat precies moet

worden vormgegeven zal ik samen met veldpartijen en de NZa verkennen. Ik heb u toegezegd in augustus met een vervolgbrief te komen over de wijze waarop ik met het vraagstuk multimorbiditeit in de bekostiging wil omgaan.

10

De volgende vraag gaat over de AWBZ-zorg die ook in de vier ketens geleverd kan worden. U geeft bijvoorbeeld aan dat thuiszorg ook in de eerste lijn werkt en zeer waarschijnlijk ook binnen de keten van de chronische aandoeningen, waarover in de brief wordt gesproken. U vraagt hoe de bekostiging dan plaatsvindt en of dat ook problemen oplevert en zo ja, hoe deze opgelost kunnen worden. U wijst daarop omdat ook de indicatiestelling (CIZ) hierbij een rol speelt. U stelt terecht dat het meestal zal gaan om wijkverpleegkundige zorg. U vraagt of het dan ook wenselijk is (specialistische) verpleegkundige zorg via de Zvw te financieren. Uw uitgangspunt is dat als de zorgvrager centraal staat, hij geen last mag hebben van de manier waarop de zorgbehoefte gefinancierd wordt. Dat kan vanuit de Zvw zijn of vanuit de AWBZ.

Ik ben het met u eens dat de huidige diversiteit van zorgsystemen niet in de weg mag staan van het leveren van goede zorg. Immers, dit zou voor de patient met één van deze aandoeningen niet mogen uitmaken. Ik deel de filosofie dat een eenduidig sturingsmechanisme voor een integrale zorgketen een bijdrage kan leveren voor het bieden van goede, doelmatige samenhangende zorg. Immers, de hoofdcontractant en de zorgverzekeraar hebben in zo'n situatie baat bij het leveren van doelmatige kwalitatief goede zorg. Dit zou immers ten onrechte een druk leggen op de nominale premie, of op het eigen vermogen van een hoofdcontractant, indien hij de zorg niet kan organiseren.

U stelt in dat licht de vraag of de wijkverpleegkundige niet overgeheveld moet worden naar de Zvw ten einde het sturingsmechanisme binnen bepaalde ketens eenduidig te houden. De wijkverpleegkundige wordt dan onderdeel van de aanspraken in de Zvw en via de keten-DBC door een hoofdcontractant gecontracteerd voor de prijs die hij heeft afgesproken met de verzekeraar. De hoofdcontractant zal dan de zorg die wijkverpleegkundige levert doelmatig organiseren.

Echter, de vraag is vrij complex. Cliënten in de langdurige zorg hebben vaak een of meerdere aandoeningen. Er zijn ook cliënten met andere problemen in hun zelfredzaamheid veroorzaakt door een aandoening of een andere beperking. Met name bij multi-morbiditeit speelt de wijkverpleegkundige een cruciale rol in zorgcoördinatie over de systemen heen. Daarom vergt een overheveling van zorg van de AWBZ naar de Zvw een fundamentele visie op het geheel van de zorg, de AWBZ in het bijzonder en de effecten die deze wijzigingen met zich meebrengen. De wijkverpleegkundige verricht namelijk werkzaamheden die te maken heeft met eerste lijnszorg, met ziekenhuisverplaatste zorg en met verzorging van cliënten die langdurig zorg nodig hebben om opname in een (awbz)instelling te voorkomen. De vraag of de wijkverpleegkundige gefinancierd zou moeten worden vanuit de zorgverzekeringswet is daarmee niet direct beantwoord. Het gaat derhalve niet over de vraag welke aanbieder waar hoort, maar welke diensten worden verricht. Als de wijkverpleegkundige op genezing gerichte zorg verleend is dit onderdeel van de zorgverzekeringswet, wanneer dit zich richt op een cliënt in de langdurige zorg behoort het tot de AWBZ. De functies zullen worden bekostigd, niet de aanbieders.

Ik wil daarom in dat licht op dit moment geen uitspraken doen over eventuele overheveling van zorg naar de Zvw. De vier keten-DBCs die per 2010

mogelijk worden gemaakt hebben dus in eerste instantie betrekking op de zorg die vanuit de Zvw wordt geleverd.

Het is overigens met de module Innovatie nu al mogelijk Zvw-prestaties te declareren die tevens een klein deel ABWZ-zorg betreffen. Het gaat hier om innovatieve projecten. Voor de gedachtevorming over de toekomst van de indeling en de bekostiging van de zorg zal de informatie uit deze projecten worden meegenomen voor een toekomstige visie op ketenzorg.

11

U vraagt ook hoe de bijdrage van de zorgvrager wordt geregeld?

In feite is de zorg die geleverd wordt uit de keten-DBC reguliere basiszorg. De zorg wordt volledig vergoed. Daar waar er onderdelen zijn in de keten die thans niet onder de aanspraak basisverzekering vallen, dient de patiënt die vooralsnog zelf te betalen, respectievelijk kan de patiënt zijn aanvullende verzekering er op aanspreken. Ik zal in ieder geval nagaan in hoeverre het mogelijk cq wenselijk is de zorg die volgens de zorgstandaard nodig is voor het leveren van kwalitatief goede chronische zorg in de toekomst volledig onder het basispakket kan vallen. Ik ben voornemens een eerste stap te maken met het consult voor stoppen met roken. Dergelijke plannen heb ik ook voor de beweegkuur. Ik verwijs u hierbij ook naar vraag 2. Ik zal u aan het eind van dit jaar informeren over mijn plannen ten aanzien van dit onderwerp. Een belangrijk criterium daarbij zal ook zijn welke bijdrage dit levert aan meetbare gezondheidswinst en daarmee de doelmatigheid van de totale zorgverlening.

