

Vergaderjaar 2012–2013

**29 689**

## **Herziening Zorgstelsel**

**Nr. 418**

### **BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT**

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal  
Den Haag, 9 oktober 2012

Op 5 juli 2012 heeft de Kamer de regering verzocht (motie Voortman, Tweede Kamer 2011 – 2012, 29 689, nr. 406) om een kabinetsreactie op het onderzoek van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) naar taakherschikking, zodat het volgende kabinet daarover spoedig besluiten kan nemen. In deze brief geef ik deze reactie. Ik zal eerst de strekking van dit advies weergeven. Vervolgens zal ik mijn overwegingen en reactie geven bij de twee onderdelen van dit advies (taakherschikking in de tweedelijns somatische zorg en in de curatieve geestelijke gezondheidszorg).

Taakherschikking heeft primair tot doel het proces van zorgverlening doelmatiger te organiseren teneinde ook de bestaande capaciteit beter te benutten en een antwoord te geven op de toekomstige stijgende en steeds veranderende zorgvraag en capaciteitstekorten aan te pakken. Met de wijziging in de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) is een belangrijke belemmering weggenomen om taakherschikking te realiseren. Op basis van deze wijziging kunnen andere dan de beroepsgroepen artsen, tandartsen en verloskundigen aangewezen worden zelfstandig voorbehouden handelingen zelfstandig te indiceren en uit te voeren. De verpleegkundig specialist en de physician assistant zijn de eerste beroepsgroepen die hierdoor bevoegd zijn zelfstandig voorbehouden handelingen te indiceren en uit te voeren en dus een groter deel van een dbc danwel een gehele dbc zelfstandig kunnen uitvoeren.

Tevens heb ik samen met mijn collega van het ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap het aantal opleidingsplaatsen voor de opleiding tot verpleegkundig specialist en de opleiding tot physician assistant uitgebreid van 400 naar 700 opleidingsplaatsen per jaar.

#### **Advies taakherschikking NZa**

In december 2011 heeft de NZa een advies uitgebracht over taakherschikking in de tweedelijns somatische zorg en curatieve geestelijke gezondheidszorg 1). De NZa heeft in dit advies een inventarisatie gedaan

van de financiële belemmeringen voor taakherschikking binnen de tweedelijns zorg.

In haar inventarisatie constateert de NZa één mogelijk financiële belemmering in de bekostiging en twee mogelijke financiële belemmeringen in de regelgeving voor de tweedelijns somatische zorg. De belemmering in de bekostiging betreft de aanwezigheid van een maximum voor het kostendeel van een tarief in het gereguleerde segment. De belemmeringen in de regelgeving betreffen het niet mogen openen van een dbc's door een niet-poortspecialist en de verplichting tot een face-to-face contact met een poortspecialist. Het advies van de NZa is om voor de somatiek het recht om zelfstandig dbc-zorgproducten te openen en te sluiten uit te breiden voor de beroepsgroepen die zijn opgenomen via artikel 36a van de Wet BIG: verpleegkundig specialisten en physician assistants. Ook adviseert de NZa het face-to-face criterium uit te breiden met deze beroepsgroepen.

De NZa constateert geen financiële belemmeringen voor taakherschikking in de curatieve geestelijke gezondheidszorg

### **Tweedelijns somatische zorg**

De door de NZa geschetste belemmeringen hebben betrekking op het zelfstandig declareren van een behandeling in de tweedelijns somatische zorg. Ik ambieer samen met de alle betrokken branchepartijen het eindperspectief, waarin de verpleegkundig specialist en de physician assistants zelfstandig dbc's kunnen declareren. De door de NZa geschetste belemmering betekent niet dat taakherschikking op dit moment niet mogelijk is. De verpleegkundig specialist en de physician assistant kunnen dankzij de wijzigingen in de Wet BIG binnen een dbc zelfstandig handelingen indiceren en uitvoeren die voorheen voorbehouden waren aan artsen. De huidige bekostigingsregelgeving vereist nu nog wel dat in het zorgtraject de patiënt contact heeft met de medisch specialist en dat de declaratie van de dbc door de medisch specialist wordt gedaan. Ik zie de aanpassing van de regelgeving rond de bekostiging, conform advies NZa, als de volgende stap in het proces. Een besluit hierover vind ik niet passend binnen de demissionaire status van het huidige kabinet en laat ik over aan een volgend kabinet.

