

Vergaderjaar 2013–2014

32 620

Beleidsdoelstellingen op het gebied van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Nr. 94

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 28 oktober 2013

In de zomer van 2012 heb ik een aantal rapporten over de bekostiging van de huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg voor chronische zieken¹ aan uw Kamer gestuurd. Recent heb ik met de Landelijke Huisartsenvereniging (LHV), de Landelijke Organisatie voor Keten­zorg (LOK), de Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn (LVG), de Vereniging Huisartsenposten Nederland (VHN) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) een akkoord² gesloten, waarin onder meer is afgesproken hoe we gezamenlijk willen komen tot een verdere versterking van de eerste lijn en overeen is gekomen op welke wijze het nieuwe bekostigingsmodel eruit moet komen te zien om hieraan te kunnen bijdragen. Met deze brief kom ik mijn toezegging³ na om uw Kamer te informeren over de voortgang op het dossier huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg en tevens inzicht te bieden in de contouren van het nieuwe bekostigingsmodel dat ik per 1 januari 2015 wil invoeren.

Inleiding

Diverse trends en ontwikkelingen hebben effect op de toekomstige organisatie van zorg dichtbij⁴. Een relevante trend is de wens van mensen om, ook als ze ouder en minder gezond zijn, zoveel en zolang mogelijk in hun eigen omgeving te kunnen blijven functioneren, thuis te kunnen blijven wonen en te kunnen participeren in de maatschappij. Mensen kunnen, willen en moeten daarbij zelf verantwoordelijkheid nemen voor hun gezondheid. Wanneer dat niet meer mogelijk is en gezondheidspro-

¹ NZa advies bekostiging huisartsenzorg en geïntegreerde zorg, eindrapport Evaluatiecommissie Integrale Bekostiging zorg voor chronisch zieken (TK, 2012–2013, 32 620, nr. 67), NZa advies substitutie, en de NZa marktscan Keten­zorg (Kamerstuk 32 620, nr. 71)

² Kamerstuk 29 248, nr. 257

³ Kamerstuk 29 248, nr. 255

⁴ Kamerstuk 32 620, nr. 27

blemen niet meer zelf opgelost kunnen worden, dan komt professionele zorg en ondersteuning om de hoek kijken, aangeboden door gemeenten en zorgverzekeraars. Hierbij acht ik het van belang dat deze zorg zo laag mogelijk in de zorgketen wordt georganiseerd, dichtbij huis en aansluit bij de zorgbehoeften van de individuele patiënt. Om dat te bereiken zijn verschuivingen nodig van zorg in een medisch-specialistische setting naar zorg in een generalistische setting, van intramurale zorg naar extramurale zorg en van professionele zorg naar zelfzorg. Het betekent ook dat er meer verbindingen moeten worden gelegd tussen verschillende domeinen met verschillende professionals. Om zorg op de juiste plek in de zorgketen te realiseren zie ik een belangrijke rol voor de huisartsenzorg weggelegd. De huisarts is veelal de eerste zorgverlener waar een patiënt met vragen over gezondheid en ziekte naartoe gaat. Door zijn generalistische opleiding en kennis van de medische voorgeschiedenis, gezinsituatie en sociale context van de patiënt is de huisarts goed in staat om de zorgvraag van de patiënt te beoordelen en zijn rol als poortwachter te vervullen. Om zorgverlening echt te laten verschuiven is het nodig dat huisartsen hun poortwachterrol op een actieve en adequate wijze blijven vervullen.

Door de bovengenoemde verschuivingen in combinatie met de aanstaande hervormingen in de GGZ, de jeugdzorg en de langdurige zorg beseffen partijen dat de komende jaren er meer werk op de eerste lijn zal gaan afkomen. Partijen hebben de handen ineen geslagen om deze toenemende zorgvraag binnen de eerste lijn op te vangen. Een verdere versterking van de eerste lijn is hierbij nodig, ook om een stevige gesprekspartner te kunnen zijn voor onder andere de ziekenhuizen, de GGD'en, verzekeraars en de gemeenten. De grotere nadruk op het verbeteren van de gezondheid van groepen mensen vereist dan ook een samenhangend pakket aan zorg en ondersteuning op lokaal niveau. Dat kan alleen gerealiseerd worden met meer samenwerking en betere afstemming tussen zorgverleners binnen het zorg- en welzijn domein dan vooralsnog plaatsvindt. Kern daarvan is de samenwerking tussen aanbieders van huisartsenzorg, verpleegkundige zorg, ziekenhuiszorg, farmaceutische zorg, publieke gezondheidszorg en welzijn in de wijk, ondersteund door samenwerking tussen zorgverzekeraars en gemeenten.

