

Vergaderjaar 2010–2011

29 248

Invoering Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's)

L

VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG

Vastgesteld 4 juli 2011

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport¹ heeft in haar vergadering van 28 juni 2011 gesproken over de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 10 juni 2011 over het voornemen tot het geven van een aanwijzing aan de NZa inzake maatregelen huisartsenzorg, logopedie en verloskunde 2012 (Kamerstuknummer 29 248, K).

Naar aanleiding hiervan is aan de minister op 29 juni 2011 een brief gestuurd.

Zij heeft op 1 juli 2011 gereageerd.

De commissie brengt bijgaand verslag uit van het gevoerde schriftelijk overleg.

De griffier van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
Warmolt de Boer

¹ Samenstelling:

Holdijk (SGP), Dupuis (VVD) (vice-voorzitter), Linthorst (PvdA), Putters (PvdA), Slagter-Roukema (SP) (voorzitter), Thissen (GL), Nagel (50PLUS), Hermans (VVD), Koffeman (PvdD), Kuiper (CU), Meurs (PvdA), Quik-Schuijt (SP), Reuten (SP), De Vries-Leggedoor (CDA), Flierman (CDA), Martens (CDA), vac (CDA), Scholten (D66), Backer (D66), M. de Boer (GL), De Lange (OSF), Beuving (PvdA), Vlietstra (PvdA), Popken (PVV), Frijters-Klijnen (PVV), Van Dijk (PVV), De Grave (VVD), Bröcker (VVD) en Beckers (VVD)

BRIEF AAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Den Haag, 29 juni 2011

De commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft in haar vergadering van 28 juni 2011 gesproken over de brief van de minister van 10 juni 2011 over het voornemen tot het geven van een aanwijzing aan de NZa inzake maatregelen huisartsenzorg, logopedie en verloskunde 2012 (Kamerstuknummer 29 248, K).

Het voornemen geeft de leden van de fracties van de PvdA en SP aanleiding tot het maken van de volgende opmerkingen en het stellen van de volgende vragen. De leden van de fracties van D66 en GroenLinks sluiten zich aan bij de vragen van de SP-fractie.

PvdA-fractie

De minister constateert in haar brief over de eerstelijnszorg dat er sprake is van overschrijdingen en dat de eerstelijnszorg 132 miljoen euro moet bijdragen aan de oplossing van deze overschrijdingen. De leden van deze fractie zouden graag een nadere toelichting willen hebben op dit bedrag. Een vervolgvraag is hoe deze korting zich verhoudt tot de wens van de minister om meer zorg in de eerste lijn op te vangen.

SP-fractie

Allereerst hebben de leden van deze fractie een vraag over de voorgenomen tariefmaatregelen logopedisten en verloskundigen 2012. Via een tariefkorting van 6 respectievelijk 10 miljoen euro zullen de overschrijdingen in deze sectoren structureel worden geredresseerd, staat in de voorhangbrief van 10 juni 2011. Waarop is de term structureel gebaseerd? Betekent dat de minister verwacht dat na deze tariefkorting er geen overschrijding meer zal plaatsvinden?

Is er onderzoek gedaan naar de achtergrond van de beide overschrijdingen, vragen deze leden zich af. De kwaliteit van de eerstelijns verloskundige zorg is onderwerp van veel discussie in ons land en verloskundigen zetten alles op alles om die zorg zeker in probleemgebieden (grote steden, achterstandswijken, krimpgebieden) op een hoger plan te brengen. Deze leden vinden daarom een tariefkorting voor verloskundigen een volstrekt verkeerd signaal. Graag ontvangen zij hierop een reactie.

De minister vermeldt in haar brief van 10 juni 2011 dat de hoogte van de overschrijdingen als gevolg van actualisatie van gegevens mogelijk nog zal wijzingen. Wanneer komt daar duidelijkheid over? Ook vernemen zij graag of dat kan betekenen dat de kortingen nog hoger worden. Deze leden hebben daarnaast nog de volgende vragen over de tariefmaatregelen Huisartsen aan de minister.