12

U vraagt tevens hoe ik ervoor kan zorgen dat de zorgvrager die gebruik zal maken van de ketenzorg met betrekking tot de vier genoemde aandoeningen, niet verzandt in een administratief moeras. Voor de Zvw geldt een eigen risico, voor de AWBZ en de Wmo een eigen bijdrage

De terreinen van Zvw, AWBZ en WMO vullen elkaar aan maar hebben elk hun eigen, wettelijke verankerde financiering. Ik ben met u van mening dat patiënten en cliënten hier zo min mogelijk van moeten merken. We zijn dan ook op heel veel plaatsen bezig met experimenten om onnodige administratieve lasten te doen verdwijnen, maar ook om te kijken hoe de zorg voor de patiënt integraler kan worden vormgegeven. Wat de invoering van de keten DBCs per 2010 betreft, verwacht ik niet veel andere administratieve belasting dan nu het geval is. De vier keten DBCs vallen naar verwachting geheel onder de Zvw en ook onder het eigen risico. De zorg die patiënten met deze chronische aandoeningen nodig hebben vanuit de AWBZ en Wmo wordt op dezelfde wijze bekostigd en geregeld als nu het geval is.

Antwoorden op vragen van PVDA-fractie

1

U geeft aan dat er duidelijkheid ontbreekt in de brief van december in de motivatie voor het kiezen van vier ziektebeelden; de minister geeft aan dat «hiervoor (binnenkort) zorgstandaarden beschikbaar zijn», maar dat roept de vraag op of deze standaarden op tijd klaar zullen zijn.

De keuze voor de aandoeningen is gebaseerd op volksgezondheidsoverwegingen (epidemiologische ontwikkelingen), maar ook inderdaad op de aanwezigheid van zorgstandaarden. Om integrale zorg voor een bepaalde aandoening via een keten-DBC's te kunnen leveren, is immers overeenstemming nodig (tussen patiënten en alle betrokken zorgaanbieders) over waar goede zorg voor die aandoening aan moet voldoen. Dit is vastgelegd

in een zorgstandaard. De stand van zaken rondom de ontwikkeling van zorgstandaarden voor de vier genoemde aandoeningen varieert sterk: van al enkele jaren in gebruik (diabetes) tot grotendeels afgerond (COPD en Cardiovasculair risicomanagement) tot recent gestart (hartfalen). Echter de zorgstandaard hartfalen zal waarschijnlijk in conceptvorm wel op 1 januari 2010 klaar zijn. Indien noodzakelijk (indien de zorgstandaard overhoopt nog niet gereed is) kan uit de huidige richtlijnen voor hartfalen-zorg worden afgeleid hoe goede ketenzorg eruit dient te zien.

2 en 3

U vraagt ook hoe de werkwijze is om tot een zorgstandaard te komen en door wie wordt deze zorgstandaard bepaald?

Graag wil ik hierbij korthedshalve verwijzen naar mijn antwoord op vraag 3 van de CDA-fractie.

U vraagt ook of het niet wenselijk en mogelijk is dat meer belangrijke ziektebeelden een nauwe aansluiting op functionele bekostiging verdienen. Met betrekking tot het financiële plaatje vraagt u: zal de keuze voor deze vier ziektebeelden niet de financiële accommodatie van patiënten met andere aandoeningen in de weg staan, gezien het feit dat alles binnen het budgettaire kader zorg zal blijven vallen?

Het budgettaire «vullen» van de nieuwe ketens voor chronische zorg per 2010 zal inderdaad moeten komen door verschuivingen binnen de bestaande kaders in de curatieve zorg. Dit is zowel het kader van de tweedelijnszorg, als de relevante kaders in de eerstelijnszorg zoals het huisartsenkader of het kader diëtiek. Bij de antwoorden aan de CDA-fractie heb ik al enigszins aangegeven welke budgettaire verschuivingen er ongeveer plaats zullen vinden. In feite wordt alle zorg voor de chronische zieken op dit moment al geleverd, maar middels diverse bekostigingssystemen gefinancierd. Deze bekostigingssystematiek wil ik – door de invoering van de ketenbekostiging – nu gaan veranderen. Dezelfde zorg wordt dus straks in samenhang bekostigd via andere tarieven. Voor de aandoeningen waar nog geen ketenbekostiging per 2010 bestaat, blijven de bestaande bekostigingsmethodieken van toepassing. Net zoals nu ook al gebeurt. De patiënten met andere aandoeningen en die niet in de keten-DBC's vallen, kunnen dus ook in de toekomst worden behandeld. De nieuwe bekostiging staat dat niet in de weg. In augustus informeer ik u welke aandoeningen of zorgvragen wenselijk zijn om in de toekomst ook integraal te bekostigen. Voor deze aandoeningen zullen dan ook zorgstandaarden worden opgesteld.

4

Een andere vraag die u heeft, betreft de geografische spreiding van gezondheidszorg. Het komt volgens u voor dat, als artsen verenigd worden in patiëntgerichte centra, niet meer aanwezig kunnen zijn in hun eigen praktijk. U vraagt zich af hoe ik aan kijk tegen dit potentiële gevaar van uitkleding van eerstelijnszorg in dunbevolkte gebieden?

