

Vergaderjaar 2009–2010

29 247

Acute zorg

Nr. 114

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 13 januari 2010

Op 30 September en 15 Oktober jl. heb ik met u gesproken (respectievelijk Kamerstuk 29 247, nr. 108 en Handelingen der Kamer II, vergaderjaar 2009–2010, nr. 15, blz. 1097–1103) over de introductie van Integrale Bekostiging¹ als bekostigingsmethodiek voor de integrale zorg voor mensen met een chronische aandoening. Per 1 januari a.s. kan van deze nieuwe systematiek gebruik gemaakt worden voor Diabetes Mellitus Type II en Cardiovasculair Risicomanagement; op 1 juli wordt dat ook mogelijk voor COPD, mits de zorgstandaard dan gereed is. In de door u aangenomen motie van de leden Smilde/Wiegman-van Meppelen Scheppink (Kamerstuk 29 247, nr. 104) heeft u aangegeven dat ook voor hartfalen met deze bekostigingssystematiek kan worden begonnen als ook daar de zorgstandaard voor gereed is.

U heeft gedurende beide overleggen verschillende punten van zorg met mij besproken. Kort gezegd was een deel van de Kamer van mening dat op een aantal punten de randvoorwaarden voor de introductie van de integrale bekostiging niet geheel zijn uitgekristalliseerd. Mijn reactie daarop was en is dat ik deze analyse deel, maar dat de introductie van de integrale bekostiging nu juist moet worden gezien als een belangrijke stap in het proces van realiseren van deze randvoorwaarden. We worden immers geconfronteerd met een sterke groei van de huidige experimentketen DBCs. Deze sterke groei geeft aan dat er behoefte is aan een schotten-doorbrekende bekostigingssystematiek; het experiment stadium is in die zin een gepasseerd station. Tegelijkertijd gaan de experimenten gepaard met hoge administratieve lasten (omdat elk experiment op zichzelf dient te worden opgezet en geaccordeerd), en ontbreken in deze experimenten de door u zo gewenste randvoorwaarden. Het gaat daarbij om uiteenlopende zaken als helderheid over wat er in de keten valt en wat niet, een goed geborgd proces van zorgstandaardontwikkeling en het vraagstuk van marktmacht op de zorgaanbiedersmarkt voor ketenzorg.

¹ Ik spreek inmiddels over «integrale bekostiging» in plaats van over «functionele bekostiging», omdat de term «functioneel» erg technisch klinkt, en alleen voor redelijk ingewijden meteen duidelijk is. Er wordt verder geen inhoudelijke verandering beoogd met deze naamsverandering.

Om te borgen dat aan deze randvoorwaarden de komende tijd zal worden voldaan, heeft u mij gevraagd een evaluatiecommissie in te stellen. Ik voldoe graag aan uw verzoek.

De evaluatiecommissie heeft twee taken:

- gedurende de komende drie jaar (de overgangperiode) de ontwikkelingen rondom de integrale bekostiging monitoren en periodiek aan de minister rapporteren in hoeverre er aan de randvoorwaarden is voldaan en of dat ook resulteert in de beoogde effecten
- na afloop van de overgangperiode (drie jaar) adviseren aan de minister of de overgangperiode inderdaad kan worden beëindigd: is er dan afdoende aan de randvoorwaarden voldaan, en is het veld voldoende «klaar» voor het vervallen van de overgangsregeling?

De evaluatiecommissie gaat niet in de schoenen van de toezichtsorganen staan. Zij dient ervoor om de daadwerkelijke ervaringen van alle betrokkenen te kanaliseren, ons allen daarvan te doen leren, en om input te geven bij de uiteindelijke afweging om de overgangperiode al dan niet te verlengen.

Hierbij komen de volgende aspecten aan de orde: werkzaamheid in de praktijk (impact op bedrijfsvoering), bureaucratie, continuïteit/integraliteit van zorg, keuzevrijheid, ervaren en gerealiseerde kwaliteit. Hierbij worden de effecten binnen zowel de huidige eerste als ook de tweede lijn (ziekenhuis en medisch specialist) betrokken. Uiteindelijk dient voor de evaluatiecommissie het (potentiële) zorginhoudelijke effect op (toekomstige) patiënten centraal te staan.

De volgende vragen (aangaande randvoorwaarden en ongewenste bij-effecten) zijn door u genoemd als aandachtspunten voor de evaluatiecommissie.

