

Vergaderjaar 2008–2009

29 247

Acute zorg

Nr. 95

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 13 juli 2009

Aanleiding

Op 22 december jongstleden heb ik u mijn brief «de patiënt centraal door omslag naar functionele bekostiging» gestuurd (Kamerstuk 29 247, nr. 84). Hierin heb ik aangegeven dat het verbeteren van de kwaliteit van zorg voor de chronische patiënt voor mij een prioriteit is. Een essentieel onderdeel hiervan is het stimuleren van ketenzorg.

Om patiënten gezonder te laten te leven en daarmee de gezondheidswinst te vergroten, is het van groot belang om de integrale benadering van de zorg voor patiënten met chronische ziekten te ondersteunen en verder uit te bouwen. Integrale zorgverlening betekent dat er niet vanuit een reactief perspectief, maar veel meer vanuit een pro-actief perspectief zorg wordt verleend. Empowerment van de patiënt zal meer moeten worden gestimuleerd en ontwikkeld zodat de patiënt centraal staat in de behandeling en actief deelneemt aan het zorgproces. In de brief wees ik er ook op dat bij ongewijzigd beleid niet alleen de kosten van de totale gezondheidszorg nog verder zullen toenemen, maar dat het verschil in gebruik en kosten tussen de tweedelijnszorg en de eerstelijnszorg nog groter zal worden. Zo zorgt demografische samenstelling van de Nederlandse bevolking voor een forse groei van het aantal patiënten dat lijdt aan chronische aandoeningen. Op basis van demografische ontwikkelingen, medisch technologische ontwikkelingen (meer mensen leven met aandoeningen die vroeger fataal waren), en ontwikkelingen in leefstijl (met name obesitas) wordt bijvoorbeeld verwacht dat 1,3 miljoen mensen in 2025 diabetes type 1 of type 2 hebben.¹ Dit is een toename van 35% in 15 jaar tijd.

Functionele bekostiging is voor zorgaanbieders een stimulans om de zorg samenhangend te organiseren rondom de zorgvraag van de patiënt. Experimenten met diabeteszorg laten zien dat diabetespatiënten bij goede zorgverlening 50% minder kans op hartfalen, gemiddeld 50% minder amputaties, bijna 20% minder ziekenhuisopnames, 30% minder beroertes

¹ RIVM 2009; Diabetes tot 2025, preventie en zorg in samenhang.

en ca. 20% minder kosten hebben dan diabetici zonder adequate behandeling. Ook zijn veelvoorkomende complicaties, zoals chronisch hartfalen, een hartinfarct en herseninfarct met tientallen procenten teruggebracht (zie bijlage 1). Ook bij initiatieven rondom hartfalen zijn dergelijke resultaten bekend. Deze ontwikkelingen leveren daarmee een betere kwaliteit van zorg op, terwijl juist daardoor ook kosten kunnen worden bespaard.¹

Ik informeer u hierbij, op grond van artikel 8 van de Wet Marktordening Gezondheidszorg (WMG), over de zakelijke inhoud van mijn voornemen tot het geven van een aanwijzing inzake de invoering bekostiging ketenzorg en de wijzigingen in het bekostigingssysteem huisartsenzorg per 2010. Overeenkomstig genoemd artikel zal tot het geven van deze aanwijzing niet eerder worden overgegaan dan nadat dertig dagen zijn verstreken na verzending van deze brief. Dat biedt de gelegenheid om zoals tijdens het AO van 24 juni jl. afgesproken nog in september hierover te debatteren.

Tevens wil ik u verwijzen naar mijn antwoorden op het schriftelijk overleg die ik u op 27 maart (29 247, nr. 88) toestuurde. In deze schriftelijke antwoorden heb ik al enige toelichting gegeven op de plannen die ik heb per 2010. Verder wil ik u ook verwijzen naar de brief die ik de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) stuurde op 22 april jongstleden, waarin ik mijn reactie gaf op drie rapporten van de NZa (Kamerstuk 29 247, nr. 89). Het betrof de «Monitor Huisartsenzorg», het kostenonderzoek huisartsenzorg en de visie functionele bekostiging: de vier niet-complexe chronische zorgvormen.

Deze voorhangbrief zal wat betreft uitgangspunten en opvattingen een zekere overlap hebben met voornoemde brieven. Ik vind het echter van belang dat – ook in deze brief – de samenhang en de integrale visie opnieuw geschetst wordt om te volgen waarom ik kies voor de volgende wijzigingen per 2010. Deze visie is in bijlage 1 beschreven. Het gaat om de volgende punten.

- a. Naar betere kwaliteit van zorg
- b. Best practices
- c. Verkeerde prikkels in het systeem
- d. Naar ketenbekostiging in de zorg
- e. Effecten door introductie vier keten-DBC's

Aanwijzing ex WMG: ketenbekostiging en huisartsenbekostiging per 2010

Om de in bijlage 1 en de bovengenoemde beleidsbrieven doelstellingen te behalen zijn de volgende wijzigingen in de bekostigingssystematiek per 2010 noodzakelijk.

1. Invoering keten-DBC's voor meer integrale zorgverlening

Per 1 januari 2010 invoering keten DBC's voor vier chronische aandoeningen (COPD, Diabetes, Hartfalen en CVR (Cardio Vasculair Risicomanagement))

2. Wijziging bekostiging huisartsgeneeskundige zorg per 2010

Het streven is naar een zo goed mogelijk op loon naar prestatie gerichte bekostiging van de huisartsgeneeskundige zorg te komen, die duurzaam en tegelijkertijd macro- economisch beheersbaar is. De bekostigingsstructuur per 2010 is in deze brief nader uitgewerkt.

¹ Of zoals President Obama het voor de Amerikaanse gezondheidszorg formuleerde: «saving lives and costs».

Zoals ik in mijn brief «de patiënt centraal door omslag functionele bekostiging» ook schreef is het jaar 2010 een tussenstap op weg naar een integraal eindplaatje. Ik ben voornemens per 2011 verdere stappen te zetten in het bekostigingssysteem. Na advies van de NZa en in overleg met partijen informeer ik u in het voorjaar 2010 over mijn verdere plannen.

