

Vergaderjaar 2013–2014

33 578

Eerstelijnszorg

Nr. 6

Ontvangen ter Griffie van de Tweede Kamer op 20 mei 2014.

Het besluit tot het doen van een aanwijzing kan niet eerder worden genomen dan op 20 juni 2014.

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 19 mei 2014

De eerstelijnszorg in Nederland levert een onmisbare bijdrage aan een gezonde samenleving met toegankelijke zorg dichtbij voor iedere burger. De zorg-aanbieders in de eerste lijn, en de huisarts in het bijzonder, zijn bij uitstek de zorgverleners naar wie burgers als eerste gaan als ze vragen hebben over hun gezondheid. Het gros van de gezondheidsklachten wordt ook in de eerste lijn behandeld. Dat is nu zo en dat zal in de toekomst niet anders zijn. Nederlanders zijn daar zeer tevreden over. De Nederlandse gezondheidszorg staat ook niet voor niets al jaren op 1 in Europa als het gaat om de beoordeling door patiënten. De stabiele basis die we in Nederland hebben moeten we koesteren.

Dat betekent niet dat alles bij het oude kan blijven. Mensen willen, ook als ze ouder en minder gezond zijn, zoveel en zolang mogelijk in hun eigen omgeving blijven functioneren, thuis blijven wonen en participeren in de maatschappij. Mensen worden steeds ouder en de gemiddelde leeftijd van de bevolking stijgt, tegelijkertijd neemt het aantal jongeren relatief af. We zien ook dat

een toenemend aantal mensen één of meer chronische ziekten heeft, dit aantal is de afgelopen 8 jaar met 17% gestegen¹. Steeds vaker zullen deze mensen echter actief in de samenleving kunnen blijven participeren. Daarnaast zal door de stelselwijzigingen in de langdurige zorg en de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) en een toename van de gewenste verschuiving van de 2^e lijn naar de 1^e lijn de vraag naar eerstelijnszorg ook groeien. De basis- en de chronische zorg zal daarom in belangrijke mate in de buurt moeten worden opgebouwd. Dat sluit aan bij de maatschappelijke vraag om zolang mogelijk thuis te blijven wonen en zoveel mogelijk vanuit huis te organiseren.

Om al deze ontwikkelingen aan te kunnen is een sterke, goed georganiseerde eerste lijn nodig. Een eerste lijn waarin de verschillende professi-

¹ Nationaal Kompas Volksgezondheid

onals, zoals huisartsen, apothekers, wijkverpleegkundigen en paramedici goed samenwerken en van waaruit verbindingen worden gemaakt naar de gemeenten, GGD-en en ziekenhuizen. Om zo ervoor te kunnen zorgen dat mensen uiteindelijk zoveel mogelijk zelf verantwoordelijkheid nemen voor hun gezondheid en hen daarbij te helpen.

Het bekostigingssysteem is ondersteunend aan een duurzaam, betaalbaar en kwalitatief hoogstaande gezondheidszorg. De bekostiging van huisartsenzorg en de multidisciplinaire zorg moet de hiervoor beschreven ontwikkelingen faciliteren. De huidige bekostiging doet dit nog onvoldoende. Die is nog teveel gericht op het belonen van verrichtingen en te weinig op het bevorderen van zelfzorg, het stimuleren van samenwerking tussen zorgprofessionals en het belonen van de uitkomsten van zorgverlening. In het Regeerakkoord is daarom 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. Afgelopen anderhalf jaar is veelvuldig met huisartsen en zorggroepen en met de Landelijke Huisartsenvereniging (LHV), InEen² en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) gesproken om te komen tot een nieuw bekostigingsmodel. In mijn brief van oktober 2013³ heb ik uw Kamer geïnformeerd over de hoofdlijnen, die zijn vastgelegd in het bestuurlijk akkoord eerste lijn.

Kern van het nieuwe bekostigingsmodel

Vier uitgangspunten vormen de kern van het nieuwe bekostigingsmodel. Allereerst wordt de stevige basisvoorziening huisartsenzorg gecontinueerd, zodat iedere burger met zijn vragen over zorg en gezondheid gemakkelijk terecht kan bij de huisarts en diens ondersteuners.

Als tweede zetten we fors in op multidisciplinaire samenwerking om de complexere zorgvragen, waar vooral (kwetsbare) ouderen en chronisch zieken mee te maken hebben, op een samenhangende, integrale manier op te kunnen vangen. Daarbij wordt ruimte geboden om nieuwe programma's te ontwikkelen, waarmee zorgaanbieders gericht kunnen inspelen op de behoeften van de patiënten in de populatie of regio. Samenwerking tussen huisartsen, wijkverpleegkundigen, apothekers en andere eerstelijns zorgaanbieders rondom de zorg voor deze groepen mensen en de ondersteuning van hun zelfmanagement wordt daarin veel belangrijker dan nu.

Ten derde zetten we met dit model een omslag in gang naar het belonen van (gezondheids)uitkomsten in plaats van verrichtingen. Ik denk dan in eerste instantie aan het belonen van adequaat doorverwijzen, zinnige en zuinige diagnostiek, doelmatig voorschrijven van geneesmiddelen en het verbeteren van service en bereikbaarheid.

Tenslotte biedt het model veel ruimte voor zorgvernieuwing en de inzet van e-health, om de verschuiving van zorg van de tweede lijn naar de eerste lijn en naar zelfzorg alsook preventie te ondersteunen.

Om dit alles te kunnen realiseren is een nieuw bekostigingsmodel ontworpen met drie segmenten, waarbij ieder segment zijn eigen kenmerken heeft die dienend zijn aan de hiervoor gestelde doelen. In de bijlage is een technische toelichting op het bekostigingsmodel opgenomen.

