

Vergaderjaar 2008–2009

**29 247**

**Acute zorg**

**Nr. 84**

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

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 22 december 2008

### **Inleiding**

In de zorg doet zich een aantal ontwikkelingen voor die vragen om een nieuw perspectief op de vormgeving van deze zorg. In onder andere mijn visie «Dynamische eerstelijnszorg»<sup>1</sup> en mijn brief «Programmatische aanpak van chronische ziekten»<sup>2</sup> ga ik nader in op deze ontwikkelingen. Mensen met chronische aandoeningen, zoals bijvoorbeeld diabetes of COPD, hebben vaak levenslang zorg en ondersteuning nodig. Dat vraagt om zorg die het liefst dicht bij huis én in goede samenhang wordt verleend. Het vraagt erom dat de zorg rond de patiënt wordt georganiseerd, en niet de patiënt rond de zorg. Daarbij is het van belang oog te hebben voor het feit dat patiënten met chronische aandoeningen meerdere ziekten kunnen hebben. Dit vergt integrale zorgverlening. In de genoemde brieven beschrijf ik waar de komende periode beleidsmatig en zorginhoudelijk de nadruk op moet komen te liggen om het krachtenspel en de dynamiek tussen partijen in het veld zodanig te stimuleren dat dit leidt tot kwalitatief betere en betaalbare zorg. Hierbij noem ik onder andere het wenkend perspectief van een functionele bekostiging in de (eerstelijns) zorg. Functionele bekostiging gaat uit van de zorgvraag van de patiënt (vraagsturing) en is niet gebaseerd op de hulpverlener of organisatie die het levert (aanbodsturing). Dit is dezelfde gedachte die gehanteerd wordt bij de ontwikkeling van de zorgstandaarden voor chronisch zieken. In combinatie met de daaruit afgeleide prestatie-indicatoren krijgen zorgaanbieders en zorgverzekeraars de ruimte om de zorg beter rondom de zorgvraag te organiseren.

Ik heb u toegezegd u dit jaar op hoofdlijnen te informeren over mijn zienswijze op functionele bekostiging in de toekomst en welke stappen ik, in nauwe samenwerking met de NZa, van plan ben op korte en lange termijn te nemen.

In het veld zijn partijen al volop in beweging om gerichte zorg aan te bieden voor bepaalde chronische ziekten. Ik wil deze ontwikkeling graag

<sup>1</sup> TK 2007–2008, 29 247, nr. 56.

<sup>2</sup> TK 2007–2008, 31 200 XVI, nr. 155.

stimuleren door allereerst de bekostiging beter te laten aansluiten bij vier belangrijke chronische zorgvormen die onderdeel zijn van de zes prioritaire ziekten (clusters) uit mijn brief «Programmatie van chronische ziekten»: Diabeteszorg, COPD-zorg, Cardiovasculair Risicomanagement en zorg voor Hartfalen. Ik kies voor deze vier aandoeeningen omdat hiervoor (binnenkort) zorgstandaarden beschikbaar zijn. Hiermee ben van zins een eerste betekenisvolle stap te zetten. De komende maanden ga ik dit nader uitwerken, samen met de veldpartijen – cliënten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars – andere betrokkenen en de NZa. Dit alles zal binnen het budgettaire kader zorg moeten plaatsvinden en er mag geen sprake zijn van dubbele bekostiging. Hierover zal in het voorjaar bij de reguliere begrotingsvoorbereiding definitief besloten worden. Ik verwacht u vervolgens een voorhangbrief te sturen over mijn voornemen de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) een aanwijzing te geven over de nieuwe bekostigingsvormen van deze vier chronische zorgvormen. Voor mijn visie voor de functionele bekostiging op langere termijn is eveneens nadere uitwerking en besluitvorming van mijn kant nodig. Ook hier wil ik samen optrekken met alle belanghebbenden. In de zomer van 2009 informeer ik u over mijn gezichtspunten.

### **Waarom naar functionele bekostiging?**

#### *Zorg organiseren rondom zorgvraag*

In de toekomst zal de nadruk steeds meer komen te liggen op de noodzaak voor een geïntegreerde benadering van de zorg. In de (eerstelijns)-zorg worden namelijk naast veel enkelvoudige zorgvragen ook steeds meer complexe vragen behandeld. Daarbij verandert de samenstelling van de zorgvraag en neemt de vraag zelf ook toe. Het aandeel ouderen stijgt en men leeft gemiddeld genomen ook langer. Door de groei en vergrijzing van de Nederlandse bevolking, maar ook de ontwikkeling in leefstijl (onder andere toename overgewicht) en de verbeteringen van medische technologieën zal het aantal chronisch zieken de komende twintig jaar sterk toenemen. Omdat mensen ook vaker meerdere chronische aandoeningen tegelijk hebben, wordt de zorgvraag ook complexer. Dit heeft grote gevolgen voor de mensen die het treft, voor de organisatie van de zorg en voor de maatschappij. Er moet worden gestreefd naar het niet of pas later ziek worden van mensen en dat, indien de ziekte zich eenmaal heeft gemanifesteerd, complicaties worden voorkomen. Mensen moeten geholpen worden zo goed mogelijk met hun chronische aandoening om te kunnen gaan om een zo hoog mogelijk kwaliteit van leven te houden. Ik wil stimuleren dat partijen in het veld meer ruimte krijgen om de zorg samenhangend te organiseren rondom de zorgvraag. De patiënt komt zo meer centraal te staan. Om deze samenhang in het zorg- en ondersteuningsaanbod van de hulpvrager te vergroten is multidisciplinaire samenwerking een vereiste. De verbetering van de coördinatie tussen de hulpverleners en dus afstemming van activiteiten zal tegenstrijdige adviezen voorkomen. Ook zal het de meerwaarde van de individuele hulpverlening vergroten en zodoende de doelmatigheid en de kwaliteit van de hulpverlening verbeteren. Functionele bekostiging kan bijdragen aan het realiseren van deze gezondheidswinst voor chronisch zieken, maar ook aan de betaalbaarheid van de zorg. Indien hierdoor doelmatigheidswinst ontstaat, helpt deze aanpak ons om met de komende personeelsschaarste om te kunnen gaan. Door deze ontwikkeling verandert de organisatie van de zorg, doordat zorgaanbieders vaker de actieve zorg voor mensen met een chronische ziekte -buiten de deuren van het ziekenhuis- op zich nemen door zich bijvoorbeeld te organiseren in zorggroepen. In deze zorggroepen specialiseren hulpverleners zich – naast het leveren van de generalistische zorg- in bepaalde (chronische) aandoeningen, maar ook bijvoorbeeld kleine chirurgische ingrepen. Er ontstaat

dus steeds vaker regionale of lokale centralisering van zorg in geïntegreerde samenwerkingverbanden. Echter, het is wel van belang bij deze patiënten met chronische ziekten ook de generalistische klachten niet uit het oog te verliezen: mensen met een of meerdere aandoeningen die zo lang mogelijk zelfstandig moeten kunnen blijven functioneren.

