

## Vragen gesteld door de leden der Kamer, met de daarop door de regering gegeven antwoorden

### 990

Vragen van het lid **Dijkstra** (D66) aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over *het hoogoplopende conflict tussen de minister en de huisartsen naar aanleiding van een uitzending van het televisieprogramma Buitenhof dd 27 november* (ingezonden 1 december 2011).

Antwoord van minister **Schippers** (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) (ontvangen 23 december 2011).

#### Vraag 1

Wat is uw reactie op het artikel<sup>1</sup> «Chronisch zieken niet meer welkom bij arts» en op de TV-uitzending, waarin de voorzitter van de Raad van Bestuur van Medisch Spectrum Twente, prof.dr. J.H. Kingma, waarschuwt voor een overschrijding volgend jaar van het huidige budget van de ziekenhuizen met meer dan 2,5%, als gevolg van het weer doorverwijzen van chronische patiënten van huisartsen naar het ziekenhuis?

#### Antwoord 1

Ik betreur het als huisartsen bepaalde groepen patiënten niet meer willen behandelen of bepaalde verrichtingen niet meer willen uitvoeren. Juist voor de patiënten met een chronische ziekte is zorg in de buurt cruciaal. Het mag niet zo zijn dat de zorg meer in de tweede lijn gaat plaatsvinden, als de patiënten beter in de eerste lijn behandeld kunnen worden. De patiënt hoort centraal te staan en hoort niet betrokken te worden in een conflict.

#### Vraag 2

Deelt u de mening dat er op het ministerie geen realistische raming is gemaakt voor ketenzorg in 2010, toen de aanvankelijke € 241 miljoen voor ketenzorg halverwege dat jaar met € 107 miljoen verminderd werd, omdat de keten-DBC COPD (Diagnose Behandeling Combinatie) pas halverwege startte en de keten-DBC hartfalen werd uitgesteld, maar de overige € 134 miljoen bijna in zijn geheel is opgegaan aan ketenzorg voor diabetes mellitus (€ 130 miljoen)?

#### Antwoord 2

Ik deel deze mening niet, aangezien vanuit eerdere experimenten rondom de ketenzorg Diabetes (2007–2009) kon worden verwacht dat de contractering van ketenzorg sneller van de grond zou komen. De contractering van COPD

<sup>1</sup> Algemeen Dagblad van 25 november 2011 en Buitenhof van 27 november 2011.

en vasculair risicomangement bleek echter meer tijd nodig te hebben. In de meting die het RIVM in 2010 onder 97 zorggroepen deed bleek ook dat alle zorggroepen een contract voor integrale bekostiging ketenzorg diabetes hadden afgesloten, maar dat slechts een aantal zorggroepen een contract voor de VRM en COPD zorgprogramma's hadden.

#### Vraag 3

Hoe gaat u ervoor zorgen dat zorgverzekeraars de regierol beter oppakken bij het inkopen van kwalitatief goede, maar relatief goedkopere ketenzorg door hulpverleners uit de eerste en tweede lijn, en zij tegelijkertijd de inkoop van relatief dure tweedelijnszorg matigen?

#### Antwoord 3

Met zorgverzekeraars en ziekenhuizen heb ik in het Hoofdlijnenakkoord goede afspraken gemaakt over een beheerste uitgavenontwikkeling in de ziekenhuiszorg. Daarnaast zal het afschaffen van de macronaallocatie een extra prikkel voor verzekeraars met zich meebrengen om kwalitatief goede zorg op de juiste plek tegen de juiste kosten in te kopen. Begin 2012 wil ik daarnaast met zorgverzekeraars, eerste lijn en tweede lijn afspraken maken over het daadwerkelijk vormgeven van substitutie van zorg, bijvoorbeeld rondom de integratie van de huisartsenpost (HAP) en de spoedeisende hulp (SEH) en/of ketenzorg.

#### Vraag 4

Deelt u de mening dat zorgverzekeraars aan het eind van 2009 en in de loop van 2010 een voorzienbaar risico liepen met het inkopen van teveel ketenzorg en daarmee een overschrijding van het kader voor ketenzorg uitlokten? Is het in dit verband reëel om de rekening van de overschrijdingen alleen bij de huisartsen neer te leggen?

#### Antwoord 4

Bij de inkoop van ketenzorg waren en zijn uiteraard twee partijen betrokken, de zorgaanbieders en de zorgverzekeraars. Een substantieel deel van de ketenzorg betreft huisartsenzorg, vandaar dat het compenseren van de overschrijding is meegenomen in de tariefmaatregel huisartsenzorg. Dit neemt niet weg dat ook verzekeraars een verantwoordelijkheid hebben bij het beheersbaar houden van de zorguitgaven, zeker ook bij de contractering van ketenzorg, waarbij sprake is van vrije tarieven en zorg in samenhang gecontracteerd moet worden. Dat is precies de reden dat ik zorgverzekeraars actief wil betrekken bij het maken van toekomstige afspraken. Het is ook (mede) de reden dat de macronaallocatie wordt afgeschaft.

#### Vraag 5

Kunt u specificeren welk bedrag aan overschrijdingen in de ketenzorg u bij de medisch specialisten hebt teruggehaald in 2010?

#### Antwoord 5

Het is niet mogelijk te specificeren welke bedragen toe te wijzen zijn aan (overschrijdingen in) de ketenzorg geleverd door medisch specialisten. Er is dus geen sprake van het terughalen van overschrijdingen in de ketenzorg bij de medisch specialisten. De tweedelijns somatische zorg is echter niet ongemoeid gebleven. In 2010 en 2011 heeft de Nederlandse Zorgautoriteit de honorariumtarieven van de medisch specialisten verlaagd. Daarnaast zijn afspraken gemaakt ten aanzien van het redresseren van de meerjarige doorwerking van de overschrijdingen 2010. Deze afspraak leidt ertoe dat instellingen en verzekeraars per 2012 maatregelen moeten nemen voor een bedrag van € 265 miljoen.