Ad. 1: Aanwijzing inzake invoering keten-DBC's voor meer integrale zorgverlening

De volgende met de veldpartijen afgestemde beleidsrandvoorwaarden voor de invoering van keten-DBC's gelden.

Beleidsrandvoorwaarden voor de keten-DBC's

1. Het opheffen van de «verticale» versnippering van de patiënt (tussen verschillende beroepsbeoefenaren, en tussen 1e en 2e lijn) moet niet leiden tot een «horizontale» versnippering van de patiënt in vele individuele, ziektespecifieke zorgproducten.
2. Partijen verwachten dat het aanbieden van meerdere ketens tegelijkertijd in één organisatorisch verband efficiëntievoordelen zal hebben ten opzichte van het separaat organiseren van de ketens. Ik verwacht dat dit spontaan tot integratie zal leiden, die – omdat dat niet «van boven» wordt opgelegd – vanuit gezonde inhoudelijke en bedrijfsmatige overwegingen tot stand komt.
3. Het toekomstige individuele, ziektespecifieke zorgaanbod blijft beperkt tot die aandoeningen die zinvol separaat zijn te omschrijven én te bekostigen en waarbij het aannemelijk is dat een dergelijke bekostiging tot kwaliteits- en doelmatigheidswinst zal leiden.
4. De hoofdcontractant van een keten DBC dient ook over de competenties te beschikken (c.q. deze competenties te hebben gecontracteerd) om basis huisartsgeneeskundige zorg en/of andere keten DBC's aan te bieden. De hoofdcontractant hoeft deze zorg niet per se zelf aan te bieden – er worden geen verplichte organisatievormen opgelegd.
5. Het streven is de beleidsregels zodanig te formuleren dat het realiseren van ketenzorg maximaal mogelijk wordt gemaakt met minimale administratieve lastendruk en minimale beperking van vrijheidsgraden voor ketenaanbieders, professionals, verzekeraars en patiënten om hoogwaardige kwaliteit zorg zo doelmatig mogelijk te realiseren.
6. Aandacht voor effecten van (te grote) marktmacht is essentieel. Dat is belangrijk voor de noodzakelijke keuzevrijheid van patiënten en verzekeraars in de regio. Zowel de NZa als de NMA hebben deze thema's geagendeerd. Gegeven het belang dat ik hecht aan samenwerking in de zorg en ondersteuning zal ik de toezichthouders vragen hun toezichts- en handhavingskaders zoveel mogelijk te expliciteren om waar mogelijk de onduidelijkheden voor het veld weg te nemen. Daarbij zal ik hen ook vragen om bij veel voorkomende samenwerkingsvormen in de zorg, zoals samenwerking nodig om continuïteit in 24-uurszorg te garanderen, samenwerking rondom onderzoek en ontwikkeling of voor het leveren van ketenzorg en samenwerking in zorggroepen, zo concreet mogelijk aan te geven wat wel en niet is toegestaan. Ik ondersteun, ook in lijn met het advies van de Commissie verticale integratie, het initiatief van de NMA om de richtsnoeren voor de zorgsector aan te vullen van harte.
7. 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 zorg niet onder de Zvw valt. Het is niet automatisch zo dat de zorg in de zorgstandaard tot het verzekerd pakket zou moeten behoren. Het in het verzekerd pakket opnemen van de zorg die volgens de zorgstandaard nodig is voor het leveren van kwalitatief goede chronische zorg blijft een verantwoorde-

lijkheid van de minister van Volksgezondheid. Daarbij zal als gebruikelijk rekening moeten gehouden met doelmatigheid, effectiviteit en budgettaire inpasbaarheid. Uiteraard heeft het CVZ hierbij ook een belangrijke adviserende taak. Voor diabeteszorg valt bijvoorbeeld het onderdeel fysiotherapie van de gecombineerde leefstijlinterventie en podotherapie geleverd door een podotherapeut niet onder de Zvw. Vermoedelijk zal dit ook opgaan voor een of meer andere chronische aandoeningen. De NZa zal eind 2011 een monitor uitbrengen over de effecten van de introductie van de vier keten-DBC's per 2010. Ik zal u rond diezelfde periode informeren over deze monitor, waarbij ik dan tevens nader zal ingaan hoe de zorgstandaarden zich verhouden tot het verzekerd pakket. Communicatie is hierbij van groot belang. Daarbij merk ik op dat de zorg zoals huisartsen die plegen te bieden voor een van deze chronische aandoeningen en via de keten-DBC zal worden gecontracteerd, buiten het eigen risico valt.

Keten DBC's per 1 januari 2010

In de visie «functionele bekostiging: vier niet-complexe chronische zorgvormen» stelt de NZa dat de aanwezigheid van een door eerste- en tweedelijnszorgaanbieders en door patiëntenverenigingen geaccrediteerde zorgstandaard vanwege redenen van kwaliteit noodzakelijk is bij de invoering van de vier ketens chronische zorg. De NZa concludeert op basis daarvan dat alleen voor diabeteszorg en cardiovasculair risicomanagement per 2010 keten-DBC's kunnen worden ingevoerd.

Ik deel de mening van de NZa dat zorgstandaarden van groot belang zijn voor de hier beschreven ontwikkelingen. Een «definitieve» zorgstandaard is echter niet de enige manier om minimumkwaliteit te garanderen. Vooruitstrevende zorgaanbieders en verzekeraars die aan de gang willen met integrale zorg voor deze aandoeningen willen we niet afremmen. Ik zal er voor zorgdragen dat in ieder geval voor COPD op uiterlijk 1 september een concept zorgstandaard gereed is of een vergelijkbaar document op basis waarvan de betrokken veldpartijen vinden dat verantwoorde contractering van deze ketenzorg mogelijk is. In september zal ik nader bezien of het in 2010 realiseren van een keten voor hartfalen al dan niet mogelijk is.