Op dit moment, maar ook de komende periode, worden er in het veld verschillende onderzoeken gedaan naar taakherschikking. Samen met de vereniging van Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland, Nederlandse Associatie Physician Assistants en de Orde van Medisch Specialisten wordt gekeken of deze onderzoeken aansluiten bij de informatiebehoefte die bij mij en de genoemde branchepartijen bestaat. Het is met name van belang om te onderzoeken waar de verpleegkundig specialisten en de physician assistants worden ingezet in het zorgtraject, zodat ook de financiële effecten beter inzichtelijk gemaakt kunnen. Ik verzoek de NZa deze financiële effecten te monitoren en hierover te rapporteren begin 2013.

### **Curatieve geestelijke gezondheidszorg**

De NZa constateert dat er binnen de curatieve geestelijke gezondheidszorg geen onderscheid is te maken tussen zorgverleners op basis van de bekostiging of op basis van regelgeving. Er zijn volgens de NZa geen financiële belemmeringen voor taakherschikking. De NZa merkt daarbij op dat zorgverzekeraars op basis van kwaliteitsgronden de groep behandelaars die dbc's kunnen openen, de zogenaamde «hoofdbehandelaars,» beperken.

Ook in de geestelijke gezondheidszorg is het wenselijk om taakherschikking te stimuleren, daar waar dit de doelmatigheid en kwaliteit van de zorgverlening verhoogt. Ik verwacht van verzekeraars dat zij inzetten op het inkopen van doelmatige en kwalitatief hoogwaardige zorg. In het Verslag Algemeen Overleg Arbeidsmarkt van 7 juni 2012 heb ik naar aanleiding van de motie van mevrouw Uitslag van het CDA opgemerkt dat Zorgverzekeraars Nederland te kennen heeft gegeven dat het beleid van zorgverzekeraars om verpleegkundig specialisten als hoofdbehandelaar te weren niet meer houdbaar is. Zorgverzekeraars Nederland zal dit met haar leden opnemen. Het is uiteraard aan zorgverzekeraars zelf om te bepalen hoe zij hun beleid vormgeven.

Bij taakherschikking is het van belang dat helder is wat de competenties zijn van de verschillende beroepsbeoefenaren en wie welke rol speelt in de zorgverlening. In dat kader wil ik wijzen op het onderzoek van de Inspectie Gezondheidszorg (IGZ) over het hoofdbehandelaarschap, uitgevoerd naar aanleiding van de casus Europsyche (bijlage bij Tweede Kamer 29 689, 397). De IGZ vraagt daarin aandacht voor het feit dat het hoofdbehandelaarschap in de geestelijke gezondheidszorg nog onvoldoende scherp gedefinieerd is. De IGZ verzoekt in dat kader «tot het bij wet of veldnorm definiëren van het begrip hoofdbehandelaar in de tweedelijns ggz, in de zin van kwalificatie van de betreffende beroepsbeoefenaar, vanuit het perspectief van veiligheid en kwaliteit van zorg.» Verder verzoekt de IGZ «tot het bij wet of veldnorm vaststellen van de eisen waaraan adequate invulling van het hoofdbehandelaarschap in de tweedelijns ggz moet voldoen» (uit: notitie Europsyche, bijlage bij de brief aan de Tweede Kamer over de situatie bij Europsyche van 25 juli 2012). Ook de veldpartijen zien het belang van een nadere definiëring van het hoofdbehandelaarschap in. Daarom is in het op 18 juni 2012 gesloten bestuurlijk akkoord «toekomst ggz 2013–2014» afgesproken dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders landelijk in 2012 criteria afspreken waaronder taakherschikking en taakdelegatie plaatsvindt en wat de rol van de hoofdbehandelaar is (mede in het licht van de verlengde arm constructie in de bekostiging). Het streven daarbij moet zijn dat de zorg steeds geboden wordt door de hulpverlener die daartoe het best geëquipeerd is en die de zorg het meest doelmatig kan bieden. Ik heb de IGZ en de veldpartijen verzocht om het ontwikkelen van een veldnorm voor het hoofdbehandelaarschap voortvarend op te pakken. Zij hebben te kennen gegeven dat te zullen doen, waar ik erg blij mee ben. De relevante beroepsgroepen worden bij deze veldnorm betrokken, waaronder Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN) om de rol van verpleegkundig specialisten in de zorgverlening te belichten. Met het tot stand komen van deze veldnorm kan een belangrijke stap gezet worden in de borging van de kwaliteit in de geestelijke gezondheidszorg. Het is mijns inziens van belang dat de NZa er voor zorgt dat ook de declaratieregels bij deze veldnorm aansluiten. Ook acht ik het van belang dat verzekeraars rekening houden met deze veldnorm bij het vormgeven van hun beleid. Ik zal regelmatig nagaan wat de stand van zaken is.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
E. I. Schippers

1) Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer