

Vergaderjaar 2013–2014

33 578

Eerstelijnszorg

Nr. 10

VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG

Vastgesteld 2 juli 2014

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft een aantal vragen en opmerkingen voorgelegd aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de brief van 19 mei 2014 inzake de voorhang bekostiging huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg (Kamerstuk 33 578, nr. 6).

De op 6 juni 2014 toegezonden vragen en opmerkingen zijn door de Minister bij brief van 1 juli 2014 beantwoord. Vragen en antwoorden zijn hierna afgedrukt.

De voorzitter van de commissie,
Neppérus

Adjunct-griffier van de commissie,
Clemens

I. VRAGEN EN OPMERKINGEN VANUIT DE FRACTIES

Vragen en opmerkingen van de VVD-fractie

De leden van de VVD-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van de voorhangbrief bekostiging huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg. Genoemde leden hebben een aantal vragen en opmerkingen.

In hoeverre biedt de huidige bekostiging van de huisartsenzorg prikkels voor innovatie en vernieuwing? Worden deze prikkels sterker in de voorgestelde bekostiging? Zo ja, op welke manier?

In hoeverre biedt de huidige bekostiging van de huisartsenzorg prikkels voor gepast gebruik van zorg? Worden deze prikkels sterker in de voorgestelde bekostiging? Zo ja, op welke manier?

In de toelichting wordt bij de bekostiging gesproken over geïnccludeerde patiënten, verzekerden, patiëntcontacten en patiënten. Wat zijn de verschillen tussen deze termen en wat houden deze verschillen in voor de bekostiging?

De leden van de VVD-fractie vragen welke populatiekenmerken de Minister voornemens is om te gaan gebruiken bij de bekostiging. In welke mate zullen gezondheidskenmerken de overhand hebben bij het bepalen van de bekostiging? Waarom worden er andere kenmerken dan gezondheidskenmerken geopperd als mogelijkheden om populatiebekostiging op te baseren?

Vragen en opmerkingen van de PvdA-fractie

Inleiding

De leden van de PvdA-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van de voorhangbrief over de toekomstige bekostiging van huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg. Deze leden zijn tevreden over de eerstelijnszorg en het feit dat het merendeel van de gezondheidsklachten dichtbij huis kan worden verholpen. Omdat steeds meer mensen kampen met chronische ziekte(n) en ook zij graag in de eigen omgeving blijven participeren, is het goed dat ook de multidisciplinaire chronische zorg zo veel mogelijk in de buurt wordt georganiseerd. Dat is prettig voor de patiënt. Bovendien bespaart samenhangende zorg in de buurt kosten. Daarom hebben genoemde leden gepleit voor een verdere versterking van de eerstelijnszorg.

Om dit te bereiken, achten de leden van de PvdA-fractie het noodzakelijk dat er een solide bekostigingssystematiek komt die het de verschillende professionals mogelijk maakt om goed samen te werken om zorg dichtbij huis te leveren daar waar dat kan. Deze leden kunnen zich vinden in de constatering van de Minister dat het huidige bekostigingssysteem dit onvoldoende bevordert omdat het zelfmanagement, samenwerking en het belonen van uitkomsten onvoldoende faciliteert. Genoemde leden staan achter de afspraken in het regeerakkoord om een nieuw bekostigingsmodel te ontwikkelen voor huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg dat financiert op basis van populatiekenmerken, uitkomsten van geleverde zorg en substitutie van de tweedelijnszorg naar eerstelijnszorg. Zij hebben nog een aantal vragen over de uitwerking van dit bekostigingsmodel en de wijze waarop het model voorziet in bovengenoemde doelstellingen.

De leden van de PvdA-fractie vinden het fijn te vernemen dat er veelvuldig overleg is gevoerd met de Landelijke Huisartsenvereniging (LHV), InEen en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en zij vragen of alle relevante partijen zich compleet achter het tussenmodel en het toekomstige eindmodel van de bekostiging van huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg scharen. Zo niet, wat zijn de knelpunten en hoe gaat de Minister deze knelpunten oplossen?

Kern van het nieuwe bekostigingsmodel

De leden van de PvdA-fractie steunen de uitgangspunten waarop het toekomstige bekostigingsmodel is gebaseerd. Ook snappen deze leden dat het beoogde eindmodel niet per 2015 al kan worden ingevoerd. Zij steunen daarom het tussenmodel bestaande uit drie segmenten dat per 2015 gaat gelden en van waaruit de benodigde stappen naar het eindmodel worden gezet. Wel hebben genoemde leden nog een aantal kritische vragen. Hoe gaat de Minister ervoor zorgen dat het tussenmodel geen innovatie remt en dat aanbieders stappen richting het eindmodel blijven maken? Welke afspraken heeft de Minister hierover gemaakt? En hoe stimuleert het tussenmodel een innovatief personeelsbeleid, bijvoorbeeld door het aannemen van praktijkondersteuners huisartsenzorg (POH's)?

De leden van de PvdA-fractie constateren dat het uit de voorhangbrief onvoldoende duidelijk wordt wanneer de Minister het eindmodel wil hebben geïmplementeerd en hoe dit eindmodel er precies uit komt te zien ten opzichte van het tussenmodel in 2015. Graag ontvangen genoemde leden hierop een uitgebreide toelichting van de Minister.

Basisvoorziening huisartsenzorg

Met de nieuwe bekostigingssystematiek wordt allereerst beoogd om een stevige basisvoorziening voor de huisartsenzorg te continueren, zodat alle patiënten met hun zorgvraag bij de huisarts terecht kunnen voor advies, behandeling of doorverwijzing. Dit wordt vormgegeven in segment 1. Genoemde leden vragen in hoeverre de basisvoorziening onder druk kan komen als huisartsen bijvoorbeeld veel zorg overnemen uit de tweede lijn of veel aan innovatie doen. Gaan deze activiteiten dan ten koste van het budget in de basisvoorziening en hoe gaat dat in zijn werk? Heeft iedere patiënt de garantie dat hij altijd terecht kan bij de huisarts voor zorg uit de basisvoorziening? Heeft de Minister alle zorgen die de LHV had op dit punt weg kunnen nemen met het beoogde bekostigingsmodel? Het lijkt de leden van de PvdA-fractie namelijk onwenselijk dat patiënten straks beperkte toegang hebben tot de basisvoorziening en daardoor met ergere gezondheidsklachten terechtkomen in de duurdere tweedelijnszorg. Genoemde leden vragen ook hoe de nieuwe bekostigingssystematiek rekening houdt met het voorkomen van overbelaste huisartsen door het toenemende aantal ouderen dat thuis verzorgd wordt. Graag ontvangen deze leden een uitgebreide toelichting van de Minister op deze punten en of zij voornemens is om een stevige basisvoorziening te handhaven.

De leden van de PvdA-fractie vragen of, en wanneer, de Minister verwacht de monitor op te hebben gezet om goed zicht te krijgen op de manier waarop huisartsen, andere zorgverleners en zorgverzekeraars integrale, samenhangende eerstelijnszorg vormgeven. Wanneer wordt de Kamer geïnformeerd over deze monitoring? Welke mogelijkheden tot bijsturing heeft de Minister als blijkt dat het bekostigingsmodel dit onvoldoende borgt? Wordt in deze monitor ook de wisselwerking tussen de drie segmenten en mogelijke ongewenste prikkels opgenomen? Genoemde

leden gaan ervan uit dat dit gebeurt maar ontvangen graag een bevestiging van de Minister.

Daarnaast vragen de leden van de PvdA-fractie of de Minister voornemens is om het consult in het eindmodel als aparte betaaltitel te laten verdwijnen zodat de basisvoorziening wordt bekostigd op basis van populatiekenmerken van ingeschreven patiënten. Genoemde leden stellen dat deze ontwikkeling zal bijdragen aan een bekostiging die uitgaat van gepaste zorg in plaats van verrichtingen. Wel vragen zij op welke wijze deze ontwikkeling zal bijdragen aan het leveren van samenhangende, integrale zorg. Graag ontvangen zij hierop een uitgebreide toelichting van de Minister. Welke rol gaan de uitkomsten van de experimenten waarin het consult als betaaltitel wordt losgelaten hierin spelen? Ook vragen deze leden op basis van welke kenmerken de bekostiging per inschrijving zal plaatsvinden. Verwacht de Minister dat andere factoren dan leeftijd en postcode hier een rol in gaan spelen en kan zij de ontwikkelingen schetsen? Kunnen er al conclusies worden getrokken uit het onderzoek dat de Universiteit Maastricht uitvoerde naar geschikte populatiegebonden kenmerken? Hoe werken deze conclusies door in de uitwerking van het bekostigingsmodel?

Multidisciplinaire zorg

Het nieuwe bekostigingsmodel beoogt sterk in te zetten op multidisciplinaire samenwerking bij complexe zorgvragen. Dit wordt vormgegeven in segment 2. Daarbij is het voor de leden van de PvdA-fractie van belang dat ouderen en chronisch zieken zo dicht mogelijk bij huis integrale zorg ontvangen. Ook is het voor deze leden van belang dat de zorg voor mensen met meerdere aandoeningen niet meer bekostigd wordt op basis van de optelsom van losse aandoeningen omdat dit samenhang belemmert. Bovendien zitten in de optelsom voor losse aandoeningen deels dezelfde componenten die met een multidisciplinaire zorg gebaseerd op de integrale zorgvraag niet meer dubbel bekostigd hoeven te worden, zo stellen genoemde leden. Een populatiegebonden bekostiging op basis van de integrale zorgvraag van de patiënt zorgt voor een meer samenhangend aanbod en past wat deze leden betreft het beste bij de huidige ontwikkelingen. Bovendien reduceert deze wijze van bekostigen de overhead, waardoor meer zorggeld naar zorg kan. In hoeverre wordt er in het tussenmodel in 2015 al tegemoetgekomen aan deze wensen? Zal in het eindmodel worden uitgegaan van de integrale zorgvraag in plaats van de optelsom van losse aandoeningen en/of programma's? Hoe wordt dit vormgegeven? En hoe wordt het maken van afspraken tussen verschillende zorgverleners en het verlenen van integrale zorg daar waar dit het beste voor de patiënt is gestimuleerd? Is de Minister voornemens om de multidisciplinaire zorg die door het overgrote deel van de huisartsen wordt geleverd op termijn over te hevelen naar de basisvoorziening in segment 1 zodat meer tegemoet wordt gekomen aan de wens van populatiegebonden bekostiging van zorg zoals afgesproken in het regeerakkoord? Zo nee, waarom niet? Zo ja, hoe ziet de Minister dit voor zich en wat is het tijdspad? Graag ontvangen de leden van de PvdA-fractie een uitgebreide reactie van de Minister op dit punt.

Belonen van uitkomsten

Met het nieuwe bekostigingsmodel wordt binnen segment 3 ingezet op het belonen van uitkomsten. De leden van de PvdA-fractie steunen deze beweging. Om integrale zorg dichtbij huis mogelijk te maken is het huidige betalen per verrichting niet gewenst. Bovendien stimuleert dit het leveren van gepaste, goede zorg niet. Het belonen van uitkomsten zal hier

sterker aan kunnen bijdragen. De Minister noemt een aantal uitkomsten die zij graag beloofd ziet, onder meer: goed doorverwijzen, zinnige diagnostiek, doelmatig voorschrijven en goede service en toegankelijkheid. In hoeverre brengt de Minister hier al een prioritering aan? Het valt deze leden op dat het hier voornamelijk gaat om procesuitkomsten. Is de Minister voornemens om op termijn de stap te maken van procesuitkomsten naar gezondheidsuitkomsten? Zo ja, welk tijdpad beoogt zij en aan welke gezondheidsuitkomsten denkt zij? Gaat patiënttevredenheid in de toekomst ook een rol spelen en hoe gaat de Minister dit vormgeven?

Verder vragen de leden van de PvdA-fractie in hoeverre iedere zorgverzekeraar zelf kan kiezen welke parameters en indicatoren worden ingezet voor de uitkomstbeloning. Of moeten zorgverzekeraars deze gezamenlijk overeenkomen? Zo ja, hoe ver zijn zij in dit proces en kunnen zij in 2015 gelijk voortvarend van start met uitkomstbeloning? Verwacht de Minister dat de te belonen uitkomsten veel zullen verschillen van de huidige Modernisering & Innovatie-module? Zo ja, op welke punten? Hoe gaan zorgverzekeraars met het belonen van uitkomsten rekening houden met verschillen tussen praktijken? Hoe gaat de Minister zorgen voor een zo min mogelijke administratieve druk voor zorgaanbieders bij het aanbieden van transparante informatie over het behalen van de beloningsafspraken? Graag ontvangen genoemde leden een uitgebreide toelichting van de Minister op deze punten.

Zorgvernieuwing en innovatie

Het nieuwe bekostigingsmodel beoogt in segment 3 ook ruimte te bieden aan zorgvernieuwing en innovatie. Hierbij is substitutie van de tweedelijnszorg naar de eerstelijnszorg een belangrijke pijler. Genoemde leden vinden voldoende stimulans voor substitutie van groot belang, evenals ruimte voor preventie en het stimuleren van zelfmanagement bij patiënten. In hoeverre acht de Minister de ruimte voor substitutie in het nieuwe bekostigingsmodel groot genoeg om tegemoet te komen aan de tendens om steeds meer zorg uit te voeren in de goedkopere eerstelijnszorg? Welke (budgettaire) beperkingen kent het model voor huisartsen met een zeer hoge bereidheid om tweedelijnszorg over te nemen? In hoeverre kan deze bereidheid ten koste gaan van het beschikbare budget voor de basisvoorziening en multidisciplinaire zorg? Welke oplossingen biedt de Minister voor deze belemmeringen voor substitutie? Is zij het met de leden van de PvdA-fractie eens dat substitutie zowel uit het oogpunt «zorg dichtbij huis» als kostenbesparing zo veel mogelijk gefaciliteerd dient te worden? Is de Minister van mening dat zij hier met het nieuwe bekostigingsmodel voldoende aan tegemoet komt? Is de Minister net als deze leden van mening dat substitutie naar de nuldelijnszorg kan voorkomen dat huisartsen overbelast raken, zeker door succesvolle substitutie vanuit de tweedelijnszorg en het toenemende aantal zorgvragen doordat mensen langer thuis verzorgd worden? In hoeverre stimuleert het nieuwe bekostigingsmodel de substitutie van de eerste naar de nuldelijnszorg, bijvoorbeeld naar «welzijn op recept»? Waar ziet de Minister knelpunten en hoe worden deze knelpunten opgelost?

De leden van de PvdA-fractie zijn blij met de mogelijkheid van het meekijkconsult in de nieuwe bekostigingssystematiek. Genoemde leden zien grote mogelijkheden om hiermee onnodig doorverwijzen te voorkomen en om meer zorg vanuit de tweede lijn te substitueren naar de eerstelijnszorg en hopen dat deze mogelijkheid in de praktijk goed van de grond zal komen. Hoe gaat de Minister dit monitoren?

De leden van de PvdA-fractie vragen in hoeverre de budgetverdeling tussen de drie segmenten in 2015 (respectievelijk 75%/15%/10%) richting het eindmodel verder zal verschuiven. Zo ja, hoe krijgt deze verschuiving vorm? Wat acht de Minister de meest ideale verdeling en waarom? Is de Minister voornemens om de grootte van het tweede en derde segment richting het eindmodel te verhogen? Wat betekent dit voor de toeganke-lijkheid van de basisvoorziening? Blijft de toegang tot de basisvoorziening voor alle patiënten gegarandeerd? Zijn er momenteel regio's waar multidisciplinaire zorg meer dan 15% van het beschikbare budget verbruikt? Hoe moeten deze regio's omgaan met de budgetverdeling over de drie segmenten in 2015, aangezien zij segment 2 zullen overschrijden? Waarom is de Minister van mening dat segment 3 met een omvang van 10% voldoende prikkels geeft om resultaten te belonen en zorgver-nieuwing te stimuleren? Is de Minister van mening dat een omvang van 10% voor segment 3 een minimum is om voldoende resultaatbeloning en zorgvernieuwing te stimuleren? Graag ontvangen genoemde leden een toelichting van de Minister op deze punten.

Samenhang met bekostiging wijkverpleging

Tot slot merken de leden van de PvdA-fractie op dat het zeer prettig is dat het bekostigingsmodel voor huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg in samenhang is ontworpen met de bekostigingssystematiek voor wijkver-pleging. Dit bevordert immers samenwerking en stelt zorgverzekeraars en aanbieders in staat om tot een samenhangend, integraal pakket aan zorg te komen. Dit komt de patiënt ten goede en dat moet altijd het uitgangspunt zijn, vinden deze leden. In hoeverre is de Minister voornemens om beide bekostigingsmodellen parallel te laten optrekken bij de doorontwikkeling en fine-tuning? In hoeverre is de Minister voornemens om ook de bekostigingssystematiek van andere eerstelijns-aanbieders, waaronder wijkteams, in samenhang te ontwerpen met de bekostiging van huisartsenzorg en wijkverpleging?

Vragen en opmerkingen van de SP-fractie

De leden van de SP-fractie hebben kennisgenomen van de brief en het voorhangbesluit van de Minister voor een nieuwe vorm van huisartsenfi-nanciering. Genoemde leden onderschrijven de noodzaak om te kijken naar de financiering, omdat de maatschappelijke trends en wens om langer thuis te wonen met aandoeningen of op oudere leeftijd, leidt tot meer werk voor de huisarts.

De leden van de SP-fractie zien in de bekostiging die voorligt een bevestiging dat de huisarts niet aangezet moet worden tot productie-draaien. Toch hebben deze leden twijfels bij de 25% aan variabele beloning. Dit kan de deur openzetten naar productiedraaien, risicoselectie op patiënten en financiële onzekerheid voor de praktijk.

De leden van de SP-fractie vragen of het niet goed is om de huisartsen-praktijknorm te verkleinen gezien het extra werk dat de huisarts krijgt door de decentralisaties. Huisartsen hebben meer tijd nodig voor patiënten, die naar verwachting «zwaarder» zullen worden door chronische ziekten en/of ouderdom en het feit dat ze langer thuis blijven wonen. Is de Minister bereid om te onderzoeken of een praktijknorm van 1.800 ingeschrevenen niet meer zoden aan de dijk zet dan een financieringsvorm waarin 25% onzekere inkomsten zijn. Hoeveel huisartsen zouden extra moeten worden opgeleid wanneer de praktijknorm verlaagd wordt naar 1.800? Welke stappen onderneemt de Minister om dit ook daadwerkelijk te realiseren?

Bijlage

De leden van de SP-fractie hebben grote twijfels bij de lofzang over uitkomstbekostiging. Genoemde leden vinden dat er grote risico's zijn op het uitsluiten van «te goedkope» patiënten en concurrentie om de «rendabele» patiënt. Hoe kijkt de Minister hier tegenaan? Bestaat er niet het risico om bij mensen niet het medisch noodzakelijke aan te bieden, maar – omdat dit inkomen vermeerdert – te veel te gaan doen? De leden van de SP-fractie zijn niet overtuigd van de beloning op gezondheids-winst, ofwel uitkomstfinanciering. Deze leden zien dit als een nieuwe vorm van beloning per verrichting, iets wat zij afwijzen in de gezondheidszorg. Artsen en zorgverleners moeten handelen vanuit het oogpunt wat medisch noodzakelijk is voor de patiënt, niet vanuit financieel belang. Het vooropstellen van de uitkomst in de financiering van medisch handelen kan leiden tot calculerend gedrag. Zij vragen de Minister om een reactie op deze zorgen.