Een belangrijk instrument om de bovenstaande verschuivingen te helpen realiseren en samenwerking te stimuleren is de manier waarop de zorg wordt bekostigd. Om deze reden is in het regeerakkoord afgesproken dat er een nieuw model komt voor de bekostiging van de huisartsenzorg, dat zich meer dan nu richt op het bekostigen van zorg op basis van de zorgbehoefte van de populatie, ruimte biedt voor aanvullende beloningsafspraken door verzekeraars en substitutie van zorg bevordert. Tevens is in het regeerakkoord overeengekomen dat de bekostiging van de extramurale verpleging in de Zvw en de bekostiging van de HAP/SEH in een later stadium hierop zullen gaan aansluiten. Ik ben gestart met het nieuwe bekostigingsmodel voor de huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg, gevolgd door de nieuwe bekostiging voor verpleging onder de Zvw. De samenhang tussen beide bekostigingssystemen is een belangrijk uitgangspunt bij de vormgeving daarvan. Het helpt zorgverzekeraars om deze zorg integraal in te kopen en het helpt aanbieders om deze zorg als samenhangend pakket te organiseren. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) zal mij in november 2013 adviseren over de mogelijkheden voor de inrichting van de toekomstige bekostiging van verpleging in de Zvw. Ik streef ernaar de contouren van deze nieuwe bekostiging begin 2014 aan uw Kamer voor te leggen. Voor wat betreft de bekostiging HAP/SEH hebben enkele partijen – aanbieders en verzekeraars – in afstemming met de NZa het initiatief genomen om een pilot te starten naar integrale bekostiging van de HAP en SEH. Een dergelijke pilot vind ik een goede

manier om de voor- en nadelen van integrale bekostiging van HAP en SEH inzichtelijk te krijgen en daarmee ervaring op te doen.

Het afgelopen jaar heb ik aan de hand van de genoemde rapporten en de reacties van veldpartijen daarop, intensief met hen gesproken over de inrichting van het nieuwe bekostigingssysteem. Ik ben verheugd dat dat heeft geleid tot breed gedeeld draagvlak en overeenstemming over de hoofdlijnen van het nieuwe systeem. Deze uitgangspunten en hoofdlijnen zijn vastgelegd in het akkoord eerste lijn 2014 tot en met 2017 (hierna: het akkoord) dat ik recent met de eerstelijns sector gesloten heb. Daarin hebben partijen ook afgesproken zich tot het uiterste in te spannen om het nieuwe bekostigingssysteem met ingang van 1 januari 2015 te kunnen invoeren, aangezien invoering van belang is om de doelstellingen uit het akkoord, en in het bijzonder de doelstellingen op het vlak van substitutie, te kunnen realiseren. Naast afspraken over het nieuwe bekostigingsmodel ben ik met partijen een inhoudelijke agenda overeengekomen. Deze agenda bouwt voort op de inhoudelijke afspraken die in het convenant 2012/2013 met de LHV zijn gemaakt. De thema's die partijen met voorrang de komende tijd gaan uitwerken zijn het versterken van de lokale organisatiegraad van de eerste lijn, de doorontwikkeling van de multidisciplinaire zorg, de inbedding van de POH-GGZ en Generalistische Basis-GGZ in de huisartsenzorg, substitutie (inclusief informatievoorziening), de integratie tussen de HAP en SEH voor de acute zorg, e-health en zelfmanagement.

Nieuw bekostigingsmodel

Het model dat ik toelicht is gericht op de bekostiging van de huisartsenzorg⁵ en de multidisciplinaire zorg. Naast een weergave van de uitgangspunten en het model op hoofdlijnen zal ik onder meer ingaan op de inschrijving op naam bij de huisarts, de mogelijkheid om te experimenteren met een bekostigingssysteem zonder consulten, de ontwikkelingen op het gebied van de multidisciplinaire zorg en op de macrobeheersing. In het akkoord zijn de onderstaande uitgangspunten overeengekomen. Het nieuwe bekostigingsmodel:

- maakt gebruik van populatiegebonden kenmerken als indicatie voor zorgbehoefte en geeft daardoor een stevige impuls aan het aansluiten van diverse vormen van zorg en ondersteuning zowel binnen de eerste lijn als ook naar het sociale domein en de medisch specialistische zorg;
- maakt belonen op basis van (gezondheids)uitkomsten mogelijk, door ruimte te bieden voor zorgverleners en zorgverzekeraars om onderling afspraken daarover te maken;
- stelt substitutie van de tweede naar de eerste lijn naar zelfzorg en preventie centraal, met als doel waar mogelijk voorkomen dat mensen in de 2e lijn terecht komen, door zorg zoveel en zo lang mogelijk in de eerste lijn te laten plaatsvinden;
- is zo eenvoudig en transparant mogelijk;
- draagt bij aan de macrobeheersbaarheid van de uitgaven aan eerstelijnszorg.