Huisartsen moeten in totaal een bijdrage leveren van 132 miljoen euro aan de oplossing van de totale Budgettair Kader Zorg problematiek. De korting zal verwerkt worden in de daarvoor geldende tarieven. De minister heeft het over een structurele overschrijding van 45 miljoen euro en een overschrijding op geïntegreerde eerstelijnszorg van 70 miljoen. Deze laatste overschrijding is zeker niet alleen aan de huisartsen toe te schrijven; de minister spreekt in haar brief van een proportioneel aandeel. Graag zien deze leden toegelicht hoe deze overschrijding naar de mening van de minister tot stand is gekomen. De KNMG wijst erop dat deze

overschrijding ook het gevolg kan zijn van een beleid dat is gericht op meer zorg in de eerste- dan in de tweedelijfn.

In 2009 voerde de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport van de Eerste Kamer overleg met de toenmalige minister van VWS over zijn voornemen in de eerste lijn keten-dbc's in te voeren. Achtergrond van dat voornemen was dure tweedelijfnzorg in de goedkopere eerste lijn te organiseren, georganiseerd rondom de patiënt met een bepaalde aandoening, met name met diabetes en COPD. Huisartsen hebben hun uiterste best gedaan deze zorg geïntegreerd aan te bieden, waardoor de diabeteszorg en COPD-zorg in ons land op een hoger plan zijn gekomen. Kwalitatief beter en ook patiëntvriendelijker. Dat heeft veel inspanning gekost en kostte ook geld. Het spaart echter ook geld uit. Heeft de minister daar onderzoek naar gedaan? Destijds wees de vaste commissie voor VWS de minister er op dat naar de mening van de commissie het positieve effect van invoering van keten-dbc's vooral zou liggen op het vlak van kwaliteitsverbetering niet op het punt van kostenverlaging. De leden van de commissie zetten vraagtekens bij de overtuiging van de minister dat invoering de kosten zou doen verlagen. Het is wrang dat de commissie daar 2 jaar na dato al gelijk in krijgt. En nog wranger dat de eerste lijn nu moet bloeden door een taxatiefout van de minister. Graag ontvangen deze leden hierop commentaar.

Deze leden verwachten dat de tariefkorting tot gevolg zal hebben dat de bereidheid van huisartsen om verder te gaan op de weg van geïntegreerde eerstelijfnzorg (uitbreiding met CVR en hartfalen) af zal nemen, waardoor de als positief aan te merken bereidheid van de eerste lijn om tweedelijfnproblemen op te lossen significant zal dalen, met nieuwe (en hogere) overschrijdingen in de tweedelijfn tot gevolg. Een sterke eerste lijn voorkomt dat mensen onnodig in de duurdere tweedelijfn terechtkomen, aldus deze leden. Graag ontvangen deze hierop een reactie van de minister.

In het eerder genoemde overleg werden ook vraagtekens gezet bij de taakstelling doelmatig voorschrijven, omdat de commissie van mening was dat overschrijden bij voorschrijven veel meer te maken heeft met voorschrijven in de tweedelijfn. Hoe ver is de minister met het terugdringen van de kosten met betrekking tot medicatie voorschrijven in de tweedelijfn?

Deze leden vragen wat het effect is van de maatregel op de financiële positie van gezondheidscentra.

Tevens vragen deze leden of de minister verwacht dat huisartsen, geconfronteerd met de korting, nog bereid zullen zijn te investeren in betere bereikbaarheid. Huisartsen hebben aangegeven dat daarvoor uitbreiding van assistentie nodig is. De tariefmaatregel zal eerder een verkleining van assistentie tot gevolg hebben, aldus deze leden. Graag ontvangen zij hierop een reactie.

Ook vragen deze leden hoeveel de huisartsenzorg in de achterliggende jaren (2009–2011) gekort is.

De KNMG maakt zich zorgen over de toegankelijkheid van de zorg. Door deze maatregel wordt huisartsenzorg minder toegankelijk met als gevolg toename van verwijzingen naar de tweedelijfn en ook deze lijn staat aan de voorronde van weer een bezuinigingsronde. Vindt de minister toename van wachtlijsten een gewenst effect van deze maatregelen?

Het lijkt erop dat de minister alleen maar oog heeft voor de kosten en dat ze tekortschiet in het formuleren van een samenhangende visie op de organisatie en financiering van de zorg. Graag ontvangen deze leden op dit punt een toelichting.

De minister deelt in haar brief mee dat de reactietermijn van de Eerste Kamer met betrekking tot deze voorhang is verkort. De aan het woord zijnde leden vinden de argumentatie van de minister hiervoor ondeugdelijk, zeker gezien in het licht van het feit dat de Eerste Kamer zeer onlangs wisselde. Deze leden hechten aan kwaliteit en nemen hun taak serieus. Graag ontvangen zij op dit punt een toelichting.