In de bekostiging wordt uitgegaan van het advies van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) om te komen tot uitkomstbekostiging. Omdat er twijfels zijn in het veld, wordt gekozen voor een behoedzaam groeiproces richting deze uitkomstfinanciering. Dat vinden de leden van de SP-fractie een wijs besluit; zij willen wel weten welke noodremmen er zijn ingebouwd om het groeiproces te stoppen dan wel te keren wanneer blijkt dat de gewenste uitkomstfinanciering geen goed model blijkt te zijn. Welke garanties kan de Minister deze leden geven dat de NZa geen «oogkleppen» op zal hebben om alternatieven objectief te beoordelen? Kan de Minister tevens garanties geven dat de NZa zich niet doof zal houden voor kritiek op de financieringsvorm die zij wenst in te voeren in de eerstelijnsbekostiging?

De leden van de SP-fractie willen graag van de Minister weten welke bezwaren er in het veld leven rond de uitkomstfinanciering. Genoemde leden stellen vast dat deze bezwaren relevant genoeg zijn om in het financieringsvoorstel voorwaarden in te bouwen dat resultaatbeloning de continuïteit en stabiliteit van de huisartsenpraktijk niet mag doorkruisen en geen grote schokeffecten te weeg mogen brengen. Wil de Minister de argumentatie die leidde tot «het zoeken naar een balans» met de Kamer delen?

Over de financiering in drie verschillende segmenten hebben de leden van de SP-fractie de volgende vragen.

Waarom kan er in segment 2 alleen financiering plaatsvinden als er een contract is tussen de verzekeraar en de huisarts? Wil de Minister toe naar praktijken die géén programma's voor Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) en astma, voor diabetes mellitus type 2 (dm²) en vasculair risicomanagement (VRM), of voor overige patiënten aanbieden? Vindt de Minister het passend dat de ene huisartsenpraktijk wel een Geïntegreerde eerstelijnszorg module (GEZ) hanteert en de andere niet? Is het wenselijk dat inwoners jaarlijks moeten gaan overstappen van huisartsenpraktijk of gezondheidscentrum omdat zijn of haar zorgverzekeraar elders een contract voor het tweede segment heeft afgesloten? De leden van de SP-fractie vinden deze constructie onverstandig. Deze leden stellen voor dat iedere huisartsenpraktijk of gezondheidscentrum programma's en modules van segment 2 kan declareren. Genoemde leden willen een reactie van de Minister op dit voorstel.

De leden van de SP-fractie maken zich zorgen over de toenemende macht van zorgverzekeraars omdat een contract voor segment 2 vereist is. Deze leden vrezen dat veel tijd van de huisarts opgaat aan onderhandelingen en verantwoording. Is de Minister bereid de zorgverzekeraar deze macht niet te geven? Zo nee, waarom verdient de zorgverzekeraar deze macht

wél? Wat heeft de Minister geleerd van klachten van fysiotherapeuten, diëtisten, ergotherapeuten, psychologen en vele andere eerste- en tweedelijnszorgverleners die zich in de afgelopen jaren hebben beklaagd over de wurgcontracten van zorgverzekeraars? Genoemde leden vragen hierop een reactie.

Waarom wordt het samenwerken ten behoeve van een chronische patiënt onderdeel gemaakt van de contractonderhandelingen tussen de zorgverzekeraar en de huisarts? Behoort dit niet tot het standaard werk van de huisarts? De leden van de SP-fractie menen van wel, en vragen de Minister om een uitgebreide reactie.

Is het niet beter en efficiënter om waar de ketenbehandeling wetenschappelijk zich heeft uitgekristalliseerd zoals bij diabetes mellitus 2 dit onder te brengen in het vaste eerste segment?

Is het niet wenselijk dat bij de financiering van de multidisciplinaire (keten)zorg niet een hulpverlener, bijvoorbeeld de huisarts, als hoofdaannemer fungeert maar dat de zorgverzekeraar gewoon de hulpverleners betaalt voor geleverde dienst aan de hand van het ketenprotocol?

De leden van de SP-fractie vinden dat het derde segment onderdelen van de huisartsenpraktijk beloont die standaard behoren te zijn. Een meekijkconsult moet bijvoorbeeld geen prestatie zijn in het derde segment maar hiervoor moet voldoende ruimte zijn via de basisbekostiging. Deze leden zijn van mening dat dit ook geldt voor adequaat verwijzen, doelmatig voorschrijven, service en bereikbaarheid. Waarom vindt de Minister dit zorgvernieuwing? Welke overwegingen liggen ten grondslag om dit onder te brengen in segment 3? Heeft de Minister programma's of organisaties voor ogen die zij op deze wijze graag aan financiering wil helpen? De leden van de SP-fractie vragen om een uitgebreide reactie.

Is uitgesloten dat wanneer kosten van de huisartsenzorg in segment 2 en 3 hoger uitvallen dan geraamd, dat dan een korting plaatsvindt op segment 1? De leden van de SP-fractie achten dit logisch gezien het feit dat de middelen gemoeid met segment 1 nodig zijn om een huisartsenpraktijk draaiende te houden.

Is de Minister bereid de financiering van de huisartsenzorg af te stemmen op de daadwerkelijke behoefte aan huisartsenzorg, temeer daar de huisartsenzorg naar verhouding veel zorg biedt tegen relatief lagere kosten in vergelijking met de tweede lijn? Kan de Minister deze leden een dergelijke raming doen toekomen?

Vragen en opmerkingen van de CDA-fractie

De leden van de CDA-fractie hebben de brief en uitleg van de Minister aangaande de bekostiging van de huisartsenzorg per 1 januari 2015 tot zich genomen en maken graag van de mogelijkheid gebruik hier vragen over te stellen.

De leden van de CDA-fractie willen opmerken dat er per 1 januari 2015 veel overhevelingen in de langdurige zorg en de Zorgverzekeringswet op stapel staan.

Genoemde leden vragen of dit allemaal praktisch uitvoerbaar is en of de veelheid aan veranderingen er niet voor zorgt dat de patiënt tussen wal en schip gaat vallen. Kan de Minister deze leden op dit punt geruststellen en deelt zij het standpunt van genoemde leden dat de patiënt door de verandering van dit bekostigingsmodel niet de dupe mag worden? En zijn

de achterliggende ICT-registratie- en betalingssystemen ook op tijd op orde (dus op 1 januari 2015)?

Het onderzoek van de NZa schetst een lange termijn model. Het wordt de leden van de CDA-fractie niet helemaal duidelijk wanneer het eindplaatje van het bekostigingsmodel klaar zal zijn? Kan de Minister hierover meer duidelijkheid geven? En ook aangeven welke doelstelling zij reëel acht voor de komende drie jaar?

De Minister staat een persoonsgerichte bekostiging voor waarbij verschillende zorgverleners die een patiënt behandelen in samenwerking de zorg aanbieden. Dit lijkt de leden van de CDA-fractie een goede stap, zeker vanuit het oogpunt van de patiënt, maar deze leden willen graag wat meer toelichting op dit specifieke punt. Betekent dit alleen zorgverleners in de eerste lijn of zowel uit de tweede als de eerste lijn? En wat betekent dit vervolgens voor de bekostiging van de huisarts? En hoe verhoudt dit zich tot huisartsen die wel samenwerken maar alleen een praktijk hebben, denk aan huisartsen in kleine plattelandsgemeenten?

De Minister stelt in haar brief dat de diverse partijen zich geïnteresseerd hebben aan een omslag die «meer dan nu» gericht is op het belonen van gezondheidsuitkomsten. En dat partijen belang hechten «aan het zetten van behoedzame stappen». Vervolgens staat er aangegeven dat er nog «een aantal cruciale onderdelen» onzeker is. Graag krijgen de leden van de CDA-fractie een opsomming van de cruciale onderdelen die nog onzeker zijn. Hoe verhoudt zich dit tot de opvatting van de Minister dat per 2015 verantwoord met de uitvoering van de nieuwe huisartsenbekostiging gestart kan worden?

De invoering van het nieuwe model dient budgetneutraal plaats te vinden, zo lezen deze leden. Is dit op macroniveau of ook op aanbiedersniveau? Zou dit in een gemiddelde stad al in 2015 tot verschillen tussen huisartsen qua bekostiging kunnen leiden? Kan de Minister duidelijkheid verschaffen of er verschillen gaan ontstaan tussen de stad en de plattelandsgemeente waar soms maar één huisarts zit voor een veel groter gebied?

De NZa zal een financiële effectanalyse op praktijkniveau uitvoeren. Wanneer is die gereed en kan de Kamer hierover worden geïnformeerd? Waarom is er niet van te voren een effectanalyse gemaakt om uit te werken of dit model zal gaan werken? Wat gebeurt er als uit de financiële effectanalyse negatieve effecten komen?

De praktijkondersteuners worden uit verschillende segmenten gefinancierd. Is de Minister van mening dat het logischer zou zijn om zowel de praktijkondersteuner somatiek (POH-S) als de praktijkondersteuner geestelijke gezondheidszorg (POH-GGZ) vanuit segment 1 te financieren? Hierdoor wordt het systeem van bekostigen eenduidiger.

Voor zowel S2A als S2B gelden vrije tarieven en kunnen kosten alleen worden gedeclareerd wanneer er een overeenkomst is tussen zorgverzekeraar en aanbieder. De leden van de CDA-fractie vinden het belangrijk dat zorgverzekeraars inkopen op kwaliteit. Dat geldt ook voor segment 2 (S2), de zogenaamde multidisciplinaire zorg. Kwaliteit kost tijd! Maar genoemde leden vragen hoe in het kader van dit nieuwe huisartsenbekostigingsmodel kwaliteit gemeten gaat worden. Is de Minister van plan dit te monitoren?

De leden van de CDA-fractie vragen of, in – 2017 – tijdens de evaluatie anders goed kan worden vastgesteld of er voldoende op kwaliteit en resultaat is ingekocht.

Segment 3 (S3) bestaat in eerste instantie uit 10% van de macrokosten en hierin zitten elementen van zorgvernieuwing en resultaatbeloning. De leden van de CDA-fractie begrijpen dat dit nog in de kinderschoenen staat.

Er staat ook in de brief dat resultaatbeloning zich nog verder moet ontwikkelen. Kan de Minister aangeven hoe zij dit wil bevorderen? Want dit is toch het uiteindelijke (hogere) doel van de gehele nieuwe methodiek om huisartsen te bekostigen?

Ook gaat de NZa nog een onderzoek uitvoeren naar S3. Voornamelijk naar indicatoren voor de drie domeinen zodat deze per 1 januari 2015 onderdeel kunnen uitmaken van de bekostiging. Wanneer is dat onderzoek klaar? Is dat op tijd voor 1 januari 2015? En betekent dit dat de Minister nog de inrichting van S3 naar aanleiding van de resultaten van het onderzoek van de Nederlandse Zorgautoriteit gaat veranderen? De leden van de CDA-fractie hebben de indruk dat de financiering van S3 per 1 januari 2015 niet gaat lukken. Wat betekent dit voor de besteding van het budget dat in 2015 voor S3 beschikbaar is? Genoemde leden lezen ook niet in de bekostiging terug wat er gebeurt als de uitgaven van S3 overschreden worden. Wat is hierover afgesproken, zo vragen deze leden.

De leden van de CDA-fractie lezen dat in het regeerakkoord is afgesproken dat er een nieuw bekostigingsmodel komt. Eén van de doelstellingen was het bevorderen van substitutie. Deze leden lezen in de voorhang niet duidelijk terug welke plek de substitutie van zorg in het nieuwe bekostigingsmodel inneemt, terwijl hierover ook afspraken zijn gemaakt in het bestuurlijk akkoord met de huisartsen. Een meekijkconsult is toch net even wat anders volgens deze leden. Genoemde leden zijn een sterke voorstander van substitutie, omdat het ervoor zorgt dat de kosten van de zorg echt kunnen dalen. Graag ontvangen zij meer uitleg van de Minister hoe substitutie in het bekostigingsmodel is verwerkt. Verder vragen de leden van de CDA-fractie of er al bekend is hoeveel financiële middelen voor de zorg hiermee bespaard kunnen worden.

Daarnaast lezen de leden van de CDA-fractie in de huisartsenbekostiging ook niet terug hoe de Minister de substitutiemonitor gaat invullen die in het bestuurlijk akkoord met huisartsen is afgesproken. Hoe ziet die monitor er nu uit en wanneer kan de Kamer de eerste resultaten hiervan verwachten? Kan de Minister toezeggen dat de substitutiemonitor tijdig beschikbaar komt, zodat die gebruikt kan worden voor het maken van de aanvullende substitutie-afspraken per 2015?

In het Zorgakkoord staat ook dat de Minister zal onderzoeken of er een gedifferentieerd macrobeheersinstrument (mbi) kan worden ontwikkeld voor de eerste lijn. In de voorhangbrief is te lezen dat het gedifferentieerd mbi niet haalbaar blijkt, en dat de Minister de mogelijkheid openhoudt voor het nemen van een algemene tariefmaatregel. Betekent dit dat zorgaanbieders alsnog gekort kunnen worden, zelfs als zij afspraken hebben gemaakt met zorgverzekeraars over gewenste substitutie? De leden van de CDA-fractie lezen in de voorhangbrief (pagina 9) dat het advies van de NZa betekent dat de maximumtarieven van inschrijvingen en consulten zo worden vastgesteld onder aanname van gelijkblijvende zorgvolumes en gelijkblijvende tarieven dat er geen effect op de macrokosten van het gehele model zou zijn. De leden van de CDA-fractie vragen hoe reëel dit beeld is dat de Minister hier schetst. Door de overhevelingen van zorg naar het gemeentelijke en het zorgverzekeringsterrein zal er meer dan nu het geval is een beroep op de huisarts worden gedaan al dan niet in overleg met de wijkverpleegkundige. De vraag om meer huisartsenzorg zal naargelang de overhevelingen zijn ingedaald meer worden. De Minister wil immers dat mensen langer thuis wonen en de huisarts zal hierin een grote rol krijgen. In hoeverre wordt hiermee rekening gehouden voor de jaren 2015 en 2016 in het nieuwe bekostigingsmodel?

Ook stelt de Minister dat de omvang van S2 en S3 op den duur gaat toenemen. Wanneer wil de Minister hierop resultaat gaan boeken? Kan de Minister schetsen wat de verwachting is over hoeveel de omvang van zorg uit S2 en S3 gaat toenemen? Kan de Minister een perspectief op de lange termijn laten zien, zo vragen de leden van de CDA-fractie. Genoemde leden hebben begrepen dat in het bestuurlijk overleg eerste lijn van 28 mei door VWS de garantie is gegeven dat ontwikkelingen/overschrijdingen van segment 2 en segment 3 nooit kunnen leiden tot een korting op segment 1. Klopt dit en hoe wordt dit uitgewerkt, zo vragen deze leden.

Tevens vragen de leden van de CDA-fractie of en in hoeverre het Ministerie onderzoek heeft gedaan naar de administratieve lasten voor huisartsen en hoe fraudegevoelig dit nieuwe systeem is. In welke mate draagt deze nieuwe bekostiging bij aan de vermindering van de administratieve lasten in de huisartsenzorg? Graag ontvangen zij een reactie van de Minister.

De leden van het CDA-fractie missen ook nog in het nieuwe bekostigingsmodel de financiering voor het overleg van de huisartsen met andere actoren zoals de gemeenten, de wijkverpleegkundige en dergelijke. Dit overleg zal door de veranderingen in de langdurige zorg en de Wet maatschappelijke ondersteuning toenemen. Dit zal de nodige tijd kosten. Hoe is deze overlegtijd in het model gefinancierd?

Vragen en opmerkingen van de PVV-fractie

De leden van de PVV-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van de voorhangbrief bekostiging huisartsenzorg. Gezien de veranderingen waarmee de eerste lijn de komende jaren te maken krijgt zijn deze leden voorstander van het gelijktijdig invoeren van een bestendig bekostigingssysteem. Ten aanzien van het nu voorliggende bekostigingsmodel hebben zij echter nog wel een paar kritische vragen.

De leden van de PVV-fractie vragen hoe absoluut de verdeling van de drie segmenten is afgebakend en of deze afbakening alleen geldt voor 2015 of ook voor de jaren daarna? Genoemde leden kunnen zich voorstellen dat er momenteel in een regio al meer dan 15% besteed wordt aan disciplinaire zorg (segment 2); moet dan het volume worden teruggebracht of moet het gewoon goedkoper? Is dit wel wenselijk? Worden de effecten hiervan op patiënten gemonitord?

De leden van de PVV-fractie begrijpen niet waarom het meekijkconsult vanuit segment 3 betaald moet worden. Hiermee wordt immers de gang naar de duurdere tweede lijn voorkomen, dus waarom betaalt de tweede lijn hieraan niet mee? Hoe staat het trouwens met de monitoring van de substitutie van de tweede naar de eerste lijn? En biedt de 10% voor segment 3 voldoende prikkel voor zorgvernieuwing?

De leden van de PVV-fractie constateren dat het mbi in werking treedt bij overschrijdingen of er volgt een tariefaanpassing. Wat gebeurt er bij besparingen? Worden die afgestaan aan de zorgverzekeraars of verdeeld onder de aanbieders en welke gevolgen hebben besparingen voor de tarieven of het budget? Hoe wordt voorkomen dat wordt ingezet op besparingen waar de patiënt voor moet opdraaien?

Hoewel het populatiemodel op zich de leden van de PVV-fractie aanspreekt, spreekt terugkeer naar een vorm van budgetstelsel deze leden niet aan. Net als de Minister zien zij dat nieuwe toetreders daardoor worden beperkt en de prikkel tot kwaliteitsverbetering zal afnemen.

Ontschotting en substitutie tussen eerste en tweede lijn vinden genoemde leden prima, maar niet via populatiebeposting. Dit is een vorm van regionale budgettering. Nationale budgettering werkte niet, dat zagen men aan het oude ziekenfonds, dus waarom zou regionale budgettering wel slagen? Het beperkt de keuzevrijheid van de patiënt; wat als je buiten je regio wilt bevallen of revalideren? Het beperkt innovatie en nieuwe toetreders.

De leden van de PVV-fractie vragen hoe populatiekenmerken in kaart worden gebracht. Hoe wordt omgegaan met mensen die niet aan de kenmerken voldoen maar wel tot de populatie behoren? Welke omvang gaat een populatie krijgen? Staat populatiebeposting nieuwe toetreders niet in de weg? Hoe wordt met innovatie omgegaan binnen populatiebeposting?

Vragen en opmerkingen van de D66-fractie

Inleiding

De leden van de D66-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van het voorgenomen nieuwe bekostigingsmodel huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg. Deze leden delen met de Minister de constatering dat de eerstelijnszorg in Nederland onmisbaar is voor het verlenen van toegankelijke en betaalbare zorg in de buurt. Deze zorg wordt steeds belangrijker, omdat mensen langer thuis blijven wonen en langer blijven participeren in de samenleving. De basis- en chronische zorg moeten daarom dichtbij mensen worden opgebouwd. Dat vereist een nieuw bekostigingsmodel met meer aandacht voor het belonen van zelfzorg, preventie, samenwerking en zorguitkomsten. Deze leden hebben nog enkele vragen en opmerkingen over het voorliggende nieuwe bekostigingsmodel.

