

In de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport bestond er bij enkele fracties behoefte een aantal vragen en opmerkingen voor te leggen 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 voorzitter van de commissie,  
Neppéus

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, verzekeren, 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 tijdpad? 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 toeganke-

lijkheid. 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?

### *Relatieve omvang segmenten per 2015*

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.

#### *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 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. 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 eerstelijnsaanbieders, 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 huisartsenfinanciering. 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 productiedraaien. 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 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. Is de Minister bereid om te onderzoeken of een praktijknorm van 1800 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 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. 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 (dm<sup>2</sup>) 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 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 gecommitteerd 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.