De ontwikkeling rondom de functionele bekostiging kan inderdaad verschuivingen geven ten aanzien van de huidige geografische spreiding van de gezondheidszorg. In dun bevolkte gebieden kan dit betekenen dat mensen verder moeten reizen om hun zorg goed te kunnen ontvangen. Iets verder reizen is dan noodzakelijk om veel hogere kwaliteit van zorg te kunnen ontvangen. Voor wat betreft de gewone «basiszorg vragen» zou het kunnen gebeuren dat patiënten dan verder moeten reizen dan wanneer de huisarts als solist in een praktijk het dorp zit. Toch zie ik mogelijkheden om als aanbieder van zorg daarin de patiënt tegemoet te komen. In Soest bijvoorbeeld gaan de huisartsen en ander professionals die zich bezig houden met chronische zorg naar een centrum in de kern van de stad voor het leveren van zorg aan deze patiënten. Voor de overige

zorgvragen houden zij gewoon hun eigen praktijk, dicht bij de patiënt. Echter, ik verwacht dat zowel aanbieders, patiënten als verzekeraars gestimuleerd zijn om de zorg dicht bij de burger brengen. Ik ben van mening dat de huisartsenbesteding dit ook moet faciliteren. De NZa komt in april met een onderzoek naar de effecten van ketenzorg op de markt. Aan de hand van deze analyse zal ik bezien of een nader standpunt op dit onderwerp noodzakelijk is.

5

U geeft aan dat in de brief staat dat veel financiële vergoedingssystemen nog ingericht zijn op basis van zorgaanbieder, niet op aandoening. U vraagt welke problemen er mogelijk zijn te voorzien als het aankomt op het laten doorwerken van «patiënt centraal» in de verzekeringssector?

Kortheidshalve verwijs ik u naar het antwoord op vraag 2 van de CDA-fractie.

U vraagt ook hoe de verzekeringssector staat tegenover het hanteren van eenzelfde tarief voor eenzelfde handeling, ook als deze wordt uitgevoerd door een «goedkoper» personeelslid?

In principe is het zo dat als de kwaliteit van zorg geboden wordt, het niet uit maakt wie de zorg levert. Uiteraard zullen verzekeraars bij de prijs-onderhandeling rekening houden met de mogelijkheid voor taakdifferentiatie naar goedkopere personeelsleden.

Meer in het algemeen vragen genoemde leden in hoeverre de verzekeringssector is geconsulteerd bij het ontwikkelen van deze aanpak, bijvoorbeeld ook bij de effecten op de gangbare praktijk van risicoverevening.

ZN wordt nauw betrokken in het traject en daarmee ga ik er van uit dat ook de zorgverzekeraars betrokken zijn. Ook wordt vanuit het projectteam dat is opgezet in het ministerie voor dit traject individuele gesprekken gevoerd met verzekeraars.

6

U vraagt mijn plannen ten aanzien van de mensen met meerdere chronische aandoeningen.

Ik ben hier nader op ingegaan in de beantwoording van vraag 9 van de CDA-fractie. Graag verwijs ik naar deze antwoorden.

7

Meer in het algemeen zijn deze leden benieuwd naar ervaringen met soortgelijke vernieuwingen in dit veld; welke initiatieven op basis van de beleidsregels geïntegreerde eerstelijnszorg en innovatie bestaan er op dit moment? Hoe worden de ervaringen van bestaande initiatieven betrokken bij de vormgeving van een nieuwe besteding en organisatie van de eerstelijnszorg? Kan aangegeven worden welke punten binnen al lopende experimenten overgenomen zullen worden en welke punten juist anders vormgegeven moeten worden?

Er zijn al veel initiatieven rondom diabeteszorg en ook rondom COPD-zorg, die worden bekostigd op basis van de beleidsregels die u noemde. In november 2008 waren er al 86 experimenten diabeteszorg geregistreerd onder de beleidsregel innovatie. In juni komen de resultaten van de RIVM evaluatie van de 10 diabeteszorg projecten die sinds 2007 binnen een ZonMw programma werken met de diabetes keten-DBC. De bevindingen van dit onderzoek worden uiteraard gebruikt voor de implementatie en ontwikkeling van de vier keten-DBC's per 2010. Ik wil echter nog niet vooruit lopen op de resultaten van dit onderzoek. Wel kan ik u melden

dat het departement intensief contact heeft met de onderzoekers van het RIVM zodat de (eerste) resultaten van de evaluatie zo goed mogelijk gebruikt worden bij de invoering van de vier keten-DBC's. Ik verwacht geen grote onverwachte verrassingen ten aanzien van de resultaten van dat onderzoek die de invoering per 2010 in de weg zullen staan.

8

Een verder punt van zorg is volgens u de rol die patiënten, vaak afhankelijk van kennis van de zorgverlener, krijgen in de kwaliteitswaarborging van hun eigen behandeling. De leden van de fractie van de PvdA vragen in hoeverre patiënten na invoering van functionele bekostiging op basis van zorgstandaarden méér verantwoordelijkheid krijgen ten aanzien van hun eigen bijdrage aan de behandeling van hun ziekte en in hoeverre deze verantwoordelijkheid door de zorgverzekeraar mag worden geëist.

Belangrijk is het principe dat patiënten zelf meewerken aan de uitvoering van het afgesproken persoonlijk behandelplan. Dat betekent dus dat ook zij meer verantwoordelijkheid dragen voor het behalen van de overeengekomen doelen van het plan. Dat vraagt dus meer zelfdiscipline, therapietrouw en een passende leefstijl. De module zelfmanagement in de zorgstandaard biedt daarvoor de nodige inzichten en gereedschap. Uiteraard gaat het daarbij om mensen die deze inspanning willen leveren en ook in staat zijn om die verantwoordelijkheid te dragen. Bij het opstellen van het behandelplan zal hiermee dan ook terdege rekening moeten worden gehouden. Deze principes zijn verankerd in de zorgstandaarden van de betrokken aandoeningen. Als de verzekeraar bij het contracteren uitgaat van de zorgstandaard zijn er op dit punt geen specifieke aanvullende eisen van de zorgverzekeraar.