Segment 1: basisvoorziening huisartsenzorg

De leden van de D66-fractie constateren dat het eerste segment de basisvoorziening huisartsenzorg omvat, bestaande uit de huidige combinatie van een gedifferentieerd inschrijftarief en consulten. Deze leden constateren dat de POH-S niet in dit segment valt, terwijl dit wel geldt voor de POH-GGZ. Zij vragen de Minister deze keuze nader toe te lichten. De NZa zal bij de invoering van het nieuwe model de mogelijkheid van het experimenteren met een bekostigingssysteem zonder consulten onder de aandacht brengen bij het veld. De leden van de D66-fractie vernemen graag hoeveel regio's hiermee naar verwachting in 2015 aan de slag gaan. Op welke wijze gaat de Minister dit stimuleren? En welke schaal zullen deze experimenten omvatten? Genoemde leden vernemen ook graag van de Minister hoe en in welk segment de vergoeding van preventieconsulten een plaats zal krijgen.

Segment 2: programmatische multidisciplinaire zorg

De leden van de D66-fractie stellen vast dat in het tweede segment het volgens de Minister niet haalbaar zal zijn om het aantal ketens in S2A te blijven uitbreiden. Hoeveel aparte ketens voorziet de Minister op termijn? Ten aanzien van S2B is vastgesteld dat het nog te vroeg is om programmatische zorg voor kwetsbare ouderen, ggz en integratie van farmaceutische zorg in de ketens op te nemen. Deze leden vragen welke problemen zich hier dan voordoen en welke inzet wordt gepleegd om dit in 2016 wel te realiseren.

Segment 3: resultaatbeloning en zorgvernieuwing

De leden van de D66-fractie stellen vast dat het derde segment zich richt op het belonen van uitkomsten en het stimuleren van vernieuwing. Deze leden constateren dat om richting te geven aan de invulling van dit segment partijen hebben afgesproken om separate prestaties en indicatoren te ontwikkelen voor een aantal specifieke domeinen, waaronder service en bereikbaarheid. Deze leden vragen de Minister of daarbij wordt voorzien in een specifieke prestatie voor flexibele openingstijden. Indien dit niet het geval is, vragen genoemde leden de Minister hierbij het veld op aan te dringen.

Relatieve omvang van de segmenten per 2015

De leden van de D66-fractie verwachten dat op den duur de onderlinge verhoudingen in relatieve omvang tussen de segmenten zullen gaan veranderen. Deze leden vragen de Minister welke verhouding zij voor de toekomst grofweg voor ogen heeft. Welke richting vindt zij in dit geval wenselijk?

Macrobudgettaire beheersing

De leden van de D66-fractie constateren dat bovenop het overeengekomen jaarlijkse groeipercentage van maximaal 2,5% aan verzekeraars en aanbieders ruimte wordt geboden om aanvullende afspraken te maken over substitutie van de tweede- naar de eerstelijnszorg, waarbij de financiële middelen de verschuiving van de zorg moeten volgen. Deze leden vragen of er al aanvullende afspraken zijn en of de voorziene substitutiemonitor al ontwikkeld is. Zo ja, hoe worden de uitkomsten van deze monitor verwerkt in de macrobudgettaire beheersing? Deelt de Minister de mening van deze leden dat zonder een adequate substitutiemonitor de inzet van een macrobeheersinstrument niet mogelijk is? De Minister ziet zoals eerder gemeld af van een gedifferentieerd mbi voor 2015. Deze leden vragen welke inspanningen op het gebied van de huisartsen- en multidisciplinaire zorg zijn voorzien om voor 2016 wel tot een gedifferentieerd mbi te komen. De Minister biedt de NZa de bevoegdheid om inning achterwege te laten bij aanbieders die een zeer klein marktaandeel hebben. Bij welk percentage gaat de Minister de grens leggen? De leden van de D66-fractie constateren dat de Minister de mogelijkheid openhoudt om indien er sprake is van een overschrijding op het kader huisartsenzorg dit te redresseren via een tariefmaatregel in plaats van het mbi. Deze leden vragen de Minister op basis waarvan zij besluit welk instrument zal worden ingezet.

Doorontwikkeling van het bekostigingsmodel

De leden van de D66-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van het voorgenomen onderzoek naar de mogelijkheden tot het uitbreiden dan wel aanpassen van de kenmerken die op dit moment bepalend zijn voor een differentiatie in het schrijftarief. Deze leden vragen of de Minister beloning op basis van deze nieuwe kenmerken al in 2015 wil gaan inzetten.

De leden van de D66-fractie stellen vast dat de Minister de ontwikkeling van het nieuwe bekostigingsmodel als een groeiproces ziet. Zij vragen of de Minister daarbij in een jaarlijkse evaluatie voorziet. Deze leden vragen de Minister of het nieuwe bekostigingsmodel minder administratieve lasten met zich mee zal meebrengen. Genoemde leden vragen de Minister de effecten op deze lasten te kwantificeren.

II. REACTIE VAN DE MINISTER

De leden van de VVD-fractie vragen in hoeverre de huidige bekostiging van de huisartsenzorg prikkels biedt voor innovatie en vernieuwing? Worden deze prikkels sterker in de voorgestelde bekostiging? Zo ja, op welke manier?

In het nieuwe bekostigingsmodel wordt verzekeraars en aanbieders meer ruimte geboden om afspraken te maken over zorgvernieuwing. Specifiek op de aandachtsgebieden e-health en het meekijkconsult worden hiervoor aparte prestaties geformuleerd. Daarnaast komt er een open prestatie «overige zorgvernieuwing» die partijen naar eigen inzicht kunnen invullen afhankelijk van de patiëntenpopulatie. Waar partijen zich voorheen moesten wenden tot de beleidsregel innovatie van de NZa wordt nu meer mogelijk gemaakt binnen de reguliere bekostiging.

De leden van de VVD-fractie vragen in hoeverre de huidige bekostiging van de huisartsenzorg prikkels voor gepast gebruik van zorg biedt? Worden deze prikkels sterker in de voorgestelde bekostiging? Zo ja, op welke manier?

Met het behoud van het inschrijftarief wordt de basis huisartsenzorg in stand gehouden en worden huisartsen bekostigd voor activiteiten waar niet direct een aparte prestatie tegenover staat, maar die wel gericht zijn op het zo gezond mogelijk houden van de patiëntenpopulatie. Te denken valt hierbij aan het inzetten op preventie of zelfmanagement. Daarnaast wordt in het nieuwe bekostigingsmodel ruimte geboden voor het maken van afspraken over substitutie van zorg en kunnen aanbieder en verzekeraars afspraken maken over de inzet van een meekijkconsult en het belonen van uitkomsten, bijvoorbeeld gericht op het adequaat aanvragen van diagnostiek of doorverwijzen naar de tweede lijn. Mijn inziens dragen deze kenmerken van het nieuwe bekostigingsmodel bij aan het vormgeven van zorg op «de juiste plek» en daarmee aan gepast gebruik van zorg.

In de toelichting wordt bij de bekostiging gesproken over geïnccludeerde patiënten, verzekerden, patiëntcontacten en patiënten. De leden van de VVD-fractie vragen wat de verschillen tussen deze termen zijn en wat deze verschillen in houden voor de bekostiging?

Binnen het nieuwe bekostigingsmodel zullen verschillende typen prestaties bestaan. Er wordt onderscheid gemaakt tussen:

- een tarief per ingeschreven patiënt. Voor deze prestatie geldt dat, onafhankelijk of de patiënt gebruik maakt van de zorg, de huisarts of aanbieder van huisartsenzorg een bedrag in rekening mag brengen bij de verzekeraar, zoals bijvoorbeeld het geval is bij het inschrijftarief.
- een tarief per geïnccludeerde patiënt. Deze prestatie is van toepassing op de integrale ketenzorg in segment 2. Indien een patiënt voldoet aan de inclusiecriteria behorende bij de met de verzekeraar overeengekomen ketenprestatie dan kan een aanbieder van huisartsenzorg deze prestatie in rekening brengen.
- een tarief per verrichting ook wel patiëntencontact. Voor deze prestaties geldt dat de huisarts of een andere aanbieder van huisartsenzorg per keer dat een contact plaatsvindt of een verrichting wordt uitgevoerd een prestatie in rekening mag brengen.

De leden van de VVD-fractie vragen welke populatiekenmerken de Minister voornemens is om te gaan gebruiken bij de bekostiging. In welke mate zullen gezondheidskenmerken de overhand hebben bij het bepalen van de bekostiging? Waarom worden er andere kenmerken dan gezond-

heidskenmerken geopperd als mogelijkheden om populatiebekostiging op te baseren?

Met invoering van het nieuwe bekostigingsmodel blijft de huidige differentiatie op het inschrijftarief vooralsnog behouden. De NZa zal dit jaar nog starten met een onderzoek om na te gaan of de kenmerken (leeftijd en postcode) waarop de differentiatie gebaseerd is nog actueel zijn en of er andere relevante kenmerken zouden moeten worden toegevoegd.

Uit de eerste verkenning van de Universiteit van Maastricht in samenwerking met het RIVM naar potentieel relevante en haalbare populatiekenmerken voor het voorspellen van zorgvraagzwaarte voor huisartsenzorg, multidisciplinaire (keten)zorg en wijkverpleegkundige zorg komt een aantal gezondheidskenmerken, persoonskenmerken en omgevingskenmerken naar voren die niet alleen relevant, maar ook praktisch haalbaar lijken 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 met partijen bezien wat een logische invulling van het vervolgtraject 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.

In het derde segment, waarin ruimte is voor het belonen van uitkomsten, worden voor 2015 vooralsnog alleen procesuitkomsten benoemd. De reden hiervoor is dat het meten van gezondheidsuitkomsten nog verder ontwikkeld moet worden alvorens dit een plek kan krijgen in de bekostiging. Ik vind het van belang dat we hier niet op wachten en het wel al mogelijk maken om goed gedrag te belonen op basis van procesuitkomsten.

Vragen en opmerkingen van de PvdA-fractie

De leden van de PvdA-fractie vinden het fijn te vernemen dat er veelvuldig overleg is gevoerd met de Landelijke Huisartsenvereniging (LHV), InEen en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en zij vragen of alle relevante partijen zich compleet achter het tussenmodel en het toekomstige eindmodel van de bekostiging van huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg scharen. Zo niet, wat zijn de knelpunten en hoe gaat de Minister deze knelpunten oplossen?

In het afgelopen jaar, en de afgelopen maanden in het bijzonder, heeft veelvuldig overleg met partijen plaatsgevonden over de precieze inrichting van het nieuwe bekostigingsmodel voor de huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg ter uitwerking van het akkoord eerste lijn 2014 – 2017¹ dat afgelopen zomer gesloten is. Dit heeft ertoe geleid dat er consensus is over de definitieve inrichting per 2015. Partijen hebben oog voor elkaars ambities en hebben het vertrouwen in elkaar uitgesproken om een gezamenlijke doorontwikkelagenda op te stellen, zich daaraan te committeren en daaraan voortvarend invulling te geven. Met de doorontwikkeling zal dit najaar worden gestart. Partijen hebben afgesproken ook een signaleringsplatform in te richten, zodat de gewenste ontwikkelingen goed geïmplementeerd worden en eventuele knelpunten snel aan de orde worden gesteld en kunnen worden voorzien van een adequate oplossing.

¹ Kamerstuk 29 248, nr. 257

De leden van de PvdA-fractie vragen hoe de Minister ervoor gaat zorgen dat het tussenmodel geen innovatie remt en dat aanbieders stappen richting het eindmodel blijven maken? Welke afspraken heeft de Minister hierover gemaakt?

Met de invoering van het nieuwe model per 2015 wordt het fundament voor de toekomst gelegd. In het nieuwe bekostigingsmodel wordt verzekeraars en aanbieders de ruimte geboden om afspraken te maken over zorgvernieuwing. Waar partijen zich voorheen moesten wenden tot de beleidsregel innovatie van de NZa wordt nu meer mogelijk gemaakt binnen de reguliere bekostiging. Partijen realiseren zich echter terdege dat het model verder doorontwikkeld moet worden en willen hier graag hun bijdrage aan leveren. Er is inmiddels een doorontwikkelagenda opgesteld die de komende periode verder zal moeten worden geconcretiseerd en uitgewerkt.

De leden van de PvdA-fractie vragen of het tussenmodel een innovatief personeelsbeleid stimuleert, bijvoorbeeld door het aannemen van praktijkondersteuners huisartsenzorg (POH's)?

Binnen het bekostigingsmodel is voldoende ruimte voor innovatief personeelsbeleid en taakherschikking, omdat de bekostiging veelal gekoppeld is aan de geleverde zorg en niet wie de zorg levert. Zo kan een nurse practitioner of praktijkondersteuner taken van een huisarts overnemen. De stevige basisvoorziening blijft behouden en tevens kunnen aanbieders en verzekeraars desgewenst nog extra afspraken hierover maken in segment 3.

De leden van de PvdA-fractie constateren dat het uit de voorhangbrief onvoldoende duidelijk wordt wanneer de Minister het eindmodel wil hebben geïmplementeerd en hoe dit eindmodel er precies uit komt te zien ten opzichte van het tussenmodel in 2015. Graag ontvangen genoemde leden hierop een uitgebreide toelichting van de Minister.

Het is juist dat uit de voorhangbrief nog onvoldoende blijkt hoe het eindmodel er precies uit zou moeten komen te zien, dit is ook nog niet geheel uitgekristalliseerd. Met invoering van het nieuwe bekostigingsmodel per 2015 wordt het fundament gelegd waarop de komende jaren kan worden voortgebouwd. Daarbij zullen de uitkomsten van diverse lopende of nog te starten onderzoeken, zoals de doorontwikkeling van de multidisciplinaire zorg, het onderzoek naar welke (populatie) kenmerken bepalend zouden moeten zijn voor de zorgvraagzwaarte van de populatie, en het experimenteren met een bekostigingssysteem zonder vergoeding voor de consulten, als input dienen.

De leden van de PvdA-fractie vragen in hoeverre de basisvoorziening onder druk kan komen als huisartsen bijvoorbeeld veel zorg overnemen uit de tweede lijn of veel aan innovatie doen. Gaan deze activiteiten dan ten koste van het budget in de basisvoorziening en hoe gaat dat in zijn werk? Heeft iedere patiënt de garantie dat hij altijd terecht kan bij de huisarts voor zorg uit de basisvoorziening? Heeft de Minister alle zorgen die de LHV had op dit punt weg kunnen nemen met het beoogde bekostigingsmodel? Het lijkt de leden van de PvdA-fractie namelijk onwenselijk dat patiënten straks beperkte toegang hebben tot de basisvoorziening en daardoor met ergere gezondheidsklachten terechtkomen in de duurdere tweedelijnszorg.

De brede en stevige basisvoorziening huisartsenzorg zoals wij deze in Nederland kennen moet behouden blijven. Het nieuwe model dient er juist aan bij te dragen dat de zorg zoveel als mogelijk dichtbij huis, in de

eerste lijn, wordt geleverd. Wat ik dus zeker niet wil bereiken met dit nieuwe bekostigingsmodel is dat huisartsen meer gaan doorverwijzen naar de tweede lijn. Ik heb er alle vertrouwen in dat dit ook niet gaat gebeuren.

In het akkoord eerste lijn is een aanvullend groeipercentage ten opzichte van andere sectoren (medisch specialistische zorg en GGZ) overeengekomen om tegemoet te komen aan de toenemende zorgvraag in de eerste lijn, onder andere door substitutie van zorg. Tevens is afgesproken dat verzekeraars en aanbieders bovenop het kader aanvullende afspraken kunnen maken over gewenste substitutie mits dit leidt tot aantoonbaar minder uitgaven elders aan zorg. Hierbij wordt het principe gehanteerd dat budget de zorg moet volgen, het geld kan immers maar één keer worden uitgegeven. Het is aan verzekeraars om substitutie daadwerkelijk verder vorm te gaan geven door meer zorg in de eerste lijn te organiseren en minder zorg in te kopen in de tweede lijn. Ik deel de zorgen van de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) niet dat zorg overnemen uit de tweede lijn of innovatie ten koste kan gaan van de basis huisartsenzorg. Om deze zorgen van de LHV weg te nemen is overeengekomen dat mocht een overschrijding zich voordoen op het kader huisartsenzorg door een toename van het belonen van uitkomsten of zorgvernieuwing in segment 3 én het inzetten van een beheersinstrument in de rede ligt, voor het terughalen van deze overschrijding een generiek mbi wordt ingezet en er geen korting volgt op de tarieven van de basis huisartsenzorg in segment 1.

Genoemde leden vragen ook hoe de nieuwe bekostigingssystematiek rekening houdt met het voorkomen van overbelaste huisartsen door het toenemende aantal ouderen dat thuis verzorgd wordt. Graag ontvangen deze leden een uitgebreide toelichting van de Minister op deze punten en of zij voornemens is om een stevige basisvoorziening te handhaven.

Ik realiseer mij dat er meer werk op de eerste lijn afkomt, waaronder ook op de huisartsenzorg. Ik heb in mijn beleid hier de afgelopen jaren al rekening mee gehouden. Zo is aan de huisartsenzorg in het bestuurlijk akkoord eerste lijn extra groei toegekend, juist om de toenemende zorgvraag op te kunnen vangen. Daarnaast is het aantal opleidingsplaatsen voor huisartsen afgelopen jaren fors verhoogd en heb ik uw Kamer laten weten hier voor de periode 2015–2017 zelfs een schepje bovenop te doen door meer opleidingsplaatsen beschikbaar te stellen dan het capaciteitsorgaan heeft geadviseerd². Tot slot wil ik benadrukken dat de huisarts er niet alleen voor staat om de toenemende zorgvraag op de eerste lijn op te vangen. Afgelopen jaren is geïnvesteerd in taakherstelling, zijn er veel verpleegkundig specialisten en physician assistants opgeleid en zijn er steeds meer praktijkondersteuners werkzaam die taken van de huisarts kunnen overnemen. Bovendien heeft ook de wijkverpleegkundige een belangrijke rol om de zorgvraag in de eerste lijn op te vangen, juist bij het toenemende aantal ouderen dat thuis verzorgd moet gaan worden.

De leden van de PvdA-fractie vragen of, en wanneer, de Minister verwacht de monitor op te hebben gezet om goed zicht te krijgen op de manier waarop huisartsen, andere zorgverleners en zorgverzekeraars integrale, samenhangende eerstelijnszorg vormgeven. Wanneer wordt de Kamer geïnformeerd over deze monitoring? Welke mogelijkheden tot bijsturing heeft de Minister als blijkt dat het bekostigingsmodel dit onvoldoende borgt? Wordt in deze monitor ook de wisselwerking tussen de drie segmenten en mogelijke ongewenste prikkels opgenomen? Genoemde

² Kamerstuk 29 282, nr. 196

leden gaan ervan uit dat dit gebeurt maar ontvangen graag een bevestiging van de Minister.