Daarbij wil ik benadrukken dat de inhoud van de zorg beschreven zoals in de zorgstandaard altijd in beweging zal zijn. Een zorgstandaard is nooit «af»; het coördinatieplatform zorgstandaarden zal ook weer komen met nieuwe voorstellen om ook de bestaande zorgstandaarden aan te passen en te verbeteren. De zorgstandaard weerspiegelt dus de nieuwste inzichten en ontwikkelingen. De zorgstandaard is bovendien volledig functioneel en geen blauwdruk, daarom geeft deze tegelijk de ruimte voor innovatie en lokale toepassing.

Bekostiging keten DBC's

1. In 2010 kunnen via de keten DBC de kosten van de zorgprofessionals en de organisatiekosten (inclusief ICT) van de zorg voor die betreffende aandoening worden bekostigd. Dit betekent dat bekostiging inclusief de eventuele kosten van de huisarts, praktijkondersteuner huisartsen (POH), nurse practitioner (NP), verpleegkundig specialist, medisch specialist (consultatie, maar ook bijv. oogonderzoek bij diabetes), diëtist en andere professionals is.
2. Geneesmiddelen, diagnostiek en hulpmiddelen vallen nog buiten de keten-DBC bekostiging. Beleidsmatig is het streven om in 2011 integratie van farmaceutische kosten, diagnostiek en hulpmiddelen in de ketens te realiseren. Dit zal zo spoedig mogelijk nader onderzocht worden en de TK wordt daarover in het voorjaar 2010 geïnformeerd.

De invoering van de farmaceutische kosten per 2011 loopt synchroon met mijn voornemens de tarieven en de prestaties voor de farmacie verder te flexibiliseren.

3. De inrichting van de keten verloopt volgens de eigen professionele standaarden en inzichten, met de zorgstandaard als voor alle partijen herkenbaar uitgangspunt. De bekostiging betreft alle zorgkosten die direct samenhangen met de betreffende aandoening. Naast de protocolaire, disease management zorg gaat het dus ook om andere met de betreffende aandoening samenhangende zorgvragen, met uitzondering van acute zorgvragen tijdens de ANW uren.
4. De keten-DBC's kennen een vrije prijs, net als nu in de experiment DBC situatie het geval is voor de diabeteszorg. De tarieven en de prestaties die binnen de keten worden afgesproken zoals bijvoorbeeld de vergoeding van deelnemende zorgprofessionals, zijn ook vrij. Alleen de kosten voor zorg welke binnen het verzekerde pakket valt kan ten laste van de zorgverzekeringswet worden gebracht.

Met de komst van de keten DBC's vervallen in principe de bestaande innovatie gelden voor Diabeteszorg, COPD, CVR en eventueel dus ook hartfalen uit de beleidsregel «innovatie» (de zogenaamde «experiment regeling»). Tevens zal de beleidsregel samenwerking t.b.v. geïntegreerde 1e lijnszorgproducten (GES) in de begroting worden afgebouwd naar 50% in 2010 ter voorkoming van dubbele bekostiging. Deze middelen kunnen via de keten-DBC's door betreffende partijen worden ingezet. Afhankelijk van de dan volgende wijzigingen in de bekostiging kan deze beleidsregel in 2011 komen te vervallen. Door de vrije prijs van deze – GES-beleidsregel blijven verzekeraars en aanbieders overigens in staat lokale afspraken te maken, en daarmee recht te doen aan de lokale verschillen in zorgaanbod welke nu door de GES middelen worden gefinancierd. Zo verwacht ik dat dubbele bekostiging wordt vermeden en de zorg die via de nieuwe ketens wordt geleverd, niet meer via de GES-beleidsregel wordt vergoed.

Werkwijze keten DBC's

1. De zorgstandaarden geven bruikbare aanknopingspunten voor wie wel en niet onder de voor deze aandoeningen te definiëren keten-dbc's vallen: de inen exclusiecriteria zoals die in de betreffende zorgstandaard (of onderliggende NHG richtlijnen) zijn gedefinieerd. Ook geven de zorgstandaarden houvast voor de inrichting van de te leveren zorg. Daarbij benadruk ik dat de inhoudelijke beschrijving van de zorgstandaarden altijd in beweging is. Partijen zullen altijd werken aan een verbetering van de zorgstandaarden, omdat de nieuwste inzichten en ontwikkelingen daartoe leiden. De zorgstandaard is bovendien volledig functioneel en geen blauwdruk. Daarom geeft deze tegelijk de ruimte voor innovatie en lokale toepassing. In de beleidsregels zal een en ander zodanig geformuleerd moeten worden dat het veld voldoende vrijheidsgraden heeft om innovaties mogelijk te maken.
2. Uitgaande van punt 1 zal de keten-DBC voor zorg voor patiënten met een chronische aandoening die volgens de zorgstandaarden/richtlijnen zodanig complex is dat medisch-specialistische regievoering noodzakelijk is, worden gesloten en de patiënt naar de medisch specialistische zorg worden verwezen.
3. Zorg welke in het kader van de keten DBC door huisartsen, diëtisten of andere zorgaanbieders wordt geleverd mag (vanzelfsprekend) niet separaat als zitting, consult of losse verrichting worden gedeclareerd. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders zijn verantwoordelijk voor het vermijden van deze vorm van dubbele bekostiging. Daarbij voel ik mij verantwoordelijk per 2010 en 2011 het bekostigingssysteem huisartsen zodanig te wijzigen dat de mogelijkheid voor dubbele bekostiging zoveel mogelijk wordt voorkomen.