De commissie ziet uw reactie met belangstelling tegemoet.

Voorzitter van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
T. M. Slagter-Roukema

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Eerste Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 1 juli 2011

Hierbij zend ik u de antwoorden op de vragen van enkele fracties over de voorhang tariefkorting eerste lijn.

Hoogachtend,

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

Inhoudsopgave

- | | | |
|-----|--|---|
| I. | Vragen en opmerkingen vanuit de fracties | 6 |
| II. | Reactie van de minister | 8 |

I. VRAGEN EN OPMERKINGEN VANUIT DE FRACTIES

Vragen en opmerkingen vanuit de **SP-fractie** (de leden van de fracties van **GroenLinks** en **D66** sluiten zich bij deze vragen aan).

Allereerst de voorgenomen tariefmaatregelen logopedisten en verloskundigen 2012.

1

Via een tariefkorting van 6 respectievelijk 10 mln zullen de overschrijdingen in deze sectoren structureel worden geredresseerd, staat in de voorhangbrief van 10 juni 2011. Waarop is de term structureel gebaseerd? Betekent dat de de minister verwacht dat na deze tariefkorting er geen overschrijding meer zal plaatsvinden?

2

Is er onderzoek gedaan naar de achtergrond van de beide overschrijdingen? De kwaliteit van de eerstelijns verloskundige zorg is onderwerp van veel discussie in ons land en verloskundigen zetten alles op alles om die zorg zeker in probleemgebieden (grote steden, achterstandswijken, krimpgebieden) op een hoger plan te brengen. De fractie van de SP vindt daarom een tariefkorting voor verloskundigen een volstrekt verkeerd signaal, graag reactie.

3

De minister vermeldt in haar brief van 10 juni 2011 dat de hoogte van de overschrijdingen als gevolg van actualisatie van gegevens mogelijk nog zal wijzingen. Wanneer komt daar duidelijkheid over? En kan dat betekenen dat de kortingen nog hoger worden?

De SP fractie heeft daarnaast de volgende vragen over de tariefmaatregelen Huisartsen.

1

Huisartsen moeten in totaal een bijdrage leveren van 132 mln aan de oplossing van de totale Budgetair Kader Zorg problematiek. De korting zal verwerkt worden in de daarvoor geldende tarieven. De minister heeft het over een structurele overschrijding van 45 mln en een overschrijding op geïntegreerde eerstelijnszorg van 70 mln. Deze laatste overschrijding is zeker niet alleen aan de huisartsen toe te schrijven, de minister spreekt in haar brief van een proportioneel aandeel. Graag een toelichting hoe deze overschrijding naar de mening van de minister tot stand is gekomen. De KNMG wijst erop dat deze overschrijding ook het gevolg kan zijn van een beleid dat is gericht op meer zorg in de eerste dan in de tweede lijn.

2

In 2009 voerde de commissie VWS van de EK overleg met de toenmalige minister van VWS over zijn voornemen in de eerste lijn keten-dbc's in te voeren. Achtergrond van dat voornemen was dure tweedelijnszorg in de goedkopere eerstelijns te organiseren, georganiseerd rondom de patiënt met een bepaalde aandoening, met name met diabetes en copd. Huisartsen hebben hun uiterste best gedaan deze zorg geïntegreerd aan te bieden, waardoor de diabeteszorg en copd-zorg in ons land op een hoger plan zijn gekomen. Kwalitatief beter en ook patiëntvriendelijker. Dat heeft veel inspanning gekost en kostte ook geld. Het spaart echter ook geld uit.

Heeft de minister daar onderzoek naar gedaan? Destijds wees de commissie VWS de minister er op dat naar de mening van de commissie het positieve effect van invoering van keten-dbc's vooral zou liggen op het vlak van kwaliteitsverbetering niet op het punt van kostenverlaging. De leden van de commissie zetten vraagtekens bij de overtuiging van de minister dat invoering de kosten zou doen verlagen. Het is wrang dat de commissie daar 2 jaar na dato al gelijk in krijgt. En nog wranger dat de eerste lijn nu moet bloeden door een taxatiefout van het ministerie. Graag commentaar.