² De fusie organisatie van de Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn (LVG), de Vereniging Huisartsenposten Nederland (VHN) en de Landelijke Organisatie voor Ketenzorg (LOK)

³ Kamerstuk 32 620, nr. 94

Separaat aan deze brief wordt u geïnformeerd over de bekostiging van de wijkverpleging per 2015. Bij de vormgeving daarvan is uitgebreid gekeken naar bekostiging van de huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg om de samenhang tussen beide bekostigingssystemen te bevorderen. Deze samenhang biedt zorgverzekeraars de mogelijkheid om deze zorg integraal in te kopen en helpt aanbieders om deze zorg als samenhangend pakket te organiseren en te leveren.

Voorhang aanwijzing bekostiging huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2015: Segmenten, tariefsoorten en macrokostenbeheersing

Het onderdeel «Voorhang aanwijzing bekostiging huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2015: Segmenten, tariefsoorten en macrokostenbeheersing» in de bijlage bevat de zakelijke inhoud van de aanwijzing die ik op grond van artikel 7 van de Wet marktordening gezondheidszorg (WMG) aan de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) van plan ben te geven over de bekostiging en beheersing van de huisartsenzorg in de Zorgverzekeringswet (Zvw). Overeenkomstig artikel 8 van de WMG ga ik tot het geven van de aanwijzing niet eerder over dan nadat dertig dagen zijn verstreken na verzending van deze brief.

Tot slot

Ik ben ervan overtuigd dat het nieuwe bekostigingsmodel zal bijdragen aan meer samenhangende zorg voor de patiënt in de eerste lijn. Het nieuwe model zal niet van de ene op de andere dag volledig geïmplementeerd zijn. Na invoering van het model per 2015 zullen nog belangrijke stappen gezet moeten worden. Ik ben verheugd dat partijen de richting van het nieuwe model delen en heb er vertrouwen in dat ook de doorontwikkeling van het model daarna voortvarend door partijen wordt opgepakt als uitwerking van het bestuurlijk akkoord eerste lijn.

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

Bijlage bij: Voorhangbrief bekostiging huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg

Inleiding

In de komende jaren komt er veel op de eerste lijn af. De organisatie van de zorg in de eerste lijn moet daarop aansluiten en zal dus ook steeds meer dichtbij huis moeten worden geleverd. De bekostiging van huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg moet stimulerend zijn aan deze ontwikkeling. In oktober 2013 heb ik u uitgebreid geïnformeerd over mijn ideeën voor de inrichting van de toekomstige bekostiging van huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg⁴. Ik heb daarna de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) verzocht om, in overleg met partijen, het bekostigingsmodel nader uit te werken. De NZa heeft in februari 2014 haar advies, dat in lijn is met de afspraken die afgelopen zomer in het akkoord zijn vastgelegd, aan mij uitgebracht. Uw Kamer heeft dit advies op 14 februari ontvangen⁵. Op basis van dit advies ben ik met de betrokken partijen in overleg gegaan. Met deze brief informeer ik u over de uitkomsten van dat overleg en mijn besluit over (het tijdspad van) de invoering van de nieuwe bekostiging op 1 januari 2015⁶.

Bijgaand bij deze brief bied ik u het rapport aan van de Universiteit Maastricht en het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM): «Kenmerken van individuen als voorspellers van zorgvraagzwaarte op populatieniveau: een verkennend onderzoek». Dit onderzoek heb ik laten uitvoeren om te gebruiken bij de doorontwikkeling van het nieuwe bekostigingsmodel in de komende tijd. Ik kom verderop in deze brief terug op dit rapport.

Tevens maak ik van de mogelijkheid gebruik om u te informeren over mijn voornemen om de regeling te verlengen op basis waarvan subsidies verstrekt kunnen worden aan gezondheidscentra voor de aanlooproblemen die zij ondervinden bij het opstarten van geïntegreerde eerstelijnscentra in grootschalige nieuwbouwlocaties⁷. De invoering van het nieuwe bekostigingsmodel zal als zodanig geen verandering voor deze centra teweeg brengen, waardoor ik in 2015 en de daarop volgende jaren, gedurende de aanlooperperiode, voornemens ben om bepaalde gezondheidscentra in grootschalige nieuwbouwlocaties een subsidie te blijven geven. Bij de doorontwikkeling van het nieuwe model zal nader bekeken moeten worden welke rol verzekeraars kunnen oppakken en of dit onderdeel kan gaan uitmaken van de reguliere bekostiging.

NZa advies en Bestuurlijk Overleg Eerste lijn

In haar advies schetst de NZa een lange termijn model dat inspeelt op de toenemende zorgvraag in de eerste lijn en meer dan het huidige model uitgaat van het belonen van (gezondheids)uitkomsten in plaats van het doen van verrichtingen. In dit eindmodel gaat de NZa ervan uit dat de wisselwerking tussen de verschillende segmenten goed functioneert en dat de inkomsten, die huisartsen voorheen verdienden met het declareren van consulten, verkregen kunnen worden doordat zij de gezondheid van hun patiëntenpopulatie behouden en verbeteren. Het consult op zich bestaat dan nog wel, maar niet meer als aparte betaaltitel. Zorg voor mensen met multimorbiditeit wordt in het eindmodel niet meer bekostigd op basis van losse aandoeningen, maar op basis van de omvang van de

⁴ Kamerstuk 32 620, nr. 94

⁵ Kamerstuk 33 578, nr. 4

⁶ Toezegging AO Eerstelijnszorg van 12 december 2013

⁷ Beleidskader eerstelijnscentra in grootschalige nieuwbouwlocaties

integrale zorgvraag van de patiënt (persoonsgericht in plaats van aandoeninggericht), waarbij de verschillende zorgverleners die een patiënt behandelen in samenwerking de zorg aanbieden. De NZa schetst in haar advies tevens welke mogelijkheden zij per 2015 ziet om een eerste stap te zetten naar dit eindmodel en de stappen die daar op volgen om te komen tot het eindmodel.