9

De laatste onduidelijkheid volgens u zit in de uitrol van de functionele benadering van de eerstelijnszorg. De minister geeft aan dat de financiële kant van de zaak nog aandacht behoeft en komt in de zomer met een «grove schets», maar wil per 1 januari 2010 van start gaan met de vier genoemde ziektegroepen. Hier lijkt een zekere spanning in te zitten. De leden van de PvdA-fractie vragen dan ook om een meer uitgebreide toelichting op het tijdpad en de te nemen stappen. Ook horen zij hoe er aansluiting bewerkstelligd wordt tussen Zvw en AWBZ en Wmo-zorg in de nieuwe aanpak.

Per 1 januari 2010 wil ik inderdaad van start gaan met vier keten-DBC's. In de beantwoording van de vraag 1 van de VVD-fractie geef ik aan waarom ik kies voor invoering per 2010 om het traject rondom ketenzorg en chronisch zieken.

Voor wat betreft de lange termijn visie heb ik in mijn brief van december 2008 inderdaad aangegeven dat verdere gedachtevorming voor de langere termijn noodzakelijk is voor de vraagstukken rondom de andere domeinen die ook raken aan de ketens. Hierbij valt te denken aan de keten dementie, depressie, verloskundige keten etc. Ook andersoortige zorgproducten, zoals palliatieve zorg thuis etc zullen meegenomen moeten worden. De effecten van het bekostigen van de als voorbeeld genoemde zorgvormen zullen goed in kaart moeten worden gebracht. Het raakt namelijk ook aan de andere domeinen, zoals de AWBZ en de Wmo. Ik ben hier ook nader ingegaan in de antwoorden op vragen van de CDA-fractie. Ik wil daar op dit moment nog niet te veel op vooruit lopen. Ik heb u toegezegd in augustus hierover met een brief te informeren. Daarbij zal ik ook wat dieper ingaan over hoe preventieve activiteiten en genees- en hulpmiddelen en diagnostiek in de toekomst integraal onderdeel van de ketenprestaties kunnen worden en binnen welke termijn ik denk dat dit mogelijk is. Uitgangspunten van de brief zijn het verbeteren van de kwali-

teit, samenhang en regie in de ketens, waaruit zorg wordt geleverd die uit verschillende aanspraken worden betaald, zoals de AWBZ, Wmo en Zvw. Zorgprocessen moeten vanuit de behoeften van de patiënten worden georganiseerd. Niet de instelling is dan het vertrekpunt voor de bekostiging, maar de cliënt met een bepaalde zorgvraag. Dit traject richt ik samen in met de staatssecretaris die verantwoordelijk is voor de AWBZ en de Wmo. In deze brief van augustus zal ik u informeren over de stappen die wij hierin gaan nemen.

Antwoorden op vragen van de VVD-fractie

1

U vraagt zich af of de ambitie om per 2010 vier modules in te voeren niet te hoog is en of het genoemde tijdpad wel reëel is. Zeker ook gezien de opmerking die in de brief wordt gemaakt dat in de zomer van 2009 een brief komt met een «grove schets» voor de toekomst. U vraagt in dit verband de reactie op het onderzoek van de Diabetes Vereniging Nederland (DVN) van december 2008 waaruit blijkt dat de kennis onder artsen van de zorgstandaarden nog veel te laag is, waardoor de kwaliteit nog onvoldoende is? De volgende probleempunten zijn hierbij geconstateerd:

- *43% van de ondervraagden heeft geen zorgplan (behandelplan) waarin individuele behandeldoelen en -afspraken voor diabetes worden vastgelegd of weet niet dat hij het heeft;*
- *1 op de 3 patiënten kent de eigen streefwaarde voor bloedsuiker niet; deze waarde speelt een belangrijke factor bij complicaties, zoals hart- en vaatziekten en problemen met de ogen, de zenuwen, de voeten en de nieren;*
- *20% weet niet wat de HbA1c-waarde is; volgens DVN is dit één van de belangrijkste waarden die gemeten moet worden. (HbA1c geeft een indruk van de bloedsuikerwaarden gedurende de laatste zes tot acht weken);*
- *85% van de respondenten wordt jaarlijks uitgebreider onderzocht, maar ogen, nieren, voeten, hart en vaten, bloedwaarden en spuitplaatsen worden niet altijd standaard gecontroleerd;*
- *Slechts bij 4 op de 10 mensen wordt daadwerkelijk aandacht besteed aan aanpassing van het beweegpatroon, voor eten en roken is nog minder aandacht;*
- *1 op de 3 patiënten heeft moeite met het aanpassen van de leefgewoonten en wordt hierbij in het merendeel van de gevallen niet adequaat ondersteund;*
- *Indien bij onderzoeken de streefwaarden niet gehaald worden, passen patiënt en zorgverlener slechts in 55% van de gevallen het zorgplan aan om de waarden wél te halen.*

Mijn reactie op bovenstaande opmerkingen is als volgt. Zoals ik al eerder bij de beantwoording van de vraag 1 van de PvdA-fractie aangaf, zijn in 2010 de zorgstandaarden COPD, diabetes en CVR klaar. Voor hartfalen is de verwachting dat het concept ook op tijd klaar zal zijn. Dat de kennis onder artsen van de zorgstandaarden nog laag is, is begrijpelijk. De zorgstandaarden zijn een betrekkelijk nieuw fenomeen, die niet alleen de zorginhoudelijke kant van bepaalde aandoeningen beschrijven, maar ook de wijze waarop de zorg georganiseerd kan worden.