Aan de hand van deze uitgangspunten is toegewerkt naar een nieuw bekostigingsmodel voor de huisartsenzorg dat uit drie segmenten zal gaan bestaan. Het eerste segment richt zich op de basisvoorziening huisartsenzorg. In dit segment komen zorgvragen en aandoeningen aan bod, waarvoor de huisarts doorgaans fungeert als eerste aanspreekpunt voor de patiënt en tevens fungeert als poortwachter. Deze zorgvragen en aandoeningen kunnen grotendeels binnen de huisartsenpraktijk gediag-

⁵ Die zorg die binnen de huisartsenpraktijk wordt geleverd, dus ook bijvoorbeeld de praktijkondersteuner somatiek of GGZ.

nosticeerd, behandeld en begeleid worden. Dit segment dekt alle kosten die met dit deel van de huisartsenzorg gemoeid zijn. Vooralsnog zal er sprake zijn van een gecombineerd tariefsysteem. Deze zal opgebouwd zijn uit een gedifferentieerd inschrijftarief⁶ en een consulttarief, beide in de vorm van een maximumtarief.

Het tweede segment richt zich op multidisciplinaire samenwerking bij chronische zorg. In dit segment komen zorgvragen en aandoeningen voor die voortkomen uit specifieke kenmerken van een (in omvang) substantieel deel van de populatie, waarvoor naast de huisartsenzorg ook andere disciplines betrokken zijn om een integrale behandeling te leveren⁷. Een ondersteuningsstructuur is wenselijk om deze programmatisch vormgegeven zorg te leveren. In dit segment worden de kosten vergoed voor de aanvullende inzet van mensen en middelen, waaronder de infrastructurele kosten, die verband houden met de complexiteit van de zorgvraag. Dit segment kent vooralsnog een vrij tarief. Indien bij de nadere uitwerking van het model blijkt dat een gereguleerd tarief beter aansluit bij de kenmerken van het tweede segment, dan zal ik uw Kamer hierover informeren. De zorg die geleverd wordt in dit segment kan alleen onder voorwaarde van een overeenkomst tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder gedeclareerd worden, door een georganiseerd samenwerkingsverband (zorggroep, gezondheidscentrum) dan wel een huisartsenpraktijk die deze zorg in samenwerking met andere zorgverleners kan aanbieden.

Het derde segment richt zich op het belonen van uitkomsten en het stimuleren van vernieuwing. In dit segment wordt ruimte aan zorgverzekeraars en zorgaanbieders geboden om (belonings)afspraken te maken over de resultaten van de inzet in de andere twee segmenten. Deze resultaten kunnen divers zijn en zowel procesuitkomsten (bijv. deelname aan benchmark, spiegelinformatie), gezondheidsuitkomsten op populatieniveau, substitutie en patiënttevredenheid betreffen. Daarnaast biedt segment 3 de ruimte aan zorgverzekeraars en zorgaanbieders om praktijkgebonden afspraken te maken, bijvoorbeeld over het leveren van zorg die niet onder de andere segmenten valt zoals specifieke M&I-verrichtingen. Onder regie van de NZa zullen partijen, voor 1 maart 2014 (met het oog op invoering per 1 januari 2015), een beperkt aantal nieuwe prestaties ontwikkelen, die het belonen van uitkomsten een stimulans moet geven. Gestart wordt met prestaties op het vlak van doorverwijzen, doelmatig voorschrijven, diagnostiek, service en bereikbaarheid. Naast deze prestaties staat het zorgaanbieders en zorgverzekeraars vrij om ook over andere thema's afspraken te maken. Dit segment kent een vrij tarief en is alleen onder voorwaarde van een overeenkomst tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder te declareren.

De kracht van het nieuwe model is gelegen in de wisselwerking van de verschillende segmenten. De onderlinge verhoudingen tussen de verschillende segmenten zal enerzijds moeten borgen dat de huisartsenzorg als stevige basisvoorziening blijft bestaan en anderzijds zullen aanbieders van huisartsenzorg gestimuleerd moeten worden om in te spelen op de toekomstige multidisciplinaire zorgvraag en als centrale speler in het stelsel een belangrijke bijdrage leveren aan de houdbaarheid van ons zorgsysteem. Doordat partijen zowel de ruimte krijgen om praktijkgebonden afspraken te maken als de ruimte krijgen om afspraken te maken over het belonen op uitkomsten, kunnen partijen zich onder-

⁶ De huidige differentiatie, op basis van leeftijd en postcode, blijft gedurende de looptijd van dit akkoord in stand.