3

De SP fractie verwacht dat de de tariefkorting tot gevolg zal hebben dat de bereidheid van huisartsen om verder te gaan op de weg van geïntegreerde eerstelijnszorg (uitbreiding met CVR en hartfalen) af zal nemen, waardoor de als positief aan te merken bereidheid van de eerstelijns om tweedelijnsproblemen op te lossen significant zal dalen, met nieuwe (en hogere) overschrijdingen in de tweedelijns tot gevolg. Een sterke eerste lijn voorkomt dat mensen onnodig in de duurdere tweede lijn terechtkomen. Graag een reactie.

4

In het eerder genoemde overleg werden ook vraagtekens gezet bij de taakstelling doelmatig voorschrijven, omdat de commissie van mening was dat overschrijden bij voorschrijven veel meer te maken heeft met voorschrijven in de tweedelijns. Hoever is de minister met het terugdringen van de kosten met betrekking tot medicatie voorschrijven in de tweede lijn?

5

Wat is het effect van de maatregel op de financiële positie van gezondheidscentra?

6

Verwacht de minister dat huisartsen, geconfronteerd met de korting, nog bereid zullen zijn te investeren in betere bereikbaarheid? Ze hebben aangegeven dat daarvoor uitbreiding van assistentie nodig is. De tariefmaatregel zal eerder een verkleining van assistentie tot gevolg hebben. Graag een reactie.

7

Hoeveel is huisartsenzorg in de achterliggende jaren (2009–2011) gekort?

8

De KNMG maakt zich zorgen over de toegankelijkheid van de zorg. Door deze maatregel wordt huisartsenzorg minder toegankelijk met als gevolg toename van verwijzingen naar de tweede lijn en ook deze lijn staat aan de voorronde van weer een bezuinigingsronde. Vindt de minister toename van wachtlijsten een gewenst effect van haar maatregelen?

9

Het lijkt erop dat de minister alleen maar oog heeft voor de kosten en dat ze tekortschiet in het formuleren van een samenhangende visie op de organisatie en financiering van de zorg? Graag een toelichting.

10

De minister deelt in haar brief mee dat de reactietermijn van de EK met betrekking tot deze voorhang is verkort. De SP fractie vindt de argumentatie van de minister hiervoor ondeugdelijk, zeker gezien in het licht van het feit dat de EK zeer onlangs wisselde. Wij hechten aan kwaliteit en nemen onze taak serieus. Graag een toelichting.

Vragen en opmerkingen van de **PvdA-fractie**

De Minister constateert in haar brief over de Eerstelijnszorg dat er sprake is van overschrijdingen en dat de Eerstelijnszorg 132 miljoen moet bijdragen aan de oplossing van deze overschrijdingen. De leden van de PvdA zouden graag een nadere toelichting willen hebben op dit bedrag en een vervolgvraag is hoe deze korting zich verhoudt tot de wens van de Minister om meer zorg in de eerste lijn op te vangen.

II. REACTIE VAN DE MINISTER

Vragen en opmerkingen vanuit de **SP-fractie** (de leden van de fracties van **GroenLinks** en **D66** sluiten zich bij deze vragen aan).
Allereerst de voorgenomen tariefmaatregelen logopedisten en verloskundigen 2012.

1

Via een tariefkorting van 6 respectievelijk 10 mln zullen de overschrijdingen in deze sectoren structureel worden geredresseerd, staat in de voorhangbrief van 10 juni 2011. Waarop is de term structureel gebaseerd? Betekent dat de de minister verwacht dat na deze tariefkorting er geen overschrijding meer zal plaatsvinden?

Met het structureel redresseren van de overschrijdingen wordt bedoeld dat de tariefkorting zal gelden voor de jaren 2012 en verder. De totale beschikbare middelen voor uitgaven logopedie en verloskunde zullen vanaf 2012 en verder met respectievelijk 6 en 10 mln worden gekort.

2

Is er onderzoek gedaan naar de achtergrond van de beide overschrijdingen? De kwaliteit van de eerstelijns verloskundige zorg is onderwerp van veel discussie in ons land en verloskundigen zetten alles op alles om die zorg zeker in probleemgebieden (grote steden, achterstandswijken, krimpgebieden) op een hoger plan te brengen. De fractie van de SP vindt daarom een tariefkorting voor verloskundigen een volstrekt verkeerd signaal, graag reactie.