Echter, ik wil benadrukken dat de zorgstandaarden verwijzen naar en gebaseerd zijn op de vigerende (multidisciplinaire) richtlijnen omtrent de genoemde aandoeningen. Artsen werken in feite al met deze richtlijnen, ook zonder zorgstandaard. Bovengenoemde probleempunten die door de DVN zijn benoemd, worden in feite veroorzaakt doordat zorgverleners nog onvoldoende goede samenhangende zorg leveren volgens de richtlijnen. De reden dat ik heb gekozen voor de invoering van de vier keten-DBC's per

1 januari 2010 is om het proces van deze samenhang in de zorg te versnellen ter verbetering van de kwaliteit van de zorg voor deze chronische zieken. Zoals ik ook in de brief van 22 december over de functionele bekostiging aangaf, maakt de invoering van de vier keten-DBC's het mogelijk de zorg als hoofdcontractant integraal in te kopen. Door deze wijze van bekostigen worden zorgaanbieders gestimuleerd de zorg samenhangend te organiseren rondom de zorgvraag van de patiënt. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars spreken een bepaalde (wellicht maximum) prijs af voor keten-DBC. Zoals ik ook al aan de CDA-fractie antwoordde, wordt die prijs bepaald aan de hand van de kosten die nodig zijn voor het leveren van de zorg voor een patiënt. De zorgstandaard is een standaard die zorgaanbieders en zorgverzekeraars ondersteunt bij het bepalen wat nodig is voor het leveren van goede ketenzorg. De zorgstandaard is geen blauwdruk die gedetailleerd voorschrijft hoe het zorgaanbod eruit moet zien, maar omschrijft de componenten en randvoorwaarden waar de zorg aan moet voldoen. Aan de hand van (landelijk vastgestelde) prestatie-indicatoren kunnen zorgverzekeraars beoordelen of de afgesproken kwaliteit van zorg ook daadwerkelijk wordt geleverd. De best-practices in Nederland en in het buitenland bewijzen dat laagdrempelige begeleiding van hartfalenpatiënten in de thuissituatie kan leiden tot een forse daling in het aantal sterfgevallen, heropnames in het ziekenhuis (35%) en in de zorgkosten (40%)¹. In Duitsland zorgt een nieuwe (meer op de secundaire preventie en begeleiding gerichte) diseasemanagement-aanpak bij diabetespatiënten voor spectaculaire resultaten: gemiddeld 50% minder amputaties, bijna 20% minder ziekenhuisopnames, 30% minder beroertes en ca. 20% minder kosten². De behoefte vanuit het veld is in dat licht groot om de zorg op integrale wijze in te kopen. Door per 2010 dit voor vier chronische aandoeningen in de bekostiging mogelijk te maken, ondersteun en stimuleer ik deze ontwikkeling. Partijen zullen hierdoor nog meer gemotiveerd raken de zorg samenhangend te organiseren, waardoor de kwaliteit van de zorg verbetert. Een latere invoering van de functionele bekostiging zou het proces naar kwalitatief betere zorgverlening juist vertragen.

2

U vraagt mij tevens hoe ik de huidige inzichten in de kwaliteit beoordeel van de zorgverzekeraars.

Ik deel uw mening dat zorgverzekeraars zich de komende periode steeds vaker zullen moeten gaan onderscheiden door zorg in te kopen die beter aansluit op de zorgvraag van de patiënt. En daarbij is het van belang dat zorgverzekeraars zich onderscheiden op de verhouding prijs/kwaliteit en niet alleen op prijs. Dit vergt de nodige inzichten van zorgverzekeraars in de kwaliteit van de zorg, zodat goed inkoopbeleid kan worden gevoerd naar de meest doelmatige zorg.

De zorginkoopfunctie van de zorgverzekeraars zal daarom verbeterd en uitgebreid moeten worden. Het is daarom van belang dat de transparantie ten aanzien van de kwaliteit van zorg wordt vergroot. Heldere, eenduidige landelijk vast te stellen prestatie-indicatoren helpen zorgverzekeraars en patiënten om beter inzicht in de kwaliteit van zorg te krijgen. Daarom ben ik ook het veld via mijn programma Zichtbare Zorg aan het stimuleren om te komen tot een landelijk set prestatie-indicatoren voor chronische ziekten. Deze lijn is ook beschreven in mijn brief «de patiënt centraal door omslag naar functionele bekostiging» van 22 december jongstleden. In de praktijk blijkt dat zorgverzekeraars inderdaad over het algemeen nog zoekende zijn naar de wijze waarop zij hun inkooprol kunnen verbeteren en inzicht kunnen krijgen in de kwaliteit van de geleverde zorg in relatie met de prijs. Sommige zorgverzekeraars zijn hier verder mee dan andere zorgverzekeraars. Ik ben in dat licht aan het verkennen of het zinvol is de zorgverzekeraars te helpen met de ontwikkeling van een zorginkoopgids. Met behulp van de zorginkoopgids kunnen zorgverzekeraars worden

¹ Leatherman & McCarthy, Quality of Health Care for Medicare Beneficiaries: A Chartbook, 2005. The Commonwealth fund.

