

Vergaderjaar 2017–2018

33 578

Eerstelijnszorg

Nr. 55

BRIEF VAN DE MINISTER VOOR MEDISCHE ZORG

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 14 juni 2018

Op 15 juni 2017 heeft mijn ambtsvoorganger de werkingsduur van het beleidskader «Eerstelijnscentra in grootschalige nieuwbouwlocaties», voorheen Vinex-regeling, met een jaar verlengd. Gelijktijdig is een evaluatie aangekondigd om een compleet beeld te krijgen van de praktische uitwerking van de Vinex-regeling om te bezien of en zo ja, hoe de regeling het beste gecontinueerd kan worden. Met deze brief bied ik u het evaluatierapport² aan en informeer ik u over mijn besluit om de regeling niet opnieuw te verlengen.

Algemeen

Doel van de Vinex-regeling is geïntegreerde eerstelijnszorg mogelijk te maken vanaf het moment dat de eerste bewoners van een grootschalige nieuwbouwlocatie zich vestigen. De subsidie maakt het mogelijk dat een eerstelijnszorgcentrum zich eerder in een in aanbouw zijnde woonwijk vestigt, ondanks het geringe aantal bewoners in de wijk. Hierdoor wordt dit type zorg direct dichtbij beschikbaar voor de patiënt. De regeling vult kosten aan, waaronder praktijkkosten voor personeel, huisvesting en automatisering, die aanvaardbaar zijn in vergelijking met de kosten van soortgelijke gezondheidscentra. Hieronder geef ik een korte samenvatting van de evaluatie. Voor de volledige evaluatie verwijs ik u naar de bijlage.

Samenvatting evaluatie

Achtergrond Vinex-regeling & ontwikkelingen zorgmarkt

In 2008 heeft het Ministerie van VWS de Vinex-regeling overgenomen van het toenmalige College voor Zorgverzekeringen, nadat de Tweede Kamer een motie hierover had aangenomen. De werkingsduur van de regeling is daarna drie keer verlengd. De afgelopen jaren is het gebruik van de

Kamerstuk 33 578, nr. 46

² Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl

regeling teruggelopen. Op basis van gegevens van vijf centra is geconstateerd dat de regeling effectief is geweest, in die zin dat zij zonder de regeling niet van de grond waren gekomen.

De evaluatie geeft aan dat een viertal ontwikkelingen invloed heeft gehad op de context, de eerste lijn, waarin de regeling werkzaam is. Het gaat dan om:

- Gereguleerde marktwerking: met de inwerkingtreding van de Zorgverzekeringswet is gereguleerde marktwerking het uitgangspunt. Zorgverzekeraars moeten de zorginkoop zo inrichten zodat zij voldoen aan hun zorgplicht, zodoende kan de verzekerde aanspraak maken op zorg uit het basispakket. Deze aanspraak is in veel gevallen nog monodisciplinair, maar er is een meer multidisciplinaire ontwikkeling zichtbaar. Daarnaast is er met de ontwikkeling van het nieuwe bekostigingsmodel Organisatie en Infrastructuur (O&I) meer ruimte om afspraken te maken die samenwerkingsverbanden en netwerkstructuren van zorgaanbieders in de eerste lijn ondersteunen;
- Kostenbeheersing door sterke eerste lijn: de geïntegreerde eerstelijnszorg werd vanaf 2011 gezien als een middel om de stijging van de zorgkosten te beteugelen. Zo werden er afspraken gemaakt over substitutie van de tweede naar de eerste lijn. In latere akkoorden waren «multidisciplinaire zorg dicht bij huis» en «versterking van de eerste lijn» belangrijke thema's. Door versterking van de eerste lijn en overheveling van zorgtaken stijgen de uitgaven van de eerstelijnszorg, waardoor het belang van zorgverzekeraars ook toeneemt en een grotere rol aan hen kan worden toegedicht. Daarnaast is er voor de versterking van de eerste lijn ook geïnvesteerd in regionale ondersteuningsstructuren (ROS'sen). Zij ondersteunen de eerste lijn in de samenwerking en kennisontwikkeling;
- Nieuwe bekostiging huisartsenzorg: met ingang van 2015 geldt het segmentenmodel in de huisartsenzorg. Het eerste segment ziet toe op inschrijf- en consulttarieven, segment twee op tarieven voor ketenzorg en voor O&I en het derde segment biedt ruimte aan zorgaanbieders en zorgverzekeraars om afspraken te maken over het belonen van uitkomsten en het stimuleren van vernieuwing. De O&I-prestaties hebben tot doel (multidisciplinaire) samenwerking tussen zorgverleners te stimuleren;
- Integraal aanbod en vraag: aanbod en vraag bewegen zich steeds meer in de richting van multidisciplinair en integraal. Het aantal solopraktijken neemt af en er wordt steeds meer zorg geleverd in samenwerkingsverbanden. Mede door de afspraken in segment twee zijn er veel samenwerkingsverbanden ontstaan, bijna alle huisartsen zijn aangesloten bij zorggroepen en andere verbanden. Daarnaast is de behoefte aan een multidisciplinaire aanpak gestegen en de zorgconsument maakt door de toegang tot informatie bewustere keuzes. Ook door de invoering van de Wmo in 2015 lijkt de ontwikkeling van gezondheidscentra een impuls te hebben gekregen.

