

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

Landelijke Huisartsen Vereniging
T.a.v. de voorzitter
Postbus 20056
3502 LB UTRECHT

Datum 12 oktober 2009
Betreft Reactie op uw brief van 27 september

Geachte voorzitter,

Dank voor uw brief van 27 september jl. Ik ben verheugd te constateren dat wij op vele punten nader tot elkaar zijn gekomen. Ook ik onderschrijf natuurlijk met klem het gemeenschappelijk doel om te komen tot kwalitatief goed samenhangende zorg die voor de burger betaalbaar is. Het is mij dan ook zeer waardevol te lezen dat u het chronisch ziekenbeleid en de introductie van de keten-DBC's de komende jaren ondersteunt, maar dat ook u het idee van loon naar prestatie als toekomstperspectief ziet. Daarmee onderstrepen we allen hoe belangrijk deze agenda is voor de komende jaren en dat u bereid bent de inspanningen te doen die nodig zijn om de zorg voor patiënten en in het bijzonder chronisch zieken optimaal en integraal te gaan vormgeven en voortzetten.

Overgangstermijn en begeleidingscommissie

En natuurlijk wil ik niet zomaar voorbij gaan aan uw zorgen over het feit dat het chronisch ziekenbeleid 'versnippering van zorg' kan veroorzaken en daarbij de huisartsenzorg in haar karakter wordt aangetast. Het is ook niet mijn bedoeling om de patiënt op te knippen in verschillende aandoeningen. Door de integrale bekostiging ontstaat er mijns inziens juist een prikkel om de zorg van chronisch zieken ook integraal te organiseren in de eerstelijns. Veel chronisch zieken worden vooral nog in de tweedelijns behandeld, waardoor de patiënt opgeknijpt is ten opzichte van de generalistische eerstelijnsbasiszorg. Door de functionele bekostiging wordt de zorg voor chronisch zieken meer naar de eerste lijn gehaald (waarbij de medisch specialist ook vaak betrokken zal zijn), waardoor de samenhang wordt verbeterd. De patiënt ondervindt in het huidige financieringssysteem nu vaak nadelen van fragmentatie: alles is aanbodgericht gefinancierd, en het nemen van regie en coördinatie kan slechts moeizaam worden beloond. Ik ben er daarom van overtuigd dat met de invoering van de integrale bekostiging van de chronisch zieken in de eerste lijn, de kwaliteit van zorg voor de patient kan verbeteren.

In mijn vorige 'aanvullende brief' van 16 september heb ik u mede ook in dit licht voorgesteld de overgangstermijn te verlengen van twee naar drie jaar. Ik ben van

mening dat uw zorgen over de ambities van deze overgangsregeling worden ondervangen door het feit dat wij zijn overeengekomen om een evauatiecommissie op te richten, waarin het beleid rondom de chronisch zieken en de ontwikkelingen daaromtrent worden geëvalueerd. Dit heb ik ook bevestigd in het debat dat 30 september jl. plaatsvond in de Tweede Kamer. Deze evaluatie zal in ieder geval na drie jaar plaatsvinden, maar ook gedurende het implementatieproces zijn wij dan in staat een en ander nauwkeurig te volgen. Dit zal dan met name gericht zijn op de vraag of het merendeel van de huisartsen klaar is om de integrale zorg te contracteren aan de hand van de voorwaarden die hiervoor zijn gesteld. Die evaluatie neem ik serieus. Niemand zit immers te wachten op een niet werkbare situatie. De patiënt al helemaal niet. Ten aanzien van de wijzigingen met betrekking tot de POH-module zal ik de NZa in de aanwijzing vragen een overgangssituatie te creëren voor de eerste zes maanden van 2010, zodat er geen discontinuïteit in het contracteren van de POH verpleegkundige hoeft te ontstaan.

Loon naar prestatie

Zoals ik in mijn inleiding aangaf, is het goed te constateren dat ook u vindt dat de inspanningen in de zorg door huisartsen kunnen worden gedaan langs de lijn van prestatie-bekostiging. Deze inzichtelijkheid van prestaties kan mijns inziens langs drie benaderingen worden ingestoken: via de medisch inhoudelijke (op basis van heldere kwaliteits-indicatoren), langs de lijn van doelmatigheid (meer substitutie, minder doorverwijzingen, doelmatiger voorschrijven etc) en door transparantie over servicegerichtheid (openingstijden, e-health etc).