Ik voorzie een aantal manieren om de ontwikkelingen in relatie tot het nieuwe bekostigingsmodel te volgen. Met partijen is afgesproken dat de uitgaven aan huisartsen- en 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. De substitutiemonitor zal daarnaast zicht bieden op de verschuivingen van zorg tussen de tweede en eerste lijn. Daarnaast zal ook komend jaar vervolg gegeven worden aan de overlegcyclus met partijen over de uitwerking van het bestuurlijk akkoord. Verder ga ik in overleg met NIVEL om effecten zoals het aantal doorverwijzingen actief te gaan monitoren. Tot slot heeft de NZa ook haar reguliere cyclus om het nieuwe bekostigingsmodel te evalueren, onderhouden en bij te stellen. Partijen hebben besloten om in aanvulling hierop een signaleringsplatform in te richten, zodat eventuele knelpunten snel aan de orde worden gesteld en van een oplossingsrichting kunnen worden voorzien.

De leden van de PvdA-fractie vragen of de Minister voornemens is om het consult in het eindmodel als aparte betaaltitel te laten verdwijnen zodat de basisvoorziening wordt bekostigd op basis van populatiekenmerken van ingeschreven patiënten. Genoemde leden stellen dat deze ontwikkeling zal bijdragen aan een bekostiging die uitgaat van gepaste zorg in plaats van verrichtingen. Wel vragen zij op welke wijze deze ontwikkeling zal bijdragen aan het leveren van samenhangende, integrale zorg. Graag ontvangen zij hierop een uitgebreide toelichting van de Minister. De leden van de PvdA-fractie vragen welke rol de uitkomsten van de experimenten, waarin het consult als betaaltitel wordt losgelaten, hierin gaan spelen?

Door het consult als aparte betaaltitel te laten vervallen krijgt een huisarts meer ruimte om de zorg naar eigen inzicht in te richten. Dit kan inhouden dat hij de patiënt een keer inderdaad voor een consult naar de praktijk laat komen maar een andere keer dat overleg met maatschappelijk werk of het investeren in zelfmanagement beter aansluit op de zorgbehoefte van de betreffende patiënt.

Het afschaffen van het consult als aparte betaaltitel kan bijdragen aan het overstappen naar een systeem dat gericht is op uitkomsten van de populatie in plaats van een systeem dat gericht is op productie/het doen van verrichtingen.

Tegelijkertijd moet worden voorkomen dat de toegang tot de huisarts teveel wordt afgehouden, waardoor de patiënt de huisarts minder goed zou kunnen bereiken. Ook moet het systeem van het belonen van uitkomsten wel goed functioneren. Ik ben mij er van bewust dat het invoeren van een systeem dat gericht is op uitkomsten tijd vergt om te ontwikkelen, daarom worden per 2015 pas de eerste stappen hiertoe gezet. Uit de uitkomsten van de experimenten die worden opgestart met een bekostigingssysteem zonder consulten zal mede moeten blijken in hoeverre het daadwerkelijk wenselijk is over te stappen naar een bekostigingssysteem zonder consulten.

De leden van de PvdA-fractie vragen ook op welke kenmerken de bekostiging per inschrijving zal plaatsvinden. Verwacht de Minister dat andere factoren dan leeftijd en postcode hier een rol in gaan spelen en kan zij de ontwikkelingen schetsen? Kunnen er al conclusies worden getrokken uit het onderzoek dat de Universiteit Maastricht uitvoerde naar geschikte populatiegebonden kenmerken? Hoe werken deze conclusies door in de uitwerking van het bekostigingsmodel?

In 2015 zal de huidige differentiatie op het inschrijftarief behouden blijven. De NZa zal dit jaar nog starten met een onderzoek om na te gaan of de kenmerken (leeftijd en postcode) waarop de differentiatie gebaseerd is nog actueel zijn en of er andere relevante kenmerken zouden moeten worden toegevoegd.

Het is nog niet mogelijk om conclusies te trekken uit het onderzoek dat uitgevoerd is door de Universiteit Maastricht, dit was ook niet de verwachting aangezien het een eerste verkennend onderzoek betrof. De uitkomsten bieden wel aanknopingspunten, ik zal samen met partijen bezien wat de vervolgstappen zouden moeten zijn mede in relatie tot de doorontwikkeling van het bekostigingsmodel.

Het nieuwe bekostigingsmodel beoogt sterk in te zetten op multidisciplinaire samenwerking bij complexe zorgvragen. Dit wordt vormgegeven in segment 2. Daarbij is het voor de leden van de PvdA-fractie van belang dat ouderen en chronisch zieken zo dicht mogelijk bij huis integrale zorg ontvangen. Ook is het voor deze leden van belang dat de zorg voor mensen met meerdere aandoeningen niet meer bekostigd wordt op basis van de optelsom van losse aandoeningen omdat dit samenhang belemmert. Bovendien zitten in de optelsom voor losse aandoeningen deels dezelfde componenten die met een multidisciplinaire zorg gebaseerd op de integrale zorgvraag niet meer dubbel bekostigd hoeven te worden, zo stellen genoemde leden. Een populatiegebonden bekostiging op basis van de integrale zorgvraag van de patiënt zorgt voor een meer samenhangend aanbod en past wat deze leden betreft het beste bij de huidige ontwikkelingen. Bovendien reduceert deze wijze van bekostigen de overhead, waardoor meer zorggeld naar zorg kan. De leden van de PvdA-fractie vragen in hoeverre er in het tussenmodel in 2015 al wordt tegemoetgekomen aan deze wensen? Zal in het eindmodel worden uitgegaan van de integrale zorgvraag in plaats van de optelsom van losse aandoeningen en/of programma's? Hoe wordt dit vormgegeven? En hoe wordt het maken van afspraken tussen verschillende zorgverleners en het verlenen van integrale zorg daar waar dit het beste voor de patiënt is gestimuleerd? Is de Minister voornemens om de multidisciplinaire zorg die door het overgrote deel van de huisartsen wordt geleverd op termijn over te hevelen naar de basisvoorziening in segment 1 zodat meer tegemoet wordt gekomen aan de wens van populatiegebonden bekostiging van zorg zoals afgesproken in het regeerakkoord? Zo nee, waarom niet? Zo ja, hoe ziet de Minister dit voor zich en wat is het tijdpad? Graag ontvangen de leden van de PvdA-fractie een uitgebreide reactie van de Minister op dit punt.

Ik deel het standpunt van de leden van de PvdA-fractie dat het beleid erop gericht is om ouderen en chronische zieken langer in hun eigen omgeving te laten wonen en dat zij dichtbij huis een beroep moeten kunnen doen op integrale, samenhangende zorg. Ik zie het ook niet voor mij dat we straks meer losse zorgprogramma's hebben dan op twee handen te tellen is en er overlap bestaat tussen de zorg die daarbinnen wordt geleverd. Voor 2015 wordt astma als ketenprestatie toegevoegd, niet als aparte prestatie maar geïntegreerd met de keten Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD). Daarnaast worden ook de huidige ketenprestaties voor diabetes mellitus type 2 (dm²) en vasculair risicomanagement (VRM) samengevoegd tot één integrale prestatie omdat bekend is dat er veel overlap tussen beiden bestaat. Tevens is afgesproken om in segment 2 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 segment 2. Voor de doorontwikkeling hebben partijen onder andere afgesproken om te komen tot een integraal programma voor kwetsbare ouderen. Het streven is om per 2016 een aparte prestatie hiervoor te creëren in segment 2.

In het eindmodel dat de NZa schetst wordt inderdaad afgestapt van een model waarbij voor iedere losse aandoening een aparte bekostiging geldt. In hoeverre dit eindmodel ook wordt overgenomen, of dat na experimenten en nader onderzoek andere accenten worden gelegd, zal moeten blijken. Zoals ik eerder in mijn beantwoording heb aangegeven is het eindmodel nog geen vaststaand gegeven.

Ik heb niet voor ogen om de prestaties die nu onder de multidisciplinaire zorg vallen weer onder te brengen in de basis huisartsenzorg (segment 1). Mijn verwachting is juist dat de multidisciplinaire zorg verder zal gaan groeien, bijvoorbeeld door het zojuist genoemde toevoegen van een programma voor kwetsbare ouderen. Dat betekent dat de huisarts om deze zorg goed te kunnen leveren veelal zal moeten samenwerken en afstemmen met andere professionals. Dit model stimuleert de huisarts hiertoe, omdat hierover aparte afspraken gemaakt kunnen en moeten worden met de verzekeraar.

Met het nieuwe bekostigingsmodel wordt binnen segment 3 ingezet op het belonen van uitkomsten. De leden van de PvdA-fractie steunen deze beweging. Om integrale zorg dichtbij huis mogelijk te maken is het huidige betalen per verrichting niet gewenst. Bovendien stimuleert dit het leveren van gepaste, goede zorg niet. Het belonen van uitkomsten zal hier sterker aan kunnen bijdragen. De Minister noemt een aantal uitkomsten die zij graag beloond ziet, onder meer: goed doorverwijzen, zinnige diagnostiek, doelmatig voorschrijven en goede service en toegankelijkheid. De leden van de PvdA-fractie vragen in hoeverre de Minister hier al een prioritering in aan brengt? Het valt deze leden op dat het hier voornamelijk gaat om procesuitkomsten. Is de Minister voornemens om op termijn de stap te maken van procesuitkomsten naar gezondheidsuitkomsten? Zo ja, welk tijdspad beoogt zij en aan welke gezondheidsuitkomsten denkt zij? Gaat patiënttevredenheid in de toekomst ook een rol spelen en hoe gaat de Minister dit vormgeven?

Er is een aantal thema's benoemd, namelijk het adequaat aanvragen van diagnostiek en het adequaat verwijzen, het doelmatig voorschrijven van geneesmiddelen en service en bereikbaarheid, waarbij gestart wordt met het belonen van uitkomsten. Dit betreffen voor nu voornamelijk procesuitkomsten, omdat het definiëren en meetbaar maken van geschikte uitkomstindicatoren meer tijd kost. Onder het belonen van uitkomsten op de prestatie service en bereikbaarheid wordt overigens ook het deelnemen aan een klanttevredenheidsonderzoek verstaan, dus per 2015 is het reeds mogelijk om afspraken te maken over het meten van de patiënttevredenheid. Ik breng geen prioritering aan in deze drie thema's, het is aan partijen om te bepalen op welke thema's zij daadwerkelijk afspraken gaan maken voor het belonen van uitkomsten. De verwachting is dat segment 3 de komende jaren zal gaan groeien, niet alleen door substitutie van zorg, maar ook de uitbreiding van het belonen van uitkomsten op meetbare doelen. Naast bovengenoemde landelijk overeengekomen prestaties krijgen partijen de ruimte om naar eigen invulling afspraken te maken op andere thema's dan de bovengenoemde.

De leden van de PvdA-fractie vragen in hoeverre iedere zorgverzekeraar zelf kan kiezen welke parameters en indicatoren worden ingezet voor de uitkomstbeloning. Of moeten zorgverzekeraars deze gezamenlijk overeenkomen? Zo ja, hoe ver zijn zij in dit proces en kunnen zij in 2015 gelijk voortvarend van start met uitkomstbeloning? Verwacht de Minister dat de te belonen uitkomsten veel zullen verschillen van de huidige Modernisering & Innovatie-module? Zo ja, op welke punten? Hoe gaan zorgverzekeraars met het belonen van uitkomsten rekening houden met verschillen tussen praktijken? Hoe gaat de Minister zorgen voor een zo min mogelijke administratieve druk voor zorgaanbieders bij het aanbieden

van transparante informatie over het behalen van de beloningsafspraken? Graag ontvangen genoemde leden een uitgebreide toelichting van de Minister op deze punten.

Om te voorkomen dat iedereen het wiel zelfstandig gaat uitvinden en zowel verzekeraars als aanbieders te maken krijgen met tal van verschillende prestaties en indicatoren op hetzelfde thema, is in de afgelopen maanden een intensief traject doorlopen met partijen om voor een aantal thema's uniforme prestaties en indicatoren te formuleren. Dit houdt in dat als verzekeraars en aanbieders afspraken willen maken over het betreffende thema, hiervoor dezelfde prestatie en indicator wordt gehanteerd om de administratieve lasten te beperken. Wel moeten partijen onderling overeenkomen of ze deze thema's willen afspreken en welke beloning daar tegenover staat. Juist om het belonen van uitkomsten aan te laten sluiten bij hetgeen men wil bereiken bij een bepaalde huisartsenpraktijk of groep van huisartsen. Bij de ene praktijk kan het zijn dat de service en bereikbaarheid naar een hoger niveau wordt gebracht, terwijl bij de andere praktijk ingezet kan worden op het belonen van doelmatig voorschrijven van geneesmiddelen. De Modernisering & Innovatiemodules hebben als basis gediend om te komen tot de thema's die partijen gezamenlijk zijn overeengekomen. De thema's die nu benoemd zijn voor het belonen van uitkomsten zijn overigens niet limitatief, onder de prestatie «overig» kunnen aanbieders en verzekeraars ook op andere dan de hierboven genoemde thema's afspraken maken voor het belonen van uitkomsten.

Het nieuwe bekostigingsmodel beoogt in segment 3 ook ruimte te bieden aan zorgvernieuwing en innovatie. Hierbij is substitutie van de tweedelijnszorg naar de eerstelijnszorg een belangrijke pijler. Genoemde leden vinden voldoende stimulans voor substitutie van groot belang, evenals ruimte voor preventie en het stimuleren van zelfmanagement bij patiënten. De leden van de PvdA-fractie vragen in hoeverre de Minister de ruimte voor substitutie in het nieuwe bekostigingsmodel groot genoeg acht om tegemoet te komen aan de tendens om steeds meer zorg uit te voeren in de goedkopere eerstelijnszorg? Welke (budgettaire) beperkingen kent het model voor huisartsen met een zeer hoge bereidheid om tweedelijnszorg over te nemen? In hoeverre kan deze bereidheid ten koste gaan van het beschikbare budget voor de basisvoorziening en multidisciplinaire zorg? Welke oplossingen biedt de Minister voor deze belemmeringen voor substitutie? Is zij het met de leden van de PvdA-fractie eens dat substitutie zowel uit het oogpunt «zorg dichtbij huis» als kostenbesparing zo veel mogelijk gefaciliteerd dient te worden? Is de Minister van mening dat zij hier met het nieuwe bekostigingsmodel voldoende aan tegemoet komt? Is de Minister net als deze leden van mening dat substitutie naar de nuldelijnszorg kan voorkomen dat huisartsen overbelast raken, zeker door succesvolle substitutie vanuit de tweedelijnszorg en het toenemende aantal zorgvragen doordat mensen langer thuis verzorgd worden? In hoeverre stimuleert het nieuwe bekostigingsmodel de substitutie van de eerste- naar de nuldelijnszorg, bijvoorbeeld naar «welzijn op recept»? Waar ziet de Minister knelpunten en hoe worden deze knelpunten opgelost?

Ik ben het met de leden van de PvdA-fractie eens dat substitutie van zorg zowel vanuit het oogpunt van «zorg dichtbij huis» als kostenbesparing zo veel als mogelijk gefaciliteerd moet worden. Daarbij wil ik wel de kanttekening plaatsen dat het ook daadwerkelijk om substitutie van zorg moet gaan, met andere woorden dat als de eerste lijn meer zorg gaat overnemen, er elders aantoonbaar minder zorg zal moeten worden geleverd. Daarbij hanteer ik het uitgangsprincipe dat het budget de zorg volgt. Je kunt het geld immers maar één keer uitgeven.

In het akkoord met de eerste lijn is daarom, naast een aanvullend groeipercentage ten opzichte van andere sectoren, afgesproken dat verzekeraars boven op het kader afspraken mogen maken over gewenste, aantoonbare substitutie van zorg mits dit leidt tot minder uitgaven elders aan zorg. Ik verwacht dat daarmee voldoende ruimte voor substitutie wordt geboden. Verzekeraars zijn nu aan zet om zorg daadwerkelijk te substitueren en dus ook minder in te kopen elders. Verzekeraars kunnen zelf bepalen hoe groot deze ruimte is, hier is geen maximum over afgesproken.

Uit het verleden blijkt dat het zeer lastig is om substitutie inzichtelijk te maken, met name of er daadwerkelijk zorg verschoven is en of dit tot een aantoonbare besparing heeft geleid in (vooral) de tweede lijn. Om hier wel zicht op te krijgen is in de akkoorden met zowel de eerste lijn als de tweede lijn afgesproken dat er een substitutiemonitor wordt ontwikkeld. Zorgverzekeraars Nederland (ZN) heeft het voortouw om samen met partijen deze monitor op te zetten en is daarmee aan de slag. Het voorstel van ZN is om de gecontracteerde substitutieafspraken op regionaal niveau, voorafgaand aan een jaar, inzichtelijk te maken en deze van alle verzekeraars bij elkaar op te tellen om te komen tot inzicht in substitutie op macroniveau. De komende periode zal dit nader uitgewerkt moeten worden en zullen mogelijk ook knelpunten aan de orde komen. Het streven is per 2015 een eerste analyse te kunnen maken.

De monitor richt zich vooralsnog op substitutie van zorg van de tweede lijn naar de huisartsenzorg. Op basis van de nadere uitwerking en uitkomsten van de substitutiemonitor zullen partijen moeten bezien in hoeverre het mogelijk is de monitor op termijn uit te breiden met andere vormen van zorg.

Ik ben het met de leden van de PvdA-fractie eens dat substitutie van de eerstelijnszorg naar zelfzorg kan voorkomen dat de druk op de huisartsen te groot wordt, taakherschikking biedt hiervoor mijns inziens ook een oplossing alsook de inzet van ehealth. Het nieuwe model dat meer dan nu uitgaat van het belonen van uitkomsten in plaats van verrichtingen draagt mijns inziens hier aan bij.

De leden van de PvdA-fractie zijn blij met de mogelijkheid van het meekijkconsult in de nieuwe bekostigingssystematiek. Genoemde leden zien grote mogelijkheden om hiermee onnodig doorverwijzen te voorkomen en om meer zorg vanuit de tweede lijn te substitueren naar de eerstelijnszorg en hopen dat deze mogelijkheid in de praktijk goed van de grond zal komen. De leden van de PvdA-fractie vragen hoe de Minister dit gaat monitoren?

Ik zal de NZa vragen de invoering van het meekijkconsult te monitoren. De NZa zal bepalen hoe deze monitor het beste kan worden vormgegeven.

De leden van de PvdA-fractie vragen in hoeverre de budgetverdeling tussen de drie segmenten in 2015 (respectievelijk 75%/15%/10%) richting het eindmodel verder zal verschuiven. Zo ja, hoe krijgt deze verschuiving vorm? Wat acht de Minister de meest ideale verdeling en waarom? Is de Minister voornemens om de grootte van het tweede en derde segment richting het eindmodel te verhogen? Wat betekent dit voor de toegankelijkheid van de basisvoorziening? Blijft de toegang tot de basisvoorziening voor alle patiënten gegarandeerd? Zijn er momenteel regio's waar multidisciplinaire zorg meer dan 15% van het beschikbare budget verbruikt? Hoe moeten deze regio's omgaan met de budgetverdeling over de drie segmenten in 2015, aangezien zij segment 2 zullen overschrijden? Waarom is de Minister van mening dat segment 3 met een omvang van 10% voldoende prikkels geeft om resultaten te belonen en zorgvernieuwing te stimuleren? Is de Minister van mening dat een omvang van 10% voor segment 3 een minimum is om voldoende resultaatbeloning en

zorgvernieuwing te stimuleren? Graag ontvangen genoemde leden een toelichting van de Minister op deze punten.