#### *Schotten eerste lijn, tweede lijn en derde lijn vervagen*

De RVZ heeft er in haar advies «Schaal en zorg»<sup>1</sup> op gewezen dat de ontwikkeling van een goed georganiseerde en geïntegreerde eerste lijn een absolute voorwaarde is voor verbeteringen op het terrein van disease management en ketenzorg. Om zo'n geïntegreerde benadering effectief te laten zijn, dient daarin bijvoorbeeld ook de tweedelijnszorg te worden betrokken. De scheidslijn tussen tweedelijnszorg en eerstelijnszorg vervaagt dan. Niet alleen in termen van bekostiging, ook meer in zijn algemeenheid, moeten wij toe naar een zorgorganisatie die minder dan nu het geval is wordt gedomineerd door een benadering in «lijnen», «disciplines» of «schotten». Daarbij gaat het mij niet alleen om substitutie van bijvoorbeeld tweedenaar de eerstelijnszorg. De zorg moet worden ingekocht daar waar de beste prijs-/kwaliteitverhouding gerealiseerd kan worden. In Ridderkerk (zie box 1) staat bijvoorbeeld een gezondheidscentrum waar meerdere zorgverleners onder een dak werken. In dit centrum zijn niet alleen eerstelijnszorgverleners te vinden, maar ook de polikliniek van het ziekenhuis. Het centrum heeft zelfs een naam voor de nauwe samenwerking tussen de eerste en tweede lijn: anderhalvelijnszorg. Zij noemen het ook wel vloeiendelijnszorg, om aan te geven dat de traditionele scheidslijnen verdwenen zijn.

#### *Box 1: Voorbeeld zorg georganiseerd rondom zorgvraag*

Er zijn initiatieven waarbij zorg- en welzijnsorganisaties uit de regio worden geïntegreerd. Het ziekenhuis komt alleen in beeld als het noodzakelijk is. Huisartsen in een geïntegreerd centrum, die zich gespecialiseerd hebben in een bepaald ziektebeeld, behandelen elkaars cliënten. Dat kan een onnodige verwijzing naar de tweede lijn voorkomen. Er komt steeds meer samenwerking rond COPD, hartfalen, diabetes, psychosociale en arbeidsgerelateerde problematiek en ouderdomsproblemen in de eerstelijnszorg, maar ook samen met de tweedelijnszorg. In het gezondheidscentrum in Ridderkerk houden enkele specialisten van het Albert Schweitzerziekenhuis spreekuur. Ook gaan een Rook Stop Poli en het Consultatiebureau Ouderen spreekuren in het centrum Ridderkerk organiseren. Daarnaast krijgt de diagnostiek ook een plek. Mensen kunnen er terecht voor functieonderzoek, laboratoriumonderzoek en radiologie. Kortom, de eerstelijnszorg en de tweedelijnszorg zijn volop in ontwikkeling. Het beeld van monodisciplinair werkende zorgaanbieders zal in veel gevallen niet meer voldoen. Rond veel aandoeningen wordt de zorg steeds meer georganiseerd in ketenzorgtrajecten.

De categorie chronische patiënten, heeft behoefte aan een *integrale* aanpak, waarbij verschillende typen expertise op gestructureerde wijze bij elkaar gebracht dienen te worden, met één aanspreekpunt en inhoudelijk verantwoordelijke. Die zorg dient ook integraal ingekocht te kunnen worden. In het land zijn al experimenten gaande waarbij gebruik makend van de beleidsregels geïntegreerde eerstelijnszorg en innovatie<sup>2</sup> samenhangende zorg wordt geleverd (zie box 1). Het op deze wijze vormgeven van chronische zorg is echter te fragmentarisch en te vrijblijvend, daarom kiest ik voor een nieuwe integrale aanpak.

<sup>1</sup> Schaal en Zorg, Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2008.

<sup>2</sup> Het gaat om de NZa-beleidsregel «samenwerking ten behoeve van geïntegreerde eerstelijnszorgproducten» en de beleidsregel «innovatie ten behoeve van nieuwe zorgproducten».

<sup>3</sup> TK 2007–2008, 29 689, nr. 216.

voorzien. Verzekeraars moeten zich optimaal in kunnen zetten voor een doelmatige inkoop en organisatie van de zorg, waarbij zij rekening houden met de wensen van patiënten/verzekerden. Zodoende worden zorgaanbieders door het inkoopproces van zorgverzekeraars gestimuleerd om daarmee ook blijvend te innoveren en kwalitatief goede zorg te leveren. Innovaties in de zorg geven een impuls aan de kwaliteit van de zorg, brengen dynamiek en kunnen de productiviteit bevorderen. Met de introductie van de Zorgverzekeringswet (Zvw) per 1 januari 2006 hebben veldpartijen meer ruimte gekregen om de zorg ten gunste van de patiënt zodanig te organiseren dat de zorg kwalitatief goed en doelmatig is. In de Zvw zijn de te verzekeren prestaties *functioneel omschreven*. Dit betekent dat de wet aangeeft «wat» onder de te verzekeren prestaties valt en onder welke voorwaarden deze geleverd worden (bijvoorbeeld een indicatiestelling). «Wie» de zorg verleent en «waar» de zorg geleverd wordt, laat de wet over aan de veldpartijen. Ook de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) is op basis van functies opgesteld. Echter de budgetsystemen zijn nog grotendeels ingericht op de typen zorgaanbieders zoals die waren vastgesteld in de Wet tarieven gezondheidszorg (Wtg). Een manier om de zorginkoopfunctie beter te kunnen ondersteunen en stimuleren is te komen tot een meer functionele bekostiging in de zorg. Daarbij contracteert één «contractant» de integrale zorg, die zo nodig diensten (consult internist, diagnostiek) kan inkopen bij andere aanbieders.

