

Vragen gesteld door de leden der Kamer, met de daarop door de regering gegeven antwoorden

3183

Vragen van het lid **Dijkstra** (D66) aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over *het bericht dat succesvolle en geldbesparende zorgprojecten in Leiden en Nijmegen dreigen te stoppen* (ingezonden 21 juli 2010).

Antwoord van minister **Klink** (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) (ontvangen 27 augustus 2010).

Vraag 1

Bent u bekend met het bericht «Succesvol Leids zorgproject in gevaar door geldproblemen»?¹ Onderschrijft u de visie van betrokken ziekenhuizen, huisartsen en zorgverzekeraars, dat dit zorgproject een succesvol voorbeeld is van doelmatige samenwerking?

Antwoord 1

Ja, ik ben bekend met het bericht en het project in Leiden. Ik ben van mening dat het wenselijk is dat huisartsenposten en de Spoed Eisende Hulp (SEH) meer samen werken om de acute zorgketen beter in te richten. Dit is niet alleen goed voor de kwaliteit van zorg (bijvoorbeeld door de betere afstemming tussen huisarts en medisch specialist), maar ook voor de efficiëntie van zorg. Wanneer huisartsenpost en SEH samenwerken in het opvangen van mensen die zonder verwijzing van een huisarts of 112 naar de SEH komen (de zogenoemde zelfverwijzers), leidt dit er toe dat minder mensen onnodig gebruik maken van relatief dure medisch specialistische zorgvoorzieningen. De patiënt wordt door de samenwerking tussen huisartsenpost en SEH geholpen in de omgeving die het beste past bij zijn (acute) zorgvraag.

Vraag 2

Kunt u uiteenzetten waarom de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) een hoger tarief voor de huisartsen in de genoemde situaties tegenhoudt?

Antwoord 2

Huisartsen die werkzaam zijn in een Huisartsen dienstenstructuur (HDS) – samenwerkingsverband van huisartsen voor de ANW-diensten ook wel huisartsenpost genoemd – mogen maximaal een uurtarief van € 65,- aan de HDS declareren voor de avond-, nacht- en weekendzorg (ANW-zorg). Voor de HDS zelf stelt de NZa een budget vast waarbinnen slechts ruimte bestaat om

¹ <http://nos.nl/artikel/170688-succesvol-leids-zorgproject-in-gevaar-door-geldproblemen.html>

maximaal deze € 65,- aan de huisartsen te vergoeden. Ook de HDS is gehouden aan het maximum uurtarief.

De basis van deze tariefregulering vindt zijn oorsprong in het betaalbaar houden van de (acute) zorg. Indien het tarief voor de huisarts werkzaam in een HDS vrij zou zijn, terwijl de HDS een «vast» budget krijgt voor het organiseren van de ANW-zorg (waarbij wordt uitgegaan van een bedrag van maximaal € 65,- per uur) dan kunnen huisartsenposten in financiële problemen raken indien zij de huisartsen een hogere vergoedingen zouden moeten betalen. Bij het oprichten van de huisartsenposten was het uitgangspunt dat de «reguliere» huisartsen in de ANW-uren alle diensten zouden doen. De inkomsten die deze huisartsen ontvangen uit de ANW-uren komen bovenop de inkomsten uit de reguliere praktijk. Het maximum van € 65,- per uur voor huisartsen is dan ook een «kaal»-tarief zonder toevoeging van sociale lasten (zoals pensioen en arbeidsongeschiktheidsverzekering), aangezien deze lasten al zijn verwerkt in de inkomsten voor de praktijk overdag. Het uurtarief is overigens met ingang van dit jaar verhoogd van € 50,- naar € 65,- (± 30%).

De NZa reguleert zorgprestaties. Zodra een huisarts zorg levert in een HDS, geldt voor die diensten het maximumuurtarief van € 65,-. Wanneer veldpartijen deze regels overtreden, dient de NZa ze te handhaven.

Vraag 3

Kunt u uiteenzetten op welke wijze de NZa handhaaft bij een economisch delict?