4. Een keten DBC mag niet tegelijkertijd open staan met een poliklinische DBC (of enkelvoudige consulten) betreffende dezelfde aandoening.
 - a. Voor de keten DBC diabetes geldt dat ook voor de oogheelkundige screening op DRP (maar *niet* voor de oogheelkundige DBCs indien diabetische retinopathie is geconstateerd)
 - b. Voor de keten DBC CVR geldt dit ook voor poliklinische vervolg DBCs bij CVA en TIA (neurologie), en poliklinische cardiologische DBCs. In deze gevallen mag worden verondersteld dat het risico-management door de medisch specialist wordt verzorgd. Verzekeraars en aanbieders zijn primair verantwoordelijk voor het vermijden van deze vorm van dubbele bekostiging.
5. De keten DBC CVR omvat zorg die al een integraal onderdeel dient te zijn van zorg voor hartfalen patiënten en diabetes patiënten. De DBC CVR kan dus niet tegelijkertijd open staan met de DBC hartfalen of diabetes voor eenzelfde patiënt.
6. Voor de overige mogelijke combinaties wordt geen a priori regelgeving opgesteld. In het geval van co- of multimorbiditeit zal de prijs van de «tweede» (of zelfs derde) DBC vanwege de overlap in werkzaamheden en benodigde infrastructuur naar verwachting fors minder zijn dan de eerste DBC. De verwachting is dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders hier integrale afspraken over maken.
7. Onderdeel van de overgangsregeling (zie hieronder) dient ook te zijn dat daar waar nu reeds diagnostiek als integraal onderdeel van de keten wordt gecontracteerd dat mogelijk blijft.

Prestatie-indicatoren en financiering

1. De zorgstandaarden geven het kader aan op basis waarvan prestatie-indicatoren worden geformuleerd. Aan de hand van de prestatie-indicatoren kan worden vastgesteld wat er met de geleverde zorg bereikt zou dienen te worden. Idealiter gaat het hier om de met de zorg te realiseren *uitkomsten*, maar op de korte termijn wordt gestart met proces-indicatoren (die dan als proxy voor de te realiseren uitkomsten fungeren). Zoals in alle sectoren voert Zichtbare Zorg in nauw overleg met veldpartijen regie op deze ontwikkeling.
2. Aanbieders en verzekeraars wensen prijs-kwaliteit afspraken te maken, waarbij er een relatie is tussen de hoogte van de betaling door de zorgverzekeraar en de geleverde kwaliteit (gemeten a.d.h.v. prestatie-indicatoren) door de aanbieder. De beleidsregel dient het mogelijk te maken het tarief te differentieren naar rato van de daadwerkelijk geleverde kwaliteit.
3. Het registreren van de voor de prestatie-indicatoren benodigde Minimale Data Set op patiëntniveau (vergelijkbaar met de huidige werkwijze in het ZonMw experiment diabeteszorg) wordt door de NZa in een nadere maatregel omschreven. Op basis van deze Minimale Data Set kunnen vanaf 2010 reeds bestaande kwaliteitsindicatoren worden geconstrueerd. Voor de langere termijn kunnen de kwaliteitsindicatoren worden doorontwikkeld, gevalideerd en zo nodig van risicocorrectie (achterstandswijk of niet, leeftijdopbouw populatie, etc) worden voorzien.
4. De NZa zal voor de nadere regels gebruik maken van de bevindingen van Zichtbare Zorg. Zichtbare Zorg spant zich in om in deze zomer met de partijen in het veld een Minimale Data Set vast te stellen die zo goed mogelijk aansluit bij de huidige registraties en primaire processen van huidige ketenaanbieders en reeds gevalideerde indicatoren. Mocht dit niet realiseerbaar zijn, dan zal ik deze zomer een ad hoc set voor 2010 vaststellen in overleg met de meest betrokken partijen en inhoudsdeskundigen. In 2010 kan dan onder regie van Zichtbare Zorg een volledige indicatorenset met bijbehorende Minimal Data Set worden opgeleverd.
5. Met de komst van de Minimale Data Set wordt voorkomen dat er een

wildgroei ontstaat van rapportage-vragen aan zorgaanbieders over geleverde kwaliteit. De Minimale Data Set zal geschikt dienen te zijn om een basisset van prestatie-indicatoren mee te voorzien van gegevens. Het staat partijen natuurlijk vrij om – net als in alle sectoren van de zorg – hieraan *aanvullende* informatievragen te stellen.

6. Zichtbare Zorg is verantwoordelijk voor de realisering van de hier beschreven Minimale Data Set, inclusief totstandkoming van de database, afspraken rondom toegankelijkheid van de data, enzovoort. Uitgangspunt is dat de prestaties op ketenaanbiederniveau publiek toegankelijk dienen te worden om als zinvolle keuzeinformatie te kunnen dienen, en adequate prijs-kwaliteit onderhandelingen mogelijk te maken.

Overgangsmaatregel

Noch zorgverzekeraars, noch aanbieders zijn verplicht om vanaf 1/1/2010 gebruik te maken van de mogelijkheid om keten-DBC's te contracteren. De vereiste organisatorische aanpassingen en zorginhoudelijke kennis zal namelijk niet op deze datum overal hiervoor gereed zijn. Wel is het vanaf 1/1/2010 mogelijk om als ketenaanbieder en als zorgverzekeraar een contract te sluiten voor deze keten-DBC's. Voor aanbieders en verzekeraars die geen gebruik maken van de keten-DBC's per 2010 zal een overgangssituatie worden gecreëerd. Ik kom hier bij ad 2 op terug.