Analyse en advies

Volgens het evaluatierapport hebben bovengenoemde ontwikkelingen een grote bijdrage geleverd aan de eerste lijn en de mogelijkheden die verzekeraars en zorgaanbieders hebben om afspraken te maken ten aanzien van het realiseren van een gezondheidscentrum in een (nieuwe) wijk. Ook is de organisatiegraad toegenomen onder andere door de inzet van ROS-gelden, toename van ondersteuners en het aansluiten van professionals bij samenwerkingsverbanden en zorggroepen. Ontwikkelingen zoals vergrijzing en oplopende zorgkosten maken een sterke eerste lijn en een multidisciplinaire aanpak noodzakelijk. Die noodzaak kan, naar het oordeel van de opstellers, leiden tot betere marktkansen voor

multidisciplinaire zorg. Tot slot wordt ook aangegeven dat de komende jaren weinig tot geen grootschalige nieuwbouw zal plaatsvinden. Als er al sprake is van grootschalige nieuwbouw gaat het vooral om herontwikkeling van bestaande bouw en de bouw van wijken omsloten door stedelijke gebieden in de Randstad, waar voldoende zorgaanbod is. De evaluatie geeft aan dat hier in de regel geen sprake is van marktfalen. Daarnaast vragen de onderzoekers zich af of de oorzaken van marktfalen nog steeds aanwezig zijn in die wijken. Op basis van bovenstaande constatering komen de opstellers tot het advies dat de regeling naar de toekomst toe niet meer nodig is.

De huidige bekostiging biedt volgens het rapport voldoende ruimte om de opstartfase van een gezondheidscentrum te financieren. Hierbij spelen nog wel enkele praktische bezwaren maar deze zijn niet voldoende om een subsidieregeling te legitimeren. Daarnaast is van belang dat als er geen sprake is van aanloopproblemen, en aangenomen wordt dat (gesubsidieerde) gezondheidscentra ook monodisciplinaire zorg leveren, er een kans is dat zorgverleners in een gesubsidieerd centrum voordelen genieten ten opzichte van hun zelfstandig gevestigde collega's. Dit brengt een risico met zich op ongeoorloofde staatssteun. Het maken van passende tariefafspraken tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders wordt door de opstellers gezien als het belangrijkste alternatief voor de Vinex-regeling. Om dit te bevorderen wordt een drietal adviezen gegeven.

Inhoudelijke reactie

Uit de evaluatie komt naar voren dat de regeling in het verleden effectief en doelmatig is geweest en is ingezet waarvoor deze bedoeld is. Daarmee is de afgelopen jaren het multidisciplinaire zorgaanbod gestimuleerd in grootschalige nieuwbouwlocaties. De Vinex-regeling was daarbij een oplossing voor het falen van de markt in deze gebieden waar geen eerstelijnsvoorzieningen in de nabije omgeving beschikbaar waren. Zoals ook aangegeven in de evaluatie is er de afgelopen jaren veel veranderd in de eerste lijn, waardoor de eerste lijn is versterkt en de organisatiegraad is toegenomen. Daarnaast hebben diverse ontwikkelingen het belang en de vraag naar multidisciplinaire zorg in de eerste lijn doen toenemen.

Verder is er in de huidige bekostiging ruimte gecreëerd om afspraken te maken die het mogelijk maken multidisciplinaire samenwerking te versterken. Dat geldt ook voor de opstartfase van een gezondheidscentrum in een (nieuwe) wijk. Naast de uitkomsten van de evaluatie, speelt ook een rol dat veel van de huidige aanvragers niet aan de voorwaarden uit de Vinex-regeling voldoen. Daardoor zijn minder subsidies verstrekt. Daarnaast worden de komende jaren weinig tot geen grootschalige nieuwbouwlocaties verwacht waarvoor de regeling is bedoeld.

Ik vind het belangrijk dat patiënten multidisciplinaire zorg ontvangen. Het belang van goede samenwerking in de eerste lijn is groot en wordt alleen maar belangrijker. Zoals ook aangegeven in het rapport «De juiste zorg op de juiste plek»³ is het van belang dat professionals uit de eerste lijn elkaar weten te vinden in de wijk, ongeacht organisatievorm, om de patiënt de juiste zorg op de juiste plek te kunnen leveren. Daarnaast blijkt dat monodisciplinaire praktijken wel van de grond komen in deze nieuwbouwlocaties. Van monodisciplinaire praktijken wordt verwacht dat zij ook multidisciplinair werken en daarvoor de andere eerstelijnszorgprofessionals opzoeken. Het steunen van een multidisciplinair centrum zou vanuit

³ Kamerstuk 29 689, nr. 896

dat perspectief concurrentieverstorend zijn. Om bovengenoemde redenen heb ik besloten de Vinex-regeling niet voort te zetten.

De middelen die vrijvallen wil ik benutten om het aanbod van multidisciplinaire zorg in de eerste lijn te stimuleren. Centra die reeds subsidie hebben ontvangen kunnen subsidie blijven ontvangen voor maximaal vijf jaar, mits zij blijven voldoen aan de subsidiecriteria.

De Minister voor Medische Zorg,
B.J. Bruins