Verloskunde

Uit de maartcijfers is een overschrijding van € 10 miljoen op het kader verloskunde gebleken (t.o.v. een totale begroting van 164 miljoen euro). Er is in 2010 sprake geweest van een lichte daling van het aantal geboortes en de overschrijding kan dan ook niet zijn veroorzaakt door reguliere verloskundige zorg. De oorzaak daarvoor moet gezocht worden in een toename van het uitgaven aan diagnostische echo's en prenatale screening.

Navraag bij een aantal verzekeraars toont aan dat met name bij de diagnostische echo's sprake is van een (behoorlijke) volumestijging. De KNOV gaf tijdens het gesprek dat mijn ambtenaren met hen hebben gevoerd op 23 juni aan dat beeld wel te herkennen en ook verklaarbaar te vinden. Mede door de aandacht die er de afgelopen tijd geweest is rondom het onderwerp «perinatale sterfte» de maatschappelijke druk op verloskundigen om meer echos te doen toegenomen. In hoeverre dit altijd medisch noodzakelijk is blijft onduidelijk. De KNOV acht het primair een taak voor de zorgverzekeraar om hierop te sturen, maar ziet ook zeker een verantwoordelijkheid voor de beroepsgroep en is bereid om mee te zoeken naar een beter beheersbaar systeem.

In het gesprek met de KNOV is ook uitgebreid stilgestaan bij de stijging van de uitgaven aan prenatale screening. De tariefsaanpassing die de NZa daarvoor per 2010 heeft doorgevoerd had te maken met een «achterblijvend» volume aan prenatale screening (t.o.v. eerdere ramingen). Om het tarief toch kostendekkend te houden is er destijds voor gekozen het tarief te verhogen. Inmiddels wijzen de cijfers van verzekeraars erop dat het volume wel licht stijgt.

Navraag bij de NZa en nadere analyse van het kader verloskunde heeft inmiddels duidelijk gemaakt dat de budgettaire consequenties van deze tariefsverhoging abusievelijk niet zijn verwerkt in het BKZ. De inschatting van de NZa in 2009 was dat de macromeerkosten ca € 6 mln zouden bedragen en ik zal dit bedrag dan ook in mindering brengen op de eerder aangekondigde korting van € 10 mln.

Het overige bedrag van de korting, te weten € 4 mln, handhaaf ik wel gezien de stijging van het aantal echos – waarbij niet duidelijk is hoe doelmatig deze altijd zijn – en het geconstateerde (licht) stijgende volume aan prenatale screening.

Verder zal ik om toekomstige discussies over volumestijgingen in de verloskunde te voorkomen nader in overleg met de KNOV treden over de mogelijkheden voor een beter beheersbaar systeem rondom diagnostische echo's.

Overigens is het van belang om te vermelden dat per 1 januari 2010 de tarieven voor de reguliere verloskunde verhoogd zijn op basis van de uitkomsten van een kostenonderzoek van de NZa uit oktober 2009. Dat onderzoek gaf aan dat de praktijkvoering van verloskundigen de afgelopen jaren sterk is veranderd met als gevolg een hogere werklast voor verloskundigen. Het onderzoek van de NZa heeft destijds geleid tot een tariefaanpassing van 26%. Deze uitkomsten zijn middels drie tranches verwerkt in het Budgettair Kader Zorg (2010/2011/2012), met een totale structurele impact van € 36,6 mln.

Logopedie

Voor logopedie hebben per 2010 geen wijzigingen in de beleidsregels plaatsgevonden die van invloed kunnen zijn op het BKZ. Deze overschrijding betreft dan ook een volumestijging.

3

De minister vermeldt in haar brief van 10 juni 2011 dat de hoogte van de overschrijdingen als gevolg van actualisatie van gegevens mogelijk nog zal wijzigen. Wanneer komt daar duidelijkheid over? En kan dat betekenen dat de kortingen nog hoger worden?

De korting is gebaseerd op cijfers die wij in maart van het CVZ krijgen. Dit zijn de eerste cijfers over 2010. Op latere momenten worden deze cijfers geactualiseerd. Deze actualisaties (die betrekking hebben op de meer volledige schadelastcijfers van verzekeraars) kunnen nog zorgen voor wijzigingen van de gegevens. Echter in de eerstelijnszorg zijn deze wijzigingen in de praktijk beperkt. De juni cijfers die mij inmiddels hebben bereikt bevestigen dit beeld. Ik verwacht dan ook niet dat de kortingen nog hoger zullen uitvallen.