### **Wat zijn de belemmeringen van het huidige systeem?**

*De bekostiging is nu te veel gericht op aanbieder, niet op de zorgvrager...*

Op dit moment wordt de zorg op uiteenlopende wijze bekostigd en gefinancierd, afhankelijk van het type aanbieder dat het levert. In de tweedelijns somatische zorg vindt bekostiging in het A segment plaats op basis van de functionele budgettering en in het B-segment op basis van Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's). De zorgverzekeraars betalen ziekenhuizen per ziektegeval een prijs voor de totale zorg die wordt verleend aan de patiënt. In de AWBZ wordt de zorg in de toekomst grotendeels bekostigd op basis van Zorg Zwaarte Pakketten (ZZPs) en Extramurale Zorgzwaarte Pakketten (EZPs). De hulpmiddelen bijvoorbeeld worden weer voor een deel vanuit de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo) betaald. In de eerste lijn zijn hoofdzakelijk tarieven per verrichting per beroepsgroep<sup>1</sup>. Deze eerstelijnszorgtarieven zijn niet of nauwelijks gerelateerd aan het type zorgvraag. De huisarts bijvoorbeeld wordt betaald via onder andere een inschrijftarief per ingeschreven patiënt en declareert vervolgens een consulttarief bij elk bezoek van die patiënt, ongeacht het type prestatie dat wordt geleverd<sup>2</sup>. DBC's in ziekenhuizen kunnen nu (op een enkele uitzondering na) alleen geopend worden door specialisten en niet door eerstelijnszorgaanbieders. Omgekeerd kunnen ziekenhuizen geen eerstelijnsconsult declareren, zoals bijvoorbeeld een huisartsenconsult. Ondanks het feit dat de bekostiging in de ziekenhuizen en de AWBZ meer gericht zijn op de zorgvraag van de patiënt/cliënt, is het type bekostiging dus toch nog grotendeels opgehangen aan de instelling die het levert. Daarmee wordt samenwerking niet gestimuleerd en een integrale zorgaanpak voor met name chronisch zieken dus belemmerd.

*Dezelfde prestaties, verschillende bekostiging\_*

In de zorg kunnen door verschillende zorgaanbieders dezelfde prestaties worden geleverd, die op verschillende wijzen worden bekostigd, afhankelijk van welke zorgaanbieder de zorg levert. Bij hartfalen bijvoorbeeld zal de huisarts of zorggroep met diverse hulpverleners een groot deel van de zorg goed kunnen overnemen van de medisch specialisten in het ziekenhuis. Op dit moment zal iedere handeling die deze aanbieders (bijvoor-

---

<sup>1</sup> Met uitzondering van huisartsenzorg en verloskundige zorg.

<sup>2</sup> Met uitzondering van kleine deelprestaties zoals bijvoorbeeld keuringen of een uitstrijkje.

beeld de huisarts of de fysiotherapeut) voor de aandoening hartfalen uitvoeren separaat worden bekostigd, waarbij die prestatie ook nog eens niet is gerelateerd aan de aandoening of de zorgvraag. De huisarts levert deze zorg voor het inschrijf- en consulttarief. Ook wordt gebruik gemaakt van de module innovatie of de module geïntegreerde eerstelijnszorg. De fysiotherapeut levert zorg voor een patiënt met hartfalen voor een zitting, de diëtist voor een uurtarief. Het kan zo zijn dat de specialist een DBC Hartfalen opent, terwijl hij de patiënt nog maar twee keer ziet omdat de eerstelijnszorgverleners een groot deel van deze zorg uit handen nemen van de specialist. Doordat in de eerstelijnszorg voor de verzekeraar de relatie tussen zorgvraag en bekostiging niet zichtbaar is, kan in de huidige heterogene wijze van financieren van zorg een risico bestaan van dubbele financiering van dezelfde prestatie. De zorgverzekeraar betaalt dan én voor de DBC, ervan uitgaande dat in het ziekenhuis de volledige zorg voor hartfalen wordt geleverd, én voor de zorg die voor die patiënt in de eerste lijn wordt geboden. De zorgverzekeraar kan namelijk niet één op één zien of hij zowel in de eerste als in de tweede lijn betaalt voor dezelfde prestatie. Kortom, de prestaties zijn op dit moment nog steeds overwegend gekoppeld aan *aanbieders in plaats van aan patiënten*. Dit komt doordat in de eerstelijnszorg geen functionele prestaties beschreven zijn.

#### *Dezelfde prestaties, andere prijs...*

Ook kan het zo zijn dat dezelfde prestaties in de ene sector een vrij tarief kennen, terwijl men in een andere sector gebonden is aan maximumtarieven. Dit geeft geen level playing field, waardoor verkeerde marktprikkels kunnen ontstaan. De prijs van een behandeling in het ziekenhuis is over het algemeen hoger dan in de eerstelijnszorg. Voor de goede orde: of in een bepaald zorgsegment sprake kan zijn van vrije tarieven of dat een andere tariefvorm zoals maximumtarieven meer geëigend is, zal steeds afhankelijk zijn van de specifieke marktsituatie. Op grond van de Wmg besluit ik, in goed overleg met de NZa, welke tariefsoort van toepassing is.

#### *Substitutie en samenwerking zijn lastig als gevolg van de verschillende bekostigingswijzen van dezelfde prestaties*

De geschetste fenomenen stimuleren de samenwerking over de muren van de eigen instelling of zorgpraktijk niet, integendeel zij belemmeren deze. De genoemde schotten in de bekostiging bemoeilijken ook de substitutie van zorg vanuit bijvoorbeeld de ziekenhuiszorg naar de eerstelijnszorg.

Substitutie van zorg kan voor een zorgverzekeraar daarnaast nog in mindere mate interessant zijn, waar er verschillen in risicodragendheid van verzekeraars tussen tweede en eerste lijn bestaan. Voor wat betreft de risicodragendheid heb ik u reeds aangegeven dat de risicodragendheid voor verzekeraars het komende jaar aanzienlijk zal toenemen. Met name voor het «deelbedrag kosten b-dbc's», een belangrijk deel van het B-segment, is de nacalculatie fors verlaagd, van 50% naar 15%. In 2010 zal ik dit percentage verder verlagen tot 0%. Hiermee is een stap gezet in de opheffing van de belemmeringen die voor de gewenste substitutie tussen eerste- en tweedelijnszorg bestonden.

De overgang naar functiegerichte prestaties zal verzekeraars helpen bij doelmatige zorginkoop. Ik heb dit ook genoemd in mijn brief «Substitutie van zorg»<sup>1</sup>. Met name voor een aantal categorieën patiënten levert het huidige, gefragmenteerde bekostigingssysteem in de eerste lijn problemen op.

---

<sup>1</sup> TK 2007–2008, 29 247, nr. 79.

## Functionele bekostiging is noodzakelijk in de toekomst

In onderstaande volgt een globale beschrijving van het hoe en waarom van de functionele bekostiging met de stappen die op korte termijn gezet zullen worden. De verwachting is dat naast gezondheidswinst ook doelmatigheidswinst te behalen is. In ieder geval zal een en ander binnen het budgettair kader zorg worden gerealiseerd.