Ten aanzien van het doelmatigheidsaspect, ontstaat dan bijvoorbeeld veel meer dan nu zichtbaar is, een directe koppeling tussen uw inspanningen en de uitgaven voor vergelijkbare tweedelijnszorg. Die inspanning kan dan ook op echt aantoonbare gronden worden beloond. Dit geldt mijns inziens zowel voor enkelvoudige prestaties (die nog steeds voor een aanzienlijk deel in de tweede lijn worden geleverd), als wel de meer zwaardere, integrale zorg voor chronisch zieken.

Zo wordt meer substitutie naar de eerstelijns gestimuleerd, vinden er minder doorverwijzigingen naar de tweedelijns plaats en minder opnames en complicaties door verbetering van kwaliteit van zorg.

Tijdens de werkbezoeken die ik de afgelopen periode heb afgelegd in het land, zag ik dat huisartsen zich ook steeds meer gaan specialiseren, bijvoorbeeld in het maken van ECGs en het doen van kleine chirurgische ingrepen. Door taakdifferentiatie binnen een groep huisartsen ontstaat dan de mogelijkheid als huisarts om voor grotere patiëntenbestanden bijvoorbeeld een echografie te doen en daarmee gespecialiseerde ervaring en kennis te behouden. Dit zijn prachtige ontwikkelingen die moeten worden ondersteund, ook door passende beloning.

Met de introductie van de keten-DBC's per 1 januari 2010 beoog ik deze innovaties in de zorg verder aan te moedigen, doelmatigheid te bevorderen en arbeidsproductiviteit te stimuleren. Maar ook de module M&I wil ik op deze wijze verder gaan vormgeven. Ik kom daar later in deze brief nog nader op terug.

In dit licht heb ik – gehoord uw adviezen, kanttekeningen en opmerkingen van de afgelopen periode - gekozen voor de volgende toekomstige lijn.

Het doelmatig voorschrijven en het belonen van prestaties in 2011

Ik heb met u de afgelopen periode uitvoerig gesproken over mijn voorstellen rondom doelmatig voorschrijven. In uw brief geeft u aan dat uw leden een directe koppeling tussen enerzijds doelmatig(er) voorschrijven en anderzijds de omzet van de huisarts als strijdig ervaren met de professionele ethiek.

Hoewel ik uw opvatting in deze niet helemaal deel, respecteer ik hem niettemin. Zoals ik ook in het debat van 30 september aan de Tweede Kamer meldde, laat ik in dat licht dan ook het idee los om de NZa te verzoeken een dergelijke beleidsregel voor doelmatig voorschrijven op te stellen.

Echter, in zijn algemeenheid past doelmatig voorschrijven in de lijn van prestatiebeloning, zoals ik hierboven schetste. Dit is dan echter geen zaak van de overheid, maar van het lokale overleg tussen verzekeraars en huisartsen. Via de huidige module M&I ontvangen huisartsen immers nu ook al een beloning van verzekeraars, indien zij aantoonbaar doelmatig voorschrijven.

Daarbij stel ik het natuurlijk bijzonder op prijs dat u in uw brief expliciet aangeeft om hoe dan ook als huisarts de bereidheid te willen tonen om vanaf (in) 2010 nog eens extra de schouders te zetten onder het doelmatig(er) voorschrijven. Wij zijn allen gebaat bij het voorkomen van onnodig dure recepten en het is goed te weten dat u de noodzaak hiervan ook beseft; niet alleen in het licht van de financiële problemen waar ons land in verkeert, maar ook om te vermijden dat bezuinigingen anders –en dan in feite nodeloos, vanwege de aanwezige alternatieven- moeten worden verhaald bij de burger vanwege een hogere premie, een hoger eigen risico of een beperking van het pakket. Het is goed dat wij dat gezamenlijk willen voorkomen. Ik zal met u, Zorgverzekeraars Nederland (ZN), de Nederlandse Vereniging voor Ziekenhuizen (NVZ), de Orde van Medisch Specialisten (OMS) en de KNMP de komende periode nader in overleg treden over de wijze waarop de inspanningen die geleverd moeten worden nog verder kunnen worden ondersteund.