Ad. 2: Huisartsenbesteding

Noodzaak tot verandering huisartsenbesteding

Door de vele maatschappelijke, economische en demografische ontwikkelingen stijgen de zorguitgaven sneller dan de economie groeit en neemt de druk op het zorgstelsel toe. De markt voor huisartsenzorg kent momenteel geen grote personele overschotten of tekorten van huisartsen. Dit kan veranderen door de uittreding van mannelijke fulltime-huisartsen en toetreding van jonge vrouwelijke huisartsen die parttime werken. In combinatie met de vergrijzing kan dit de komende jaren leiden tot een tekort aan huisartsenzorg. Het tekort op de arbeidsmarkt en de groeiende en veranderende zorgvraag dwingen tot arbeidsbesparende werkmethoden, taakdelegatie, meer samenhangende zorg waarmee ook de kwaliteit van de zorg verder verbetert en onnodige kosten worden vermeden. Dit vraagt om een nieuw perspectief op de vormgeving van deze zorg. Partijen zien daarom ook de noodzaak in om te komen tot nieuwe afspraken om de duurzaamheid en solidariteit van het zorgstelsel te kunnen behouden. De eerstelijnszorg heeft een belangrijke taak voor een houdbaar zorgsysteem. De huisartsenzorg heeft door haar generalistische, toegankelijke en persoonsgerichte benadering een spilfunctie voor het leveren van samenhangende zorg met andere zorgaanbieders. De huisarts heeft daarmee een belangrijke taak voor het bij elkaar doen aansluiten van een zorgproces van een patiënt die door verschillende professionals wordt geleverd. Samenhangende, integrale zorgverlening, waarbij de patiënt centraal staat, is noodzakelijk om de kwaliteit van zorg te verbeteren om uiteindelijk onnodige behandeling van duurdere medische specialistische zorg te voorkomen. De poortwachtersrol van de eerstelijns kan en dient te worden versterkt teneinde de kwaliteit van de geleverde zorg te optimaliseren en ook de houdbaarheid van het zorgsysteem te vergroten. Teveel zorg wordt nu nog te duur verleend in een tweedelijns-omgeving, die evengoed of beter in een eerstelijns-omgeving verleend zou kunnen worden.

Ook draagt een verbetering van de zorgverlening in de eerste lijn er toe bij dat de lasten voor de zware intramurale zorg in de AWBZ afnemen

doordat er minder gebruik wordt gemaakt van de zorg in de AWBZ. Kortom: er is noodzaak tot het versterken van de eerste lijn ten einde kwalitatief goede en doelmatige zorg te kunnen leveren aan de patiënt. Deze versterking komt niet «vanzelf»: het vergt een pro-actieve houding van huisartsen en andere zorgaanbieders in de eerste lijn om de eigen professionele doelen te behalen ten einde de patiëntenzorg te verbeteren. Dit betekent een hoge kwaliteit van zorg en patiënten ook laten zien dat goede kwaliteit van zorg wordt geboden.

Daarbij hoort dat het de aanbieders «loont» om kwalitatief goede zorg te bieden. Niet alleen financieel, maar ook in professioneel opzicht: het kunnen leveren van integrale zorg ten einde de gezondheid van de patiënt te zien verbeteren met zo laag mogelijke administratieve lasten.

Uitgangspunten voor een toekomstig bekostigingssysteem 2010 en verder:

1. Te stimuleren en te faciliteren dat zorg rondom daarvoor geschikte zorgvragen (bijv. chronische zorg voor diabetes of COPD), dicht bij huis georganiseerd kan worden in zorgketens, waarbij samenwerking en afstemming het uitgangspunt is.
2. Zorg dicht bij huis organiseren door substitutie tussen zorgaanbieders (bijv. tweedelijns naar eerstelijns) te bevorderen en inzichtelijk te maken.
3. Transparantie te bieden over de geleverde prestaties. Via publieke presentatie van daaraan gelieerde prestatie-indicatoren wordt inzichtelijk of de kwaliteit van zorg daadwerkelijk geboden wordt.
4. De beschikbaarheid van basis huisartsgeneeskundige zorg te ondersteunen (adequate en tijdige zorgverlening).
5. Prestatiegericht te zijn (loon naar prestatie): er is een directe relatie tussen het leveren van kwalitatief goede zorg en beloning. Met «prestatiegericht» wordt ook gerefereerd aan eventuele taakverzwaring of een relatief hoge arbeidsproductiviteit.
6. Recht doen aan lokale verschillen en/of lokale omstandigheden. Hierbij gaat het met name om leeftijdsopbouw en sociaal-economische status van de patiëntenpopulatie.
7. De mogelijkheid te bieden om innovatie of het leveren van extra service (bijv. ruimere openingstijden) of kwaliteit te belonen en daarmee de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg vergroten.
8. Doelmatig zorgverlening te bevorderen die de arbeidsproductiviteit envreugde verhoogt door bijvoorbeeld taakherschikking te stimuleren of ICT-toepassingen mogelijk te maken.
9. De administratieve lasten zo beperkt mogelijk maken.

Om bovengenoemde doelstellingen te kunnen ondersteunen is het van belang een samenhangend functioneel bekostigingssysteem voor de eerste lijn te ontwikkelen, die de gewenste prikkels bevat voor kwalitatief goed en doelmatig handelen. De hierna volgende samenhangende wijzigingen in de huisartsenbekostiging komen hier beter aan tegemoet. Deze wijzigingen kennen twee fases. De eerste fase gaat in per 1 januari 2010. De wijzigingen per 2011 worden de komende periode bepaald in overleg met relevante partijen en wordt mede bepaald op basis van het advies dat de NZa nog zal sturen in het najaar. Ik zal u aansluitend in het voorjaar 2010 informeren over mijn vervolgstappen per 2011.

Aanwijzing ex WMG: bekostiging huisartsgeneeskundige zorg per 2010

De bekostiging huisartsgeneeskundige zorg per 2010 zal in nauwe samenhang met de vier keten-DBC's moeten worden gezien. Daarbij zal een systeem per 2010 een stap moeten maken naar een zo goed mogelijk op loon naar prestatie gerichte bekostiging, die duurzaam en tegelijkertijd

macro- economisch beheersbaar is, en gepaard gaat met beperkte administratieve lasten.

Over een aantal kernpunten zal door de NZa in het najaar worden geadviseerd: de keuze voor een gemengde bekostiging vs. afschaffing van de ongelabelde consulten, bijvoorbeeld. Hetzelfde geldt voor de wens om het inschrijftarief beter te corrigeren voor verschillen in zorgzwaarte. Dit betekent dat in 2010 op het punt van zorgzwaarte en «gemengd systeem» de huisartsenbekostiging nog ongewijzigd blijft.