⁷ Het betreft in elk geval de chronische aandoeningen, waarvoor integrale bekostiging op basis van NZa-beleidsregels mogelijk is: Diabetes Mellitus type 2, Cardiovasculair risicomangement (CVRM) en Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD).

scheiden en in gezamenlijk overleg bepalen welke zorg het beste past bij de ingeschrevene patiëntenpopulatie. De NZa zal in haar nadere uitwerking van het model meenemen wat de onderlinge omvangverhoudingen tussen de segmenten bij invoering van het nieuwe model per 2015 zou moeten zijn en hoe deze segmenten afgebakend kunnen worden. Het ligt in de lijn der verwachtingen dat de verhoudingen tussen deze segmenten na verloop van tijd zal veranderen bijvoorbeeld doordat het aandeel multidisciplinaire zorg zal stijgen door de verdere uitrol van bestaande zorgprogramma's en de opstart van nieuwe zorgprogramma's zoals GGZ en de zorg voor kwetsbare ouderen. In het akkoord is dan ook afgesproken dat de onderlinge omvangverhouding tussen de drie segmenten periodiek (tweejaarlijks) moet worden gezien. Tevens zullen de ervaringen van de proeftuinen «betere zorg met minder kosten» worden meegenomen in de verdere ontwikkeling van het nieuwe bekostigingsmodel. Met mijn brief «Antwoorden schriftelijk overleg proeftuinen» van 17 oktober 2013⁸, informeerde ik u over de proeftuinen en aanverwante onderwerpen.

Inschrijving op naam

In het akkoord is overeengekomen dat de inschrijving op naam blijft bestaan en dat ik zal nagaan of het mogelijk is om deze inschrijving op naam wettelijk te borgen. In het nieuwe model is de inschrijving op naam gekoppeld aan een gedifferentieerd inschrijftarief per patiënt, waarbij de huidige differentiatie op leeftijd en postcode gedurende de looptijd van het akkoord behouden blijft. Kenmerkend voor dit inschrijftarief is dat de huisarts, onafhankelijk van zijn geleverde prestatie, per ingeschreven patiënt een vaststaand bedrag per kwartaal krijgt. Het inschrijftarief borgt enerzijds de brede en toegankelijke huisartsenvoorziening in Nederland, waarbij de huisarts een vergoeding krijgt voor zijn beschikbaarheidsfunctie. Anderzijds biedt het inschrijftarief de huisarts de mogelijkheid om zijn ingeschreven patiëntenpopulatie zo gezond mogelijk te houden door in te zetten op preventie, ontzorgen en het stimuleren van zelfmanagement en biedt het de huisarts de ruimte om te overleggen met andere zorgverleners of de gemeente om voor de individuele patiënt een samenhangend pakket aan zorg te bieden. Kortom, het inschrijftarief biedt mogelijkheden om zorg naar eigen inzicht te organiseren.

Experimenteren bekostiging zonder consulten

Gedurende de looptijd van het akkoord blijft het huidige consult, naast het gedifferentieerd inschrijftarief, als declaratietitel bestaan. Sommige partijen hebben echter aangegeven dat zij het wenselijk achten om te kijken of een bekostigingssysteem zonder consulten voordelen biedt ten opzichte van een systeem met consulten. Zij veronderstellen dat een dergelijk systeem huisartsen meer vrijheid en mogelijkheden biedt om maatwerk te kunnen leveren aan de patiënt. Dit komt omdat zij dan verwachten niet langer gebonden te zijn aan een bepaalde tijdsduur per consult dan wel een bepaald aantal consulten per dag omdat de vergoeding voor de consulten niet direct meer van invloed is op de financiering van de praktijk. Daarnaast lijkt het consult minder goed te passen in een systeem waarin de prikkels liggen op kwaliteit en uitkomsten en kan met afschaffing van de consulten het systeem eenvoudiger gemaakt worden. Aan de andere kant moet worden gezien of een systeem zonder consulten niet leidt tot onderbehandeling door de huisarts. Sommige huisartsen zien juist een voordeel in het declareren van consulten, zij zien dit als beloning voor het werk dat zij verrichten. Met ingang van 1 januari 2015 wordt partijen de ruimte geboden om te

⁸ Kamerstuk 32 620, nr. 92

experimenteren met een bekostigingssysteem dat geen consulten kent. Na evaluatie in het voorjaar van 2017, waarvan een vergelijking met een gemengd systeem onderdeel zal zijn, zal worden besloten of uitfasering van het consult per 2018 aangewezen is. Daarbij zal onder meer gekeken worden naar het effect op patiënttevredenheid, doelmatigheid en kwaliteit van zorg, alsmede naar of het gedifferentieerde inschrijftarief voldoende compenseert voor de verschillen in de zorgbehoeften van patiënten om af te stappen van consulten als betaaltitel.