De NZa heeft als indicatie in haar advies als verhouding tussen de segmenten 75%/15% /10% aangegeven. In mijn brief heb ik aangegeven voornemens te zijn hierbij aan te sluiten, met dien verstande dat het uiteindelijke besluit hierover afhangt van het traject dat partijen de huidige Modernisatie en Innovatie- modules en verrichtingen onderdeel gaan uitmaken van het nieuwe bekostigingsmodel. De uitkomst van dit traject is dat:

- een aantal M&I-verrichtingen onderdeel gaat vormen van de reguliere bekostiging in S1 (inschrijftarief in combinatie met een dubbelconsult) al dan niet in combinatie met een component voor het belonen van uitkomsten in segment 3. Daarmee komen die M&I-verrichtingen te vervallen;
- een aantal verrichtingen voorlopig als aparte verrichting wordt gepositioneerd in segment 1 met een gereguleerd tarief. Deze verrichtingen kunnen gedeclareerd worden als de aanbieder en verzekeraar hiervoor een overeenkomst hebben afgesloten. De keuze voor het tijdelijk toestaan van aparte verrichtingen in segment 1 komt voort uit de wens om onverwachte herverdelingseffecten per 2015 te voorkomen;
- Een aantal M&I-verrichtingen wordt vooralsnog buiten de reikwijdte van dit model geplaatst. Komend jaar zal beoordeeld moeten worden waar deze verrichtingen het beste gepositioneerd kunnen worden in het nieuwe model.
- De NZa zal conform het advies van de «werkgroep segment 3» prestaties vaststellen om inhoudelijke uniforme resultaatbeloning in segment 3 per 2015 mogelijk te maken voor de onderwerpen adequaat doorverwijzen en diagnostiek aanvragen, doelmatig voorschrijven en service en bereikbaarheid. Daarnaast zal de NZa een prestatie vaststellen om het belonen van uitkomsten mogelijk te maken op het vijf indicatoren uit de landelijke benchmark ketenzorg.
- Op het vlak van E-health zal de NZa een open prestatie vaststellen, waarin zelfmanagement en digitale behandelvormen als domeinen worden benoemd.
- Verder zal de NZa de prestatie «meekijkconsult» vaststellen. Dit betreft een ruim geformuleerde prestatie die de mogelijkheid biedt aan groepen huisartsen die aan de slag willen om een meekijkconsult in de eerste lijn op te zetten onder regie van de huisarts.
- De variabiliseringsgelden zullen deel gaan uitmaken voor segment 3 voor het belonen van uitkomsten.

De uitkomsten van dit traject leiden er toe dat de omvang van de segmenten per 2015 enigszins afwijkt van de indicaties zoals opgenomen in het advies van de NZa. De onderlinge verhouding tussen de segmenten is mijns inziens geen doel op zich en kan door de jaren heen wijzigen. De omvang van, en de onderlinge verhouding tussen de segmenten is dynamisch. Door scherper in te kopen in de tweede lijn ontstaat er ruimte voor groei van alle segmenten. Bij groei van multidisciplinaire zorg kunnen middelen schuiven tussen segmenten 1, 2 en 3. Uit de praktijk zal moeten blijken hoe dit zich zal gaan ontwikkelen. Mijn verwachting is dat segment 2 en segment 3 de komende jaren zullen gaan groeien door een toename van het aantal patiënten met één of meer chronische ziekten en de integrale aanpak van zorg voor deze patiënten en door substitutie van zorg. Dat betekent niet dat daarmee de basis huisartsenzorg niet langer toegankelijk blijft, ik ben er juist voorstander van om deze te behouden zoals ik in mijn eerdere beantwoording op vragen van de PvdA-fractie heb toegelicht. Ik heb er geen zicht op of er regio's zijn waar de multidiscipli-

naire zorg meer dan 15% van het totale budget verbruikt, dit is wel te verwachten gezien de 15% een gemiddelde indicatie betreft. Het is aan zorgverzekeraars en aanbieders hierover afspraken te maken.

Tot slot merken de leden van de PvdA-fractie op dat het zeer prettig is dat het bekostigingsmodel voor huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg in samenhang is ontworpen met de bekostigingssystematiek voor wijkverpleging. Dit bevordert immers samenwerking en stelt zorgverzekeraars en aanbieders in staat om tot een samenhangend, integraal pakket aan zorg te komen. Dit komt de patiënt ten goede en dat moet altijd het uitgangspunt zijn, vinden deze leden. De leden van de PvdA-fractie vragen in hoeverre de Minister voornemens is om beide bekostigingsmodellen parallel te laten optrekken bij de doorontwikkeling en fine-tuning? In hoeverre is de Minister voornemens om ook de bekostigingssystematiek van andere eerstelijnsaanbieders, waaronder wijkteams, in samenhang te ontwerpen met de bekostiging van huisartsenzorg en wijkverpleging?

In het regeerakkoord is afgesproken dat er een nieuwe bekostiging zal komen voor huisartsenzorg en integrale zorg, voor acute zorg en voor wijkverpleging. Daar wordt momenteel aan gewerkt en per 2015 worden de eerste stappen gezet. Onderdeel van het nieuwe bekostigingsmodel voor de huisartsenzorg is al de inzet op multidisciplinaire samenwerking (in segment 2). 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.

Ik heb er bewust voor gekozen om het bekostigingsmodel voor de huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg in samenhang te bezien met het bekostigingsmodel voor de wijkverpleegkundige zorg. Ik acht het van belang, om daar waar mogelijk, ook de doorontwikkeling van de modellen gezamenlijk op te pakken. Zodat de zorg voor patiënten die zowel gebruiken maken van huisartsenzorg als wijkverpleegkundige zorg integraal en in samenhang kan worden geleverd. Indien een wijziging van de bekostigingssystematiek van andere eerstelijnsaanbieders aan de orde is zal ik in overweging nemen of aansluiting op dit model mogelijk en wenselijk is. Ik hecht er echter waarde aan om eerst het model verder door te ontwikkelen alvorens dit in overweging te nemen.

De financiering van de maatschappelijke ondersteuning, al dan niet georganiseerd in de vorm van wijkteams, valt onder de beleidsruimte van gemeenten. In het kader van de uitvoering van de aangenomen motie Van der Staaij en Van Dijk³ wordt in overleg met gemeenten en zorgverzekeraars bezien op welke wijze meer ervaring kan worden opgedaan met het inzichtelijk maken van zowel het maatschappelijk als het financieel rendement van de gewenste substitutie-effecten op het gebied van zorg en maatschappelijke ondersteuning en de wijze waarop een bekostigingssystematiek deze substitutie kan bevorderen.

Vragen en opmerkingen van de SP-fractie

De leden van de SP-fractie vragen of het niet goed is om de huisartsenpraktijknorm te verkleinen gezien het extra werk dat de huisarts krijgt door de decentralisaties. Huisartsen hebben meer tijd nodig voor patiënten, die naar verwachting «zwaarder» zullen worden door chronische ziekten en/of ouderdom en het feit dat ze langer thuis blijven wonen. De leden van de SP-fractie vragen of de Minister bereid is om te onderzoeken of een praktijknorm van 1.800 ingeschrevenen niet meer zoden aan de dijk zet dan een financieringsvorm waarin 25% onzekere inkomsten zijn. Hoeveel huisartsen zouden extra moeten worden opgeleid wanneer de

³ Kamerstuk 33 841, nr. 138.

praktijknorm verlaagd wordt naar 1.800? Welke stappen onderneemt de Minister om dit ook daadwerkelijk te realiseren?

De gemiddelde praktijknorm wordt door de NZa alleen gebruikt voor de vaststelling van de gereguleerde tarieven. Op basis van een kostenonderzoek, dat de NZa regelmatig uitvoert, kan het zijn dat deze gemiddelde praktijknorm wordt bijgesteld. Zo is de praktijknorm recentelijk verlaagd van 2.350 ingeschrevenen per fte huisarts naar 2.168 ingeschrevenen. Deze praktijknorm zal ook in de toekomst worden bijgesteld aan de hand van uitkomsten van een kostenonderzoek zodat deze goed blijft aansluiten bij de actualiteit. Nader onderzoek acht ik daarvoor niet opportuun.

De leden van de SP-fractie hebben grote twijfels bij de lofzang over uitkomstbekostiging. Genoemde leden vinden dat er grote risico's zijn op het uitsluiten van «te goedkope» patiënten en concurrentie om de «rendabele» patiënt. De leden van de SP-fractie vragen hoe de Minister hier tegenaan kijkt? Bestaat er niet het risico om bij mensen niet het medisch noodzakelijke aan te bieden, maar omdat dit inkomen vermeerderd te veel te gaan doen? De leden van de SP-fractie zijn niet overtuigd van de beloning op gezondheidswinst, ofwel uitkomstfinanciering. Deze leden zien dit als een nieuwe vorm van beloning per verrichting, iets wat zij afwijzen in de gezondheidszorg. Artsen en zorgverleners moeten handelen vanuit het oogpunt wat medisch noodzakelijk is voor de patiënt, niet vanuit financieel belang. Het vooropstellen van de uitkomst in de financiering van medisch handelen kan leiden tot calculerend gedrag. De leden van de SP-fractie vragen de Minister om een reactie op deze zorgen.

Ik ben een andere mening toegedaan dan de leden van de SP-fractie als het gaat om het belonen van uitkomsten. Met het nieuwe bekostigingsmodel beoog ik een omslag te maken van een model dat voornamelijk gericht is op verrichtingen naar een model dat meer dan nu gericht is op het stimuleren van gezondheid door bijvoorbeeld in te zetten op preventie en zelfmanagement. Door te belonen op uitkomsten kan de zorgverlener de zorg aan laten sluiten op de zorgbehoeften van de patiënt. Zoals ik ook in mijn reactie op de vragen van de PvdA-fractie heb aangegeven kan dit de ene keer inhouden dat de patiënt voor een consult naar de praktijk komt, maar dat de andere keer overleg met maatschappelijk werk of het investeren in zelfmanagement beter aansluit op de zorgbehoefte van de betreffende patiënt. Ik zie niet het risico, zoals de leden van de SP-fractie aangeven, dat met uitkomstbeloning meer zorg wordt geleverd dan nodig wordt geacht. Integendeel, ik denk juist dat daarmee eventuele prikkels kunnen worden weggehaald om vanwege financiële redenen teveel te gaan doen. Bovendien worden prestatiebeschrijvingen en indicatoren in overleg met partijen, waaronder de LHV, NHG⁴, InEen en ZN opgesteld.

In de bekostiging wordt uitgegaan van het advies van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) om te komen tot uitkomstbekostiging. Omdat er twijfels zijn in het veld, wordt gekozen voor een behoedzaam groeiproces richting deze uitkomstfinanciering. Dat vinden de leden van de SP-fractie een wijs besluit; de leden van de SP-fractie willen wel weten welke noodremmen er zijn ingebouwd om het groeiproces te stoppen dan wel te keren wanneer blijkt dat de gewenste uitkomstfinanciering geen goed model blijkt te zijn. Welke garanties kan de Minister deze leden geven dat de NZa geen «oogkleppen» op zal hebben om alternatieven objectief te beoordelen? Kan de Minister tevens garanties geven dat de NZa zich niet doof zal houden voor kritiek op de financieringsvorm die zij wenst in te voeren in de eerstelijnsbekostiging?

⁴ Nederlands Huisartsen Genootschap

Ik ben niet voornemens het bekostigingsmodel plotsklaps radicaal te wijzigen, maar zoek juist een stapsgewijze vorming van een nieuw bekostigingsmodel. De richting van het nieuwe model steunt op een breed draakvlak. Partijen hebben oog voor elkaars ambities en hebben het vertrouwen uitgesproken om een gezamenlijk doorontwikkelagenda op te stellen, zich daaraan te committeren en daaraan voortvarend uitvoering te geven. Partijen hebben besloten om een signaleringsplatform in te richten, zodat eventuele knelpunten snel aan de orde worden gesteld en van een oplossingsrichting kunnen worden voorzien. Ook ik hecht er waarde aan de verdere doorontwikkeling in goed overleg met partijen te blijven doen en gezamenlijk stappen te zetten. Ditzelfde geldt voor de NZa, zij hebben zich de afgelopen maanden proactief opgesteld om gezamenlijk met het veld te komen tot de invoering van het nieuwe model. Ik zie geen reden om aan te nemen dat de NZa niet open staat voor kritiek. Uiteindelijk bepaalt overigens de regering het beleid en voert de NZa dat uit. Het parlement controleert de regering.

De leden van de SP-fractie willen graag van de Minister weten welke bezwaren er in het veld leven rond de uitkomstfinanciering. Genoemde leden stellen vast dat deze bezwaren relevant genoeg zijn om in het financieringsvoorstel voorwaarden in te bouwen dat resultaatbeloning de continuïteit en stabiliteit van de huisartsenpraktijk niet mag doorkruisen en geen grote schokeffecten te weeg mogen brengen. Wil de Minister de argumentatie die leidde tot «het zoeken naar een balans» met de Kamer delen?

Met invoering van een nieuw bekostigingsmodel is het altijd onzeker hoe dit precies in de praktijk zal uitwerken. Daarom is met partijen afgesproken dat de invoering van het bekostigingsmodel op zichzelf niet tot grote herverdelingseffecten mag leiden per 2015. Het belonen van uitkomsten staat, ook met invoering van het nieuwe bekostigingsmodel per 2015, nog in de kinderschoenen. Partijen zijn een aantal prestaties en indicatoren overeen gekomen waarmee een start kan worden gemaakt om afspraken te maken over het belonen van uitkomsten. Tegelijkertijd realiseren partijen zich ook dat doorontwikkeling van de prestaties en indicatoren nodig is en bestaat er de behoefte bij partijen om te bezien of naast procesindicatoren ook echte gezondheidsuitkomsten tot de mogelijkheden behoren.

Met het zoeken naar een juiste balans doel ik op enerzijds het behoud van de stevige basisvoorziening van de huisartsenzorg waarvoor huisartsen een substantieel deel van hun inkomsten ontvangen via bijvoorbeeld het inschrijftarief. Anderzijds doel ik er op dat aanbieders ook gestimuleerd moeten worden om samen te werken met anderen om een zo'n integraal mogelijke behandeling te bieden aan de patiënt, gericht op zijn of haar behoeften door de ruimte die hiervoor gecreëerd is in segment 2 en 3 van het nieuwe bekostigingsmodel te gebruiken.

Over de financiering in drie verschillende segmenten hebben de leden van de SP-fractie de volgende vragen. Waarom kan er in segment 2 alleen financiering plaatsvinden als er een contract is tussen de verzekeraar en de huisarts? Wil de Minister toe naar praktijken die géén programma's voor Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) en astma, voor diabetes mellitus type 2 (dm²) en vasculair risicomangement (VRM), of voor overige patiënten aanbieden? Vindt de Minister het passend dat de ene huisartsenpraktijk wel een Geïntegreerde eerstelijnszorg module (GEZ) hanteert en de andere niet? Is het wenselijk dat inwoners jaarlijks moeten gaan overstappen van huisartsenpraktijk of gezondheidscentrum omdat zijn of haar zorgverzekeraar elders een contract voor het tweede segment heeft afgesloten? De leden van de SP-fractie vinden deze constructie onverstandig. Deze leden stellen voor dat iedere huisartsen-

praktijk of gezondheidscentrum programma's en modules van segment 2 kan declareren. Genoemde leden willen een reactie van de Minister op dit voorstel.

Bij het nieuwe bekostigingsmodel kies ik voor continuering van een stevige basisvoorziening huisartsenzorg, zodat iedere burger met zijn vragen over zorg en gezondheid gemakkelijk terecht kan bij de huisarts en diens ondersteuners. Daarnaast zet ik 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. Voor het tweede segment dat zich richt op deze multidisciplinaire samenwerking bij chronische zorg, gelden vrije tarieven. In het huidige model is een overeenkomst tussen aanbieder en verzekeraar ook al een vereiste, dit is niet nieuw. Dit past ook bij een systeem met vrije tarieven.

Het is niet mijn bedoeling om toe te werken naar praktijken die géén chronische zorg leveren. Anderszijds beoog ik wel dat de zorg meer in samenhang en afgestemd met andere aanbieders wordt geleverd, het nieuwe bekostigingsmodel stimuleert aanbieders en verzekeraars hiertoe specifieke afspraken te maken.

Patiënten die chronische zorg nodig hebben, waarvan de aanbieder deze nog niet via een apart zorgprogramma in segment 2 aanbiedt, kunnen hiervoor altijd terecht bij de eigen huisarts welke via de reguliere prestaties in segment 1 hier alsnog een vergoeding voor ontvangt. Wel hebben partijen nadrukkelijk de intentie uitgesproken om de chronische zorg via de multidisciplinaire zorgprogramma's in segment 2 te contracteren.

Ik laat het graag aan het overleg tussen aanbieders en verzekeraars over welke organisatieverbanden behoeften hebben om afspraken te maken over de GEZ-module. Ook hiervoor geldt, dat in afwachting van het onderzoek naar welke organisatiegraad en organisatievormen op verschillende niveaus (landelijk, regionaal, lokaal) nodig zijn om de toekomstige zorgvraag in de eerste lijn op te kunnen vangen, de huidige wijze van bekostigen in stand wordt gehouden. Zowel voor de ketens als de GEZ-module geldt overigens een vrij overeen te komen tarief omdat er veel variatie zit in de wijze waarop hier afspraken over worden gemaakt. Ik vind het niet wenselijk om dit te gaan reguleren zodat alle huisartsen hier standaard op dezelfde wijze gebruik van moeten maken. Dit zou er namelijk toe leiden dat de ene huisarts extra middelen ontvangt terwijl deze ze niet nodig heeft en anderszijds dat diegene die wel de organisatiekracht verder aan het ontwikkelen is onvoldoende budget hiervoor heeft.

De leden van de SP-fractie maken zich zorgen over de toenemende macht van zorgverzekeraars omdat een contract voor segment 2 vereist is. Deze leden vrezen dat veel tijd van de huisarts opgaat aan onderhandelingen en verantwoording. De leden van de SP-fractie vragen of de Minister bereid is de zorgverzekeraar deze macht niet te geven? Zo nee, waarom verdient de zorgverzekeraar deze macht wél? Wat heeft de Minister geleerd van klachten van fysiotherapeuten, diëtisten, ergotherapeuten, psychologen en vele andere eerste- en tweedelijnszorgverleners die zich in de afgelopen jaren hebben beklaagd over de wurgcontracten van zorgverzekeraars? Genoemde leden vragen hierop een reactie. De leden van de SP-fractie vragen waarom het samenwerken ten behoeve van een chronische patiënt onderdeel wordt gemaakt van de contractonderhandelingen tussen de zorgverzekeraar en de huisarts? Behoort dit niet tot het standaard werk van de huisarts? De leden van de SP-fractie menen van wel, en vragen de Minister om een uitgebreide reactie.

Zoals ik de beantwoording van de voorgaande vraag van de SP-fractie heb aangegeven gelden voor het tweede segment, dat zich richt op

multidisciplinaire samenwerking bij chronische zorg, vrije tarieven. In het huidige model is een overeenkomst tussen aanbieder en verzekeraar ook al een vereiste, dit is niet nieuw. Er is voor vrije tarieven gekozen om lokaal maatwerk mogelijk te maken.