De wijzigingen in 2010 zijn daarmee vooral gerelateerd aan de introductie van de ketens, het voorkomen van dubbele bekostiging en een vereenvoudiging van de M&I systematiek. Ik wil de mogelijkheden voor differentiatie van het inschrijftarief handhaven, zodat kwaliteit, service en aanvullend aanbod door zorgverzekeraars kan worden beloond. De zogenaamde «14-codes» van de M&I module (vrij te onderhandelen opslagtarieven op het inschrijftarief) zijn hiervoor geschikt. De wijzigingen anticiperen op de definitieve stappen te zetten in 2011.

Het gaat hierbij in 2010 om de volgende wijzigingen in de huisartsenbekostiging:

- De 13-codes (verrichtingen) van de M&I module komen grotendeels te vervallen. Een aantal 13-codes kunnen per 2010 als losse verrichting gedeclareerd worden. Deze verrichtingen worden hieronder beschreven.
- De 14-codes (bedrag per verzekerde) van de M&I module blijven bestaan. De 14 codes zijn vrij te onderhandelen opslagtarieven op het inschrijftarief. De zorgactiviteiten die behoren bij de te vervallen 13-codes kunnen indien wenselijk via de huidige 14-codes van de M&I module worden gecontracteerd en bekostigd als bedrag per verzekerde.
- De POH-module en consulten vervallen. 75% van deze middelen verschuift naar de keten DBCs; de overige middelen zijn beschikbaar via het gedifferentieerd inschrijftarief (de 14-codes). De regeling voor de POH GGZ blijft in 2010 ongewijzigd.
- De herhaalreceptvergoeding zal per 2010 naar het inschrijftarief worden overgeheveld.

Vervallen M&I 13xxx module

A. Verschuiving M&I verrichtingen naar ketens

De volgende M&I verrichtingen kunnen niet meer worden gedeclareerd indien de huisarts participeert in een keten DBC. Gedurende de overgangperiode kunnen deze M&I verrichtingen nog wel worden gedeclareerd door huisartsen die nog niet aan de betreffende keten DBC kunnen deelnemen. Het gaat om de volgende verrichtingen:

13031 COPD-gestructureerde zorg per jaar (huidige M&I)
13004 Longfunctiemeting (= spirometrie) (huidige M&I)
13030 Diabetes – instellen op insuline (huidige M&I)
13029 Diabetes begeleiding per jaar (huidige M&I)

B. Tarieven per eenmalige verrichting

Huisartsen dienen gestimuleerd te worden zich te specialiseren in bepaalde handelingen zoals kleine chirurgische ingrepen of sterilisaties. Deze handelingen, welke geen onderdeel uitmaken van de basis huisartsgeneeskundige zorg, worden bij voorkeur per consult betaald, omdat dit direct tot substitutie vanuit de tweede lijn leidt. Verschillende huidige

M&I-verrichtingen vallen hieronder. De volgende tarieven kunnen vanaf 2010 per verrichting worden gedeclareerd en zullen een vrij tarief kennen:

Aanmeten en plaatsen pessarium
Het tarief chirurgie in geval van cosmetiek
Ambulante compressietherapie bij ulcus cruris
IUD inbrengen/implanteren c.q. verwijderen implanonstaafje MRSA-screening
Oogboring
Postoperatief consult inc. Verwijdering hechtmateriaal, in praktijk
Postoperatief consult incl. verwijdering hechtmateriaal, thuis
Tape
Therapeutische injectie (Cyriax)
Trombosebeen
Varices sclerosering
Chirurgische verrichtingen
Desensibilisatie
Vervanging specialistenbezoek
Palliatieve en intensieve zorg
Huisartsenzorg in verzorgingshuis en maatschappelijke opvang

Euthanasie blijft op dezelfde wijze bekostigd als in het huidige systeem.

C. Vervallen van de overige 13xxx codes verrichtingen...

De middelen voor de overige 13xxx codes blijven beschikbaar, maar kunnen niet meer per verrichting worden gedeclareerd. Via de 14-codes kunnen zorgaanbieders en zorgverzekeraars een contract afsluiten voor zorg die een zwaardere complexiteit kent dan de basis huisartsgeneeskundig zorg (bv ECG of audiometrie) maar nog wel door een professional met huisartsgeneeskundige competenties kan worden geleverd. Het gaat om zorgvragen die bijvoorbeeld specifieke middelen of training vereisen. Het is een zorgaanbod dat – om de administratieve lastendruk te verminderen en ongewenste prikkels te vermijden – niet per verrichting gehonoreerd dient te worden.

Aanbieders en verzekeraars kunnen lokaal afspraken maken over de invulling van deze 14-codes. Deze afspraken kunnen dus gaan om zorg die een innoverend karakter kent of om additionele service of bijzondere kwaliteit te honoreren. Hierbij kan met name worden gewezen op het belonen van adequaat verwijsbeleid en het doelmatig voorschrijven. Zodoende wordt de mogelijkheid vergroot van aanbieders en zorgverzekeraars om – recht doende aan lokale omstandigheden – het huisartsgeneeskundige zorgaanbod kwalitatief hoogwaardig vorm te geven.

Overgangsmaatregel (bedrag per ingeschreven patiënt)

Omdat niet overal per 1/1/2010 keten DBCs aangeboden zullen gaan worden, vind ik een overgangsregeling noodzakelijk die de gevolgen hiervan ondervangt. Deze is specifiek gericht op huisartsen: de overige betrokken zorgaanbieders (zoals de diëtist of de medisch-specialist) hanteren in deze situatie de bestaande bekostigingsmogelijkheden voor deze chronische patiënten.

Daar waar huisartsen nog geen ketenzorg kunnen of willen aanbieden is het onredelijk dat POH middelen voor met name COPD en Diabeteszorg vervallen terwijl er nog geen alternatieve zorgvorm aangeboden kan worden. (Voor de keten DBCs hartfalen en CVR geldt dit bezwaar niet, omdat deze zorg nog nauwelijks als integrale zorg in een eerstelijns-context worden geboden). Huisartsen die zelf niet betrokken zijn bij COPD

en Diabetes ketens, en die wel zelf zorgdragen voor deze categorie patiënten, kunnen voor een overgangperiode van twee jaar (2010 en 2011) een vaste opslag krijgen op het basiszorg inschrijftarief, door de NZa vast te stellen. Bovendien blijven de keten-gerelateerde M&I modules voor deze huisartsen gedurende de overgangperiode beschikbaar via de zogenaamde 14xxx codes.