Antwoord 3

De wijze waarop de NZa haar toezicht heeft vormgegeven staat in haar toezichtvisie «zicht op toezicht». Indien de NZa signalen ontvangt over mogelijke overtredingen door zorgaanbieders en/of zorgverzekeraars doet zij onderzoek of er sprake is van een mogelijke overtreding van de WMG of Zvw. Indien de NZa vervolgens heeft vastgesteld dat er sprake is van een overtreding c.q. een economisch delict past zij het «plan handhaving» toe (dit is op de website van de NZa te downloaden). Afhankelijk van de aard en omvang van de overtreding kunnen handhavingsinstrumenten ingezet worden, zoals een aanwijzing, last onder dwangsom of boete. Indien mogelijk kan de NZa ook voor minder formele interventie kiezen in de vorm van bijvoorbeeld een normoverdragend gesprek.

Vraag 4

Kunt u toelichten of nog meer initiatieven onder druk staan als gevolg van het uitblijven van passende regelgeving?

Antwoord 4

Van de Vereniging Huisartsenposten Nederland heb ik in gesprekken begrepen dat er drie samenwerkingsprojecten zijn -inclusief Leiden en Nijmegen- die kampen met problemen rondom de inzet van waarnemers in de ANW-uren en het maximum uurtarief van de huisarts.

Vraag 5

Komt passende regelgeving voor deze initiatieven nog op tijd?

Antwoord 5

Voorlopig is het voor verzekeraars en huisartsenposten mogelijk om op alternatieve manieren de samenwerking tussen huisartsenpost en SEH additioneel te bekostigen. Zo worden tijdelijke afspraken gebaseerd op de NZa-beleidsregels «innovatie» of «lokale productiegebonden toeslag (LPT)». Deze beleidsregels bieden de verzekeraar de ruimte om extra geld naar de huisartsenpost te krijgen. Daarnaast wordt soms gebruik gemaakt van de reguliere budgetruimte in de financiering van huisartsenposten, de NZa-beleidsregel «HDS» inclusief de «plusmodule». In de situatie Leiden hebben de partijen echter aangegeven de huidige financiële ruimte op basis van geldende regelgeving voor andere zaken te willen inzetten dan de samenwerking tussen huisartsenpost en SEH. In overleg met de NZa ben ik momenteel aan het bekijken of het op korte termijn mogelijk is om de regelgeving aan te passen zodat er budget overgeheveld kan worden van de SEH naar de huisartsenpost.

Vraag 6

Sluit de systematiek van budgetfinanciering met vaste parameters wel aan bij de landelijke differentiatie?

Antwoord 6

Het budget van een huisartsenpost wordt vastgesteld op basis van een (maximaal) bedrag per inwoner. Een HDS kan per inwoner in aanmerking komen voor een basisbedrag van maximaal € 10,95. Daarnaast zijn er gedifferentieerde toeslagen voor op het platteland (een extra module per inwoner van maximaal € 2,74) en voor een hoge zorgconsumptie (een extra module van maximaal € 2,19). Om in aanmerking komen voor de module platteland en zorgconsumptie zijn door de NZa voorwaarden vastgesteld. Aangezien acute hulpverlening door de huisarts vaak noodzakelijk is in de regio waarin de patiënt woonachtig is, ligt een budgetfinanciering op basis van inwoners aantal per regio voor de hand. De extra modules voor zorg in plattelandsgebieden (waar bijvoorbeeld door lage concentratiegraad soms extra infrastructuur noodzakelijk is) en zorgconsumptie (waar bij een hoge zorgconsumptie in een gebied met bijvoorbeeld veel kinderen meer consulten worden geleverd), zorgen voor de differentiatie in het budget. Daarnaast kunnen huisartsenposten nog met de zorgverzekeraar additionele afspraken maken door middel van de zogenoemde «plusmodule». Door deze aanvullende bekostigingsregels kunnen verzekeraar en de HDS'en lokale verschillen in de zorgverlening gedifferentieerd belonen.

Vraag 7

Kunt u garanderen dat innovaties in werkwijze die geld besparen, ook in de toekomst gefinancierd worden?

Antwoord 7

Door middel van diverse regelingen in de bekostiging geef ik veldpartijen (financiële) vrijheid om de zorg te organiseren op de wijze die zij wenselijk achten. Voor innovaties bestaan daarnaast diverse mogelijkheden op basis van aparte NZa-beleidsregels. De vraag welke innovaties in de toekomst gefinancierd worden, is dus een vraagstuk die de veldpartijen onderling kunnen oplossen.