Multidisciplinaire zorg

De wijze waarop de multidisciplinaire zorg in segment 2 van het model wordt vormgegeven, zal de NZa samen met partijen als onderdeel van het nieuwe model nader uitwerken. Daarbij zal de NZa tevens gebruik maken van de bevindingen van de Evaluatiecommissie integrale bekostiging (hierna: de EIB) die zijn vastgelegd in het rapport «monitoring integrale bekostiging van chronisch zieken»⁹.

De EIB constateert dat de integrale bekostiging van chronische aandoeningen de afgelopen jaren er toe heeft geleid dat er een vrijwel landelijk dekkend netwerk van zorggroepen is ontstaan, waarbinnen huisartsen multidisciplinair samenwerken met onder anderen praktijkondersteuners, diëtisten, fysiotherapeuten, podotherapeuten, internisten en oogartsen. Die netwerken zijn tot dusverre gerealiseerd voor Diabetes type II en in beperktere mate voor COPD en voor vasculair risicomanagement. Er is veel variatie in zowel de samenstelling en omvang van zorggroepen. Sommige bestaan uitsluitend uit huisartsen en zijn nog geheel monodisciplinair, terwijl er ook multidisciplinaire zorggroepen zijn waarbij andere zorgaanbieders uit de eerste lijn zijn aangesloten. De continuering en verdere professionalisering van deze zorggroepen met een meer multidisciplinair karakter, waaronder eventueel farmacie, acht ik van groot belang met het oog op de toenemende versterking van de organisatiegraad in de eerste lijn. Om de lokale organisatiegraad in de eerste lijn te versterken heeft de LVG het voortouw genomen om een plan van aanpak te maken op dit punt ter uitwerking van het akkoord.

De EIB merkt op dat er verschil is in de mate waarin zorggroepen gevorderd zijn met het implementeren van de diverse zorgstandaarden. Dit is tevens terug te zien in de wijze waarop individuele zorgplannen en ondersteuning van zelfmanagement aan de patiënt een plek krijgen in de zorgprogramma's van zorggroepen. Hoewel patiëntenparticipatie in de vorm van zelfmanagement en het individueel zorgplan een belangrijk onderdeel vormt van de zorg aan mensen met een chronische aandoening blijkt dat dit nog onvoldoende van de grond komt. Dit betreurt ik aangezien juist mensen met één of meerdere chronische aandoeningen veel baat hebben bij zelfmanagement. De regie zal nog meer bij de patiënt komen te liggen en persoonsgerichte zorg op maat is een logisch én wenselijk gevolg hiervan. Dit kan zowel positieve effecten hebben op kwaliteit als op de kosten van zorg.

Met het oog op de toenemende multimorbiditeit en het belang van zelfmanagement vind ik het een logische stap, net als de EIB, om van afzonderlijke aandoeningen via ketens door te ontwikkelen naar multidisciplinaire persoonsgerichte zorg. De zorg voor een patiënt met drie chronische aandoeningen met goede zelfmanagementvaardigheden kan in sommige gevallen bijvoorbeeld minder intensief zijn dan de zorg aan een kwetsbare oudere met twee chronische aandoeningen met minder goede zelfmanagementvaardigheden. Ik vind het dan ook goed dat het

⁹ Kamerstuk 32 620, nr. 67

Kwaliteitsinstituut (i.o.) het gebruik van het Raamwerk Individueel Zorgplan stimuleert waarin zowel zorgspecifieke als generieke modules kunnen worden opgenomen in plaats van te werken op basis van de afzonderlijke zorgstandaarden per diagnose. Met behulp van deze modules kan op basis van gezamenlijke besluitvorming de optimale combinaties van zelfmanagement, zorg en ondersteuning worden ingezet gericht op de individuele zorgbehoefte van de individuele patiënt. Daarnaast heeft de LOK het initiatief genomen om, ter uitwerking van het akkoord, de doorontwikkeling van de multidisciplinaire zorg concreet op te pakken en samen met andere relevante partijen een stimulan te geven.