De SP fractie heeft daarnaast de volgende vragen over de tariefmaatregelen Huisartsen.

1

Huisartsen moeten in totaal een bijdrage leveren van 132 mln aan de oplossing van de totale Budgettair Kader Zorg problematiek. De korting zal

verwerkt worden in de daarvoor geldende tarieven. De minister heeft het over een structurele overschrijding van 45 mln en een overschrijding op geïntegreerde eerstelijnszorg van 70 mln. Deze laatste overschrijding is zeker niet alleen aan de huisartsen toe te schrijven, de minister spreekt in haar brief van een proportioneel aandeel. Graag een toelichting hoe deze overschrijding naar de mening van de minister tot stand is gekomen. De KNMG wijst erop dat deze overschrijding ook het gevolg kan zijn van een beleid dat is gericht op meer zorg in de eerste dan in de tweede lijn.

Het aandeel huisartsen in de overschrijding op geïntegreerde eerstelijnszorg wordt 50% verondersteld. Deze overschrijding betreft een toename van het gebruik van de beleidsregel geïntegreerde eerstelijnszorg. Dit kan zowel veroorzaakt worden door een volumemutatie als door het feit dat de tarieven die verzekeraars met aanbieders afspreken zijn toegenomen. De module kan overigens ook worden ingezet voor geïntegreerde eerstelijnszorgproducten die via de keten dbc's gefinancierd kunnen worden.

2

In 2009 voerde de commissie VWS van de EK overleg met de toenmalige minister van VWS over zijn voornemen in de eerste lijn keten dbc's in te voeren. Achtergrond van dat voornemen was dure tweedelijnszorg in de goedkopere eerstelijns te organiseren, georganiseerd rondom de patiënt met een bepaalde aandoening, met name met diabetes en copd. Huisartsen hebben hun uiterste best gedaan deze zorg geïntegreerd aan te bieden, waardoor de diabeteszorg en copdzorg in ons land op een hoger plan zijn gekomen. Kwalitatief beter en ook patiëntvriendelijker. Dat heeft veel inspanning gekost en kostte ook geld. Het spaart echter ook geld uit. Heeft de minister daar onderzoek naar gedaan? Destijds wees de commissie VWS de minister er op dat naar de mening van de commissie het positieve effect van invoering van keten-dbc's vooral zou liggen op het vlak van kwaliteitsverbetering niet op het punt van kostenverlaging. De leden van de commissie zetten vraagtekens bij de overtuiging van de minister dat invoering de kosten zou doen verlagen. Het is wrang dat de commissie daar 2 jaar na dato al gelijk in krijgt. En nog wranger dat de eerste lijn nu moet bloeden door een taxatiefout van het ministerie. Graag commentaar.

Op dit moment doet de Evaluatiecommissie Integrale Bekostiging onderzoek naar de beoogde effecten, de randvoorwaarden en neveneffecten van integrale bekostiging. Op 11 februari 2011 heb ik uw Kamer geïnformeerd over de eerste tussenrapportage en mijn ideeën hierover. Aangezien ontwikkelingen in het veld volop aan de gang zijn, vind ik het te vroeg om over integrale bekostiging een oordeel te geven.

3

De SP fractie verwacht dat de de tariefkorting tot gevolg zal hebben dat de bereidheid van huisartsen om verder te gaan op de weg van geïntegreerde eerstelijnszorg (uitbreiding met CVR en hartfalen) af zal nemen, waardoor de als positief aan te merken bereidheid van de eerstelijns om tweedelijnsproblemen op te lossen significant zal dalen, met nieuwe (en hogere) overschrijdingen in de tweedelijns tot gevolg. Een sterke eerste lijn voorkomt dat mensen onnodig in de duurdere tweede lijn terechtkomen. Graag een reactie.