### *Wat is functionele bekostiging?*

Functionele bekostiging gaat uit van de zorgvraag van de patiënt of de aandoening van de patiënt. Het consequent uitgaan van de zorgvraag heeft gevolgen voor de ordening van de zorgverlening, aangezien daarmee huidige institutionele grenzen worden overschreden. Bij aandoeningen zoals bijvoorbeeld diabetes, hartfalen en COPD houdt het zorgaanbod namelijk niet op bij de grenzen van de ziekenhuiszorg of de eerstelijnszorg, noch bij de bestaande overgangen in financiering. Deze benaderingswijze sluit ook aan bij het gedachtegoed van Porter, waarbij waarde-gedreven ondernemen het uitgangspunt is<sup>1</sup>, leidend tot een meer integrale benadering van de zorg. In mijn brief «Programmatische aanpak van chronische ziekten» beschrijf ik ook de noodzaak voor deze integrale aanpak, waarbij de patiënt centraal wordt gesteld.

### *Waarom functionele bekostiging?*

Door bekostiging te baseren op heldere functieomschrijvingen, ontstaat een heldere betaaltitel voor integrale zorg. Daarmee kan door de zorgverzekeraars de zorg integraal worden ingekocht en worden zorgaanbieders gestimuleerd om te gaan samenwerken in ketens die zijn vormgegeven rondom de zorgvraag. Doordat de samenwerking in de zorg wordt gestimuleerd kan de kwaliteit van de zorg worden verbeterd. De functiegerichte benadering van de zorg bevordert ook dat de zorg op de meest doelmatige en effectieve wijze wordt uitgevoerd. Zorgverzekeraars en aanbieders krijgen hiermee de mogelijkheid de eerstelijnszorg te versterken. Dit is het uitgangspunt van de brief «Dynamische eerstelijnszorg». Een goed functionerende eerste lijn is het laagdrempelig aanspreekpunt dicht bij huis voor alle zorgvragen. Bij integrale gecoördineerde zorg is het voor patiënten<sup>2</sup> altijd duidelijk waar zij naar toe kunnen gaan bij zorg of ondersteuningsvragen, zonder van het kastje naar de muur te worden gestuurd. De eerstelijnszorg is makkelijk bereikbaar en kenmerkt zich door een integrale en op preventie gerichte aanpak van patiëntenproblemen. Vanzelfsprekend legt het de verbindingen naar zowel tweedelijns curatieve zorg als de care en maatschappelijke ondersteuning. Hierin fungeert de eerste lijn als «wegwijs» voor de patiënt, maar onderkent ook zijn coördinatiefunctie in het medisch-inhoudelijk zorgproces. In de kabinetsreactie bij het rapport van de IBO-AWBZ<sup>3</sup> wordt ook ingegaan op een brede eerste lijn, waarbij diagnostiek, zorg, preventie en doorverwijzing achter «een voor patiënten herkenbare voordeur» wordt georganiseerd.

<sup>1</sup> Porter en Olmsted Teisberg hebben met hun boek «Redefining Health Care» een werk geschreven over de Amerikaanse zorg. In «Redefining Health Care» zetten beide auteurs een nieuwe visie over het functioneren van concurrentie in de gezondheidszorg uiteen, waarbij iedere partij zich concentreert op het creëren van zo veel mogelijk waarde voor de zorg-consument, te meten in gezondheidsresultaten per uitgegeven dollar.

<sup>2</sup> In het vervolg van de visie zal over patiënt worden gesproken, maar daarvoor in de plaats kan tevens de toekomstige patiënt, dan wel cliënt of burger worden gelezen.

<sup>3</sup> Brief TK langdurige zorg van 9 juni 2006 (TK 2005–2006, 30 597, nr. 1).

Voor patiënten die een chronische ziekte hebben, hoop ik deze wijze aan de in de brief «Programmatische aanpak van chronische ziekten» genoemde ambitie te kunnen bijdragen. In deze brief is de volgende ambitie geformuleerd:

1. De toename van het aantal mensen met een chronische aandoening afremmen.
2. De leeftijd waarop een chronische ziekte zich voor het eerst manifesteert uitstellen.
3. Complicaties als gevolg van de chronische ziekte voorkómen dan wel uitstellen.

4. Mensen met een chronische aandoening in staat stellen zo goed mogelijk met hun ziekte om te gaan, zodat de best mogelijke kwaliteit van leven wordt bereikt.

#### *Afspraken tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder*

De prijs voor de functie kunnen zorgverzekeraars en zorgaanbieders onder andere bepalen aan de hand van de zorgstandaarden. De prijs van bijvoorbeeld de functie diabeteszorg kan onder andere worden bepaald op basis van de prestaties die in de zorgstandaard diabeteszorg zijn beschreven. Zorgstandaarden met daaraan verbonden prestatie-indicatoren zijn cruciaal om de zorg voor mensen met chronische aandoeningen te te verbeteren. Standaarden beschrijven op hoofdlijnen waar goede zorg minimaal uit bestaat, in functionele termen en in de volle breedte van de zorg. De zorgstandaard is opgebouwd uit componenten, bijvoorbeeld diagnostiek, preventie, educatie/zelfmanagement, behandeling, begeleiding, palliatieve zorg. De zorgstandaard is geen blauwdruk die gedetailleerd voorschrijft hoe het zorgaanbod eruit moet zien, maar omschrijft de componenten en noodzakelijke randvoorwaarden waar de zorg aan moet voldoen. Het is een leidraad voor de partijen uit het veld voor het leveren van goede kwaliteit van zorg. Er is dus ruimte om de zorg en het zorgaanbod naar lokale behoefte vorm te geven. De prijs voor een functie zal dan ook fluctueren afhankelijk van de lokale omstandigheden. Belangrijker nog is dat een zorggroep ook kan besluiten de zorgprestaties anders te leveren. Aan de hand van prestatie-indicatoren, verbonden aan de zorgstandaarden, kunnen zorgverzekeraars beoordelen of de afgesproken kwaliteit van zorg ook daadwerkelijk wordt geleverd. Dit kunnen zowel proces-, als uitkomst- als patiënttevredenheidindicatoren zijn. Zodoende wordt er ingespeeld op de behoeftes van het veld om de zorg zodanig te organiseren dat de juiste zorg verleend kan worden op het juiste moment, op de juiste plaats, door een hulpverlener met de vereiste deskundigheid. Daarmee wordt substitutie van zorg gestimuleerd en kunnen verzekeraars hun zorginkoop bepalen aan de hand van te leveren prestaties. De zorg kan dan daar geleverd worden waar de kwaliteit en doelmatigheid het grootst zijn. Wie welk onderdeel van de zorg levert, is voor de bekostigingssystematiek niet van belang. De voorbehouden handelingen van de zorgverleners zijn grotendeels vastgelegd in de Wet op de Beroepen in de Gezondheidszorg (BIG). De minimale kwaliteitseisen zijn vastgelegd in de Kwaliteitswet Zorginstellingen (KWZ).