In de afgelopen weken is intensief overleg geweest met de LHV, InEen en ZN over het NZa-advies. Daaruit komt het volgende beeld naar voren. Partijen onderschrijven de transitie naar een nieuw bekostigingsmodel en willen concrete stappen zetten om die transitie in gang te zetten. Zij hebben zich gecommitteerd aan een omslag naar een bekostigingsstelsel dat meer dan nu gericht is op het belonen van (gezondheids)uitkomsten in plaats van het belonen van verrichtingen. Een bekostigingsstelsel dat een impuls biedt voor het versterken van de samenwerking binnen de eerste lijn en met andere disciplines om op die manier de eerste lijn in staat te stellen de zorgvragen van de toekomst op te kunnen vangen.

Partijen geven ook aan groot belang te hechten aan het zetten van behoedzame stappen naar het nieuwe model, om onbedoelde effecten te voorkomen. Partijen hechten met name aan stabiliteit van de basisvoorziening huisartsenzorg (segment 1). Ontwikkelingen in de multidisciplinaire zorg (segment 2) en resultaatbeloning en zorgvernieuwing (segment 3) mogen, zo geven partijen aan, de basisvoorziening niet onder druk zetten. Over het door de NZa geschetste eindmodel voor de bekostiging merken partijen op dat cruciale onderdelen daarvan nog onzeker zijn en eerst nog door middel van experimenten en onderzoeken moeten worden getoetst.

Ik zie de transitie naar het nieuwe bekostigingsmodel als een groeiproces. Het eindmodel zal niet van de ene op de andere dag bereikt kunnen worden en het kan zo zijn dat de praktijk, zoals ook de NZa aangeeft, na experimenten en onderzoek, uiteindelijk (deels) anders uitwijst. Ik deel het uitgangspunt van partijen dat een dergelijke transitie zorgvuldig en verantwoord moet plaatsvinden. Een verantwoorde transitie begint met het nemen van behoedzame stappen. Partijen zijn het er over eens dat de invoering van het nieuwe model als zodanig geen grote schokeffecten met zich mee mag brengen en dat een verantwoorde overgang naar een nieuw model gewenst is. Zorgverzekeraars hebben toegezegd om te borgen dat er geen grote schokeffecten op praktijkniveau optreden in de sector als gevolg van de wijzigingen in het bekostigingsstelsel per 2015. Ik zal aan de NZa vragen om er rekening mee te houden dat invoering van het nieuwe model budgetneutraal is en niet mag leiden tot grote verschuivingen ten opzichte van 2014, conform het NZa advies. Daartoe zal ik de NZa vragen een financiële effectanalyse op praktijkniveau uit te voeren.

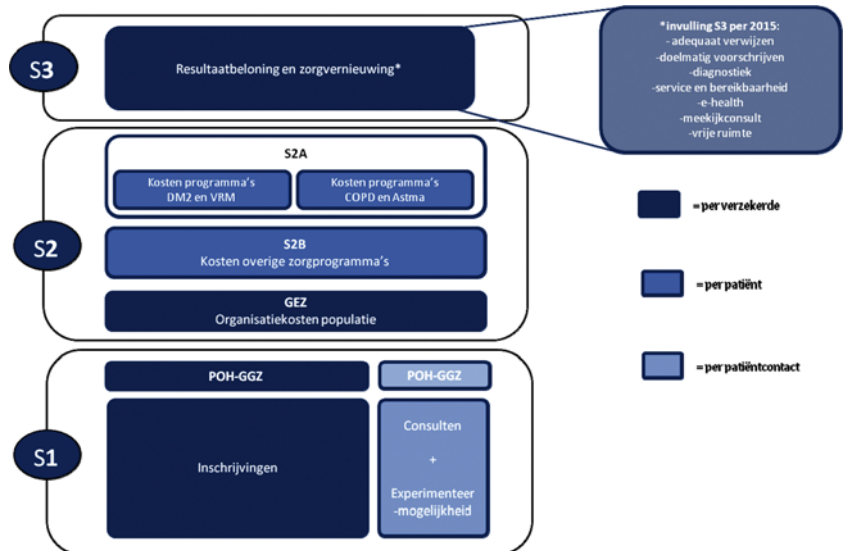
Ik vind, samen met partijen, dat de bekostiging een stevige, stabiele basisvoorziening moet ondersteunen. Tegelijkertijd zie ik dat de zorgvragen die op de eerste lijn afkomen steeds complexer worden en vragen om een versterking van de multidisciplinaire samenwerking in de eerste lijn. Ook die beweging moet gefaciliteerd worden door de nieuwe bekostiging. Tenslotte benadruk ik het belang van het ontwikkelen van resultaatbeloning.

De uitdaging voor de komende jaren is erin gelegen om een goede balans te vinden tussen de drie bekostigingselementen basisvoorziening, programmatische multidisciplinaire zorg en resultaatbeloning/zorgvernieuwing. Dat kan niet door vast te houden aan de status quo (het huidige bekostigingsmodel). Het kan wel door met ingang van 1 januari

2015 betekenisvolle stappen te zetten op weg naar de nieuwe bekostiging, zoals die is overeengekomen in het bestuurlijk akkoord eerste lijn. Die stappen zullen de basis zijn voor de aanwijzing aan de NZa voor de inrichting van het bekostigingsmodel per 2015.