Zoals in een eerder antwoord aangegeven deel ik de mening dat een sterke basiszorg voorkomt dat mensen onnodig in de duurdere tweede lijn terecht komen. Ik ben het met u eens dat als extra uitgaven in de eerste lijn zorgen voor lagere uitgaven in de tweedelijns, dit moet worden gestimuleerd. Ik ga er niet van uit dat de tariefkorting tot gevolg zal

hebben dat de bereidheid van huisartsen afneemt om verder te gaan met geïntegreerde eerstelijnszorg. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) geeft echter aan dat het werkelijke inkomen van de huisarts hoger is dan het norminkomen dat door de NZa is vastgesteld. De korting moet, naast een impuls om doelmatiger te gaan werken, leiden tot een daling van het werkelijke inkomen van de huisarts, naar een inkomen dat meer in lijn is met de norm. Graag ga ik binnenkort met de eerstelijnszorgaanbieders rond de tafel om samen te bespreken hoe we mijn ambitie, om daadwerkelijk zorg uit de tweedelijns naar de eerstelijns te halen, waar kunnen maken.

4

In het eerder genoemde overleg werden ook vraagtekens gezet bij de taakstelling doelmatig voorschrijven, omdat de commissie van mening was dat overschrijden bij voorschrijven veel meer te maken heeft met voorschrijven in de tweedelijns. Hoever is de minister met het terugdringen van de kosten met betrekking tot medicatie voorschrijven in de tweede lijn?

Doelmatiger voorschrijven is vooral een kwestie van bewustwording bij de artsen creëren. Begin dit jaar is een rapport van Vektis verschenen dat de praktijkvariatie tussen ziekenhuizen in beeld brengt met betrekking tot het vanuit het ziekenhuis medicatie voorschrijven die extramuraal in omloop komt. Daarnaast wordt gewerkt aan een benchmark doelmatig voorschrijven specialisten en heeft de Orde (OMS) een leidraad doelmatig voorschrijven gepubliceerd.

Naast deze acties is nu ook aan de medisch specialisten een taakstelling voor doelmatiger voorschrijven opgelegd. Dat is opgenomen in het akkoord dat ik heb gesloten met de NVZ en de OMS. Vanaf 2012 moeten de specialisten € 30 mln besparen met het doelmatiger voorschrijven. Ik ben met de Orde in overleg hoe deze taakstelling precies vorm te geven. Ik heb er alle vertrouwen in dat door deze acties en de taakstelling het onnodig duur voorschrijven in de tweede lijn zal afnemen. Dit heeft vervolgens zijn weerslag op de herhaalreceptuur in de eerste lijn.

5

Wat is het effect van de maatregel op de financiële positie van gezondheidscentra?

Door de tariefskorting op de huisartsenzorg zullen gezondheidscentra voor de huisartsenzorg die zij leveren een lager bedrag per ingeschreven patiënt of per verrichting krijgen. Hierdoor zal de omzet van de centra, direct of indirect (afhankelijk van de rechtspersoon van het gezondheidscentrum), dalen.

Overigens blijft de mogelijkheid bestaan om financiering te krijgen via de module geïntegreerde eerstelijnszorg (GES). Deze gelden zijn specifiek bestemd voor samenwerkingsvormen in de eerstelijnszorg en worden vaak gebruikt door gezondheidscentra. Wel is mogelijk dat gezondheidscentra ook worden getroffen door overige tariefskortingen (logopedie en verloskunde) indien zij deze vormen van zorg aanbieden.

Overigens toont onderzoek van de Nederlandse Zorgautoriteit aan dat het werkelijke inkomen van de huisarts hoger is dan het norminkomen dat door de NZa is vastgesteld. Vermoedelijk zal de korting dus leiden tot een daling van het werkelijke inkomen van de huisarts, naar een inkomen dat meer in lijn is met de norm. Dit geldt ook voor het inkomen van gezondheidscentra dat deels wordt verdiend door het aanbieden van huisartsenzorg.

6

Verwacht de minister dat huisartsen, geconfronteerd met de korting, nog bereid zullen zijn te investeren in betere bereikbaarheid? Ze hebben aangegeven dat daarvoor uitbreiding van assistentie nodig is. De tariefmaatregel zal eerder een verkleining van assistentie tot gevolg hebben. Graag een reactie.

Ik ben van mening dat een goede bereikbaarheid van de huisartsen erg belangrijk is. Goede huisartsenzorg betekent ook het organiseren van goede bereikbaarheid. Dat is de verantwoordelijkheid van de beroepsgroep. De tariefsmaatregel staat hier los van, daarbij gaat het immers om het herstellen van het norminkomen. Zoals het onderzoek van de NZa uit 2008 aanwijst, verdienen de huisartsen ruim boven het norminkomen (van ca. € 100 000). De tariefskorting is bedoeld als een aanpassing van de tarieven om het werkelijke inkomen meer in lijn te brengen met het norminkomen. De toekomstige tarieven zijn naar mijn standpunt hoog genoeg om de praktijkkosten, waaronder de kosten voor een doktersassistent, te dekken. Daarnaast kunnen huisartsen, door doelmatiger te werken, de gevolgen voor hun inkomen beperkt houden.