In box 2 staat uitgeschreven hoe dit zou kunnen werken.

#### *Box 2: Fictief voorbeeld integrale diabeteszorg*

Zorgverzekeraar X benadert zorgaanbieder (ook wel hoofdcontractant) Y en wil graag goede diabeteszorg contracteren voor zijn verzekerden. Op basis van onder andere de NDF (Nederlandse Diabetes Federatie) Zorgstandaard wordt de hoogte van het bedrag voor diabeteszorg bepaald. In de NDF Zorgstandaard staat beschreven welke prestaties er geleverd moeten worden voor goede diabeteszorg. Dit betekent bijvoorbeeld dat de patiënt een keer per jaar voetonderzoek krijgt, een keer per jaar HbA1c in het bloed moet laten meten voor het bepalen van het bloedsuikergehalte, dat educatie richting de patiënt belangrijk is etc. De zorgstandaard is functioneel omschreven, er wordt niet vastgelegd wie die handelingen uit de standaard verricht. In de Wet BIG is vastgelegd welke voorbehouden handelingen een hulpverlener heeft. Als een aanbieder diabeteszorg op deze wijze aanbiedt, wordt de prijs voor diabeteszorg – bijvoorbeeld € Z euro per diabetespatiënt – in onderhandeling tussen de zorgverzekeraar en aanbieders bepaald aan de hand van de kosten die gemaakt moeten worden voor het leveren van de diabeteszorg. De genoemde € Z kan bestaan uit onder andere de huisvestingskosten, de kosten voor diagnostiek, voor preventieve activiteiten, voor ondersteuning bij zelfmanagement, de inkomens van de

zorgverleners die de zorg leveren, de kosten voor ICT etc zijn. In de beleidsregels van de NZa zal worden vastgelegd welke bekostigingsspelregels er zijn, bijvoorbeeld of sprake is van een maximum tarief of een vrij tarief. De zorgverzekeraar spreekt vervolgens met de aanbieders af dat hij op basis van prestatie-indicatoren zal meten of de kwaliteit van zorg wordt geleverd. De hoofdcontractant zal de zorg dus goed moeten organiseren om goed te scoren op de prestatie-indicatoren.

De volledige functie integrale diabeteszorg is wellicht onderdeel van het basispakket. De patiënt zal alle – aan deze zorg verbonden kosten – dus vergoed krijgen. De patiënt weet via de patiëntenversie van de zorgstandaard waar hij recht op heeft en via de prestatie-indicatoren (medisch-inhoudelijke indicatoren, patiëntervaringen en etalageplus-informatie) welke zorggroepen goede zorg leveren voor zijn aandoening. Hij kan kiezen bij welk behandelteam hij onder behandeling wil, zolang deze gecontracteerd is bij zijn verzekeraar. Hij zal van zijn zorgverzekeraar verwachten dat die zorgaanbieders goede kwaliteit zorg leveren en daarbij goede resultaten behalen. De patiëntenvereniging (DVN) kan hem hierin adviseren.

De patiënt weet ook via de patiëntenversie van de zorgstandaard wat hij zelf kan bijdragen aan het behalen van zo goed mogelijke resultaten. Er is een gelijkwaardige relatie tussen zorgaanbieders en patiënt. De patiënt bepaalt mede de inhoud van zijn individuele behandelplan (met behandeldoelen), gebaseerd op de zorgstandaard en zijn eigen specifieke situatie. De zorgaanbieders hebben oog voor de kwaliteit van leven en motiveren en ondersteunen de patiënt bij zelfmanagement.

## Rapport Plexus «functie indeling eerstelijnszorg»

Plexus heeft onlangs (juni 2008) in opdracht van het College voor zorgverzekeringen (CVZ) een rapport uitgebracht over functie indeling eerstelijnszorg.

### *Horizontale functies en verticale functies*

Plexus omschrijft in haar rapport een horizontale en verticale clustering van zorgvragen.

*Horizontale clustering* ordent naar *een specifieke zorgvraag*, zoals bijvoorbeeld diabeteszorg in een functie integrale diabeteszorg. Voor veel met name chronische aandoeningen is het namelijk niet de individuele prestatie van een zorgprofessional, maar de gecombineerde en gecoördineerde inspanningen van meerdere zorgaanbieders die de waarde voor de patiënt bepaalt. Er zijn ook functies benoemd voor COPDzorg, depressiezorg en dergelijke.

*Verticale clustering* ordent voor een *groep diverse zorgvragen in één cluster*. Dit zou dan een functie «generalistische huisartsgeneeskundige zorg» kunnen zijn. Aan deze geclusterde groep komt dan één prijskaartje te hangen, bijvoorbeeld een bedrag per ingeschreven patiënt. Deze verticale clustering is logisch aangezien daarmee niet elke zorgvraag tot een eigen «product» leidt. Daarmee wordt voorkomen dat er ontelbaar veel producten ontstaan in de zorg. De wijze waarop de bekostiging van deze functiegroep (die bestaat uit meerdere functies) kan worden vormgegeven, bijvoorbeeld door middel van een bedrag per consult of een bedrag per ingeschreven patiënt, zal nader worden uitgewerkt.

Met Plexus ben ik van mening dat voor de generalistische huisartsgeneeskundige zorg<sup>1</sup> een opdeling in «producten» minder zinvol is. Veel van dit werk beslaat moeilijk duidbare problematiek, die veelal een holistische aanpak behoeft, en waarbij precieze indelingen in «moehed», «verkoudheid», «psychosociale problemen», «preventief contact» etc. tot een onwerkbare en oncontroleerbare productstructuur leidt. Veel zinvoller

<sup>1</sup> De precieze inhoud van de «generalistische huisartsgeneeskundige zorg» (wat valt daar wel in, en wat niet; hoe integraal dient de financiering te worden gerealiseerd) zal de komende jaren nog nader dienen te worden ingevuld.



is een werkwijze te ontwikkelen waarbij er binnen deze functiegroep met functies wordt gewerkt die bijvoorbeeld worden bekostigd via een abonnementsprijs per ingeschreven patiënt. Dit is vergelijkbaar met het huidige inschrijftarief huisartsen, echter zal dat inschrijftarief op onderdelen veranderen, aangezien er sommige prestaties op termijn uitgehaald zullen worden, zoals bijvoorbeeld specifieke chronische zorgvormen of acute zorg. In mijn verzoek om een vervolguitsvoeringstoets «Met Spoed» aan de NZa zal ik nader op ingaan op de bekostiging van de acute zorg. Ik heb u toegezegd u in het voorjaar te informeren over de inhoud van deze uitvoeringstoets.