Ik wil uw inspanningen dan ook met vertrouwen tegemoet zien en verwacht dan ook dat, als gevolg van het doelmatig (er) voorschrijven door huisartsen, eind 2010 de in de VWS-begroting geraamde besparing in het geneesmiddelenkader wordt behaald van €127 miljoen. Doordat het doelmatig voorschrijven niet meer aan een beleidsregel wordt gekoppeld, betekent dit het volgende:

1. Er vindt vanaf 2010 een structurele neerwaartse vaststelling plaats van het inschrijftarief met van ongeveer €3,70 vanaf 2010. Dit komt neer op een macrobedrag van €60 miljoen.
2. Zoals ik in de Tweede Kamer heb toegezegd op 30 september jl. zal de ingehouden €60 miljoen uit 2010 in het jaar 2011 incidenteel terug worden ontvangen. Het inschrijftarief blijft wel structureel neerwaarts vastgesteld.
3. Voor het jaar 2011 en de jaren die daarop volgen wil ik dan mijn beleid van prestatiebekostiging voortzetten zoals ik in mijn inleiding van deze brief schetste: bekostiging derhalve op basis van heldere prestaties langs de lijnen van kwaliteit, doelmatigheid en service (en volume). Vanaf 2011 kan daarom de structurele neerwaartse vaststelling van €60 miljoen euro worden terugverdiend via de module M&I. Ik sluit echter niet uit dat in het

perspectief van een nieuwe wijze van op prestatiegerichte bekostiging een verdere variabilisering mogelijk is. Ik verwacht dat verzekeraars en aanbieders over de prestaties dan lokaal passende afspraken over zullen gaan maken. Tijdens het debat in de Tweede Kamer heb ik gemeld cq toegezegd dat ik over de vormgeving van de prestatiebekostiging en over de rol van het doelmatig voorschrijven daarbij met u in overleg zag gaan treden. Het gaat er, bij de prestatiebekostiging, overigens niet om dat de gemiddelde huisarts meer moet doen voor hetzelfde geld; het gaat erom dat de huisarts die al aantoonbaar prestaties levert, daarvoor ook passend beloond kan worden. Het met prestatiebekostiging gemoeide bedrag kent dan een inhoudelijke relatie met de prestaties die bekostigd worden. Ik stel mij, zoals aangegeven, voor dat wij over die prestaties de komende tijd met elkaar en met ZN spreken, zodat toekomstige discussies over de rechtmatigheid van de inspanningen die huisartsen doen, voorkomen kunnen worden. Ik wil daarbij zoveel mogelijk de aanpak van de keten-DBC's volgen en de Minimale Data Set die daarbij tot stand is gekomen. Indien in 2010 geen overeenstemming is over een beter inzichtelijke vorm van prestaties dan rest, gezien het eerder gewisselde, niet anders terug te vallen op een huisartsenkader dat is gebaseerd op een (geïndexeerd) norminkomen.

Indien uw vrijwillige inspanningen ten aanzien van het doelmatig voorschrijven in 2010 en verdere jaren toch niet leiden tot de geraamde besparing op het geneesmiddelenkader van €127 mln en de verwachting dus onverhoopt niet wordt waargemaakt, ben ik alsnog genoodzaakt om mogelijk al vanaf 2010 binnen het huisartsenkader maatregelen te treffen. Mochten de resultaten slechts gedeeltelijk worden behaald, dan betekent dit uiteraard dat slechts het verschil tussen de door mij gewenste opbrengst van €127 mln en de wel gerealiseerde opbrengsten door het doelmatig voorschrijven bij aanvullende maatregelen worden betrokken. Ik ga er gezien uw toezeggingen niet vanuit dat dit zal gebeuren.