#### Vraag 6

Waarom sanctioneert u de huisartsen voor het overnemen van diabeteszorg uit de duurdere tweedelijns, terwijl uw beleid gericht is op het organiseren van zorg dichterbij huis, waarbij de huisarts als poortwachter optreedt en pas medisch specialistische zorg inroept als dat echt nodig is?

#### Antwoord 6

De tariefmaatregel op de huisartsenzorg leg ik niet op omdat ik vind dat de huisartsen te veel of onnodig werk hebben gedaan. Integendeel, ik vind de versterking van geïntegreerde zorg in de buurt een hele goede ontwikkeling. Er is echter geen financiële ruimte om de extra uitgaven die zijn gedaan, bovenop de reeds toegekende groei, geheel te faciliteren. Omdat ik niet wil dat de gevolgen van de overschrijdingen alleen bij de patiënt worden neergelegd en ik van mening ben dat ook huisartsen een deel moeten bijdragen aan de financiële problematiek, heb ik gekozen voor een tariefmaatregel.

#### Vraag 7

Voorziet u ook voor het huidige boekjaar (2011) een overschrijding van het kader ketenzorg? Zo ja, over welke zorg gaat dit precies en hoe groot zijn die overschrijdingen?

#### Antwoord 7

Zoals gemeld in mijn brief «Bijstelling tariefkorting eerste lijn» (Tweede Kamer, vergaderjaar 2011–2012, 29 247, nr. 152) is op basis van voorlopige cijfers van het College voor zorgverzekeringen (CVZ) een aanzienlijke overschrijding te verwachten op de uitgaven voor de huisartsenzorg in het jaar 2011. Op basis van deze cijfers laat de ketenzorg vooralsnog geen overschrijding zien. In het voorjaar 2012 krijg ik echter pas meer duidelijkheid wat de werkelijke omvang is van de overschrijding huisartsenzorg en ketenzorg.

#### Vraag 8 en 9

Wat zouden huisartsen moeten doen om de overschrijdingen van het kader voor huisartsenzorg zo klein mogelijk te houden? Welke zorg zouden zij wat u betreft minder moeten aanbieden?

Vindt u in dit verband de oproep van de ledenraad van de Landelijke Huisartsen Vereniging om de verrichtingen in het kader van modernisering en innovatie, zoals kleine chirurgische ingrepen, te beperken, een adequate maatregel? Zo ja, vindt u dat nog steeds, als blijkt dat patiënten daardoor weer naar het duurdere ziekenhuis gaan? Zo nee, welk alternatief reikt u de huisartsen dan aan, om de verwachte budgetoverschrijding voor 2011 te beperken?

#### Antwoord 8 en 9

Er zijn verschillende manieren om te zorgen dat kaders zo min mogelijk worden overschreden. Dit kan bijvoorbeeld zowel door gepast zorggebruik als door scherpere prijzen bij de zorginkoop.

De LHV en ik zijn er beide van overtuigd dat het voorkomen van nieuwe overschrijdingen de beste remedie is. Gezamenlijk met de LHV, maar ook met andere partijen, wil ik bekijken hoe wij deze mogelijke overschrijding kunnen redresseren door het structureel verlagen van de zorguitgaven, bijvoorbeeld door substitutie van de tweede naar de eerste lijn. Mogelijk kan hierdoor verschuiving plaatsvinden van dure naar goedkope zorg. De financiële ruimte die hierdoor mogelijk ontstaat wil ik gebruiken om een eventuele overschrijding in het huisartsenkader op te vangen.

Mijn intentie is om een nieuwe tariefkorting in de huisartsenzorg zo veel mogelijk te voorkomen. Het is een gezamenlijk uitdaging om aan te tonen welke substitutie effecten te realiseren zijn. Dan kunnen we het gesprek voeren over wat het budget is dat beschikbaar is voor substitutie. Het budget dient uiteindelijk zorg te volgen.

Zoals u in mijn brief van 16 december over Huisartsenzorg hebt kunnen lezen heb ik de huisartsen een handreiking gedaan. Hiermee is de tariefmaatregel verlaagd met € 14 miljoen. Ik wil een duidelijk signaal afgeven aan de sector, waarmee ik benadruk hoe belangrijk ik de huisartsenzorg in ons zorgstelsel vind. Daarbij spreek ik ook de hoop en verwachting uit dat huisartsen niet massaal voor kleine verrichtingen gaan doorverwijzen naar het ziekenhuis en dat de ingezette activiteiten rondom ketenzorg worden doorgezet.

Vraag 10

Wat doet u om het overleg met de huisartsen en medisch specialisten vlot te trekken, teneinde kwalitatief goede, maar relatief goedkope ketenzorg voor chronisch zieken te organiseren?

Antwoord 10

De LHV heeft aangegeven dat zij graag verder in gesprek wil over hoe zij de zorg in de buurt willen vormgeven. Daarnaast zal ik de LHV ook blijven uitnodigen aan te sluiten bij de reeds lopende gesprekken over een bestuurlijke agenda rondom zorg en ondersteuning in de buurt. Ketenzorg voor chronisch zieken, maar ook substitutie en de mogelijkheden voor een apart budget voor substitutie, zullen onderdeel zijn van de gesprekken over de bestuurlijke agenda. Bij deze gesprekken zal ik ook vertegenwoordigers van ziekenhuizen en medisch specialisten betrekken. Gezamenlijk zullen businesscases worden uitgewerkt en moet een monitoringsysteem opgezet worden.