De gezondheidskenmerken alsmede de persoons- en omgevingsgebonden kenmerken van een populatie uit een bepaalde regio kunnen voorspellers zijn voor de regionale zorgvraag. Ik heb het RIVM en de Universiteit Maastricht gevraagd om een verkennend onderzoek te doen naar welke populatiekenmerken bepalend kunnen zijn voor de zorgvraag. De eerste bevindingen uit de praktijkanalyse laten zien dat er op diverse plekken in het land door zowel verzekeraars, gemeenten als kennisinstututen gewerkt wordt met en aan (de ontwikkeling van) combinaties van populatiekenmerken die een voorspellende waarde hebben voor de zorg(vraag)zwaarte op het gebied van huisartsenzorg, chronische ketenzorg en wijkverpleegkundige zorg. Het onderzoek brengt deze initiatieven in kaart en combineert deze met literatuuronderzoek en expertsessies om de relevantie en haalbaarheid van het gebruik van diverse populatiekenmerken te verkennen. Na oplevering van de eindrapportage in januari 2014 zal er vervolgens worden bepaald op welke manier kenmerken een plek zouden kunnen krijgen in het tweede segment van het bekostigingsmodel per 2015.

De EIB geeft in haar rapport aan kleine, waarneembare positieve effecten op de kwaliteit van zorg te hebben gevonden. Wat betreft de betaalbaarheid van zorg kon de commissie lastiger een definitief oordeel vellen over de uitwerking van integrale bekostiging. Enerzijds heeft de commissie slechts over een beperkt aantal jaren kunnen meten in een periode dat er nog geen landelijke kostencijfers beschikbaar waren. Anderzijds zullen de resultaten van integrale bekostiging pas op termijn zichtbaar zijn. De commissie meent dat er veel winst te behalen valt bij een scherpere inkoop in de tweede lijn. Idealiter wordt de inkoop van eerste- en tweedelijnszorg in de toekomst meer met elkaar verbonden. Aangezien er nu van meerdere jaren cijfers beschikbaar zijn heb ik opdracht gegeven aan het RIVM om vervolgonderzoek te doen naar de effecten van de integrale bekostiging van chronische zorg in de eerste lijn. Daarnaast zal ik u begin 2014 informeren over de nieuwe marktscan ketenzorg die de NZa op dit moment uitvoert.

Tevens wil ik van de mogelijkheid gebruik maken om u te informeren over mijn voornemen om de subsidie die bepaalde gezondheidscentra ontvangen te verlengen. Het opstarten van geïntegreerde eerstelijnscentra in grootschalige nieuwbouwlocaties zal ook in 2014 nog gepaard blijven gaan met aanloopproblemen. Daarom zal ik ook in 2014, gedurende de aanloopperiode, bepaalde gezondheidscentra in grootschalige nieuwbouwlocaties een subsidie blijven geven volgens het beleidskader eerstelijnscentra in grootschalige nieuwbouwlocaties.

Substitutie

Het is van belang om, zowel vanuit oogpunt van kwaliteit als kosten, de zorg op de juiste plek te leveren. Indien professionele zorg nodig is zal deze waar mogelijk in de eerste lijn worden geleverd en waar nodig zal de patiënt gericht worden doorverwezen naar de medisch specialistische

zorg. Onder substitutie van zorg versta ik het verschuiven van zorg van de tweede naar de eerste lijn naar zelfzorg en preventie, met als doel waar mogelijk voorkomen dat mensen in de tweede lijn terecht komen. Het substitueren van zorg is de afgelopen jaren ingezet. Zo worden kleine chirurgische ingrepen zoals het verwijderen van een moedervlek steeds vaker in de huisartsenpraktijk uitgevoerd, zijn huisartsen steeds meer toegerust om eenvoudige diagnostiek zoals bloed- en urineonderzoek zelf uit te voeren en is de afgelopen jaren geïnvesteerd, met invoering van de integrale bekostiging, om chronische zorg in de eerste lijn te leveren. Ook het sneller terugverwijzen vanuit de tweede lijn, zodat bijvoorbeeld de nazorg door de huisarts geleverd kan worden, is een ontwikkeling die op gang aan het komen is.

Ik vind dat op dit terrein nog vooruitgang is te boeken. De NZa constateert naar aanleiding van haar advies substitutie en haar marktscan ketenzorg¹⁰ dat er meer substitutie van zorg van de tweede naar de eerste lijn mogelijk is dan dat nu gebeurt. Deze conclusie wordt bevestigd door de EIB en het rapport «Ruimte voor substitutie» van het Nivel¹¹.