### **Welke stappen moeten er gezet worden om zorg in te kunnen kopen op basis van functionele bekostiging?**

Om functionele bekostiging in de praktijk te kunnen implementeren is een aantal stappen nodig.

Stappen:

- 1. Omschrijving product cq functie:** welke prestaties worden er geleverd voor een bepaald product (horizontaal of verticaal, zie rapport plexus).
- 2. Matchen functies aan functionele aanspraak:** welke (delen van) functies vallen onder de basisverzekering en welke niet.
- 3. Minimale kwaliteitseisen omschrijven per functie:** in zorgstandaarden en richtlijnen wordt vastgelegd welke zorgprestaties nodig zijn om goede kwaliteit van zorg te leveren. De functie is gekoppeld aan een zorgstandaard (bijvoorbeeld huidige NDF-standaard voor functie integrale diabeteszorg). De verticale functie-omschrijving zal waarschijnlijk meerdere richtlijnen kennen, aangezien daar meerdere prestaties zijn geclusterd in een functie. De ontwikkeling van zorgstandaarden gebeurt door de veldpartijen (patiënten- en consumentenvertegenwoordigers en zorgaanbieders) zelf.
- 4. Prestatie-indicatoren ontwikkelen per functie:** het ontwikkelen van prestatie-indicatoren, die meten of de kwaliteit van zorg daadwerkelijk geboden wordt. Dit geldt ook voor de functies die meerdere verticale prestaties kennen zoals de functie generalistische huisartsgeneeskundige zorg. Dit zullen veldpartijen zoveel mogelijk moeten doen in afstemming moeten met het bureau Zichtbare Zorg onder leiding van de Inspectie voor de Gezondheidszorg.
- 5. Bekostiging ontwikkelen per functie:** afhankelijk van type functie de wijze van bekostiging vaststellen (bijvoorbeeld een consult bij de functie houding en bewegen of een bedrag per verzekerde bij de functie generalistische huisartsgeneeskundige zorg of een bedrag per diabetespatiënt bij de functie integrale diabeteszorg), waarbij de relatie met en mogelijke aanpassing van de overige bekostiging in de eerste lijn en de overige bekostiging in de tweede lijn in het oog moet worden gehouden (bijvoorbeeld het schonen van tarieven omdat anders dubbele bekostiging zou kunnen ontstaan hetgeen niet de bedoeling is).
- 6. Bepalen hoe de prijs per functie totstandkomt:** afhankelijk van marktevenwicht: welk prijskaartje hangt aan die prestatie *ongeacht* wie het levert (bijvoorbeeld vrije prijs of maximumtarief).
- 7. Informatiemodel:** de onderbouwing van functies, nu en in de toekomst, is van belang voor kennisontwikkeling, innovatie en kwaliteitsverbetering. Dit vergt een gedegen informatiemodel dat in samenhang met de bekostiging gestalte moet krijgen. In het informatiemodel dient naast informatie ten behoeve van kennisontwikkeling ook aandacht zijn voor beleids- en verantwoordingsinformatie.
- 8. Experimenten:** in beeld brengen op welke wijze experimenten rond

functionele bekostiging het meest gedegen vorm gegeven kunnen worden.

## **9. Implementatietraject** (ontwikkelen ICT-infrastructuur etc).

### **Randvoorwaarden en tijdpad voor nieuwe bekostiging: korte en lange termijn**

Op dit moment wordt de chronische zorg, de kosten van samenwerkingsverbanden en de stimuleringsgelden voor het ontwikkelen van zorgprogramma's soms betaald uit de module innovatie, de module geïntegreerde eerstelijnszorg, de module modernisering en innovatie, maar ook bijvoorbeeld uit het inschrijftarief huisartsen. Het is mijn voornemen deze totale bekostigingsconstructie op termijn te verduidelijken. In het tweede kwartaal van 2009 verwacht ik u een voorhangbrief te sturen over mijn voornemen de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) een aanwijzing te geven. Hierin vraag ik hen het volgende.

#### *Korte termijn*

Zoals ik in de inleiding van de brief al heb gemeld zijn partijen in het veld al volop in beweging om gerichte samenhangende zorg aan te bieden voor bepaalde chronische ziekten. Ik vind het belangrijk deze initiatieven te bevorderen door de bekostiging beter te laten aansluiten bij chronische zorgvormen. In eerste instantie kies ik daarbij voor de vier belangrijkste chronische zorgvormen waarvoor zorgstandaarden (binnenkort) beschikbaar zijn: Diabeteszorg, COPD-zorg, Cardiovasculair Risicomanagement en zorg voor Hartfalen. De komende maanden ga ik, in nauwe samenwerking met de NZa, samen met de veldpartijen en andere betrokkenen aan de slag. Mijn doel is om, rekening houdend met een aantal voorwaarden, per 1 januari 2010 de mogelijkheid te creëren de vier genoemde chronische zorgvormen afzonderlijk te bekostigen. Een van de voorwaarden is dat deze nieuwe bekostiging moet passen binnen het budgettaire kader zorg. Ik verwacht u in het tweede kwartaal van 2009 een voorhangbrief te sturen over mijn voornemen de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) een aanwijzing te geven over de nieuwe bekostigingsvormen. Dit impliceert een aantal technische aanpassingen in NZa-beleidsregels. Voor de volledigheid beschrijf ik hieronder een aantal relevante aanpassingen.

### **NZa-beleidsregel «samenwerking ten behoeve van geïntegreerde eerstelijnszorgproducten» in 2009 nog continueren**

In 2007 en 2008 is de subsidieregeling gezondheidscentra afgebouwd en omgezet naar een NZa-beleidsregel geïntegreerde eerstelijnszorg. In 2007 konden geïntegreerde eerstelijnszorgsamenwerkingsverbanden voor 10% van het beschikbare budget onderhandelen met zorgverzekeraars over geïntegreerde eerstelijnszorg, in 2008 voor 40% en in 2009 voor 100%. Ik heb de NZa twee jaar geleden per aanwijzing gevraagd (zie brief «bekostiging geïntegreerde eerstelijnszorgsamenwerkingsverbanden d.d. 23 aug 2006 CZ/EZ/2709718») een passende bekostigingsconstructie te bedenken voor deze geïntegreerde eerstelijnszorg per 2009. Inmiddels is afgesproken met de NZa dat de beleidsregel geïntegreerde eerstelijnszorg in 2009 gehandhaafd blijft voor de periode van een jaar.

