

Vergaderjaar 2009–2010

**29 247**

**Acute zorg**

**Nr. 109**

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

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 10 november 2009

Tijdens het Algemeen Overleg over de Eerstelijnszorg op 30 september 2009 (29 247, nr. 108) heeft u mij gevraagd in hoeverre de reeds bestaande zorgstandaarden daadwerkelijk waren afgerond, in hoeverre de verschillende relevante professionele organisaties daadwerkelijk waren betrokken, en wat de stand van zaken was rondom de nog niet afgeronden zorgstandaarden. In mijn brief van 6 oktober 2009 heb ik u nader geïnformeerd hierover. Daarbij heb ik de volgende zinsnede gehanteerd:

«Met betrekking tot het eerste punt [de stand van zaken met betrekking tot de zorgstandaarden] heb ik u aangegeven dat de Zorgstandaard Diabeteszorg en de Zorgstandaard Vasculair risicomanagement (VRM) afgerond zijn en zijn geautoriseerd, waarbij een breed scala aan professionele partijen zijn betrokken (inclusief de betrokken wetenschappelijke verenigingen van huisartsen en medisch specialisten)»,

In de brief van 27 oktober 2009 aan de TK wijst de Nederlandse Vereniging voor Cardiologie u erop dat de zorgstandaard Vasculair Risicomanagement niet is geautoriseerd door de cardiologische beroepsgroep.

Omdat ik er aan hecht elke verwarring hierover te voorkomen wil ik graag precies aangeven wat er is gebeurd, en hoe dit misverstand heeft kunnen ontstaan. Tevens zal ik nog kort aangeven hoe ik voornemens ben uitvoering te geven aan de Motie Timmer omtrent het realiseren van draagvlak voor de zorgstandaarden.

De zorgstandaard Vasculair Risicomanagement is ontwikkeld door een representatief en breed veld van deelnemende patiënten- en beroepsorganisaties: het Platform Vitale Vaten. In totaal zijn 28 organisaties betrokken bij het platform, waaronder het Nederlands Huisartsen Genootschap en de Nederlandse Vereniging Voor Cardiologie (NVVC). Namens al deze organisaties heeft het Platform de zorgstandaard tijdens het congres

«Vitaal Veranderen» op 13 februari 2009 aan de Directeur-Generaal Curatieve Zorg, mevrouw Monissen, overhandigd.

Ten tijde van de ontwikkeling en de afronding van de zorgstandaard was de intentie van de betrokken partijen om gezamenlijk het belang van goed vasculair risicomangement uit te dragen. Het begrip «zorgstandaard» was nog relatief nieuw, en de formele betekenis van het bestaan van de zorgstandaard nog niet uitgekristalliseerd. Het is in dit licht dat – naar mij nu is gebleken – de NVVC eind oktober 2008 aan het Platform liet weten dat zij de zorgstandaard «niet autoriseert, maar onderschrijft als een mogelijke leidraad naar implementatie van bestaande richtlijnen».

Het platform heeft deze mededeling op dat moment ter kennisgeving aangenomen. De zorgstandaard is immers gebaseerd op bestaande richtlijnen, en heeft «implementatie» als doel. Het formeel niet autoriseren vormt dan ook geen belemmering voor de voortgang. Er wordt dan ook geen reden gezien – gegeven de toenmalige context begrijpelijk – om het ministerie hiervan in kennis te stellen.

Begin Oktober jl., naar aanleiding van het Kamerdebat van 30 September jl., doen mijn medewerkers nog een dubbelcheck naar de verschillende zorgstandaarden. De gegeven interpretatie in de Tweede Kamer («zorgstandaarden Diabetes en VRM zijn echt afgerond en worden ondersteund; COPD is Oktober/November afgerond en gaat dan nog een autorisatie-ronde in») wordt bevestigd. In mijn brief aan u d.d. 6 Oktober wordt dit verwoord: de autorisatierondes bij de Diabetes en VRM zorgstandaarden zijn inderdaad afgerond; die van COPD nog niet.

In een vervolgggesprek tussen het Ministerie met het platform Vitale Vaten, 14 oktober jl., komt op tafel dat indertijd de NVVC wel de zorgstandaard heeft ondersteund, maar niet geautoriseerd. Hierbij wordt geconstateerd dat de *feitelijke* importantie hiervan gering is: er is inmiddels overleg geweest tussen NVVC en het platform Vitale Vaten met betrekking tot deze kwestie, en er is geen verschil van mening over de inhoud en het belang van de zorgstandaard tussen de NVVC en het Platform Vitale Vaten. De NVVC heeft wel vragen bij de koppeling tussen de zorgstandaard en de integrale bekostiging, maar die richten zich met name op de komende zorgstandaard voor hartfalen. Hartfalenzorg zonder nauwe betrokkenheid van de cardioloog, is de strekking van het bezwaar, biedt geen afdoende garanties voor optimale kwaliteit van zorg.