- Wat is het effect van het werken met keten DBCs op de administratieve lasten? Blijken de regelingen afdoende werkbaar? Treden er voor patiënten (on)gewenste veranderingen op met betrekking tot eigen bijdrages en eigen risico?
- Komt de transparantie van de geleverde zorg adequaat tot stand?
- Lukt het om de gewenste samenhang procesmatig en organisatorisch tot stand te brengen? Welke nieuwe organisatievormen ontstaan er? Wat zijn de effecten van deze nieuwe organisatievormen op de bedrijfsvoering van aanbieders? Wat is de impact op de beoogde samenwerking tussen zorgaanbieders?
- Hoe wordt omgegaan met patiënten met co-morbiditeit? Is er sprake van ongewenste «versnippering»? Wat zijn de effecten op de relatie zorgaanbieder – patiënt?
- Leidt de aandacht voor deze nieuwe zorgvormen wellicht tot minder aandacht voor andere zorgproblemen?
- Hoe wordt de patient betrokken bij het vormgeven van zijn/haar eigen zorg? Worden de kansen voor zelfmanagement afdoende benut?
- Ontstaat er een afdoende landelijke dekking van aanbod van deze vorm van zorg?
- Blijken afdoende hoeveelheden aanbieders en individuele professionals in staat om in deze ontwikkeling te participeren?

- Ontstaan er feitelijke belemmeringen voor de vrije artskeuze? En geldt dit eventueel ook voor andere individuele beroepsbeoefenaren?
- Wat zijn de uiteindelijke effecten van het beleid in termen van de gewenste kwaliteitsverbetering en geprognosticeerde kostenreductie?

Ook de NZa zal de ontwikkelingen monitoren. Daar waar de NZa reeds deelvragen beantwoord, zullen deze antwoorden input voor de evaluatiecommissie kunnen zijn.

Ik heb de meest betrokken veldpartijen gevraagd om mee te denken over de invulling van de commissie, en op basis van de gegeven input is onderstaande commissie samengesteld. De commissie zal bestaan uit individuen met kennis en ervaring met de onderhavige thematiek, die goed de brug tussen theorie en praktijk kunnen slaan. Mensen die gezamenlijk in contact staan met de «haarvaten van het veld». De leden worden gevraagd in de commissie te participeren zonder last of ruggespraak. De commissie zal als volgt zijn samengesteld:

- Prof. Dinny de Bakker (Hoogleraar Structuur en Organisatie Eerstelijnsgezondheidszorg, NIVEL) (voorzitter)
- Prof. Bert Vrijhoef, Hoogleraar Chronische Zorg, Universiteit van Tilburg
- Prof. Erik Schut, Hoogleraar Economie van de Gezondheidszorg, Erasmus Universiteit Rotterdam
- Jan Erik de Wildt (adviseur eerstelijnszorg, Commonsense B.V.)
- Joop Raams, huisarts, mede initiator Diamuraal Eemland

De commissie zal twee keer per jaar bij elkaar te komen. Jaarlijks (als eerste einde 2010) zal ze aan mij rapporteren.

De commissie zal van evaluatie-data worden voorzien om adequaat haar rol te vervullen. Er zal van tenminste onderstaande bronnen gebruik kunnen worden gemaakt:

- eigen constatering, evt. eigen onderzoeksgegevens van de commissieleden zelf
- prestatie-indicatoren en data met betrekking tot volume en kosten ontwikkelingen zoals bekend bij VWS
- rapportages van de NZa
- rapportages van een expliciet hiervoor ingesteld evaluatie-onderzoek, wat zal starten zodra de commissie is geïnstalleerd. Hiervoor wordt aansluiting gezocht bij de programma's Disease Management Chronisch Zieken en Op Eén Lijn van ZonMw.
- relevante rapportages van andere al dan niet betrokken partijen, zoals bijvoorbeeld de klankbordcommissie met betrekking tot de integrale bekostiging ingesteld door de Orde van Medisch Specialisten

De jaarlijkse rapportages van de commissie zullen daar waar nodig kunnen helpen met het verder vormgeven van het beleid. Ik zal jaarlijks de evaluatiegegevens en mijn reactie daarop aan u kenbaar maken.

Ik vertrouw erop hiermee voldoende geïnformeerd te hebben.

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