Bekostiging huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg per 2015

Ik ben voornemens, mede op basis van de diverse overleggen die zijn gevoerd met partijen over het nieuwe bekostigingsmodel, om het NZa advies in grote lijnen over te nemen. Dit houdt in dat ik van plan ben om op 1 januari 2015 een nieuw bekostigingsmodel in te laten voeren welke de komende jaren nog verder doorontwikkeld zal worden. Dit model kent drie segmenten en ziet er schematisch als volgt uit:



Segment 1: basisvoorziening huisartsenzorg

Conform het NZa advies zal segment 1 (S1) bij invoering van het nieuwe model bestaan uit de huidige combinatie van een gedifferentieerd inschrijftarief en consulten. Ook voor de bekostiging van de functie praktijkondersteuner geestelijke gezondheidszorg (POH-GGZ) geldt dat de huidige module en consulten worden gepositioneerd in S1. Voor alle prestaties in S1 stelt de NZa maximumtarieven vast, waarbij aanvullend een contractvereiste geldt voor de prestaties POH-GGZ (module en consulten) alvorens aanbieders deze in rekening mogen brengen bij de zorgverzekeraar.

Tevens zal de NZa bij invoering van het nieuwe model de mogelijkheid van, het experimenteren met een bekostigingssysteem zonder consulten expliciet onder de aandacht brengen bij partijen.

Segment 2: programmatische multidisciplinaire zorg

Segment 2 (S2) van het nieuwe bekostigingsmodel zal per 1 januari 2015 bestaan uit drie onderdelen: S2A, S2B en de Geïntegreerde eerstelijns zorg module (GEZ). De prestaties in dit segment kennen een vrij tarief en kunnen alleen gedeclareerd worden wanneer er een overeenkomst⁸ is afgesloten tussen verzekeraar en aanbieder. Voor zowel S2A als S2B geldt

⁸ De NZa adviseert hierbij om verzekerden van pure restitutieverzekeraars toegang te geven tot de betreffende zorg als de zorgaanbieder een contract heeft met minimaal één zorgverzekeraar.

een vrij tarief per geïncludeerde patiënt, voor de GEZ-module geldt een vrij tarief per verzekerde.

Met ingang van 1 januari 2015 wil ik de mogelijkheid bieden om ook astma, naast de huidige drie ketens⁹, als prestatie in S2A te contracteren. Aangezien partijen aangeven dat er veel overlap bestaat in de zorg die patiënten ontvangen voor Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) en astma en eveneens veel overlap bestaat tussen diabetes mellitus type 2 (dm²) en vasculair risicomanagement (VRM), zal ik de NZa verzoeken twee prestaties vast te stellen binnen S2A; één prestatie voor de ketenzorg dm² en VRM en één prestatie voor ketenzorg COPD en astma. Daarmee kan de NZa een eerste stap zetten in het omvormen van aandoeninggerichte bekostiging van ketenzorg naar de bekostiging van persoonsgerichte ketenzorg. Indien aanbieders slechts één programma binnen een prestatie aanbieden houden zij de mogelijkheid om alleen deze te contracteren. Ik acht deze eerste overstap van aandoeninggerichte naar integrale, persoonsgerichte bekostiging wenselijk omdat er steeds meer mensen te maken krijgen met multimorbiditeit. Het is op termijn niet haalbaar om het aantal ketens uit te blijven breiden, er bestaat veel overlap tussen ketens en bovendien is het van belang om deze zorg in samenhang te bezien.

De bekostiging van de praktijkondersteuner somatiek (POH-S) blijft integraal onderdeel van de ketens. Het uitgangspunt is dat de huidige modaliteiten in de contractering (waaronder de POH-S via M&I-module en de POH-GGZ via keten-DBC's) ook in 2015 mogelijk blijven.

Daarnaast zal ik de NZa verzoeken, conform haar advies, in S2B ruimte te creëren voor partijen om programmatische zorg vorm te geven voor elementen van zorg die nog geen onderdeel uitmaken van de reguliere integrale bekostiging in S2A. Het gaat hierbij om nieuwe ketens (bijvoorbeeld depressie of programmatische zorg voor kwetsbare ouderen) of nieuwe elementen van zorg binnen de bestaande ketens (bijvoorbeeld farmaceutische zorg) waarbij landelijk overeenstemming is over de aanpak en onderliggende zorgstandaarden. Ten aanzien van S2B hebben partijen gezamenlijk vastgesteld dat het nog te vroeg is om programmatische zorg voor kwetsbare ouderen, GGZ en integratie van farmaceutische zorg in de ketens nu al op te nemen in S2B. In het bestuurlijk overleg eerstelijns hebben partijen wel uitgesproken dat de inzet is dit in 2016 te realiseren. In 2015 worden de lopende experimenten (op de beleidsregel innovatie dan wel via S3) voortgezet en geëvalueerd en zal bezien worden of landelijke overeenstemming over die prestaties bestaat. Als deze landelijke overeenstemming bereikt is kunnen partijen bij de NZa een aanvraag indienen voor een nieuwe prestatie in S2B, zodat deze deel uit gaat maken van de reguliere bekostiging.

Tot slot zal ik de NZa, conform haar advies, vragen de huidige GEZ-module te handhaven in S2. Via de GEZ-module wordt samenwerking tussen multidisciplinaire zorgaanbieders in de eerste lijn gefinancierd. Dit is breder dan de ketenzorg voor chronische aandoeningen. Met name gezondheidscentra maken gebruik van de GEZ-module. Op dit moment loopt een onderzoek van InEen, de LHV en ZN met als centrale vraag welke organisatiegraad en organisatievormen op verschillende niveaus (landelijk, regionaal, lokaal) nodig zijn om de toekomstige zorgvraag in de eerstelijns op te kunnen vangen. Waarbij vervolgens de vraag aan de orde komt wat dat in financiële termen betekent in relatie tot het nieuwe bekostigingsmodel voor huisartsenzorg en de multidiscipli-

⁹ Onder de huidige beleidsregel «integrale bekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen» kunnen aanbieders en verzekeraars afspraken maken over de ketens diabetes mellitus type 2 (dm²), vasculair risicomanagement (VRM) en Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD).

naire zorg. De uitkomsten van dit onderzoek zullen worden gebruikt bij de verdere ontwikkeling van S2 en de toekomst van de GEZ-module daarbinnen. Ik verwacht de resultaten van dit onderzoek begin 2015 en zal uw Kamer daarvan op de hoogte stellen.