Naar aanleiding van deze gebeurtenissen, en naar aanleiding van de komst van de zorgstandaard hartfalen, heb ik inmiddels contact gezocht met de NVVC met de intentie de zorgen te bespreken en daar waar mogelijk weg te nemen. Het moge duidelijk zijn dat het nooit mijn bedoeling is en zal zijn te tornen aan de kwaliteit van de geleverde zorg – in tegendeel. Het gaat bij de integrale bekostiging ook niet om het simpel verschuiven van de zorg van «de specialist» naar «de huisarts», maar om het wegnemen van de belemmeringen om veel intensiever en structureler samenwerkingsverbanden op te zetten rondom de zorg die deze kwetsbare patientengroepen behoeven. Het leveren van integrale hartfalenzorg zonder cardiologische betrokkenheid is ook conform de vigerende richtlijnen van cardiologen *en* huisartsen geen verantwoorde zorg. Ik betreur het dat de formulering gekozen in mijn brief van 6 oktober jl. voor verwarring heeft gezorgd, en zal dat ook richting de NVVC uitspreken.

Ik deel de opvatting van de Kamer waarin zij het belang aangeeft van helder omschreven zorgstandaarden als basis voor integrale bekostiging. In de motie Timmer komt het belang tot uitdrukking dat de zorgstan-

daarden door alle betrokken beroepsgroepen moet worden gedragen. Belangrijk uitgangspunt is dat zorgstandaarden de inhoud van goede zorg voor patiënten met een chronische aandoening tot uitdrukking brengt. Patiëntenorganisaties en aanbieders ontwikkelen de zorgstandaard en verheffen deze tot norm voor goede zorg. Daarvoor is een breed draagvlak en acceptatie een absolute voorwaarde.

De motie Timmer wijst er tegelijkertijd ook op dat het – in het belang van de patiënt en de samenleving – niet zo kan zijn dat één of meerdere belanghebbende partijen om andere dan inhoudelijke redenen niet meewerken aan de ontwikkeling van de zorgstandaard. Er kan geen sprake zijn van een veto recht op andere dan strikt zorginhoudelijke redenen.

Om die reden is het ook essentieel een duidelijk onderscheid aan te brengen tussen de (strikt inhoudelijke) ontwikkeling van de zorgstandaard en de *daaropvolgende* beslissing om eventueel het instrument van de integrale bekostiging hieraan te koppelen. Zorgstandaarden zijn en blijven een initiatief van het veld; een zorgstandaard kan een belangrijke rol vervullen zonder dat er van integrale bekostiging sprake hoeft te zijn.

De beslissing *of* en *hoe* vervolgens integrale bekostiging zou moeten worden gekoppeld wordt aan een zorgstandaard is afhankelijk van de kwaliteits- en doelmatigheidswinst die bereikt zou kunnen worden door het opheffen van bestaande schotten. Alleen daar waar die significant is zal ik voorstellen deze koppeling te maken. Het geldt *volgt* dus de inhoud; het vaststellen van die inhoud zou dus ook los van financiële belangen en overwegingen moeten plaatsvinden.

Om verder duidelijkheid in deze te scheppen zal ik het het Coördinatieplatform Zorgstandaarden, dat op mijn verzoek bij ZonMw is ingesteld, de opdracht geven mij uiterlijk 1 februari 2010 te adviseren hoe een adequate ontwikkeling en vaststelling van zorgstandaarden geborgd kan worden. Het Platform bestaat uit deskundigen uit de wereld van patiënten, aanbieders en verzekeraars en heeft voldoende gezag en kennis om met een gedegen voorstel te komen. Het Platform zal bij zijn werkzaamheden in consultatieve zin de Regieraad betrekken.

Naast de NVVC ben ik ook in overleg met de overige professionele organisaties over de positie van de zorgstandaarden en over de ontwikkeling van het toetsingskader voor het al dan niet realiseren van integrale bekostiging voor een chronische aandoening.

Ondertussen staan – gelukkig – de inhoudelijke ontwikkelingen niet stil. De startconferentie voor de zorgstandaard Depressie heeft onlangs plaats gehad, de zorgstandaard Dementie gaat worden ontwikkeld, en eind november zal het raamwerk van de zorgstandaard Overgewicht en Obesitas worden gepresenteerd. Een voorstel voor de zorgstandaard COPD is inmiddels gereed, zoals verwacht en aan u gemeld in mijn brief van 6 oktober jl. Dit voorstel is gemaakt door een breed samengestelde werkgroep van de Long Alliantie Nederland (LAN), en zal ter accordering worden voorgelegd aan de lidorganisaties van de LAN. Ik heb goede hoop dat dit proces voor 1 juli zal worden afgerond.

Ik zal u in het eerste kwartaal van 2010 opnieuw informeren over de voortgang op deze dossiers.

Ik hoop u hiermee voldoende geïnformeerd te hebben,

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