7

Hoeveel is huisartsenzorg in de achterliggende jaren (2009–2011) gekort?

In 2009 zijn de tarieven voor de huisartsenzorg niet geïndexeerd. Hiermee was een bedrag gemoeid van € 68 mln. In 2010 en 2011 heeft geen korting plaatsgevonden op het kader huisartsenzorg. In 2012 worden de overschrijdingen over 2009 en 2010 teruggehaald.

8

De KNMG maakt zich zorgen over de toegankelijkheid van de zorg. Door deze maatregel wordt huisartsenzorg minder toegankelijk met als gevolg toename van verwijzingen naar de tweede lijn en ook deze lijn staat aan de voorronde van weer een bezuinigingsronde. Vindt de minister toename van wachtlijsten een gewenst effect van haar maatregelen?

Deze maatregel moet geen drempel vormen voor burgers om zorg te krijgen. De toegankelijkheid moet op orde zijn. De tariefkorting is bedoeld als een aanpassing van de tarieven om het werkelijke inkomen van huisartsen meer in lijn te brengen met het norminkomen en huisartsen aan te zetten tot meer doelmatigheid. Er is dus geen relatie met een mogelijke vermindering van de toegankelijkheid.

9

Het lijkt erop dat de minister alleen maar oog heeft voor de kosten en dat ze tekortschiet in het formuleren van een samenhangende visie op de organisatie en financiering van de zorg? Graag een toelichting.

Een samenhangende visie op de organisatie en financiering van de zorg vind ik belangrijk. Om die reden heb ik begin dit jaar mijn brief «Zorg die werkt»¹ naar de Tweede Kamer gestuurd. Daarin heb ik aangegeven mijn ideeën verder uit te werken en de Tweede Kamer hierover te informeren. Ten aanzien van de basiszorg heb ik toegezegd in september een brief aan de Tweede Kamer te sturen. Hierin zal ik aangeven dat ik voornemens ben de huidige bekostigingssystemen van de basiszorg aan te passen en deze beter laten aansluiten bij de prestaties van zorgaanbieders. Ik zal de NZa vragen om een uitvoeringstoets over de bekostiging van basiszorg. Dat neemt niet weg dat ik in moet grijpen op de overschrijdingen in diverse sectoren. De beperkte financiële ruimte in relatie tot de stijgende kosten laat geen andere keuze. Ik kies er daarbij voor om niet de hele rekening bij patiënten en verzekeraars te leggen, maar dus ook de

¹ Tweede Kamer, vergaderjaar 2010–2011, 32 620, nr. 1.

zorgaanbieders aan te spreken op hun verantwoordelijkheid in het kader de zorg betaalbaar en toegankelijk te houden.

10

De minister deelt in haar brief mee dat de reactietermijn van de EK met betrekking tot deze voorhang is verkort. De SP fractie vindt de argumentatie van de minister hiervoor ondeugdelijk, zeker gezien in het licht van het feit dat de EK zeer onlangs wisselde. Wij hechten aan kwaliteit en nemen onze taak serieus. Graag een toelichting.

Laat ik voorop stellen dat ik de taken van de EK zeer serieus neem. Op basis van de inhoud van de voorhang, zal ik een aanwijzing geven aan de NZa om de tarieven aan te passen. Het risico van uitstel van deze maatregelen is dat de NZa niet tijdig de tarieven kan aanpassen en daarmee de overschrijdingen in het BKZ niet (volledig) worden geredresseerd (ad. € 142 mln; bestaande uit € 132 mln op het huisartsen kader, € 6 mln op het logopedie kader en € 4 mln op het kader verloskunde). Vanuit het oogpunt van zorgvuldige besluitvorming acht ik het van belang dat ik nu duidelijkheid geef richting aanbieders en verzekeraars, zodat zij zich tijdig kunnen voorbereiden op de veranderingen per 1 januari 2012. In verband met het aanstaande reces van uw Kamer, betekent dit helaas dat de zakelijke inhoud in plaats van de gebruikelijke 23 dagen buiten reces, slechts 21 dagen kan voorhangen.