² Ullrich, W, U. Marschall & C. Graf. Versorgungsmerkmale des Diabetes Mellitus in Disease Management Programmen. Diabetes, Stoffwechsel und Herz. Band 16,6: 407-414.

ondersteund bij alle ontwikkelingen die de komende jaren zullen zijn rondom het traject functionele bekostiging. In combinatie met het gelijk-trekken van de risicodragendheid tussen de eerste lijn en de tweede lijn en het ontwikkelen van integrale prestatie-indicatoren, verwacht ik dat de komende jaren kwaliteits- en doelmatigheidswinst kan worden bereikt.

3

U vraagt wat is de prikkel om de zorg zo kostenefficiënt mogelijk aan te bieden?

De grootste vier zorgverzekeraars vertegenwoordigen samen reeds 88% van de markt. Om het marktaandeel uit te breiden moet een verzekeraar zich van anderen onderscheiden. Zoals ik in mijn vorige vraag al aangaf kan dat door de consument een betere prijs/kwaliteit verhouding te bieden. Risicodragendheid van verzekeraars is daarbij belangrijk om dit ook daadwerkelijk te stimuleren. Verzekeraars zijn ten aanzien van het B segment medisch specialistische zorg vanaf 2010 volledig risicodragend: er wordt dan niet meer nagecalculeerd. Zorgverzekeraars zijn voor hartfalen, diabetes en CVR 100% risicodragend, alleen voor COPD nog niet. Zij worden daarmee gestimuleerd de zorg in te kopen bij die aanbieder/hoofdcontractant die de keten het meest doelmatig en met de beste kwalitatieve uitkomsten kan organiseren. De hoofdcontractant van de keten wordt gestimuleerd deze zorg doelmatiger te organiseren dan andere aanbieders van ketenzorg. Hij kan in principe hiermee patiënten naar zich toe trekken. Hij spreekt een (wellicht maximum) prijs af met de zorgverzekeraar en met behulp van landelijk af te spreken prestatie-indicatoren kunnen kwaliteitsuitkomsten worden vastgesteld. Dit leidt tot betere kwaliteit van zorg en uiteindelijk tot bijvoorbeeld minder opnames en minder zorg voor complicaties in de tweede lijn. Het is voor zorgverzekeraars dus aantrekkelijk om de zorg doelmatig via een integrale keten-DBC bij een hoofdcontractant die verantwoordelijk is voor het ketenproces in te kopen.

4

U vraagt ook hoe ik de rol van de patiëntenverenigingen in het proces zie.

Ik zie voor de patiëntenverenigingen meerdere rollen in het proces om te komen tot een patiëntgerichte ketenzorg. Het doel van de omslag naar functionele bekostiging is het centraal stellen van de patiënt in het zorgproces. Deze omslag kan daarom niet plaatsvinden zonder dat de wensen en behoeften van patiënten ten aanzien van hun zorg bekend zijn. Patiëntenorganisaties hebben door het contact met hun achterban die kennis in huis. Ik wil daarom, naast de CG-Raad en de NPCF, de organisaties van patiënten met diabetes, COPD en cardiovasculaire problemen betrekken bij de verdere beleidsontwikkeling ten aanzien van de functionele bekostiging. Daarnaast zie ik een belangrijke rol voor hen weggelegd bij het tot stand komen en communiceren over de zorgstandaarden. De kennis van de wensen van de achterban zijn essentieel voor het vastleggen van afspraken over de wijze waarop zorg rondom de patiënt georganiseerd moet worden. Om te zorgen dat patiënten zelf weten wat ze mogen verwachten van hun zorgverleners, moet de zorgstandaard een patiëntenversie hebben. Patiëntenorganisatie kunnen, naast het mede opstellen van die versie, een rol spelen bij de communicatie daarover. Ten slotte zie ik een belangrijke rol weggelegd voor patiëntenorganisaties in het kritisch volgen van de zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Mede door gebruik van instrumenten zoals de CQ-index komt er steeds meer informatie over de kwaliteit van de geleverde zorg. Patiëntenorganisaties kunnen met die gegevens in de hand de belangen van hun achterban nog beter behartigen. Om de organisaties daarin te ondersteunen hebben de staatssecretaris en ik vorig jaar een nieuwe subsidiesystematiek gepubliceerd.

5

U vraagt tevens of ik kan aangeven hoe er omgegaan wordt met patiënten die een behandeling willen die in een andere regio wordt aangeboden dan waar zij wonen, omdat zij zich prettiger voelen bij de «koppen» op de zorgstandaard. En of ik overweeg een bijbetaling te regelen voor patiënten die een duurdere behandeling willen.

De zorgverzekeraars maken contracten met zorgaanbieders over de te leveren zorg in een bepaald gebied. Patiënten zijn te allen tijde vrij in een andere regio zorg te «halen» indien zij dat wenselijk vinden. Als de verzekerde patiënt een natura-polis heeft, kan het zo zijn dat hij/zij dan moet bijbetalen, omdat de verzekeraar die aanbieder niet gecontracteerd heeft. Bij een restitutie-polis wordt in feite altijd alle zorg vergoed. Deze polissen zijn daardoor vaak ook iets duurder.

6 en 7

Op uw vraag over de multimorbiditeit ben ik nader ingegaan tijdens mijn beantwoording van vraag 9 van de CDA-fractie.