Daarbij zal ik kijken naar de behaalde financiële opbrengsten via SFK-gegevens aan de hand van een breder spectrum van geneesmiddelen¹. Natuurlijk staat het huisartsen vrij om in de lokale afspraken met verzekeraars ook andere geneesmiddelengroepen te betrekken.

POH en M&I tarieven

Met betrekking tot de POH-gelden constateer ik enige misverstanden. Het is niet mijn bedoeling de huisartsen die zich niet hebben aangesloten bij ketens, maar wel een POH-er in dienst hebben, financieel te duperen. Ik zie juist meer financiële mogelijkheden voor de POH-er dan nu het geval is waarmee de nieuwe regeling daarom alle mogelijkheden biedt om de POH-er in dienst te houden, ook indien de huisarts niet start met de keten-DBC's.

Via de 14 codes van de module Modernisering & Innovatie kunnen huisartsen namelijk – afhankelijk van hun deelname via de ketens per 2010- met verzekeraars lokaal afspraken maken over hun POH-er. Dit betekent dat huisartsen en verzekeraars lokaal geheel worden vrijgelaten de POH-er te

¹ Naast cholesterolverlagers en maagzuurremmers, ook verschuiving van a2-antagonisten naar ace-remmers.

bekostigen via de ketens danwel via de module M&I, afhankelijk van de wijze waarop de huisarts de POH-er in de praktijk wil inzetten. In de begroting zullen dit communicerende vaten zijn, waarmee ik op basis van gesprekken met u, verwacht dat uiteindelijk 75% van de POH-gelden via de ketens zullen worden gecontracteerd. Dit percentage staat dus niet vast. Indien veldpartijen tot een andere verdeling van de POH-gelden komen, staat dat hen vrij. Dit betekent dat als verzekeraars en huisartsen de POH bijvoorbeeld vooral voor ouderenzorg in willen zetten en niet specifiek voor de chronische zorg dan staat dan hen vrij om de POH-er voor 100% via de M&I te bekostigen.

Echter, zoals ik in het begin van mijn brief aangaf heb ik begrip voor uw zorg rondom de contractering van de POH-er doordat de implementatietijd erg kort wordt. Ik zal daarom de NZa in de aanwijzing vragen een budgettair neutrale overgangsregeling te treffen tot 1 juli 2010 voor de POH.

Ten aanzien van de M&I gelden verwacht ik dat verzekeraars de voorgestelde omzetting van de 13 codes naar de 14 codes tijdig mee zullen nemen in de contracten die zij met de huisartsen gaan afsluiten. Ik zal verzekeraars deze week een brief sturen waarin ik hen verzoek voor zowel de POH als de M&I gelden passende afspraken te maken, waarbij huisartsen die goede zorg leveren er in de nieuwe situatie voor wat betreft de POH en M&I niet op achteruit gaan.

Herhaalrecepten

Ten aanzien van de herhaalrecepten ben ik bereid de NZa in de aanwijzing te vragen rekening te houden met de verschillen in praktijkpopulaties. Ik vind dat zeer terecht. Echter, ik zie helaas geen mogelijkheden om tegemoet te komen aan uw verzoek om de herhaalrecepten om te zetten met een groeivoet van 3,5% van 2008 naar 2010. De herhaalrecepten zullen worden omgezet op basis van ramingen zoals die dezerzijds worden gehanteerd.

Tot slot

Ik besef dat we een lange weg zijn gegaan om overeenstemming op de verschillende onderwerpen te bereiken. Ik waardeer de wijsheid die u en uw leden hebben getoond om de eigen gerechtvaardigde belangen en het algemeen belang dat ik vertegenwoordig uiteindelijk met elkaar in overeenstemming te brengen. Ik vertrouw er dan ook op dat partijen zich zullen inzetten om deze agenda te laten slagen, in het belang van de patiënt en de burger. Ik benadruk dat ik in deze brief slechts de onderwerpen heb aangestipt die zijn gewijzigd ten opzichte van mijn vorige brieven die ik u onlangs stuurde. De overige punten blijven daarmee staan, zoals bijvoorbeeld de ophoging van het uurtarief in de ANW naar €65.

Hoogachtend,
de Minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,

dr. A. Klink