Zorgverzekeraars maken afspraken met zorgverleners over de zorg in segment 2, en kunnen ook afspraken maken over het belonen van uitkomsten. Het is de rol van zorgverzekeraars om daarbij te letten op de kwaliteit, de prijs en de doelmatigheid van de aangeboden zorg, in het belang van hun verzekerden. Het contracteerproces is een privaatrechtelijke aangelegenheid tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Daarbij hebben de NZa en de ACM aangegeven dat «inkoopmacht bij de zorgverzekeraar niet bezwaarlijk is zolang het voordeel wat hier door de zorgverzekeraar wordt bereikt naar de consument wordt doorgeleid bijvoorbeeld door lagere premies».⁵ De NZa laat in de Marktscan Zorgverzekeringmarkt 2013 zien dat de voordelen die zorgverzekeraars door een scherpe zorginkoop behalen daadwerkelijk voor lagere (of minder fors stijgende) premies hebben gezorgd.

De verwachting is dat de samenwerkingsverbanden van huisartsen een belangrijke rol blijven spelen bij het maken van afspraken met en de verantwoording hierover richting verzekeraars. Partijen zien het als noodzakelijke randvoorwaarde voor het verder ontwikkelen van kwalitatief hoogstaande eerstelijnszorg dat de organisatiegraad van de eerste lijn verder wordt versterkt, gefaciliteerd door regionale ondersteuningsorganisaties. Dit om de benodigde afstemming met andere vormen van zorg en ondersteuning goed vorm te kunnen geven. Deze regionale ondersteuningsorganisaties (zoals zorggroepen, gezondheidscentra of andere samenwerkingsverbanden) kunnen werk uit handen nemen voor de huisarts en een faciliterende rol spelen, zodat de huisartsen zich kunnen richten op het leveren van zorg voor patiënten. Hierdoor hoeft de individuele huisarts de onderhandelingen met de verzekeraar niet zelf te doen.

Verder is het niet zo dat een individuele huisarts in segment 1 niet mag samenwerken met andere zorgaanbieders, waar die dat nu al doet verwacht ik dat hij dat vooral blijft doen. Om programmatische ketenzorg goed vorm te geven is een versterking van de organisatiegraad nodig en dat wordt beoogd in segment 2. Met het versterken van de organisatiegraad in de eerste lijn wordt het makkelijker om afspraken te maken over onder andere de samenwerking met ziekenhuizen, gemeenten etc. dan wanneer alle individuele huisartsen dit zelf zouden moeten doen.

De leden van de SP-fractie vragen of het niet beter en efficiënter is om waar de ketenbehandeling wetenschappelijk zich heeft uitgekristalliseerd, zoals bij diabetes mellitus 2, dit onder te brengen in het vaste eerste segment?

Partijen hebben afgesproken dat waar het gaat om multidisciplinaire zorgverlening, waarbij naast de huisarts ook andere disciplines betrokken zijn om een integrale behandeling te leveren, deze zorg programmatisch vorm te geven en deze zorg te vergoeden in segment 2. Deze zorg wordt gecontracteerd via regionale ondersteuningsorganisaties zoals zorggroepen, gezondheidscentra of andere samenwerkingsverbanden omdat deze ondersteuning kunnen bieden bij het opzetten van de zorgprogramma's, het vastleggen van de benodigde samenwerkingsafspraken en het meten en verzamelen van indicatoren. Daarom zie ik vooralsnog geen reden om deze multidisciplinaire zorgverlening in de toekomst onder te brengen in segment 1.

⁵ Monitor Zorginkoop 2014

De leden van de SP-fractie vragen of het niet wenselijk is dat bij de financiering van de multidisciplinaire (keten)zorg niet een hulpverlener, bijvoorbeeld de huisarts, als hoofdaannemer fungeert maar dat de zorgverzekeraar gewoon de hulpverleners betaalt voor geleverde dienst aan de hand van het ketenprotocol?

Ik acht het wenselijk dat voor de integrale ketenzorg één prestatie geldt die de verzekeraar en de aanbieder onderling overeen kunnen komen, zodat de bekostiging zelf niet aanleiding is om de zorg gefragmenteerd te leveren. Wie vervolgens de individuele zorgverleners betaalt die zorg leveren binnen de keten laat ik aan partijen.

De leden van de SP-fractie vinden dat het derde segment onderdelen van de huisartsenpraktijk beloont die standaard behoren te zijn. Een meekijkconsult moet bijvoorbeeld geen prestatie zijn in het derde segment maar hiervoor moet voldoende ruimte zijn via de basisbekostiging. Deze leden zijn van mening dat dit ook geldt voor adequaat verwijzen, doelmatig voorschrijven, service en bereikbaarheid. De leden van de SP-fractie vragen waarom de Minister dit zorgvernieuwing vindt? Welke overwegingen liggen ten grondslag om dit onder te brengen in segment 3? Heeft de Minister programma's of organisaties voor ogen die zij op deze wijze graag aan financiering wil helpen? De leden van de SP-fractie vragen om een uitgebreide reactie.

Laat ik voorop stellen dat de huidige mogelijkheden voor de individuele huisarts om de medisch specialist te raadplegen (via een collegiaal telefonisch contact of het eenmalig insturen) via segment 1 dan wel de medisch specialist te raadplegen binnen de integrale bekostiging van de ketenzorg via segment 2, behouden blijven. Naast de huidige mogelijkheden is er ook behoefte om een meekijkconsult als prestatie in segment 3 in te voeren. Met deze prestatie krijgen (groepen) huisartsen de mogelijkheid om onder regie van de huisarts een medisch specialist te consulteren of mee te laten kijken, zonder dat sprake is van een doorverwijzing. Er zijn diverse manieren waarop invulling gegeven kan worden aan het meekijkconsult, de vorm hoe dit georganiseerd staat partijen vrij. Een voorbeeld hiervan is een groep van huisartsen die periodiek samen met een medisch specialist in de eerste lijn een spreekuur verzorgt specifiek gericht op een bepaalde doelgroep van patiënten (bijvoorbeeld een internist voor kwetsbare ouderen). Door samen spreekuren te doen kan de huisarts leren van de medisch specialist. Door het leereffect is de verwachting dat een huisarts gericht gaat verwijzen waardoor patiënten minder vaak doorverwezen hoeven te worden naar het ziekenhuis. Dergelijke initiatieven vinden nu plaats via de beleidsregel innovatie van de NZa. Dit kan vanaf 2015 geleverd worden binnen de reguliere bekostiging.

Wat betreft de prestaties adequaat verwijzen, doelmatig voorschrijven, service en bereikbaarheid, deze worden geïntroduceerd om het belonen van uitkomsten mogelijk te maken. De prestaties in segment 3 voor het belonen van uitkomsten zijn altijd gekoppeld aan de prestaties in segment 1 of segment 2. Indien een huisarts bijvoorbeeld goede resultaten behaalt op het doelmatig voorschrijven van geneesmiddelen, dan kan hij hiervoor een extra beloning ontvangen in segment 3. Ik zie deze prestaties dus ook niet als zorgvernieuwing, maar als mogelijkheid om te differentiëren op het belonen van uitkomsten.

De leden van de SP-fractie vragen of het uitgesloten is dat wanneer kosten van de huisartsenzorg in segment 2 en 3 hoger uitvallen dan geraamd, dat dan een korting plaatsvindt op segment 1? De leden van de SP-fractie achten dit logisch gezien het feit dat de middelen gemoeid met segment 1 nodig zijn om een huisartsenpraktijk draaiende te houden.

Zoals ik in mijn beantwoording van de leden van de PvdA-fractie heb aangegeven is met partijen afgesproken dat mocht een overschrijding zich voordoen op het kader huisartsenzorg door een toename van het belonen van uitkomsten of zorgvernieuwing in segment 3 én het inzetten van een beheersinstrument in de rede ligt, voor het terughalen van deze overschrijding een generiek mbi wordt ingezet en er geen korting volgt op de tarieven van de basis huisartsenzorg in segment 1.

De leden van de SP-fractie vragen of de Minister bereid is de financiering van de huisartsenzorg af te stemmen op de daadwerkelijke behoefte aan huisartsenzorg, temeer daar de huisartsenzorg naar verhouding veel zorg biedt tegen relatief lagere kosten in vergelijking met de tweede lijn? De leden van de SP-fractie vragen of de Minister deze leden een dergelijke raming kan doen toekomen?

Om de toenemende zorgvraag op te kunnen vangen is voor de huisartsen in het akkoord eerste lijn een hoger groepercentage afgesproken dan in de andere sectoren. Tevens is afgesproken dat verzekeraars en aanbieders bovenop het kader aanvullende afspraken kunnen maken over gewenste substitutie mits dit leidt tot aantoonbaar minder uitgaven elders aan zorg. Hierbij wordt het principe gehanteerd dat budget de zorg moet volgen, het geld kan immers maar één keer worden uitgegeven. Het is aan verzekeraars om substitutie daadwerkelijk verder vorm te gaan geven door meer zorg in de eerste lijn te organiseren en minder zorg in te kopen in de tweede lijn.

Vragen en opmerkingen van de CDA-fractie

De leden van de CDA-fractie willen opmerken dat er per 1 januari 2015 veel overhevelingen in de langdurige zorg en de Zorgverzekeringswet op stapel staan.

Genoemde leden vragen of dit allemaal praktisch uitvoerbaar is en of de veelheid aan veranderingen er niet voor zorgt dat de patiënt tussen wal en schip gaat vallen. De leden van de CDA-fractie vragen of de Minister deze leden op dit punt gerust kunnen stellen en of zij het standpunt van genoemde leden deelt dat de patiënt door de verandering van dit bekostigingsmodel niet de dupe mag worden? De leden van de CDA-fractie vragen of de achterliggende ICT-registratie- en betalingssystemen ook op tijd op orde (dus op 1 januari 2015) zijn?

Ik realiseer mij dat er veel overhevelingen op stapel staan en dat aanbieders van huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg hier ook mee te maken krijgen. Juist om in te kunnen spelen op deze overhevelingen acht ik het wenselijk om gelijktijdig het nieuwe bekostigingsmodel in te voeren. Daarbij is afgesproken om behoedzame en zorgvuldige stappen te zetten en niet het kind met het badwater weg te gooien. Niet voor niets blijven bepaalde huidige prestaties in het nieuwe model nog bestaan en zal bezien worden bij de doorontwikkeling wat een gewenste richting voor de toekomst is. Ik verwacht daarom niet dat patiënten, door invoering van dit nieuwe bekostigingsmodel, tussen wal en schip zouden gaan raken. Bij de nadere uitwerking van het bekostigingsmodel is afgesproken dat rekening gehouden wordt met de achterliggende ICT-registratie- en declaratiesystemen. Ik heb geen signalen van partijen ontvangen dat het nieuwe model tot problemen leidt per 2015 en ga er vanuit dat de systemen op tijd op orde zijn.

Het onderzoek van de NZa schetst een lange termijn model. Het wordt de leden van de CDA-fractie niet helemaal duidelijk wanneer het eindplaatje van het bekostigingsmodel klaar zal zijn? De leden van de CDA-fractie

vragen of de Minister hierover meer duidelijkheid kan geven? En ook kan aangeven welke doelstelling zij reëel acht voor de komende drie jaar?

Zoals ik in mijn eerdere beantwoording op vragen van de PvdA-fractie heb aangegeven, is het eindmodel nog niet uitgekristalliseerd. Met invoering van het nieuwe bekostigingsmodel per 2015 wordt het fundament gelegd waarop in de komende jaren kan worden voortgebouwd. Daarbij zullen de uitkomsten van diverse lopende of nog te starten onderzoeken, zoals de doorontwikkeling van de multidisciplinaire zorg, het onderzoek naar welke (populatie)kenmerken bepalend zouden moeten zijn voor de zorgvraagzwaarte van de populatie, en het experimenteren met een bekostigingsstelsel zonder consulten, als input dienen.

De Minister staat een persoonsgerichte bekostiging voor waarbij verschillende zorgverleners die een patiënt behandelen in samenwerking de zorg aanbieden. Dit lijkt de leden van de CDA-fractie een goede stap, zeker vanuit het oogpunt van de patiënt, maar deze leden willen graag wat meer toelichting op dit specifieke punt. Betekent dit alleen zorgverleners in de eerste lijn of zowel uit de tweede als de eerste lijn? En wat betekent dit vervolgens voor de bekostiging van de huisarts? En hoe verhoudt dit zich tot huisartsen die wel samenwerken maar alleen een praktijk hebben, denk aan huisartsen in kleine plattelandsgemeenten?

Ik acht het wenselijk dat als patiënten te maken krijgen met verschillende zorgverleners, de zorg optimaal aansluit op de zorgbehoefte van de patiënt en in samenhang wordt geleverd. Mijns inziens kan deze samenwerking in de breedste zin van het woord worden vormgegeven en kan dit dus ook gaan om samenwerking tussen de tweede en eerste lijn en tussen zorg en welzijn. Het is aan verzekeraars en aanbieders om afspraken te maken over waar de behoefte ligt om samen te werken en welke middelen zij daarvoor beschikbaar stellen. Ik realiseer mij dat deze samenwerking wellicht anders wordt vormgegeven bij huisartsen die werkzaam zijn in plattelandsgemeenten, maar het bekostigingsmodel biedt ook daarvoor ruimte.

De Minister stelt in haar brief dat de diverse partijen zich gecommitted hebben aan een omslag die «meer dan nu» gericht is op het belonen van gezondheidsuitkomsten. En dat partijen belang hechten «aan het zetten van behoedzame stappen». Vervolgens staat er aangegeven dat er nog «een aantal cruciale onderdelen» onzeker is. Graag krijgen de leden van de CDA-fractie een opsomming van de cruciale onderdelen die nog onzeker zijn. Hoe verhoudt zich dit tot de opvatting van de Minister dat per 2015 verantwoord met de uitvoering van de nieuwe huisartsenbekostiging gestart kan worden?

De passage in de brief die ingaat op het standpunt van sommige partijen dat een aantal cruciale onderdelen nog ontbreken, heeft betrekking op het eindmodel zoals de NZa deze in haar advies schetst. Het gaat hier bijvoorbeeld om het afschaffen van consulten en het corrigeren op zorgzwaarte in een stelsel dat gericht is op bekostiging van de patiëntenpopulatie. Het corrigeren op zorgzwaarte vergt nog nader onderzoek, dus vandaar dat partijen daar enig voorbehoud bij maken. Voor de stappen die per 2015 worden gezet is breed draagvlak bij partijen. Partijen hebben besloten om een signaleringsplatform in te richten, zodat de gewenste ontwikkelingen goed geïmplementeerd worden. Eventuele knelpunten kunnen in dit platform snel aan de orde worden gesteld en van een oplossingsrichting worden voorzien.

De invoering van het nieuwe model dient budgetneutraal plaats te vinden, zo lezen deze leden. De leden van de CDA-fractie vragen of dit op macroniveau of ook op aanbiedersniveau is? Zou dit in een gemiddelde stad al in 2015 tot verschillen tussen huisartsen qua bekostiging kunnen leiden? Kan de Minister duidelijkheid verschaffen of er verschillen gaan ontstaan tussen de stad en de plattelandsgemeente waar soms maar één huisarts zit voor een veel groter gebied?

De NZa zal een financiële effectanalyse op praktijkniveau uitvoeren. Wanneer is die gereed en kan de Kamer hierover worden geïnformeerd? Waarom is er niet van te voren een effectanalyse gemaakt om uit te werken of dit model zal gaan werken? Wat gebeurt er als uit de financiële effectanalyse negatieve effecten komen?

De invoering van het nieuwe bekostigingsmodel dient budgetneutraal plaats te vinden op macroniveau, gegeven de afgesproken groeipercentages in het bestuurlijk akkoord eerste lijn van 2,5%. Tegelijkertijd is er met de inrichting van het nieuwe bekostigingsmodel rekening gehouden dat er per 2015 geen grote herverdelingseffecten op praktijkniveau ontstaan. Er heeft een effectanalyse plaatsgevonden na afloop van het traject om de huidige M&I-verrichtingen te positioneren in het nieuw bekostigingsmodel. Uit deze effectanalyse van de NZa blijkt dat er per 2015 geen grote herverdelingseffecten ontstaan op praktijkniveau. De effectanalyse laat zien dat voor het overgrote deel van de praktijken de effecten (zeer) beperkt zijn: normaal verdeeld tussen - 2% en + 2% voor de M&I-verrichtingen. Er zijn uitzonderingen, maar dat zijn gespecialiseerde praktijken, bijvoorbeeld die zich toeleggen op intensieve zorg (verpleeghuisindicatie, palliatief). Dergelijke praktijken zijn bekend bij verzekeraars; hiervoor zullen partijen samen tot maatwerkoplossingen moeten komen. Voor de effectanalyse op praktijkniveau is het niet mogelijk om de gedragseffecten van aanbieders op praktijkniveau mee te nemen. Ik heb verder geen aanleiding om te denken dat er verschillen gaan ontstaan tussen huisartsen die hun praktijk in de stad hebben en huisartsen die een praktijk hebben op het platteland.

De praktijkondersteuners worden uit verschillende segmenten gefinancierd. De leden van de CDA-fractie vragen of de Minister van mening is dat het logischer zou zijn om zowel de praktijkondersteuner somatiek (POH-S) als de praktijkondersteuner geestelijke gezondheidszorg (POH-GGZ) vanuit segment 1 te financieren? Hierdoor wordt het systeem van bekostigen eenduidiger.

Het is bekend dat de praktijkondersteuner somatiek (POH-S) veel werkzaamheden verricht in het kader van de multidisciplinaire zorg in de ketens. Dit is de reden dat de POH-S voorlopig in dit segment gepositioneerd is. De NZa zal komend jaar bezien of het wenselijk is om de POH-GGZ en de POH-S op een meer eenduidige wijze onder te brengen in het nieuwe bekostigingsmodel. De uitkomsten hiervan worden gebruikt bij de doorontwikkeling van het nieuwe model.

Voor zowel S2A als S2B gelden vrije tarieven en kunnen kosten alleen worden gedeclareerd wanneer er een overeenkomst is tussen zorgverzekeraar en aanbieder. De leden van de CDA-fractie vinden het belangrijk dat zorgverzekeraars inkopen op kwaliteit. Dat geldt ook voor segment 2 (S2), de zogenaamde multidisciplinaire zorg. Kwaliteit kost tijd! Maar genoemde leden vragen hoe in het kader van dit nieuwe huisartsenbekostigingsmodel kwaliteit gemeten gaat worden. Is de Minister van plan dit te monitoren?

De leden van de CDA-fractie vragen of, in 2017 tijdens de evaluatie anders goed kan worden vastgesteld of er voldoende op kwaliteit en resultaat is ingekocht.