U vraagt mij nog een en ander over hulpmiddelen: In december 2007 is met algemene stemmen een motie van de VVD-fractie (Kamerstuk 28 439, nr. 21) aangenomen. Deze motie verzoekt de regering de voor- en nadelen te onderzoeken van de functiegerichte omschrijving van medische hulpmiddelen in de Zorgverzekeringswet, wat de mogelijkheden zijn om tot functiegerichte omschrijving over te gaan, wat de belemmeringen daarvoor zijn, hoe die kunnen worden opgelost en de conclusies van dit onderzoek binnen drie maanden aan de Kamer te doen toekomen. De minister heeft indertijd aangegeven deze motie te gaan uitvoeren. In deze brief over de functionele bekostiging zegt de minister dat hij gaat bezien of en op welke termijn de kosten voor hulpmiddelen via de functionele tarieven kunnen worden bekostigd. Betekent dit er nog geen begin van uitvoering aan de motie is gegeven? Kan de minister nader toelichten wat er wel gebeurd is met de uitvoering van de motie?

In de motie van het Lid Schippers (TK 28 439, nr 21) heeft de Kamer mij verzocht om de mogelijkheden van een functiegerichte omschrijving van hulpmiddelen in de Zorgverzekeringswet (Zvw) te onderzoeken. Met mijn brief¹ van 16 april 2008 heb ik op de genoemde motie gereageerd. In die brief kondig ik aan dat ik met een stapsgewijze aanpak wil bereiken dat de aanspraak op hulpmiddelenzorg per 2012 zo volledig mogelijk op basis van functioneringsproblemen is omschreven. Vanaf 2009 is de aanspraak op oogprothesen, orthesen en gezichtshulpmiddelen inmiddels op deze manier geregeld. In afwachting van het Pakketadvies 2009 van het CVZ ben ik van plan om de aanspraak op een aantal andere hulpmiddelcategorieën vanaf 2010 te wijzigen. Op basis van de Pakketadviezen van het CVZ in 2010 en 2011 verwacht ik per 2012 mijn doelstelling bereikt te hebben.

Hier speelt overigens potentieel een terminologische verwarring: het begrip «functie» wordt hier op twee verschillende manieren gebruikt. «Functiegericht» is een begrip dat betrekking heeft op de rolverdeling binnen ons zorgstelsel. Zo zijn in de Zvw alle verzekerde prestaties functiegericht omschreven waarmee inhoud, omvang en indicatiegebied van de aanspraak wettelijk zijn vastgesteld. Binnen dit functiegericht systeem is het vervolgens de verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraar om met de verzekerde afspraken te maken over wie de zorg verleent en waar die wordt verleend. In de Zvw is het recht op verantwoorde zorg daarbij het uitgangspunt. Verantwoorde zorg is zorg die behoort tot de stand van wetenschap en praktijk of die door het betrokken vakgebied als verantwoorde en adequate zorg wordt beschouwd. Ook hulpmiddelenzorg is als verzekerde prestatie in de Zvw opgenomen. In het Besluit en Rege-

¹ TK 2007–2008, 29 689, nr. 186.

ling Zorgverzekering is de huidige aanspraak op hulpmiddelen op basis van een limitatieve productenlijst nader omschreven.

In mijn brief van 16 april 2008 meldde ik u al dat ik toe wil naar een aanspraak die gebaseerd is op het opheffen of verminderen van een functioneringsprobleem. Het begrip functioneringsprobleem is afkomstig uit de International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). De ICF is een internationaal eenduidig begrippenkader waarmee het mogelijk is om de problemen die mensen in het functioneren ervaren te beschrijven. De aanduiding vervangt bij voorkeur de aanduiding «mensen met een handicap». Het oplossen van een functioneringsprobleem moet sturend zijn in een de hulpmiddelenzorg.

Functionele bekostiging heeft geen betrekking op de aanspraak maar geeft aan hoe zorgvormen binnen die aanspraak in het zorgstelsel gefinancierd worden. Zowel in een functionele bekostiging als in een functionele aanspraak staat de zorgvraag van de patiënt centraal. Een functionele bekostiging stimuleert een integrale zorginkoop en is bedoeld om de samenhang tussen de verschillende zorgvormen te bevorderen. Zoals ik in mijn brief van december 2008 reeds heb aangekondigd, ben ik voornemens te bezien of en hoe de hulpmiddelen in de toekomst integraal via functionele tarieven bekostigd kunnen worden. In mijn brief van augustus over toekomstige ketens kom ik hier nader op terug.

8

Een algemene vraag is of ik de term functionele bekostiging nader kan toelichten. En in het antwoord hierbij te betrekken wat de verschillen zijn met een functiegerichte aanspraak.

Ik verwijs hierbij naar het antwoord op de vorige vraag.

9

U vraagt wat ik vindt van de Cliq systematiek die door Nictiz en CVZ is ontwikkeld om een functiegerichte aanspraak te koppelen aan een verzekerde prestatie? Ook vraagt u of ik kan aangeven hoe de aangehaalde uitspraak zich verhoudt tot het lopende programma van het omzetten naar een functiegerichte aanspraak op hulpmiddelen, zoals in de zomer van 2008 nog is gebeurd voor zaken omtrent het oog. Juist omdat er hier een grote meerwaarde voor de patiënt ligt.

Cliq is een productclassificatie voor hulpmiddelen op basis van ISO 9999 en ICF. Hierdoor kunnen functioneringsproblemen van de gebruiker gekoppeld worden aan de eigenschappen van een bepaald hulpmiddel, zoals functionaliteit, technische specificaties, uiterlijke kenmerken en gebruikersgemak. Met dit coderingsysteem beschikken voorschrijvers, adviseurs en leveranciers over een «zoekstelsel» om probleem en oplossing aan elkaar te kunnen koppelen. Ik sta positief tegenover de ontwikkeling van een dergelijk systeem omdat het aansluit op mijn streven naar een meer vraaggestuurde hulpmiddelenzorg.