Om substitutie van zorg verder te stimuleren is in het akkoord van zowel de eerste lijn als de medisch specialistische zorg aandacht besteed aan substitutie. Er is een ruimte voor substitutie van zorg gecreëerd door een additioneel groeipercentage overeen te komen voor substitutie van 1,0% voor 2014 en 1,5% voor de periode 2015 tot en met 2017. Daarnaast geldt dat indien zorgverzekeraars bovenop deze additionele groeiruimte afspraken willen maken over substitutie dit mogelijk is mits de daarvoor benodigde financiële middelen de gesubstitueerde zorg volgen en dit aantoonbaar leidt tot minder uitgaven elders. Deze afspraken moeten voorkomen dat opnieuw de situatie ontstaat dat de uitgaven in de eerste lijn de groeiruimte overstijgen, zonder dat dit aantoonbaar leidt tot dalende kosten elders in de zorg, met name in de tweede lijn. Zowel de zorgverzekeraars als de partijen in de eerste en de tweede lijn hebben zich aan deze afspraken gecommitteerd en zullen gezamenlijk een monitoringinstrument ontwikkelen dat inzicht moet bieden in de mate van gewenste substitutie mede in relatie tot het budgettaire kader waarin deze substitutie beslag krijgt. Verzekeraars hebben gezamenlijk het initiatief genomen om deze substitutiemonitor, samen met de relevante partijen uit de eerste en tweede lijn, op te zetten. Het doel is om deze substitutiemonitor in 2014 gereed te hebben en in te zetten om zicht te krijgen in de mate van substitutie.

Naast deze additionele groeiruimte voor substitutie stimuleert het nieuwe bekostigingsmodel zorgverzekeraars en aanbieders om te investeren in substitutie van zorg door ruimte te bieden om:

- verbindingen te leggen met andere sectoren en domeinen om invulling te geven aan poortwachterrol (segment 1, inschrijftarief);
- programma's te ontwikkelen gericht op de zorgbehoefte van de patiëntenpopulatie, waardoor patiënten langer in de eerste lijn behandeld kunnen worden (segment 2);
- praktijkgebonden afspraken. Dit betreffen afspraken over het verplaatsen van zorg van de tweede naar de eerste lijn gericht op de lokale omstandigheden (patiëntenpopulatie, vaardigheden, kennis, samenwerking ed.). Dit zijn zorgactiviteiten die (nog) niet standaard van iedere aanbieder van huisartsenzorg verwacht kunnen worden, maar die wel de moeite waard zijn om een stimulans te geven zodat steeds meer huisartsen ze gaan leveren (segment 3). Partijen zijn overeengekomen dat de huidige M&I-verrichtingen als aparte betaaltitel per 2015 komen te vervallen. De NZa zal in overleg met partijen nader uitwerken

¹⁰ Kamerstuk 32 620, nr. 71

¹¹ Kamerstuk 32 620, nr. 92

- onder welk segment de zorgactiviteiten, die nu via de M&I-lijst worden bekostigd, komen te vallen;
- te belonen op uitkomsten. De verzekeraar kan aanbieders bijvoorbeeld belonen op het bieden van hoog niveau service en dienstverlening, het zinnig en zuinig aanvragen van diagnostiek, op adequaat doorverwijzen, doelmatig voorschrijven, het gebruik van e-health ten einde het zelfmanagement van de patiënt te versterken (segment 3).

Ten aanzien van de op te stellen kwaliteits- en doelmatigheidsagenda in het tweedelijsakkoord, is afgesproken dat het belonen van uitkomsten van betere zorg op basis van de behaalde resultaten van de behandeling een plaats zal krijgen. Meer aandacht voor (patiënt)uitkomsten zal de vergelijkbaarheid van geleverde zorg in eerste en tweede lijn verbeteren en zal bijdragen aan het inzichtelijk maken van mogelijkheden voor substitutie.

Daarnaast wordt substitutie gestimuleerd door medisch specialistische consultatie en ondersteuning in de eerste lijn mogelijk te maken. Hierdoor kunnen meer mensen dan nu het geval is in de eerste lijn hun zorg ontvangen en kunnen verwijzingen naar de doorgaans duurdere tweede lijn worden voorkomen. De regie over de behandeling van de patiënt blijft dan in de eerste lijn. Met de invoering van een meekijkconsult worden zorgverleners uit de eerste en tweede lijn geprikkeld om meer met elkaar in gesprek te gaan en samen te werken. Partijen delen dat deze beweging nodig is om te voldoen aan de toekomstige zorgvraag. Ik zal de NZa vragen om, uitgaande van deze lijn, als onderdeel van het nieuwe model een prestatie «meekijkconsult» uit te werken.