Segment 3: resultaatbeloning en zorgvernieuwing

Segment 3 (S3) van het nieuwe model biedt de ruimte aan verzekeraars en aanbieders om onderling afspraken te maken over het belonen van uitkomsten van zorg en zorgvernieuwing op lokaal niveau. De prestaties in dit segment kennen een vrij tarief en kunnen alleen gedeclareerd worden wanneer er een overeenkomst¹⁰ is afgesloten tussen verzekeraar en aanbieder.

Om richting te geven aan de invulling van dit segment hebben partijen afgesproken om separate prestaties en indicatoren te ontwikkelen voor een aantal specifieke domeinen (adequaat verwijzen, diagnostiek, doelmatig voorschrijven van geneesmiddelen en service & bereikbaarheid).

Het ontwikkelen van uitkomstbeloning is een flinke uitdaging. Om toch al in 2015 daarmee van start te kunnen gaan zullen partijen de komende periode een intensief traject ingaan, waaraan ook de NZa zal deelnemen, om concrete prestaties en indicatoren voor de vier domeinen te ontwikkelen, zodat deze per 1 januari 2015 onderdeel uit kunnen maken van de bekostiging. Daarbij kunnen de activiteiten die nu onder de Modernisering & Innovatie-module (M&I-module) worden geleverd als bouwstenen dienen. Daarnaast is het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) samen met ZN voortvarend aan de slag om indicatoren te ontwikkelen op de domeinen adequaat verwijzen en diagnostiek.

Onderdeel van de afspraken in het akkoord eerste lijn is dat de huidige Modernisering & Innovatie-verrichtingen en modules (M&I's) waar mogelijk worden afgebouwd en een plaats krijgen in de segmenten 1, 2 of 3. Daarnaast zal ik de NZa vragen een prestatie «overig» vast te stellen waarbinnen partijen afspraken kunnen maken over het belonen van uitkomsten op andere dan de bovengenoemde domeinen.

Voor wat betreft de zorgvernieuwing in S3 zal ik de NZa vragen om, conform haar advies, onderscheid te maken tussen drie prestaties: e-health, (medisch specialistische) consultatie (het zogenaamde meekijkconsult) en de prestatie overige zorgvernieuwing. Ik ben van mening dat partijen voldoende ruimte moeten krijgen om lokaal initiatieven te ontplooiën die bijdragen aan doelmatige zorg, vandaar dat ik dit segment waar mogelijk vrij laat. Eveneens ben ik van mening dat het wenselijk is om e-health apart als prestatie te noemen. Alle partijen zien het potentieel van e-health als manier om in te spelen op de toenemende zorgvraag. Het blijkt echter lastig dit goed van de grond te krijgen. Met de introductie van een aparte, vrije prestatie wil ik aanbieders en verzekeraars aanmoedigen om hierin te investeren.

Verder zal ik het meekijkconsult als prestatie invoeren in S3. Door (medisch specialistische) consultatie en ondersteuning in de eerste lijn mogelijk te maken 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. Ik zie deze prestatie dan ook als een hulpmiddel om substitutie van zorg vorm te geven en daarmee hangt

¹⁰ De NZa adviseert hierbij om verzekerden van pure restitutieverzekeraars toegang te geven tot de betreffende zorg als de zorgaanbieder een contract heeft met minimaal één zorgverzekeraar.

deze prestatie nauw samen met de afspraken over het belonen van uitkomsten op diagnostiek en adequaat verwijzen. Met de positionering van het meekijkconsult in S3 kom ik tegemoet aan zowel de wens om afspraken hieromtrent te maken over zorg vallend onder de basis huisartsenzorg als aan de wens om vanuit een organisatieverband hierover afspraken te maken met andere aanbieders zoals bijvoorbeeld aanbieders van medisch specialistische zorg. Het uitbetalen van de geconsulteerde partij verloopt bijvoorbeeld via een prestatie onderlinge dienstverlening. Ik zal de NZa vragen om de invoering van het meekijkconsult te evalueren waarbij de uitkomsten hiervan mee kunnen worden genomen bij de doorontwikkeling van het bekostigingsmodel.

Relatieve omvang van de segmenten per 2015

Een aanbieder van huisartsenzorg realiseert omzet via prestaties in drie segmenten. Ook maakt hij kosten om de activiteiten in de drie segmenten te kunnen uitvoeren. Omdat S1 tariefgerereguleerd is, wordt een deel van de gemiddelde totale kosten van een aanbieder van huisartsenzorg toegerekend aan het gereguleerd tarief. Voor die toerekening maakt de NZa gebruik van de relatieve omzetverdeling over de drie segmenten. Voor de tarieven 2015 adviseert de NZa om de overgang op het nieuwe model zo veel mogelijk macrokostenneutraal te laten plaatsvinden. Dit betekent dat de maximumtarieven van inschrijvingen en consulten zo worden vastgesteld dat onder aanname van gelijkblijvende zorgvolumes en gelijkblijvende vrije tarieven er geen effect op de macrokosten van het gehele model zou zijn. De NZa verwacht (onder dezelfde aannames) voor 2015 de verhouding 75%, 15%, 10% (S1-S2-S3). Bij een toekomstige tariefherijking gebaseerd op deze verhouding zou de NZa 75% van de gemeten gemiddelde praktijkkosten toerekenen aan het gereguleerde tarief. De overige praktijkkosten moeten worden gedekt uit de gerealiseerde omzet uit de prestaties die niet tariefgerereguleerd zijn. Daarbij houdt de NZa rekening met de afbouw van Modernisering & Innovatie verrichtingen en maakt zij een inschatting waar in het nieuwe model deze verrichtingen een plek zullen vinden. Ik ben voornemens aan te sluiten bij het advies van de NZa ten aanzien van de relatieve omzetverhouding tussen de segmenten, met dien verstande dat het uiteindelijke besluit hierover afhangt van de uitkomsten van het bovengenoemde traject van partijen voor de ontwikkeling van prestaties in S3. Mocht de komende twee maanden blijken dat de verhoudingen substantieel anders liggen dan hetgeen de NZa nu adviseert, dan zullen de onderlinge verhoudingen hierop aangepast worden.