Mijn insteek is dat vanaf 2012 deze component vervalt en de zorg voor patiënten met chronische aandoeningen die via keten-DBC's bekostigd worden alleen nog maar via deze keten-DBC's te ontvangen is. Alvorens ik hiertoe echter een definitief besluit neem, vraag ik de NZa om in haar uitvoeringstoets een advies op te nemen over de bekostiging van chronische zorg door huisartsen die niet in de ketenzorg kunnen of willen deelnemen.

De precieze overgangsmaatregel zal door de NZa worden ontworpen, inclusief de definitieve vaststelling van de betreffende maximumtarieven.

Variabilisering inschrijftarief

De economische teruggang waarmee het kabinet wordt geconfronteerd maakt ingrijpende maatregelen in de gezondheidszorg noodzakelijk. Ik zal de NZa in de aanwijzing verzoeken om het huisartsenkader in 2010 met € 60 mln te verlagen en dit bedrag in 2011 ter beschikking te stellen voor de beloning van doelmatig voorschrijven.

In de gehele zorg wordt toegewerkt naar het inzichtelijk maken van de kwaliteit. Via prestatie-bekostiging ontstaat een directe relatie tussen het leveren van kwalitatief goede zorg en beloning. De LHV heeft herhaaldelijk aangegeven dat doelmatig voorschrijven van geneesmiddelen door de huisarts tot besparingen kan leiden. In de praktijk worden door zorgverzekeraars ook al afspraken gemaakt hierover met huisartsen. Doelmatig voorschrijven zie ik als één van de mogelijkheden om beoogde prestatiebeloning vorm te geven. In dat verband wil ik de mogelijkheid creëren om bovenop het inschrijftarief doelmatig voorschrijven te belonen. Hiertoe zal € 60 mln binnen het bestaande huisartsenkader beschikbaar worden gesteld. Gezien de eerder genoemde crisis en de tekorten op de begroting zie ik mij echter genooddaakt om de financiële tegemoetkoming die met doelmatig voorschrijven in 2010 is gemoeid, in 2011 uit te betalen. Voor de doelmatig voorschrijvende huisartsen zal per saldo vanaf 2011 geen korting resteren.

Prestatie-indicatoren en financiering

1. Voor alle onderdelen van de huisartsgeneeskundige zorg geldt dat transparantie over de geleverde *kwaliteit* zwaarder op de agenda komt te staan. Idealiter gaat het hier om de met de zorg te realiseren *uitkomsten*, maar op de korte termijn wordt gestart met voornamelijk proces-indicatoren (die dan als proxy voor de te realiseren uitkomsten fungeren). Zoals in alle sectoren voert Zichtbare Zorg in nauw overleg met veldpartijen regie op deze ontwikkeling.
2. Voor de basis huisartsgeneeskundige zorg dient over deze prestatie-indicatoren vanaf 1/1/2011 publiek te worden gerapporteerd.
3. Voor individuele verrichtingen en/of plusmodules zijn prestatie-indicatoren aangewezen indien het relevante zorgvolumes betreft, en kwaliteitsmeting mogelijk en zinvol is. Deze overwegingen dienen in de ontwikkeling van prestatie-indicatoren voor de huisartsgeneeskundige zorg te worden meegenomen.

Ik vertrouw erop u hiermee voldoende te hebben geïnformeerd.

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

Naar betere kwaliteit van zorg

Cijfers wijzen uit dat de zorgkwaliteit in het geval van chronische zorg in Nederland achterblijft bij de verwachtingen of eisen die eraan zouden mogen worden gesteld. Zo heeft 20% van de COPD patiënten «verborgen» hartfalen en is er overgebruik van antidepressiva bij licht depressieve patiënten, terwijl ernstig depressieven juist onderbehandeld worden. Deze achterblijvende kwaliteit op het gebied van vroegsignalering, secundaire preventie en begeleiding zorgt voor vermijdbaar gezondheidsverlies bij patiënten en daardoor tot onnodig veel kosten in de tweedelijnszorg. Dit wordt nog eens versterkt door afstemmingsproblemen binnen de eerstelijnszorg (huisartsen, diëtisten, fysiotherapeuten, psychologen etc.) en tussen de eerste- en tweedelijnszorg.

Best practices

Best-practices in Nederland en in het buitenland tonen aan dat het echt beter kan. Zo blijkt laagdrempelige begeleiding van hartfalenpatiënten in de thuissituatie te 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. Ook in Nederland worden in voorloperregio's dergelijke resultaten geboekt, waarover de eerste publicaties binnenkort zullen verschijnen

Verkeerde prikkels in het systeem

Het systeem van bekostigen levert een aantal belangrijke belemmeringen voor het verbeteren en versterken van de eerstelijnszorg:

- De bekostiging is *versnipperd* en *aanbodgericht* in plaats van gericht op de cliënt en daardoor zeer gefragmenteerd. Dit remt in belangrijke mate de samenwerking, de kwaliteit en doelmatig van de zorgverlening.
- Dezelfde zorg wordt op *verschillende plaatsen* geboden en op *verschillende manieren bekostigd*³. Dit remt substitutie van de duurder tweedelijnszorg naar goedkopere eerstelijnszorg. Omdat inhoudelijke labeling veelal ontbreekt, bestaat het risico dat verzekeraars met (desondanks) vooruitstrevende eerstelijns zorgaanbieders dezelfde prestatie dubbel financieren⁴. Zo wordt de beoogde substitutie naar de goedkopere eerstelijnszorg nog verder tegengegaan.
- Risicoverevening: 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 en zal in 2011 worden overgeheveld naar het B-segment. 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 tweedelijns. Overigens geldt ook voor het A segment dat de ex-post risicoverevening de komende jaren zal worden afgebouwd.