Zowel voor verzekeraar als patiënt is inzicht met betrekking tot de geleverde ketenzorg van groot belang. Voor de drie ketenzorg trajecten zijn kwaliteitsindicatoren ontwikkeld door het Nederlands Huisartsen Genootschap en de verschillende platforms voor de ontwikkeling van zorgstandaarden. De Landelijke Organisatie voor Keten zorg, inmiddels opgegaan in InEen, rapporteert sinds 2010 jaarlijks over de kwaliteit van de ketenzorg op basis van een landelijke benchmark gebaseerd op deze indicatoren. Om een systematisch kwaliteitsbeleid voor ketenzorg van chronische aandoeningen verder vorm te geven werkt de sector aan het implementeren van zogenaamde kritieke voorwaarden binnen zorggroepen voor het leveren van ketenzorg. InEen heeft in 2012 de eerste set van 16 «kritische kwaliteitskenmerken» (KKK's) opgesteld. Deze set is dynamisch en wordt periodiek bijgesteld. Naast de genoemde inspanningen vanuit het veld verlaat ik mij ook op informatie van de inspectie.

Segment 3 (S3) bestaat in eerste instantie uit 10% van de macrokosten en hierin zitten elementen van zorgvernieuwing en resultaatbeloning. De leden van de CDA-fractie begrijpen dat dit nog in de kinderschoenen staat. Er staat ook in de brief dat resultaatbeloning zich nog verder moet ontwikkelen. De leden van de CDA-fractie vragen of de Minister kan aangeven hoe zij dit wil bevorderen? Want dit is toch het uiteindelijke (hogere) doel van de gehele nieuwe methodiek om huisartsen te bekostigen?

Ik zie het als taak om de randvoorwaarden te scheppen om het belonen van uitkomsten mogelijk te maken. Met invoering van het nieuwe model per 2015 wordt een eerste stap hiertoe gezet. Vervolgens is het aan verzekeraars en aanbieders om invulling te geven aan het belonen van uitkomsten en hier daadwerkelijk afspraken over te maken. Er is geen sprake van een absolute afbakening van de segmenten, het betreft juist een dynamisch model waardoor de onderlinge verhouding tussen de segmenten in de komende tijd kan gaan veranderen. De percentages genoemd in het NZa-advies zijn indicatief. Door scherper in te kopen in de tweede lijn ontstaat er ruimte voor groei in segment 3. Partijen hebben met mij de ambitie om dit verder vorm te geven door naast procesuitkomsten ook de mogelijkheden van gezondheidsuitkomsten te onderzoeken. De kennis hierover moet toch vooral uit het veld komen. Afsproken is dit najaar de doorontwikkeling van het model verder vorm te geven, zodat jaarlijks stappen gezet kunnen worden richting het eindmodel.

Ook gaat de NZa nog een onderzoek uitvoeren naar S3. Voornamelijk naar indicatoren voor de drie domeinen zodat deze per 1 januari 2015 onderdeel kunnen uitmaken van de bekostiging. De leden van de CDA vragen wanneer dat onderzoek klaar is? Is dat op tijd voor 1 januari 2015? En betekent dit dat de Minister nog de inrichting van S3 naar aanleiding van de resultaten van het onderzoek van de Nederlandse Zorgautoriteit gaat veranderen?

De leden van de CDA-fractie hebben de indruk dat de financiering van S3 per 1 januari 2015 niet gaat lukken. Wat betekent dit voor de besteding van het budget dat in 2015 voor S3 beschikbaar is? Genoemde leden lezen ook niet in de bekostiging terug wat er gebeurt als de uitgaven van S3 overschreden worden. Wat is hierover afgesproken, zo vragen deze leden.

Afgelopen maanden is, onder leiding van een externe facilitator, een traject gestart om enerzijds het belonen van uitkomsten in segment 3

nader vorm te geven en anderzijds de huidige M&I-verrichtingen te positioneren in het nieuwe bekostigingsmodel. Dit betreft geen NZa onderzoek, de NZa is wel als één van de partijen betrokken geweest bij dit traject. Dit traject is inmiddels afgerond en de uitkomsten zijn vastgesteld in het bestuurlijk overleg met partijen.

Wat betreft het belonen van uitkomsten in segment 3 zijn op de thema's adequaat verwijzen en aanvraag diagnostiek, doelmatig voorschrijven van geneesmiddelen en service en bereikbaarheid uniforme prestaties en indicatoren overeengekomen. Daarnaast is in het kader van zorgvernieuwing een prestatie ehealth en meekijkconsult overeengekomen. Daarmee is de inrichting per 2015 gereed, zodat de NZa dit ook tijdig in haar regelgeving kan opnemen.

De prestaties in segment 3 komen deels ten laste van het kader huisartsenzorg en deels ten laste van het kader multidisciplinaire zorg. Indien een overschrijding plaatsvindt op het kader huisartsenzorg en het terughalen van deze overschrijding in de rede ligt, is afgesproken dat als deze veroorzaakt wordt door een toename in S3 prestaties, er een generiek mbi wordt ingezet. Indien een overschrijding zich voordoet op het kader multidisciplinaire zorg en het terughalen van de overschrijding in de rede ligt, zal altijd sprake zijn van het inzetten van een generiek mbi aangezien de prestaties in dit kader (zowel segment 2 als segment 3) een vrij tarief kennen.

De leden van de CDA-fractie lezen dat in het regeerakkoord is afgesproken dat er een nieuw bekostigingsmodel komt. Eén van de doelstellingen was het bevorderen van substitutie. Deze leden lezen in de voorhang niet duidelijk terug welke plek de substitutie van zorg in het nieuwe bekostigingsmodel inneemt, terwijl hierover ook afspraken zijn gemaakt in het bestuurlijk akkoord met de huisartsen. Een meekijkconsult is toch net even wat anders volgens deze leden. Genoemde leden zijn een sterke voorstander van substitutie, omdat het ervoor zorgt dat de kosten van de zorg echt kunnen dalen. De leden van de CDA-fractie ontvangen graag meer uitleg van de Minister hoe substitutie in het bekostigingsmodel is verwerkt. Verder vragen de leden van de CDA-fractie of er al bekend is hoeveel financiële middelen voor de zorg hiermee bespaard kunnen worden.

Eén van de uitgangspunten van het nieuwe bekostigingsmodel is dat het substitutie van zorg stimuleert. Mijns inziens biedt het nieuwe model hier voldoende ruimte voor. In segment 2 van het nieuwe model is het mogelijk om nieuwe vormen van programmatische zorg te introduceren. Partijen streven ernaar om per 2016 een programma kwetsbare ouderen gereed te hebben, waardoor deze kwetsbare ouderen beter en langer dan nu het geval is in de eerste lijn kunnen worden geholpen of sneller kunnen worden terugverwezen naar de eerste lijn. Daarnaast wordt in segment 3 ruimte geboden om afspraken te maken over substitutie van zorg. Ik zie de invoering van het meekijkconsult als middel om deze afspraken verder vorm te geven. Door de consultatie van een medisch specialist, onder regie van de eerste lijn, goed te regelen kan mijns inziens een behoorlijk aantal verwijzingen naar de tweede lijn worden voorkomen. Dit draagt niet alleen bij aan de kostenbeheersing van zorg maar ook voor de patiënt is het prettiger als de zorg dichterbij huis georganiseerd kan worden. Het is niet bekend hoeveel financiële middelen bespaard kunnen worden door substitutie. Uit de substitutiemonitor zal moeten blijken welke zorg er verschoven wordt en welke financiële middelen hiermee gepaard gaan.

Daarnaast lezen de leden van de CDA-fractie in de huisartsenbekostiging ook niet terug hoe de Minister de substitutiemonitor gaat invullen die in het bestuurlijk akkoord met huisartsen is afgesproken. De leden van de

CDA-fractie vragen hoe die monitor er nu uit ziet en wanneer kan de Kamer de eerste resultaten hiervan verwachten? Kan de Minister toezeggen dat de substitutiemonitor tijdig beschikbaar komt, zodat die gebruikt kan worden voor het maken van de aanvullende substitutieafspraken per 2015?

Zoals ik in mijn beantwoording van de leden van de PvdA-fractie heb aangegeven heeft ZN het voortouw om samen met partijen de substitutiemonitor op te zetten. Het voorstel van ZN is om de gecontracteerde substitutieafspraken op regionaal niveau, voorafgaand aan een jaar, inzichtelijk te maken en deze van alle verzekeraars bij elkaar op te tellen om te komen tot inzicht in substitutie op macroniveau. U kunt zich voorstellen dat het ontwikkelen van de substitutiemonitor een ingewikkelde materie is. Helemaal omdat in iedere regio andere afspraken worden gemaakt in relatie tot substitutie. Dit moeten we ook willen. Partijen delen dat het substitutiepotentieel afhangt van lokale en/of regionale factoren en dat het daarom onwenselijk is om een landelijke blauwdruk op te leggen. Het streven is per 2015 een eerste analyse te kunnen maken van de gemaakt substitutieafspraken en de financiële middelen die daarmee gepaard gaan. De substitutiemonitor wordt niet gebruikt voor het maken van aanvullende substitutieafspraken per 2015, hier dienen partijen regionaal invulling aan te geven.

In het Zorgakkoord staat ook dat de Minister zal onderzoeken of er een gedifferentieerd macrobeheersinstrument (mbi) kan worden ontwikkeld voor de eerste lijn. In de voorhangbrief is te lezen dat het gedifferentieerd mbi niet haalbaar blijkt, en dat de Minister de mogelijkheid openhoudt voor het nemen van een algemene tariefmaatregel. De leden van de CDA-fractie vragen of dit betekent dat zorgaanbieders alsnog gekort kunnen worden, zelfs als zij afspraken hebben gemaakt met zorgverzekeraars over gewenste substitutie?

Het vraagstuk over de inzet van een gedifferentieerd mbi speelt breder in de zorg dan alleen in de sector huisartsen- en multidisciplinaire zorg. In mijn brief heb ik aangegeven dat partijen, mede op basis van het onderzoek van Triple A, het niet haalbaar achten om per 2015 een gedifferentieerd mbi in te voeren. De commissie Baarsma heeft in 2012 de vormgeving van een gedifferentieerde variant van het mbi al «uiterst complex» genoemd. Het onderzoek van Triple A heeft dat bevestigd. Momenteel bekijk ik met veldpartijen wat dit alles betekent voor het vervolgtraject. In het algemeen overleg «Invoering integrale bekostiging medisch-specialistische zorg» van 24 april 2014 heb ik toegezegd dat ik de Tweede Kamer hierover na de zomer nader zal informeren. Ik hecht veel waarde aan het principe dat het budget de zorg moet volgen. Indien er daadwerkelijk zorg verschuift van de tweede naar de eerste lijn en dit leidt tot aantoonbaar minder uitgaven in de tweede lijn dan zie ik geen reden om zorgaanbieders uit de eerste lijn te korten indien er sprake is van een overschrijding in de eerste lijn. Dit betekent wel dat verzekeraars werk moeten gaan maken van substitutie en daadwerkelijk ook minder zorg moeten inkopen in de tweede lijn.

De leden van de CDA-fractie lezen in de voorhangbrief (pagina 9) dat het advies van de NZa betekent dat de maximumtarieven van inschrijvingen en consulten zo worden vastgesteld onder aannahme van gelijkblijvende zorgvolumes en gelijkblijvende tarieven dat er geen effect op de macrokosten van het gehele model zou zijn. De leden van de CDA-fractie vragen hoe reëel dit beeld is dat de Minister hier schetst. Door de overhevelingen van zorg naar het gemeentelijke en het zorgverzekeringsterrein zal er meer dan nu het geval is een beroep op de huisarts worden gedaan al dan niet in overleg met de wijkverpleegkundige. De vraag om meer huisart-

senzorg zal naargelang de overhevelingen zijn ingedaald meer worden. De Minister wil immers dat mensen langer thuis wonen en de huisarts zal hierin een grote rol krijgen. De leden van de CDA-fractie vragen in hoeverre hiermee rekening wordt gehouden voor de jaren 2015 en 2016 in het nieuwe bekostigingsmodel?

In het akkoord met de eerste lijn is een groeipercentage afgesproken van in totaal 2,5% per jaar om de toenemende zorgvraag bij de huisartsenzorg op te kunnen vangen. Als patiënten vaker een beroep doen op de huisarts door de overhevelingen, kunnen de betreffende huisartsen meer consulten in rekening brengen. Daarnaast geldt dat de NZa met enige regelmaat een kostenonderzoek uitvoert in de sector om de gereguleerde tarieven te herijken zodat deze blijven aansluiten bij de actualiteit. Voor wat betreft de differentiatie op het inschrijftarief geldt dat de NZa dit jaar nog zal starten met een onderzoek om na te gaan of de kenmerken (leeftijd en postcode) waarop de differentiatie gebaseerd is nog actueel zijn en of er andere relevante kenmerken zouden moeten worden toegevoegd. De toenemende zorgvraag op de eerste lijn hoeft de huisartsenzorg niet alleen op te vangen, ook de wijkverpleegkundigen hebben hier een belangrijke rol in. Ik acht het van belang dat huisartsen en wijkverpleegkundigen goed samenwerken en de zorg op elkaar afstemmen.

Ook stelt de Minister dat de omvang van S2 en S3 op den duur gaat toenemen. De leden van de CDA-fractie vragen wanneer de Minister hierop resultaat wilt gaan boeken? Kan de Minister schetsen wat de verwachting is over hoeveel de omvang van zorg uit S2 en S3 gaat toenemen? Kan de Minister een perspectief op de lange termijn laten zien, zo vragen de leden van de CDA-fractie.

Mijn verwachting is inderdaad dat de omvang van segment 2 en segment 3 in de tijd gaan groeien met een toename van programmatische multidisciplinaire zorg en een doorontwikkeling van het model op het belonen van uitkomsten. De omvang van, en de onderlinge verhouding tussen de segmenten is dynamisch. Door scherper in te kopen in de tweede lijn ontstaat er ruimte voor groei van alle segmenten. Bij groei van multidisciplinaire zorg kunnen middelen schuiven tussen de segmenten 1, 2 en 3. De toename in de omvang van segment 2 en segment 3 en het tijdspad zal uit de praktijk moeten blijken.

De leden van de CDA-fractie hebben begrepen dat in het bestuurlijk overleg eerste lijn van 28 mei door VWS de garantie is gegeven dat ontwikkelingen/overschrijdingen van segment 2 en segment 3 nooit kunnen leiden tot een korting op segment 1. De leden van de CDA-fractie vragen of dit klopt en hoe dit wordt uitgewerkt?

Zoals ik in mijn beantwoording van de leden van de PvdA-fractie en SP-fractie heb aangegeven is met partijen overeengekomen dat, mocht een overschrijding zich voordoen op het kader huisartsenzorg door een toename van het belonen van uitkomsten of zorgvernieuwing in segment 3 én het inzetten van een beheersinstrument in de rede ligt, dat voor het terughalen van deze overschrijding een generiek mbi wordt ingezet en er geen korting volgt op de tarieven van de basis huisartsenzorg in segment 1. Daarnaast geldt dat er twee aparte kaders zijn: één kader huisartsenzorg en één kader multidisciplinaire zorg. Deze kaders worden apart bezien bij het bepalen of er sprake is van een overschrijding. Segment 2 valt onder het kader multidisciplinaire zorg, daarmee zullen ontwikkelingen in segment 2 niet kunnen leiden tot een maatregel in segment 1.

Tevens vragen de leden van de CDA-fractie of en in hoeverre het Ministerie onderzoek heeft gedaan naar de administratieve lasten voor huisartsen en hoe fraudegevoelig dit nieuwe systeem is. In welke mate draagt deze nieuwe bekostiging bij aan de vermindering van de administratieve lasten in de huisartsenzorg? Graag ontvangen zij een reactie van de Minister.

De NZa heeft in haar advies een hoofdstuk gewijd aan de fraudegevoeligheid van het nieuwe bekostigingsmodel. In dit advies geeft de NZa aan dat met invoering van het nieuwe bekostigingsmodel een deel van de huidige systeemrisico's wordt verlaagd. Ik heb het advies van de NZa grotendeels overgenomen. Mijns inziens wordt het nieuwe model minder fraudegevoelig doordat: 1) met de introductie van het belonen van uitkomsten goed gedrag gestimuleerd wordt, 2) het samenvoegen van de ketens Astma en COPD tot één prestatie en de ketens dm² en VRM tot één prestatie ervoor zorgt dat de overlap in de bekostiging wordt weggenomen en 3) met het gedeeltelijk afschaffen van de M&I-verrichtingen productieprikkels worden weggenomen. Daarnaast zal met het afschaffen van een aantal M&I-verrichtingen en het introduceren van uniforme prestaties en indicatoren in segment 3 het model ook eenvoudiger worden en leiden tot minder administratieve lasten. Ook bij de verdere doorontwikkeling zal dit een punt van aandacht blijven. Tot slot voert de NZa ook een maatregel door om het risico op dubbele bekostiging rond de ketenzorg te verkleinen, door aanbieders van deze zorg te verplichten om te registreren op welke momenten patiëntencontact heeft plaatsgevonden.

De leden van het CDA-fractie missen ook nog in het nieuwe bekostigingsmodel de financiering voor het overleg van de huisartsen met andere actoren zoals de gemeenten, de wijkverpleegkundige en dergelijke. Dit overleg zal door de veranderingen in de langdurige zorg en de Wet maatschappelijke ondersteuning toenemen. Dit zal de nodige tijd kosten. De leden van de CDA-fractie vragen hoe deze overlegtijd in het model gefinancierd wordt?

Ik wil afstappen van een systeem waarin voor alles wat de huisarts doet een aparte prestatie of betaaltitel moet komen. Dat maakt het systeem onnodig complex en daarmee administratief belastend en fraude gevoeliger.

De huisartsen krijgen een tarief per ingeschreven patiënt. Kenmerkend voor dit inschrijftarief is dat de huisarts, onafhankelijk van zijn al dan niet 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. Daarnaast wordt in segment 2 ruimte gecreëerd om de organisatiegraad van de eerste lijn verder te versterken, waarmee de eerste lijn haar krachten kan bundelen om afspraken te maken met de tweede lijn of bijvoorbeeld gemeenten. Ook geldt dat binnen de integrale zorgprestaties in segment 2 ruimte bestaat om overleg te voeren met partijen.

Vragen en opmerkingen van de PVV-fractie

De leden van de PVV-fractie vragen hoe absoluut de verdeling van de drie segmenten is afgebakend en of deze afbakening alleen geldt voor 2015 of ook voor de jaren daarna? Genoemde leden kunnen zich voorstellen dat er momenteel in een regio al meer dan 15% besteed wordt aan disciplinaire zorg (segment 2); moet dan het volume worden teruggebracht of moet het gewoon goedkoper? Is dit wel wenselijk? Worden de effecten hiervan op patiënten gemonitord?

Er is geen sprake van een absolute afbakening van de segmenten, het betreft juist een dynamisch model waardoor de onderlinge verhouding tussen de segmenten in de komende tijd kan gaan veranderen. De percentages genoemd in de brief zijn indicaties. Als er meer ruimte nodig is om de multidisciplinaire zorg te leveren via segment 2 en de groei die overeengekomen is in de akkoorden hiervoor niet voldoende is, dan hebben verzekeraars de mogelijkheid om deze ruimte op andere wijze te creëren door minder zorg in te kopen in bijvoorbeeld de tweede lijn. Daarmee is de ruimte voor segment 2 en segment 3 niet begrensd.