De verwachting is dat op den duur de onderlinge verhoudingen tussen de segmenten zullen gaan veranderen. De belangrijkste verschuivingen zullen naar verwachting gaan optreden in de omvang van S2 en S3, wanneer er meer zorg wordt aangeboden via een programmatische multidisciplinaire aanpak en wanneer resultaatbeloning zich verder ontwikkelt. Dat kan financiële consequenties hebben. Daarbij geldt het principe dat het budget de zorg moet volgen. Indien er bijvoorbeeld een programma kwetsbare ouderenzorg wordt gepositioneerd in S2B dan heeft dit tot gevolg dat de zorg die binnen dit programma wordt geleverd niet langer als aparte prestatie wordt gecontracteerd bij individuele aanbieders, maar via een integrale prestatie conform het onderliggende zorgprogramma. Dit brengt met zich mee dat naast de inhoudelijke verschuiving ook de financiële middelen deze zorg moeten volgen en dat uit de verschillende dekkaders financiële middelen moeten worden overgeheveld om ruimte te creëren voor deze integrale aanpak. Afhankelijk van de soort zorg die verschuift, zullen dat andere dekkaders betreffen, zoals de medisch specialistische zorg, huisartsenzorg, paramedici of bijvoorbeeld de wijkverpleegkundige zorg. Verzekeraars en

aanbieders behouden in het nieuwe bekostigingsmodel de mogelijkheid om zorg binnen S1 onder het maximumtarief te contracteren om daarmee extra ruimte te creëren voor het belonen van resultaten in S3.

Ten behoeve van inzicht in de ontwikkeling van S2 in de toekomst, zal ik de NZa verzoeken om per 2015 nadere regels vast te stellen omtrent de registratie van de aandelen in ketenzorg van:

- coördinatie/organisatie/overhead;
- huisartsenzorg gerelateerd aan ketenzorg (inclusief de praktijkondersteuner somatiek (POH-S));
- niet-huisartsenzorg gerelateerd aan ketenzorg.

Macrobudgettaire beheersing

In het akkoord is een jaarlijks groeipercentage overeengekomen van maximaal 2,5% (reguliere groei 1%, aansluitend bij de demografische groei, en aanvullende substitutieruimte van 1,5%) op de kaders huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg. Tevens is ruimte geboden aan verzekeraars en aanbieders om bovenop dit groeipercentage aanvullende afspraken te maken over gewenste substitutie van zorg met name van de tweede naar de eerste lijn, waarbij de financiële middelen de verschuiving van de zorg zullen moeten volgen. Partijen hebben afgesproken dat de uitgaven aan de huisartsenzorg en de multidisciplinaire zorg worden gemonitord en dat ieder kwartaal in gezamenlijkheid wordt bekeken welke mogelijkheden er zijn om lopende het jaar al in te spelen op een eventuele overschrijding. Mocht zich onverhoopt toch nog een overschrijding over het jaar voordoen dan zal ik de mogelijkheid hebben om deze overschrijding te redresseren. In het akkoord is opgenomen dat ik zal onderzoeken of een gedifferentieerd macrobeheersinstrument (mbi)¹¹ als ultimatum remedium tot de mogelijkheden behoort. De wens om een gedifferentieerd mbi in te voeren speelt ook bij de sectoren medisch specialistische zorg en de GGZ. In opdracht van VWS heeft het onderzoeksbureau Triple A onderzoek gedaan naar de mogelijkheden van een gedifferentieerd mbi en de risico's die hierbij spelen. Ik verwijs u graag naar de beantwoording van het «Schriftelijk Overleg invoering integrale bekostiging medisch specialistische zorg» waarin ik uitvoerig ben ingegaan op de uitkomsten van dit onderzoek¹². Op basis van de uitkomsten van dit onderzoek zijn alle ondertekenaars van het bestuurlijk akkoord eerste lijn van mening dat het in ieder geval per 2015 niet haalbaar is om een gedifferentieerd mbi in te voeren.

Als alternatief voor het gedifferentieerd mbi kan een generiek mbi ingevoerd worden. Kenmerkend voor dit instrument is dat indien zich een overschrijding op het betreffende kader voordoet, alle aanbieders die deze zorg hebben geleverd een generiek percentage van hun omzet moeten terugstorten in het Zorgverzekeringsfonds.

De uitgaven aan zorgactiviteiten in de drie segmenten komen ten laste van twee de elkaders van het Budgettair Kader Zorg (BKZ): het kader huisartsenzorg en het kader multidisciplinaire zorg. De zorg in S1 komt ten laste van het kader huisartsenzorg, de zorg in S2 komt ten laste van het kader multidisciplinaire zorg. De activiteiten in S3 komen deels ten laste van het kader huisartsenzorg en deels van het kader multidisciplinaire

¹¹ Bij een gedifferentieerd mbi geeft de overheid vooraf de garantie af dat omzetafspraken waarvan vooraf door de NZa is vastgesteld dat die binnen de grenzen van het beschikbare budgettair kader zorg passen, achteraf niet door de overheid gekort zullen worden. Bij die toetsing vooraf moet ook in voldoende mate rekening worden gehouden met financiële ruimte die nodig is voor zorg die niet op basis van omzetcontracten wordt geleverd.

