

Vergaderjaar 2016–2017

33 578

Eerstelijnszorg

Nr. 45

Ontvangen ter Griffie van de Tweede Kamer op 8 juni 2017.
Het besluit tot het doen van een aanwijzing kan niet eerder worden genomen dan op 8 juli 2017.

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 8 juni 2017

Deze brief bevat de zakelijk inhoud van de aanwijzing die ik van plan ben op grond van artikel 7 van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) aan de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) te geven voor de invoering van maximumtarieven voor de reguliere multidisciplinaire zorg in segment 2.

Op 3 november 2016 heeft het College van Beroep voor het bedrijfsleven (CBb) uitspraak gedaan in het beroep van de VPH en de LHV tegen de NZa inzake de tarieven voor huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2015 en 2016. In deze uitspraak heeft het CBb geoordeeld dat de NZa geen contractvereiste mag stellen voor multidisciplinaire zorg (segment 2), voor zover die zorg valt onder artikel 11 van de Zorgverzekeringswet. Naar aanleiding hiervan adviseert de NZa om, met het oog op de budgettaire beheersbaarheid, per 1 januari 2018 maximumtarieven in te voeren. Overeenkomstig artikel 8 van de Wmg ga ik tot het geven van de aanwijzing niet eerder over dan nadat dertig dagen zijn verstreken na verzending van deze brief.

De huidige bekostiging van multidisciplinaire zorg

De bekostigingssystematiek voor huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg bestaat uit drie segmenten, waarbij voor segment 1 maximumtarieven gelden en voor de segmenten 2 en 3 vrije tarieven. Met de huidige prestaties in segment 2 wordt de multidisciplinaire zorg bekostigd, waarbij naast de huisarts ook andere disciplines betrokken zijn om een integrale behandeling te leveren. Deze prestaties bieden relatief veel ruimte voor lokale invulling. Daarom gelden er vrije tarieven met een contractvereiste. De prestaties uit segment 2 kunnen alleen gedeclareerd worden als er een afspraak is tussen de zorgaanbieder en de zorgverzekeraar.

De CBb-uitspraak

Het CBb oordeelt in haar uitspraak van november 2016 dat zorgaanbieders van multidisciplinaire zorg, die vallen onder artikel 11 van de Zvw, ook zonder contract met een zorgverzekeraar in staat moeten zijn om voor deze integrale zorg een reëel tarief in rekening te kunnen brengen. Tegelijk bevestigt het CBb in deze uitspraak het standpunt van de NZa dat het enkel opheffen van het contractvereiste voor de bestaande prestaties in segment 2 niet het gewenste effect bereikt. Er bestaat dan onvoldoende duidelijkheid over de onderliggende kostenstructuur en de minimaal benodigde organisatie van multidisciplinaire zorg. Het CBb gaat ervan uit dat de NZa het onderzoek naar kosten en organisatie voortvarend ter hand neemt, zodat de resultaten daarvan betrokken kunnen worden bij de tarieven voor de komende jaren.

Het NZa advies

De NZa heeft onderzoek uitgevoerd onder aanbieders van multidisciplinaire zorg en zorgverzekeraars. Dit onderzoek biedt inzicht in:

- de huidige invulling van het zorgaanbod in segment 2, waarbij zowel gekeken is naar de organisatie van multidisciplinaire zorg als het zorgaanbod.
- de kosten die deze organisatie van multidisciplinaire zorg en bijbehorende zorg met zich meebrengt.

Uit de analyse van de NZa¹ blijkt welke componenten gebruikelijk onderdeel zijn van de integrale afspraken die nu tot stand komen. Het gaat daarbij om integrale multidisciplinaire zorgprestaties die aansluiten bij de huidige ketenzorgprestaties voor Diabetes Mellitus type 2, COPD en Vasculair Risicomanagement hart en vaatziekten (VRM-HVZ).

Uitgangspunt hierbij is dat de organisatie van de ketenzorg, de zorg door de huisarts en de zorg door de diëtist in één integraal tarief per keten worden weergegeven.

De NZa ziet een substantieel risico voor de beheersbaarheid van de kosten indien zorgaanbieders voor deze «reguliere» integrale multidisciplinaire zorgprestaties binnen segment 2 ook zonder contract hun eigen prijs kunnen vaststellen. Daarom adviseert de NZa voor deze zorg maximumtarieven in te voeren per 1 januari 2018.

Aanwijzing aan de NZa

Gelet op de uitspraak van het CBb en het advies van de NZa ben ik voornemens in mijn aanwijzing de NZa het volgende op te dragen:

- Voer voor de «reguliere» integrale multidisciplinaire zorgprestaties binnen segment 2 van de huisartsenbesteding per 1 januari 2018 maximumtarieven in.
- Voor nu gaat het om de integrale multidisciplinaire zorgprestaties die aansluiten bij de huidige ketenzorgprestaties voor Diabetes Mellitus type 2, COPD en Vasculair Risicomanagement hart en vaatziekten (VRM-HVZ). Als in de toekomst andere zorgcomponenten in segment 2 ook standaardonderdeel zijn geworden van de integrale afspraken tussen zorgaanbieders en verzekeraars en daarmee «reguliere » integrale multidisciplinaire zorgprestaties zijn, zal de NZa -gelet op de uitspraak van het CBb- het contractvereiste schrappen onder gelijktijdige invoering van maximumtarieven.

¹ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl.

Voor de duidelijkheid wijs ik erop dat voor de overige multidisciplinaire zorg binnen segment 2 de vrije tarieven gehandhaafd blijven. Ik vertrouw erop u hiermee voldoende te hebben geïnformeerd.

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