De hierboven en reeds eerder beschreven⁵ ontwikkelingen, in combinatie met de getoonde problemen in de huidige eerstelijnszorg, geven aanleiding tot een herziening van de (bekostiging van de) zorg voor chronisch zieke patiënten.

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.

³ Zo kan het voorkomen dat een eerstelijns gezondheidscentrum met alle aanwezige disciplines minstens zo goed, zo niet beter, de zorg aan een diabeet, COPD-, of hartfalenpatiënt kan verlenen als de medisch specialist in het ziekenhuis, maar dat substitutie naar de eerste lijn niet plaatsvindt. Dit wordt in de hand gewerkt doordat de huisarts deze (boven-gemiddeld geavanceerde zorg) moet leveren tegen het inschrijf- plus consulttarief, terwijl de specialist hiervoor een DBC diabetes, COPD of hartfalen mag openen (en dan de patiënt niet eens meer dan tweemaal tien minuten hoeft te zien).

⁴ Dit is bijvoorbeeld het geval als in de tweede lijn voor patiënten een DBC wordt geopend, terwijl voor vergelijkbare zorg in de eerste lijn consulttarieven in rekening worden gebracht.

⁵ Zie ook de visie van de minister:

«Dynamische eerstelijnszorg» (TK 2007-2008, 29 247, nr. 56) en zijn brief «Programmatie aanpak van chronische ziekte» (TK 2007-2008, 31 200 XVI, nr. 155).

Naar ketenbekostiging in de zorg

Om demografische ontwikkelingen op te vangen, is het van belang dat alle (systeem)ontwikkelingen het proces rondom de zorgvraag gaan faciliteren. De bekostiging zal beter daarop aan moeten sluiten. Als eerste stap zullen per 1 januari 2010 vier keten DBCs voor vier chronische aandoeningen (COPD, Diabetes, Hartfalen en CVR) worden ingevoerd. De keuze voor de aandoeningen is gebaseerd op epidemiologische ontwikkelingen, de mogelijkheden tot optimalisatie van geleverde kwaliteit van zorg, en de aanwezigheid/realiseerbaarheid van zorgstandaarden.

In de praktijk betekent dit dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars een bepaalde prijs afspreken voor de keten-DBC. De zorgaanbieder is dan de hoofdcontractant die het bedrag declareert voor de keten-DBC. De prijs 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 die prijs organiseert de hoofdcontractant de integrale zorg voor de patiënt. Voor het afgesproken bedrag worden dus de kosten van de organisatie, het materiaal etc en vergoeding van de diverse hulpverleners betaald, zoals bijvoorbeeld de huisarts, de diëtist, de longarts of een Praktijkondersteuner huisartsen (POH) of Nurse Practitioner (NP). Deze professionals zijn als het ware onderaannemers en spreken met de hoofdcontractant een bedrag af als vergoeding. Dit betekent dat de prijs «all-inclusive» is dus inclusief de eventuele kosten van een POH, NP, medisch specialist (consultatie, maar ook bijv. oogonderzoek door specialist), diëtist en andere professionals is. De leidraad die gebruikt wordt voor wat er voor de prijs van een keten-DBC wordt geleverd is de zorgstandaard. De zorgstandaard is een standaard die zorgaanbieders en zorgverzekeraars ondersteunt bij het bepalen wat nodig is voor het leveren van goede ketenzorg – zowel zorginhoudelijk als qua procesgang en organisatie. De zorgstandaard is geen blauwdruk die gedetailleerd voorschrijft hoe het zorgaanbod eruit moet zien, maar omschrijft in functionele termen 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. Anders dan medische richtlijnen en protocollen benaderen zorgstandaarden de zorg expliciet vanuit de vraagkant.

Effecten door introductie vier keten-DBC's

De introductie van ketenzorg DBCs voor COPD, Hartfalen, Diabetes en Cardiovasculair Risicomanagement heeft een aantal parallelle consequenties:

I – Kwaliteitswinst resulterend in lagere zorguitgaven per patiënt

- Betere zorg voor met name hartfalen en COPD geeft reductie van het aantal exacerbaties (acute verergeringen waarvoor opname noodzakelijk is)
- Betere zorg voor COPD, hartfalen, diabetes en CVR geeft na 2 tot 3 jaar reductie cardiovasculaire incidenten (hartinfarct, CVA), vermindering overige diabetische complicaties (nierfalen, blindheid), enzovoort.

II – Directe substitutie

- Een deel van de patiënten die nu nog onder regie van een medisch specialist in het ziekenhuis worden behandeld zullen straks onder regie van de hoofdaannemer van de keten-DBC worden behandeld («directe substitutie»; per 1000 patiënten zullen er minder ziekenhuis DBCs geopend worden.
- Ziekenhuis DBCs voor incidentele controles en consulten die straks in

de keten-DBC zijn geïntegreerd gaan vervallen (deze DBCs worden niet meer gecontracteerd; bijv. oogcontrole diabetes, enkelvoudige controle longarts voor COPD).

III – Vermindering uitgaven huisartsen, fysiotherapeuten, diëtisten etc

- Introductie keten DBCs resulteert in afname consulten/zittingen van huisartsen, fysiotherapeuten, diëtisten en overige betrokken eerstelijns professionals (waarvan immers een deel voortaan via de keten worden gefinancierd), aangezien de zorg voor de betreffende chronische zieke patiënten niet meer via deze zittingen/consulten worden gedeclareerd maar via de keten-DBC. Met de komst van de keten DBCs vervallen de bestaande innovatie middelen voor Diabeteszorg, COPD, Hartfalen en CVR uit de beleidsregel «innovatie». Tevens zal de beleidsregel samenwerking t.b.v. geïntegreerde 1e lijnszorgproducten (GES) in de begroting worden afgebouwd naar 50% in 2010.

IV – Komst Keten-DBC's zal aanzuigende werking hebben

- Patiënten die nu niet adequaat behandeld worden zullen in ketens worden geïncludeerd. Dit zal initieel een kostenstijgend effect hebben, dat vervolgens door de kwaliteitswinst weer wordt terugverdiend.