De leden van de PVV-fractie begrijpen niet waarom het meekijkconsult vanuit segment 3 betaald moet worden. Hiermee wordt immers de gang naar de duurdere tweede lijn voorkomen, dus waarom betaalt de tweede lijn hieraan niet mee? De leden van de PVV-fractie vragen daarnaast hoe het staat met de monitoring van de substitutie van de tweede naar de eerste lijn? En of de 10% voor segment 3 voldoende prikkel biedt voor zorgvernieuwing?

In het akkoord met de eerste lijn is een extra groeipercentage overeengekomen, onder andere om substitutie van zorg mogelijk te maken. Bovenop dit extra groeipercentage kunnen verzekeraars en aanbieders aanvullende afspraken maken over substitutie van zorg mits dit aantoonbaar leidt tot minder uitgaven elders aan zorg zoals in de tweede lijn. Ik zie het meekijkconsult als een middel om invulling te geven aan deze substitutie van zorg.

In de beantwoording van de vragen van de leden van de PvdA-fractie en de CDA-fractie ben ik ingegaan op vragen hoe het staat met de substitutiemonitor. ZN heeft het voortouw om samen met partijen deze monitor op te zetten en is daarmee aan de slag. Het voorstel van ZN is om de gecontracteerde substitutieafspraken op regionaal niveau, voorafgaand aan een jaar, inzichtelijk te maken en deze van alle verzekeraars bij elkaar op te tellen om te komen tot inzicht in substitutie op macroniveau. Het streven is per 2015 een eerste analyse te kunnen maken. Zoals ik in mijn voorgaande vraag heb aangegeven staat de omvang van de segmenten niet vast en kunnen zorgverzekeraars meer ruimte creëren voor zorgvernieuwing mochten zij dit nodig achten.

De leden van de PVV-fractie constateren dat het mbi in werking treedt bij overschrijdingen of er volgt een tariefaanpassing. Wat gebeurt er bij besparingen? Worden die afgestaan aan de zorgverzekeraars of verdeeld onder de aanbieders en welke gevolgen hebben besparingen voor de tarieven of het budget? Hoe wordt voorkomen dat wordt ingezet op besparingen waar de patiënt voor moet opdraaien?

In het bestuurlijk akkoord met de eerste lijn is een groeipercentage overeengekomen van 2,5% per jaar voor de periode 2014 tot en met 2017. Indien er sprake is van een onderuitputting van het beschikbare kader valt deze ruimte ten goede aan het algemene (BKZ)-beeld en kan het dienen ter compensatie van mogelijke budgettaire tegenvallers in andere sectoren. Een eventuele onderuitputting leidt gedurende de looptijd van

het akkoord niet tot bijstellingen van het beschikbare kader. Met het oog op de beleidsmatige wens om de zorgvraag zoveel mogelijk in de eerste lijn op te vangen verwacht ik overigens niet dat de kans op een onderuitputting van het kader huisartsenzorg en/of multidisciplinaire zorg groot zal zijn. Ik ga er van uit dat partijen de ruimte die zij krijgen om de zorgvraag in de eerste lijn goed te organiseren ook volop zullen gebruiken.

Hoewel het populatiemodel op zich de leden van de PVV-fractie aanspreekt, spreekt terugkeer naar een vorm van budgetstelsel deze leden niet aan. Net als de Minister zien zij dat nieuwe toetreders daardoor worden beperkt en de prikkel tot kwaliteitsverbetering zal afnemen. Ontschotting en substitutie tussen eerste en tweede lijn vinden genoemde leden prima, maar niet via populatiebesteding. Dit is een vorm van regionale budgettering. Nationale budgettering werkte niet, dat zag men aan het oude ziekenfonds, dus waarom zou regionale budgettering wel slagen? Het beperkt de keuzevrijheid van de patiënt; wat als je buiten je regio wilt bevallen of revalideren? Het beperkt innovatie en nieuwe toetreders. De leden van de PVV-fractie vragen hoe populatiekenmerken in kaart worden gebracht? Hoe wordt omgegaan met mensen die niet aan de kenmerken voldoen maar wel tot de populatie behoren? Welke omvang gaat een populatie krijgen? Staat populatiebesteding nieuwe toetreders niet in de weg? Hoe wordt met innovatie omgegaan binnen populatiebesteding?

Het is niet mijn intentie terug te keren naar een budgetstelsel. Met het nieuwe model beoog ik juist een model dat meer gericht is op het belonen van uitkomsten, wat mijns inziens tot kwaliteitsverbetering prikkelt. Daarbij is het de bedoeling dat de inrichting van de zorg rekening houdt met de kenmerken van de populatie.

Uit de eerste verkenning van de Universiteit van Maastricht in samenwerking met het RIVM naar potentieel relevante en haalbare populatiekenmerken voor het voorspellen van zorgvraagzwaarte voor huisartsenzorg, multidisciplinaire (keten)zorg en wijkverpleegkundige zorg komt een aantal gezondheidskenmerken, persoonskenmerken en omgevingskenmerken naar voren die niet alleen relevant, maar ook praktisch haalbaar lijken 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 besteding. Ik wil met partijen bezien wat een logische invulling van het vervolgtraject is en hoe dat gebruikt kan worden in de doorontwikkeling van zowel de besteding van de huisartsenzorg en de multidisciplinaire zorg als de besteding van de wijkverpleging, waarin populatiekenmerken eveneens een plek krijgen.

Vragen en opmerkingen van de D66-fractie

De leden van de D66-fractie constateren dat het eerste segment de basisvoorziening huisartsenzorg omvat, bestaande uit de huidige combinatie van een gedifferentieerd inschrijftarief en consulten. Deze leden constateren dat de POH-S niet in dit segment valt, terwijl dit wel geldt voor de POH-GGZ. De leden van de D66-fractie vragen de Minister deze keuze nader toe te lichten.

De praktijkondersteuner somatiek (POH-S) verricht veel werkzaamheden in het kader van multidisciplinaire zorg in de ketens. Dit is de reden dat de POH-S voorlopig in dit segment geïncorporeerd is. De NZa zal komend jaar bezien of het wenselijk is om de POH-GGZ en de POH-S op een meer eenduidige wijze onder te brengen in het nieuwe bestedingsmodel. De uitkomsten hiervan worden gebruikt bij de doorontwikkeling van het nieuwe model.

De NZa zal bij de invoering van het nieuwe model de mogelijkheid van het experimenteren met een bekostigingssysteem zonder consulten onder de aandacht brengen bij het veld. De leden van de D66-fractie vernemen graag hoeveel regio's hiermee naar verwachting in 2015 aan de slag gaan. Op welke wijze gaat de Minister dit stimuleren? En welke schaal zullen deze experimenten omvatten?

Ik weet dat de eerste aanbieders en verzekeraars die van deze mogelijkheid gebruik willen maken zich hebben gemeld bij de NZa. Hoeveel regio's dit willen is mij echter niet bekend. De NZa zal bij publicatie van de regelgeving voor 2015, naar verwachting in de maand juli, ook de mogelijkheid van het experimenteren met een bekostigingssysteem zonder consulten actief onder de aandacht brengen van partijen.

De leden van de D66-fractie vernemen ook graag van de Minister hoe en in welk segment de vergoeding van preventieconsulten een plaats zal krijgen.

Zorggerelateerde preventie valt onder het verzekerde pakket van de zorgverzekeringswet. Preventie zit integraal in segment 1. De huisarts kan een consult in rekening brengen, conform de reguliere bekostiging, als een patiënt de huisarts bezoekt met een zorgvraag op het vlak van de zorggerelateerde preventie. Bij multidisciplinaire zorg maakt zorggerelateerde preventie onderdeel uit van de integrale prestaties. Indien naast bovenstaande mogelijkheden de verzekeraar nog steviger wil inzetten op preventie dan kan hij hierover met de aanbieder afspraken maken via segment 3.

De leden van de D66-fractie stellen vast dat in het tweede segment het volgens de Minister niet haalbaar zal zijn om het aantal ketens in S2A te blijven uitbreiden. Hoeveel aparte ketens voorziet de Minister op termijn? Ten aanzien van S2B is vastgesteld dat het nog te vroeg is om programmatische zorg voor kwetsbare ouderen, ggz en integratie van farmaceutische zorg in de ketens op te nemen. Deze leden vragen welke problemen zich hier dan voordoen en welke inzet wordt gepleegd om dit in 2016 wel te realiseren?

Ik acht het inderdaad niet wenselijk om het aantal ketens en programma's onbepaald uit te breiden in segment 2. Ik zie samenvoeging van de ketens als mogelijkheid om de zorg meer integraal te gaan leveren. Daarom worden per 2015 de prestaties voor de ketens Astma en COPD en de ketens VRM en dm² samengevoegd. Via de beleidsregel innovatie lopen nu enkele initiatieven om de zorg voor kwetsbare ouderen en GGZ patiënten op een programmatische wijze vorm te geven. Partijen streven ernaar om hiervoor komend jaar uniforme prestaties in segment 2 op te stellen. Daarbij zullen de huidige initiatieven als input worden gebruikt. Eenzelfde tijdspad is voorzien voor farmaceutische zorg in de keten. Partijen hebben 2014 en 2015 nog nodig om goede prestatiebeschrijvingen op te stellen en de juiste te indicatoren formuleren.

De leden van de D66-fractie stellen vast dat het derde segment zich richt op het belonen van uitkomsten en het stimuleren van vernieuwing. Deze leden constateren dat om richting te geven aan de invulling van dit segment partijen hebben afgesproken om separate prestaties en indicatoren te ontwikkelen voor een aantal specifieke domeinen, waaronder service en bereikbaarheid. Deze leden vragen de Minister of daarbij wordt voorzien in een specifieke prestatie voor flexibele openingstijden. Indien dit niet het geval is, vragen genoemde leden de Minister hierbij het veld op aan te dringen.

Om het belonen van uitkomsten mogelijk te maken is een separate prestatie ontwikkeld op het thema service en bereikbaarheid. Partijen zijn overeengekomen dat resultaatafspraken gemaakt kunnen worden in relatie tot het maken van digitale afspraken, het aanvragen van herhaalrecepten via mail of website, het inrichten van een ochtend, avond of weekend spreekuur buiten de reguliere openingstijden, deelname aan een klanttevredenheidsonderzoek en het realiseren van volledige telefonische bereikbaarheid⁶. Daarmee wordt mijns inziens voorzien in de wens van de leden van de D66-fractie.

De leden van de D66-fractie verwachten dat op den duur de onderlinge verhoudingen in relatieve omvang tussen de segmenten zullen gaan veranderen. Deze leden vragen de Minister welke verhouding zij voor de toekomst grofweg voor ogen heeft. Welke richting vindt zij in dit geval wenselijk?

Ik heb geen specifieke verhouding voor ogen, zoals ik in mijn eerdere beantwoording heb aangegeven, zijn de percentages genoemd in het NZa advies indicatief. De omvang van, en de onderlinge verhouding tussen de segmenten is dynamisch. Door scherper in te kopen in de tweede lijn ontstaat er ruimte voor groei van alle segmenten. Bij groei van multidisciplinaire zorg kunnen middelen schuiven tussen de segmenten 1, 2 en 3. De verhouding in de toekomst zal uit de praktijk moeten blijken.

De leden van de D66-fractie constateren dat bovenop het overeengekomen jaarlijkse groeipercentage van maximaal 2,5% aan verzekeraars en aanbieders ruimte wordt geboden om aanvullende afspraken te maken over substitutie van de tweede- naar de eerstelijnszorg, waarbij de financiële middelen de verschuiving van de zorg moeten volgen. De leden van de D66-fractie vragen of er al aanvullende afspraken zijn en of de voorziene substitutiemonitor al ontwikkeld is. Zo ja, hoe worden de uitkomsten van deze monitor verwerkt in de macrobudgettaire beheersing? Deelt de Minister de mening van deze leden dat zonder een adequate substitutiemonitor de inzet van een macrobeheersinstrument niet mogelijk is?

Ik heb er geen zicht op of er al aanvullende afspraken zijn gemaakt over substitutie van zorg van de tweede lijn naar de eerste lijn. Het inkoopproces tussen verzekeraars en aanbieders voor de inkoop van 2015 is nog in volle gang. Daarbij speelt mee dat substitutie afgestemd moet worden op de lokale situatie, substitutie kan niet geïmplementeerd worden volgens een landelijke blauwdruk. Uit de substitutiemonitor zal moeten blijken welke afspraken over substitutie partijen hebben gemaakt. Zoals ik in mijn eerdere beantwoording heb aangegeven is het voorstel om de gecontracteerde substitutieafspraken op regionaal niveau, voorafgaand aan een jaar, inzichtelijk te maken en deze van alle verzekeraars bij elkaar op te tellen om te komen tot inzicht in substitutie op macroniveau. Het streven is per 2015 een eerste analyse te kunnen maken. Deze analyse zal mee worden gewogen als blijkt dat zich een overschrijding op het budgettair kader voordoet, om een beeld te kunnen vormen wat een mogelijk oorzaak is van de overschrijding. Ik deel niet de mening van de leden van de D66-fractie dat zonder een adequate substitutiemonitor een macrobeheersinstrument niet kan worden ingezet. Ik zal altijd een beheersinstrument achter de hand moeten hebben mocht ik een overschrijding moeten redresseren. Niet voor niets is vastgelegd in de akkoorden dat alleen wanneer sprake is van gewenste substitutie die aantoonbaar leidt tot navenant minder uitgaven elders aan zorg, afspraken boven het deelkader mogelijk zijn.

⁶ Gedurende openingstijden altijd opname van telefoon (geen antwoordapparaat).

De Minister ziet zoals eerder gemeld af van een gedifferentieerd mbi voor 2015. De leden van de D66-fractie vragen welke inspanningen op het gebied van de huisartsen- en multidisciplinaire zorg zijn voorzien om voor 2016 wel tot een gedifferentieerd mbi te komen?

Het vraagstuk over de inzet van een gedifferentieerd mbi speelt breder in de zorg dan alleen in de sector huisartsen- en multidisciplinaire zorg. In mijn brief heb ik aangegeven dat partijen, mede op basis van het onderzoek van Triple A, het niet haalbaar achten om per 2015 een gedifferentieerd mbi in te voeren. De commissie Baarsma heeft in 2012 de vormgeving van een gedifferentieerde variant van het mbi al «uiterst complex» genoemd. Het onderzoek van Triple A heeft dat bevestigd. Momenteel bekijk ik met veldpartijen wat dit alles betekent voor het vervolgtraject. In het algemeen overleg «Invoering integrale bekostiging medisch-specialistische zorg» van 24 april 2014 heb ik toegezegd dat ik de Tweede Kamer hierover na de zomer nader zal informeren.

De Minister biedt de NZa de bevoegdheid om inning achterwege te laten bij aanbieders die een zeer klein marktaandeel hebben. De leden van de D66-fractie vragen welk percentage gaat de Minister de grens leggen?

De bevoegdheid om de inning achterwege te laten is niet gekoppeld aan een percentage. Om te voorkomen dat de NZa zeer lage mbi-kortingsbedragen zou moeten invorderen waarbij de kosten van incasso niet opwegen tegen de te vorderen bedragen, krijgt de NZa de bevoegdheid om de inning van dergelijke bedragen achterwege te laten. Innen van dergelijke bedragen zou immers geen doel dienen.

De leden van de D66-fractie constateren dat de Minister de mogelijkheid openhoudt om indien er sprake is van een overschrijding op het kader huisartsenzorg dit te redresseren via een tariefmaatregel in plaats van het mbi. Deze leden vragen de Minister op basis waarvan zij besluit welk instrument zal worden ingezet?

Indien er sprake is van een overschrijding op het kader huisartsenzorg en het terughalen van deze overschrijding in de rede ligt, dan heb ik de mogelijkheid om afhankelijk van waar de overschrijding zich voordoet een tariefmaatregel en/of een generiek mbi in te zetten. Partijen zijn overeengekomen dat mocht een overschrijding op het kader huisartsenzorg veroorzaakt worden door een toename van prestaties in S1, voor het terughalen van deze overschrijding een tariefmaatregel en/of een generiek mbi wordt ingezet. Bij mijn besluit welke beheersmaatregel ik in deze situatie inzet zal ik ook de uitvoeringskosten in overweging nemen. Partijen zijn overeen gekomen dat mocht een overschrijding op het kader huisartsenzorg veroorzaakt worden door een toename in het belonen van uitkomsten of zorgvernieuwing in segment 3, voor het terughalen van deze overschrijding een generiek mbi wordt ingezet en er geen korting volgt op de tarieven van de basis huisartsenzorg in segment 1.

De leden van de D66-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van het voorgenomen onderzoek naar de mogelijkheden tot het uitbreiden dan wel aanpassen van de kenmerken die op dit moment bepalend zijn voor een differentiatie in het inschrijftarief. Deze leden vragen of de Minister beloning op basis van deze nieuwe kenmerken al in 2015 wil gaan inzetten.

Zoals ik in mijn beantwoording van de vragen van andere fracties heb aangegeven zal de NZa dit jaar met het onderzoek gaan starten naar of de huidige kenmerken waarop de differentiatie van het inschrijftarief is gebaseerd nog steeds actueel zijn en of er andere relevante kenmerken

zouden moeten worden toegevoegd. De uitkomsten van dit onderzoek zullen gebruikt worden om in overleg met partijen te bepalen of en hoe het bekostigingsmodel hierop aangepast kan worden. Dit houdt in dat aanpassing op zijn vroegst per 2016 aan de orde zal zijn.

De leden van de D66-fractie stellen vast dat de Minister de ontwikkeling van het nieuwe bekostigingsmodel als een groeiproces ziet. Zij vragen of de Minister daarbij in een jaarlijkse evaluatie voorziet?

Ik voorzie een aantal manieren om de ontwikkelingen in relatie tot het nieuwe bekostigingsmodel te volgen. Met partijen is afgesproken dat de uitgaven aan huisartsen- en 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. De substitutiemonitor zal daarnaast zicht bieden op de verschuivingen van zorg tussen de tweede en eerste lijn. Daarnaast zal ook komend jaar vervolg gegeven worden aan de overlegcyclus met partijen over de uitwerking van het bestuurlijk akkoord. Verder ga ik in overleg met NIVEL om effecten zoals het aantal doorverwijzingen actief te gaan monitoren. Tot slot heeft de NZa ook haar reguliere cyclus om het nieuwe bekostigingsmodel te evalueren, onderhouden en bij te stellen. Ik zie geen reden om daar nog een aparte jaarlijkse evaluatie aan toe te voegen. Partijen hebben besloten om in aanvulling hierop een signaleringsplatform in te richten, zodat eventuele knelpunten snel aan de orde worden gesteld en van een oplossingsrichting kunnen worden voorzien.

De leden van de D66-fractie vragen of het nieuwe bekostigingsmodel minder administratieve lasten met zich mee zal meebrengen? Genoemde leden vragen de Minister de effecten op deze lasten te kwantificeren.

Zoals ik ook in mijn eerdere beantwoording op vragen van de CDA-fractie heb aangegeven zal met het afschaffen van een aantal M&I-verrichtingen en het introduceren van uniforme prestaties en indicatoren in S3 het model eenvoudiger worden en leiden tot minder administratieve lasten. Daarnaast hebben verzekeraars de intentie uitgesproken om volgeleid toe te passen.

Ook bij de verdere doorontwikkeling zullen de administratieve lasten een punt van aandacht blijven. Gezien de verwachting dat de administratieve lasten afnemen, zie ik geen noodzaak de effecten te kwantificeren.