¹² Brief van 24 maart met Kamerstuk 32 620, nr. 113

zorg, omdat in S3 afspraken gemaakt kunnen worden over het belonen van resultaten die bereikt worden met de zorgactiviteiten in de segmenten 1 en 2. Ik ben voornemens om zowel voor het kader huisartsenzorg als voor het kader multidisciplinaire zorg een generiek MBI als ultimium remedium in te zetten. Daarbij bied ik de NZa de bevoegdheid om inning achterwege te laten bij die aanbieders die een zeer klein marktaandeel hebben en bij wie het opleggen van de mbi-heffing hogere incassokosten met zich mee zou brengen dan het te vorderen bedrag. Ik houd overigens de mogelijkheid open om, indien er sprake is van een overschrijding op het kader huisartsenzorg, te besluiten deze via een tariefmaatregel te redresseren in plaats van of naast het mbi. Dit met het oog op het voorkomen van toekomstige overschrijdingen. Ik zal dit in de aanwijzing aan de NZa opnemen.

Doorontwikkeling van het bekostigingsmodel

Ik voorzie een aantal belangrijke stappen die de komende jaren gezet moeten gaan worden om het eindperspectief, zoals de NZa dit in haar advies schetst, verder te onderbouwen en om de komende tijd steeds een afgewogen beslissing te kunnen maken voor het zetten van de volgende stap. Daarbij zullen de lessen van aanbieders en verzekeraars uit de negen proeftuinen «betere zorg met lagere kosten» in de toekomst worden benut bij aanpassingen in de bekostiging. Ik heb u onlangs geïnformeerd over de monitoring van de proeftuinen¹³.

Voor de periode 2014 – 2015 voorzie ik drie concrete uitwerkingsvragen die ik bij de NZa zal beleggen voor de doorontwikkeling van het model per 1 januari 2016. Ten eerste heeft de NZa in haar advies enkele bekostigings-elementen buiten de reikwijdte van de transitie geplaatst¹⁴. Ik acht het wenselijk dat de NZa, samen met partijen, deze elementen gaat integreren in het nieuwe model zodat deze met ingang van 1 januari 2016 hier deel van uit maken. Ten tweede geeft de NZa in haar advies aan dat zij de POH-GGZ en de POH-S bij invoering van het nieuwe model voorlopig willen positioneren in S1 respectievelijk S2. Daarbij geeft zij aan het komend jaar te willen gebruiken om na te gaan of een verdeling van deze functies over S1 en S2 wenselijk is. Ten derde acht ik het wenselijk dat de NZa in samenwerking met experts in 2014 start met een onderzoek naar de kenmerken die op dit moment bepalend zijn voor een differentiatie in het inschrijftarief. In dit onderzoek zou mijns inziens aan bod moeten komen of de huidige kenmerken (leeftijd en postcode) nog actueel zijn en of verdere differentiatie op relevante kenmerken mogelijk is. Daarbij acht ik het wenselijk dat de NZa de opgedane kennis bij bijvoorbeeld het Nivel omtrent dit onderwerp en de uitkomsten van het verkennende onderzoek naar populatiekenmerken¹⁵ hierbij betreft.

Met betrekking tot de doorontwikkeling van S2 heeft de Universiteit Maastricht in samenwerking met het RIVM een eerste verkenning gedaan van potentieel relevante en haalbare populatiekenmerken -voor het voorspellen van zorgvraagzwaarte voor huisartsenzorg, multidisciplinaire (keten)zorg en wijkverpleegkundige zorg. De resultaten uit dit verken-

¹³ Brief van 20 maart 2014 met kenmerk 331522-117797-CZ

¹⁴ Hieronder vallen:

- Alle niet-Zvw-prestaties zoals keuringen, het uitstrijkje, het abonnementstarief voor asielzoekers en reizigersadvisering.
- Achterstandsfonds, kwaliteitsgelden, ROS-gelden.
- Prestaties voor passanten, militairen en gemoedsbezwaarden.
- Kostenvergoedingen voor verbruiksmaterialen, entstoffen en ECG.
- SCEN-consultatie, M&I-verrichting Euthanasie.

¹⁵ Bijlage 1: Eindrapport «Kenmerken van individuen als voorspellers van zorgvraagzwaarte op populatieniveau: een verkennend onderzoek».

nende onderzoek tonen onder andere aan dat in de onderzochte modellen gezondheidsgerelateerde kenmerken (zoals diagnose(s) en zorggebruik in een voorgaande periode) het vaakst voorkomen, gevolgd door persoonsgerelateerde kenmerken (waaronder leeftijd en geslacht) en omgevingsgerelateerde kenmerken (zoals inkomen en regio). Over dertien gevonden populatiekenmerken zijn experts het eens dat ze onafhankelijk van elkaar relevant zijn voor het voorspellen van zorgvraagzwaarte op populatieniveau. Het gaat om vijf gezondheidskenmerken (*diagnose/risico/klinische status, functionele status, complicaties van chronische ziekte, zorggebruik in een voorgaande periode en medicatiegebruik*), vier persoonskenmerken (*leeftijd, herkomst/ethniciteit, leefstijl en emotionele zorgen*) en vier omgevingskenmerken (*SES, inkomen, regio en sociaal netwerk*). De onderzoekers geven aan dat de gecursiveerde kenmerken het meest veelbelovend lijken: deze kenmerken zijn niet alleen relevant, maar ook praktisch haalbaar voor een zorgvraagzwaarteschatting op populatieniveau. De uitkomsten uit dit eerste onderzoek laten zien dat vervolgonderzoek en toetsing aan zorgconsumptiedata nodig is, alvorens populatiekenmerken mogelijk een plek kunnen krijgen in de bekostiging. Ik wil in 2014 met partijen bezien wat een logische invulling van het vervolg is en hoe dat gebruikt kan worden in de doorontwikkeling van zowel de bekostiging van de huisartsenzorg en de multidisciplinaire zorg als de bekostiging van de wijkverpleging, waarin populatiekenmerken eveneens een plek krijgen.