Vandaar dat ik in 2008 het Nationaal Instituut ICT in de Zorg (NICTIZ) financieel heb ondersteund voor het opstellen van een implementatieplan, inclusief randvoorwaarde en activiteiten. Inmiddels ligt er een intentieverklaring die door een groot aantal belangrijke veldpartijen is ondertekend. Voor 2009 heb ik de ondersteuning voortgezet. In 2009 zal echter moeten blijken of er binnen veldpartijen genoeg draagvlak is voor een landelijke invoering waarbij zowel onderhoud, beheer als bekostiging van dit systeem zijn zeker gesteld. Ik vind een productcodering geen structurele verantwoordelijkheid van de overheid.

10

U vraagt hoe ik omga met de verschillen tussen de AWBZ (functies) en de Zvw (zorgvormen en functiegerichte aanspraken) en hoe ik de premies verreken.

De in te voeren keten-DBC's per 2010 beslaan alleen de zorg die via de Zvw aan de patiënt wordt geleverd. Er wordt geen AWBZ-zorg betaald uit deze keten-DBC's. Zoals ik al in eerdere antwoorden heb aangegeven kan op dit moment alleen in de module innovatie een klein deel van de AWBZ worden meegenomen in een keten-experiment.

11

Een andere algemene vraag is wat er gebeurt met de hulpmiddelen die noodzakelijk zijn vanuit een medische achtergrond, maar niet onder medische hulpmiddelen gerekend kunnen worden, of een goed alternatief zijn hiervoor.

Alleen de hulpmiddelen die volgens de Regeling Zorgverzekering tot de aanspraak behoren, worden door de zorgverzekeraar vergoed.

Vragen en opmerkingen van de PVV-fractie

1

Deze leden vragen of het de bedoeling is dat de zorg georganiseerd gaat worden rondom een ziektebeeld in plaats van rond de patiënt.

De bedoeling is dat de zorg rondom de zorgvraag en daarmee rondom de patiënt wordt georganiseerd. De zorgstandaarden gelden als basis en moeten vertaald worden in een individueel behandelplan. Voor patiënten die alleen diabetes hebben, is een diabetesprogramma voldoende om in de behoeften van de patiënt te voorzien. Voor iemand met twee verschillende aandoeningen kan o.b.v. die twee zorgstandaarden een individueel behandelplan worden uitgewerkt. Bij meerdere chronische aandoeningen en andere beperkingen (fragiele ouderen bijvoorbeeld) is het disease-managementconcept niet van toepassing. In de brief van augustus ga ik nader in op hoe we hier in onder meer de bekostiging mee omgaan. Uiteraard is juist ook voor deze groep samenhangende patiëntgerichte zorg van groot belang.

2

Hoe vindt bekostiging plaats als een patiënt zich meldt met klachten die pas in een later stadium, na de nodige onderzoeken, tot een van de vier genoemde chronische aandoeningen blijken te behoren?

Zolang de patiënt niet gediagnosticeerd is voor de vier genoemde chronische aandoeningen, zal de hulpverlener – net als nu het geval is – worden betaald via de bestaande bekostiging. In de eerstelijnszorg is dit bijvoorbeeld de zitting bij de fysiotherapeut of het inschrijftarief van de huisarts. Het kan ook een DBC uit het ziekenhuis zijn.

3

De inkoopfunctie van bijvoorbeeld een consult bij een specialist of diagnostiek is in dit voorstel verschoven van de zorgverzekeraar naar de zorgaanbieder. Hierbij wordt het risico gelopen dat er vanwege financiële prikkels te lang wordt gewacht met het eventueel noodzakelijk doorverwijzen naar een specialist. Ook bestaat de angst dat er een vorm van risicoselectie door zorgaanbieders plaats gaat vinden.

Mijn uiteindelijke doel is om door middel van de functionele bekostiging in combinatie met de verdere ontwikkelingen van prestatie-indicatoren in

de zorg de juiste prikkels voor transparantie en doelmatigheid van zorg te faciliteren. Een integraal tarief voor ketenzorg, waarbij de diagnostiek, de farmacie en de diensten van een medisch specialist zijn betrokken stimuleert de hoofdcontractant de zorg doelmatig te organiseren. De hoofdcontractant is er bij gebaat dat de met de zorgverzekeraar afgesproken prestatie-indicatoren positief scoren en dat het tarief voor de integrale zorg niet onnodig hoog is. Anders prijst hij zichzelf uit de markt.

Voor de basis huisartsgeneeskundige zorg is voorschrijf- en verwijsgedrag van huisartsen een belangrijke indicator voor het leveren van goede zorg. Door ook in de tarieven voor de basis huisartsgeneeskundige zorg de diagnostiek en farmacie te integreren, wordt de huisarts of de aanbieder van huisartsenzorg verantwoordelijk voor doelmatige zorg inkoop. Voor wat betreft de verwijzing naar de tweede lijn zouden ook prikkels ingebouwd kunnen worden in de bekostiging. Het tarief voor huisartsgeneeskundige zorg kan bijvoorbeeld differentiëren afhankelijk van de score op een aantal nader af te spreken prestatie-indicatoren, zoals «aantal verwijzingen naar de tweede lijn.