Belonen van uitkomsten

Zoals hierboven bij substitutie naar voren kwam, biedt het derde segment van het nieuwe model de ruimte aan verzekeraars om te belonen op uitkomsten. Het belonen op uitkomsten is nog relatief nieuw in deze sector. Om dit te stimuleren heb ik in het akkoord afgesproken dat partijen, onder regie van de NZa, een beperkt aantal prestaties ontwikkelen die zich lenen voor het belonen van uitkomsten. In samenhang hiermee worden, om de kwaliteit en doelmatigheid van de geleverde zorg goed en verantwoord te kunnen benchmarken en bekostigen, indicatoren ontwikkeld die op een verantwoorde manier resultaten en prestaties van kwalitatief goede zorg benoemen. Ik zal het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) en het Kwaliteitsinstituut vragen om deze indicatoren met partijen vorm te geven. Het gezamenlijk ontwikkelen van deze prestaties en indicatoren leidt er enerzijds toe dat bij invoering van het nieuwe model al een beperkt aantal prestaties en indicatoren voor handen is en anderzijds dat deze landelijk hetzelfde zijn en daarmee de administratieve lasten voor verzekeraars en aanbieders beperkt kunnen blijven.

Macrobeheersing

In het akkoord met de eerste lijn is een groeifsprak gemaakt van in totaal maximaal 2,5% op het kader huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg. Tevens krijgen verzekeraars de mogelijkheid om bovenop deze groeiruimte aanvullende afspraken te maken over substitutie, mits dit aantoonbaar evenredig leidt tot minder uitgaven in de tweede lijn. Zorgverzekeraars zullen bij de zorginkoop deze afspraken leidend laten zijn. Tevens zijn in het akkoord afspraken gemaakt om overschrijdingen zoveel mogelijk te voorkomen. Indien er onverhoopt toch een overschrijding plaatsvindt op het budgettair kader zorg dan dient gekeken te worden of deze gevolg is van gewenste en aantoonbare substitutie om vervolgens te bepalen op welke wijze deze overschrijding geredresseerd

kan worden. Komende periode zal ik verkennen welke mogelijkheden er naast de mogelijkheid van een tariefmaatregel zijn om de macrobeheersbaarheid te waarborgen. Daarbij zal onder andere verkend worden of een gedifferentieerd macrobeheersinstrument (MBI) als ultimum remedium kan worden ingezet in deze sector. Deze verkenning zal ingaan op de toepassing, de uitvoerbaarheid en juridische aspecten van een MBI.

Stappen op de korte termijn

De invoering van het nieuwe bekostigingsmodel staat gepland voor 1 januari 2015. In aanloop daar naartoe zal een aantal stappen worden gezet. Ik zal ten eerste de NZa verzoeken om, in overleg met partijen, het bekostigingsmodel nader uit te werken en mij in februari 2014 hierover te adviseren. Met in achtneming van dit advies zal ik, na overleg met partijen, in maart 2014 een definitief besluit nemen over het nieuwe model en het tijdpad van invoering. Ik zal uw Kamer in het tweede kwartaal van 2014 hierover op de hoogte stellen. Aangezien de invoering van het nieuwe model gepland staat voor 2015 zal ik de NZa verzoeken om in 2014 zowel de huidige beleidsregel Samenwerking geïntegreerde eerstelijnszorgproducten als de beleidsregel Integrale bekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen te verlengen.

Daarnaast zal de NZa per 1 januari 2014 de lijst met M&I-verrichtingen actualiseren. Vooruitlopend op verwerking van de zorgactiviteiten op de M&I-lijst in de drie segmenten van het nieuwe model per 2015, worden per 2014 de eerste stappen gezet om deze lijst op te schonen. Ook zal de NZa de uitkomsten van het praktijkkosten- en inkomensonderzoek uit 2012 verwerken bij de herijking van de tarieven voor de huisartsenzorg 2014. Dat staat op zich los van de invoering van het nieuwe bekostigingsmodel, maar ik heb de NZa wel verzocht de effectuering van het praktijkkosten- en inkomensonderzoek dusdanig vorm te geven dat dit in lijn is met de hoofdlijnen van het nieuwe bekostigingsmodel zoals ik dat hierboven heb toegelicht.

Tot slot

Met de invoering van het nieuwe bekostigingssysteem wordt een belangrijke impuls gegeven aan verdere versterking van de organisatiegraad in de eerste lijn en de samenwerking binnen de eerste lijn en met andere disciplines. Dat is nodig om een samenhangend pakket aan zorg en ondersteuning te kunnen bieden aan mensen die dat nodig hebben. Het vergt nog een aantal flinke stappen om invoering van het nieuwe bekostigingsmodel per 2015 te realiseren. De komende periode wordt met alle betrokken partijen het nieuwe bekostigingsmodel verder uitgewerkt. Zij hebben uitgesproken een uiterste inspanning te zullen doen om dat voor elkaar te krijgen. Ik heb er alle vertrouwen in dat dit gaat lukken.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E.I. Schippers