De beleidsregel geïntegreerde eerstelijnszorg is destijds een eerste aanzet geweest naar een functionele bekostiging van de eerstelijnszorg. We hebben het over bekostiging van geïntegreerde eerstelijnszorg en daarmee de functies die de eerstelijnszorg biedt, los van de bestaande aanbodgerichte bekostiging. In het veld zijn dergelijke ontwikkelingen al waarneembaar: zorgprogramma's zoals diabetes of COPD worden gecontracteerd met de beleidsregel geïntegreerde eerstelijnszorg. Om dit adequater/beter te ondersteunen wil ik deze beleidsregel uitsplitsen in

herkenbare functies, waarbij ook de relatie met de huidige bekostiging van de eerstelijnsberoepsbeoefenaren wordt betrokken. Aangezien er op dit moment nog geen nieuwe bekostigingsvorm is voor de chronische zorg, acht ik het beter de huidige beleidsregel «geïntegreerde eerstelijnszorg» nog voor het jaar 2009 voort te zetten (en daarmee met deze bekostigingsconstructie toe te gaan naar 100% onderhandelen). Verder stel ik voor om per 1 januari 2010 een flinke stap te doen door vier eenduidige beleidsregels voor chronische zorg af te splitsen van de bestaande beleidsregel geïntegreerde eerstelijnszorg. Ik ga hier in het volgende punt nader op in. Ik overweeg om de beleidsregel «samenwerking ten behoeve van geïntegreerde eerstelijnszorgproducten» per 1 januari 2010 niet te laten continueren.

### **Vier beleidsregels voor chronische zorg per 1 januari 2010**

De ziektelast van chronische aandoeningen neemt de komende twintig jaar met minimaal 40% toe (RIVM, 2006). In het veld zijn partijen volop in beweging om gerichte zorg aan te bieden voor bepaalde chronische ziekten. De bekostiging dient zich daar zo snel mogelijk bij aan te sluiten. Ik wil de NZa dan ook vragen aan deze ontwikkeling prioriteit te geven en de functionele beleidsregel(s) te maken voor de vier belangrijkste chronische zorgvormen die ik heb benoemd in mijn brief «Programmatische aanpak van chronische ziekten»:

1. Diabeteszorg
2. COPD-zorg
3. Cardiovasculair Risicomanagement
4. Zorg voor Hartfalen

Voor deze vier chronische zorgvormen zijn zorgstandaarden per 2010 gereed en maak ik het mogelijk dat tevens een basisset prestatie-indicatoren beschikbaar is. Voor de bekostiging zijn op basis van de Wmg zorgprestaties en zorgtarieven noodzakelijk. De Wmg biedt onder andere de mogelijkheid tot maximumtarieven of vrije tarieven en een vrije prestatie of een omschreven prestatie. Ik zal hierover, in overleg met de NZa die daarbij naar marktomstandigheden zal kijken, een besluit nemen. Het voorgaande betekent dat het per 1 januari 2010 voor een zorgverzekeraar mogelijk moet zijn om bijvoorbeeld een contract te sluiten met een zorgaanbieder voor COPD-patiënten op basis van een beleidsregel COPD-zorg. De eventuele relevante uitkomsten die uit het ZonMW programma Diabetes Ketenzorg komen in april 2009, worden meegenomen in de nieuwe wijze van bekostiging van deze aandoeningen per 1 januari 2010.

#### *Lange termijn*

In de zomer van 2009 bericht ik u over de verdere ontwikkeling van een samenhangend stelsel van functionele bekostiging van de eerstelijnszorg. Dit betekent dat ik zal bezien voor welke zorgvragen cq. aandoeningen ketenbekostiging nodig is. Met de vier beleidsregels chronische zorg per 1 januari 2010 maak ik een eerste, betekenisvolle stap.

Ook zal ik, samen met de NZa, nagaan op welke wijze de bekostiging van de overige eerstelijnszorg vormgegeven zal worden, zoals bijvoorbeeld voor de generalistische zorgvragen, of de andere functies die Plexus benoemt in haar rapport. Ik zie deze stap met de vier beleidsregels voor chronische zorg als een forse stap in de richting van functionele bekostiging in de eerstelijnszorg. Graag ga ik de komende maanden met de relevante partijen verder de weg verkennen hoe we dit wenkend perspectief kunnen realiseren. In de ontwikkeling van een totale outline voor de functionele bekostiging zal ik ook aandacht besteden aan de volgende punten.

### *Multi-morbiditeit*

Veel chronische patiënten leiden aan meer dan één aandoening. Multi-morbiditeit is een fenomeen dat in de zorg steeds vaker voorkomt, en in het bijzonder bij mensen die chronisch ziek zijn. Onder multi-morbiditeit wordt verstaan: het gelijktijdig voorkomen van meerdere aandoeningen bij één persoon. Er zullen spelregels dienen te worden opgesteld voor het openen van een parallelle keten-functionele bekostiging. Ter illustratie: in sommige gevallen liggen deze spelregels voor de hand, bijvoorbeeld in het geval van «cardiovasculair risicomanagement» dat een integraal onderdeel zou kunnen zijn van Diabeteszorg. Deze twee ketens zouden dan niet parallel kunnen worden geopend. De keten «depressie» is dermate anders dan de keten «cardiovasculair risicomanagement» dat deze waarschijnlijk wel naast elkaar kunnen bestaan. Indien er sprake is van dusdanig veel multi-morbiditeit dat er van «disease-management» van de betreffende aandoeningen geen sprake meer kan zijn, is het bekostigingsvraagstuk dienovereenkomstig lastiger. Ik zal bezien op welke wijze hier in de toekomst mee kan worden omgegaan.

### *Geneesmiddelen, hulpmiddelen, preventie en zelfmanagement en diagnostiek integraal in tarieven*

Ik streef er naar om in samenwerking met de NZa binnen afzienbare termijn de tarieven van de functionele bekostiging zo integraal mogelijk vorm te geven. Dit betekent dat ik zal bezien of en op welke termijn de farmaceutische kosten, diagnostiek of kosten voor hulpmiddelen en incidentele specialistische consulten via de functionele tarieven kunnen worden bekostigd. Daarmee komt de prikkel voor het leveren van hoge kwaliteit zorg op doelmatige wijze meer bij de zorgaanbieder te liggen, en ontstaat er ruimte voor innovatie. In mijn kaderbrief 2007–2010 «Visie op gezondheid en preventie» heb ik tevens mijn beleid ten aanzien van preventieve zorg uit een gezet. Met subsidie van het ministerie van VWS wordt in de periode van 2007 tot en met 2012 gewerkt aan de ontwikkeling van een interventie waarmee mensen met (een hoog risico op) diabetes vanuit de eerste lijn begeleid kunnen worden naar een actievere leefstijl. Deze interventie heet «De BeweegKuur». Uiteindelijk doel is om, bij gebleken kosteneffectiviteit en budgettaire inpasbaarheid, de interventie op te nemen in het verzekerde pakket. Dit geldt ook voor de programma's als bijvoorbeeld «stoppen met roken» of «depressie-preventie» en zelfmanagement. Ik zal met de ontwikkeling van het nieuwe bekostigings-systeem ook nagaan of preventie in de toekomst – waar nodig – onderdeel wordt van de nog te ontwikkelen functionele tarieven.