Daarnaast verwacht ik begin 2015 de uitkomsten te ontvangen van het eerder in deze brief genoemde onderzoek naar de organisatiegraad en organisatievormen die nodig zijn om de toekomstige zorgvraag in de eerstelijns op te kunnen vangen. De uitkomsten van dit onderzoek zullen waar mogelijk gebruikt worden bij de doorontwikkeling van S2 van het model per 2016.

Tevens heb ik met partijen afgesproken dat komend jaar bezien wordt of de huidige initiatieven op het vlak van de programmatische zorg voor kwetsbare ouderen, GGZ en integratie van farmaceutische zorg in de ketens kunnen leiden tot landelijk overeen te komen prestaties in S2B. De inzet van partijen is gericht op invoering van nieuwe prestaties in S2B per 1 januari 2016.

Tenslotte kunnen partijen op grond van de beleidsregel innovatie gaan experimenteren met een bekostigingssysteem zonder consulten. Vanuit meerdere regio's is interesse getoond om hiermee aan de slag te gaan. Deze experimenten zullen de komende jaren gevolgd gaan worden en in het voorjaar van 2017 leiden tot een evaluatie. Mede op basis van deze evaluatie zal besloten worden of het mogelijk is om per 2018, conform het eindmodel van de NZa, over te stappen op een volledig inschrijftarief voor de basis huisartsenzorg (S1). In de evaluatie zal ondermeer gekeken worden naar het effect op patiënttevredenheid, doelmatigheid en kwaliteit van zorg, alsmede of het gedifferentieerde inschrijftarief voldoende compenseert voor de verschillen in de zorgbehoeften van patiënten om af te stappen van consulten als betaaltitel.

Voorhang aanwijzing bekostiging huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2015: Segmenten, tariefsoorten en macrokostenbeheersing

Deze paragraaf bevat de zakelijke inhoud van de aanwijzing die ik op grond van artikel 7 van de Wet marktordening gezondheidszorg (WMG) aan de NZa van plan ben te geven over de bekostiging en beheersing van de huisartsenzorg in de Zorgverzekeringswet (Zvw). Overeenkomstig

artikel 8 van de WMG ga ik tot het geven van de aanwijzing niet eerder over dan nadat dertig dagen zijn verstreken na verzending van deze brief. Met de aanwijzing geef ik de NZa de opdracht prestaties en tarieven vast te stellen voor de huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg in de Zorgverzekeringswet.

Bekostiging huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg per 2015

Ik zal de NZa vragen een nieuw bekostigingsmodel te hanteren voor de huisartsenzorg, dat uit drie segmenten zal gaan bestaan. Het eerste segment richt zich op de basisvoorziening huisartsenzorg. Dit segment heeft betrekking op zorgvragen en aandoeningen 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 gediagnosticeerd, behandeld en begeleid worden. Dit segment dekt alle kosten die met dit deel van de huisartsenzorg gemoeid zijn. Ik zal de NZa vragen voor dit segment prestaties met maximumtarieven vast te stellen.

Het tweede segment richt zich op multidisciplinaire samenwerking bij chronische zorg, waarbij naast de huisartsenzorg ook andere disciplines betrokken zijn om een integrale behandeling te leveren. Dit segment heeft betrekking op zorgvragen en aandoeningen die voortkomen uit specifieke kenmerken van een (in omvang) substantieel deel van de populatie. Een ondersteuningsstructuur is wenselijk om deze programmatisch vormgegeven zorg te leveren.

Ik zal de NZa vragen prestaties vast te stellen en een vrij tarief te hanteren voor dit segment. De NZa mag voorschriften en beperkingen aan de prestaties verbinden. Zo mag zij voorschrijven dat zorg die geleverd wordt binnen dit segment alleen gedeclareerd mag worden onder voorwaarde van een overeenkomst tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder, zoals in haar advies voorgesteld.

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 (bijvoorbeeld deelname aan benchmark, spiegelinformatie) als 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.

Ik zal de NZa vragen voor dit segment prestaties vast te stellen en een vrij tarief te hanteren. Zij mag daaraan voorschriften en beperkingen verbinden. Zo mag zij voorschrijven dat prestaties in dit segment alleen met een overeenkomst tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder gedeclareerd mogen worden, zoals in haar advies voorgesteld.

Macrobeheersing

De uitgaven aan zorgactiviteiten in de drie segmenten komen ten laste van twee dekkaders van het Budgettair Kader Zorg (BKZ): het kader huisartsenzorg en het kader multidisciplinaire zorg. De zorg in S1 komt ten laste van het kader huisartsenzorg, de zorg in S2 komt ten laste van het kader multidisciplinaire zorg.

De activiteiten in S3 komen deels ten laste van het kader huisartsenzorg en deels van het kader multidisciplinaire zorg, omdat in S3 afspraken gemaakt kunnen worden over het belonen van resultaten die bereikt worden met de zorgactiviteiten in de segmenten 1 en 2. Ik ben

voornemens om zowel voor het kader huisartsenzorg als voor het kader multidisciplinaire zorg een generiek MBI als ultimum remedium in te zetten. Indien ondanks de gemaakte afspraken toch overschrijdingen optreden van het budgettaire kader huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg, heb ik daardoor de mogelijkheid deze overschrijding door middel van het inzetten van het macrobeheersinstrument (mbi) te redresseren. Daarbij bied ik de NZa de bevoegdheid om inning achterwege te laten bij die aanbieders die een zeer klein marktaandeel hebben en bij wie het opleggen van de mbi-heffing hogere incassokosten met zich mee zou brengen dan het te vorderen bedrag. Ik houd overigens de mogelijkheid open om, indien er sprake is van een overschrijding op het kader huisartsenzorg, te besluiten deze via een tariefmaatregel te redresseren in plaats van of naast het mbi. Dit met het oog op het voorkomen van toekomstige overschrijdingen. Ik zal dit in de aanwijzing aan de NZa opnemen.