### *Andere echelons, Wmo en AWBZ*

Ook in de AWBZ doet zich een ontwikkeling voor van aanbod- naar vraagsturing. In de brief van de staatssecretaris «Zeker van zorg, nu en straks» van 13 juni jl. (TK, vergaderjaar 2007–2008, 30 597, nr. 15) wordt aan deze ontwikkeling een nadere invulling gegeven. De opdracht die hierin wordt omschreven voor de toekomst van de AWBZ luidt: hoe kan de relatie tussen cliënt en professional voor de toekomst worden vormgegeven, opdat kwalitatief hoogwaardige zorg voor iedereen die daarop is aangewezen beschikbaar is. Eén van de belangrijke pijlers van deze opdracht is het versterken van de positie van de cliënt. Naast goede cliëntondersteuning, een heldere rechtspositie en transparante normen voor kwaliteit is de introductie van persoonvolgende bekostiging hierbij van belang. Zorgprocessen moeten vanuit de behoeften van de cliënt worden georganiseerd en de cliënt moet kunnen kiezen uit een passend zorgarrangement bij de zorgverlener naar keuze. Met ingang van 2009 wordt voor de intramurale zorg het zorgzwaartepakket geïntroduceerd, voor de extramurale

zorg wordt het zorgzwaartepakket de komende twee jaar ontwikkeld zodat implementatie in 2011 kan volgen. Hiermee wordt een belangrijke stap gezet naar meer persoonsvolgendheid van de indicatiestelling en bekostiging van de zorg. Door bij de extramurale zorgzwaartepakketten uit te gaan van een cliëntprofielen ontstaat inzicht in de cliëntkenmerken waardoor een betere aansluiting op de andere domeinen mogelijk is. De filosofie achter de functionele bekostiging in de eerstelijnszorg is dezelfde: de bekostiging beter rondom de zorgvraag van de client aan laten sluiten.

Aanvullend daarop zijn er nog andere ontwikkelingen die kunnen leiden tot een betere aansluiting tussen de zorgdomeinen, de belangrijkste zijn het Transitieprogramma in de langdurige zorg (TPLZ), de kleinschalige experimenten, het dementieprogramma en het Nationaal Programma Ouderenzorg. Hierbij kunnen veldpartijen experimenteren met nieuwe zorgprestaties, o.a. bij cliënten met meerdere aandoeningen waarbij ook Wmo en ZVW een rol (kunnen) spelen. Een ander voorbeeld is het Frieslab. De kennis die voortvloeit uit deze programma's wordt breed verspreid en na afloop van het experiment kan de reguliere bekostiging worden aangepast als het experiment succesvol is. Tot slot wordt de zorg die kortdurend is en op herstel is gericht (de reactiveringszorg) in 2010 overgeheveld naar de Zvw.

#### *Zorgstandaarden en prestatie-indicatoren*

Met veldpartijen ga ik de komende periode in gesprek om de gewenste richting te bespreken ten aanzien van de functionele bekostiging en de daarbij behorende samenhangende noodzakelijke onderdelen, zoals de ontwikkeling van zorgstandaarden en prestatie-indicatoren. De functionele bekostiging van de toekomst zal waar mogelijk moeten aansluiten bij trajecten die in ontwikkeling zijn op het gebied van prestatie-indicatoren, de ontwikkeling van richtlijnen en zorgstandaarden. Hiermee is het veld al een eind op weg.

Ik ga er van uit dat er voor 1 januari 2010 nadere landelijke afspraken zijn gemaakt over de te leveren kwaliteit per product (prestatie-indicatoren). Een door cliënten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars gedragen set indicatoren is een belangrijk onderdeel van het organiseren van de zorg rond de zorgvraag en het introduceren van specifieke bekostiging van de vier chronische ziekten. De set indicatoren zal een ontwikkeling doormaken en steeds beter passen bij de vier chronische ziekten. De set indicatoren per 1 januari 2010 is een belangrijke eerste stap. De opdracht voor het ontwikkelen van prestatie-indicatoren ligt bij het bureau Zichtbare Zorg. Dit bureau faciliteert het creëren van prestatie-indicatoren door de veldpartijen zelf. Voor Zichtbare Zorg betekent dat een aanvulling op de huidige werkwijze, omdat deze nu nog primair monodisciplinair is georiënteerd. Zorgverzekeraars Nederland (ZN) heeft uitgesproken op korte termijn te willen beschikken over een basisset voor de te verwachten functionele bekostiging van de keten als ook voor de geïntegreerde basis eerstelijnszorg. De Landelijke Vereniging Georganiseerde eerstelijnszorg (LVG) heeft aangegeven geïnteresseerd te zijn in een gezamenlijk gedragen set indicatoren, en ook de andere veldpartijen hebben uitgesproken het belang van deze ontwikkeling te zien en hieraan te willen bijdragen.

#### *Proces*

Ik zal u in de zomer van 2009 een grove toekomstschets te geven van de conceptuele vormgeving van de functionele benadering van de eerstelijnszorg. Daarbij geef ik u een indruk van de wijze waarop wordt omgegaan met de overgangsfase tussen de bestaande bekostigingswijzen en de nieuwe functionele bekostiging. Ik zal in dit proces nauw samen

optrekken met alle betrokkenen, waaronder vertegenwoordigers van cliënten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars, en de NZa. Tegelijkertijd met de presentatie van de toekomstschets zal ik de NZa verzoeken in een uitvoeringstoets te analyseren op welke wijze functionele bekostiging bijdraagt aan de gestelde doelen en zorgt voor een andere marktstructuur en een ander marktgedrag. Daarbij gaat het ook om de vraag hoe de veranderende werking van de markt zal doorwerken op de publieke belangen waarvoor ik verantwoordelijk ben: een betaalbare, toegankelijke en kwalitatief hoogwaardige zorg. Dit alles zal binnen het budgettair kader zorg plaatsvinden.

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