

Vergaderjaar 2013–2014

**32 620**

## **Beleidsdoelstellingen op het gebied van Volksgezondheid, Welzijn en Sport**

**Nr. 92 HERDRUK <sup>1</sup>**

### **VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG**

Vastgesteld 18 oktober 2013

In de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport bestond bij enkele fracties behoefte een aantal vragen en opmerkingen voor te leggen aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de brief van 23 april 2013 inzake Proeftuinen en pilots «betere zorg met minder kosten» (Kamerstuk 32 620, nr. 85).

De op 7 juni 2013 toegezonden vragen en opmerkingen zijn met de door de minister bij brief van 17 oktober 2013 toegezonden antwoorden hieronder afgedrukt.

De voorzitter van de commissie,  
Neppérus

Adjunct-griffier van de commissie,  
Sjerp

---

<sup>1</sup> I.v.m. een correctie in de voetnoot op blz. 15

## Inhoudsopgave

I.	Vragen en opmerkingen vanuit de fracties	2
II.	Reactie van de minister	7

### I. Vragen en opmerkingen vanuit de fracties

#### Vragen en opmerkingen van de PvdA-fractie

De leden van de PvdA-fractie hebben met instemming kennisgenomen van de brief van de minister ten aanzien van de proeftuinen en pilots omtrent «betere zorg met minder kosten».

Genoemde leden constateren dat de minister van plan is meer in te zetten op «zorg dichtbij». Zij zijn verheugd dat deze minister een serieuze aanpak voorstelt voor preventie en het bestrijden van de sociaal economische zorgverschillen en zien met belangstelling de nadere en meer concrete invulling hiervan in het najaar tegemoet. Deze leden willen niet dat versnipperde verantwoordelijkheden en financieringsstromen ervoor zorgen dat de kwaliteit en de samenhang in de zorg steeds minder worden. Zij menen dat de «invisible hand», de perfecte marktwerking, ook niet het dominante ordeningsprincipe van de zorg kan zijn. Patiënten zijn geen rationele consumenten en ziektebehandelingen zijn geen «producten». Voor deze leden vormen alle facetten van de zorg een gezamenlijke, publieke verantwoordelijkheid, waarin zorgzaamheid en betrokkenheid minstens even belangrijk zijn als efficiency en afrekenbaarheid. Zij menen dat de experimenten een belangrijke aanzet zijn om te komen tot een meer passende planning en financiering van de zorg en ondersteuning in de regio.

De leden van de PvdA-fractie zijn van mening dat alle relevante partijen bij de inrichting van het zorglandschap betrokken moeten zijn. Zij willen een gezondheidszorg die dicht bij de burger is georganiseerd, waar de burger op zijn eigen verantwoordelijkheid mag worden aangesproken en waar partijen zoals ziekenhuizen, specialisten, artsen, patiënten, ggd's, welzijnswerk, woningcorporaties en het onderwijs betrokken zijn bij de inrichting van het zorglandschap. Waar gebruik gemaakt wordt van aanwezige informatie over de gezondheidszorg toestand in de regio, waar de informatie voorziening op orde is zodat ook daadwerkelijk gestuurd kan worden en waar financiële drempels geen belemmering meer vormen voor samenwerking. Uitgaande van zorg dichtbij, dient dat volgens deze leden op regionaal niveau te gebeuren. Veel meer dan tot nu toe moet daarbij in de eerstelijnsamenwerking gericht zijn op welzijn in de buurt.

De leden van de PvdA-fractie zijn verheugd dat nu een selectie is gemaakt van initiatieven gericht op substitutie en het realiseren van een samenhangend aanbod van zorg, welzijn en ondersteuning op lokaal niveau. Zij vragen om concreet aan te geven op welke wijze invulling is gegeven aan de motie Van der Veen c.s.<sup>2</sup> ten aanzien van het stellen van dezelfde voorwaarden als bij de fusietoets zorgaanbieders en ten aanzien van zorg gefinancierd vanuit de Algemene wet bijzondere ziektekosten (Awbz) en/of Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en/of Wet op de publieke gezondheidszorg. Kan worden aangegeven welke van de pilots en proeftuinen voldoen aan deze twee verzoeken?

Genoemde leden zijn van mening dat de langdurige zorg onderdeel van de experimenten dient te zijn, bijvoorbeeld via wijkbudgetten tussen Awbz, Wmo, eerstelijns Zorgverzekeringswet (Zvw), welzijn en participatie. Op welke wijze komt dit terug in de experimenten? Daarbij betreft populatiegebonden zorg niet alleen de eerste- en tweede-, maar nadruk-

<sup>2</sup> Kamerstuk 32 620, nr. 50

kelijk ook de nuldelijns zorg; hoe komt dit tot uiting in de pilots en proeftuinen? Welke experimenten zijn gericht op de omvang en het verdelingsvraagstuk van het populatiebudget? Kan ook geëxperimenteerd worden met verzekerde rechten?

Voor deze leden is het essentieel dat de pilots en proeftuinen met een nulmeting starten. Op die manier kunnen stimulerende en belemmerende factoren vanuit de praktijk (wet en regelgeving) in kaart worden gebracht. Vervolgens kunnen stappen gezet worden van pilot naar een nieuwe manier van zorg aanbieden en betalen. Daarom ontvangen deze leden ook graag een concreet tijdspad. Kan worden aangegeven hoe en wanneer de nulmeting precies wordt vormgegeven? Welke criteria worden gebruikt? De leden van de PvdA-fractie hebben nog enkele vragen over de selectie van de initiatieven, de ondersteuning en de evaluatie. Genoemde leden constateren dat de minister spreekt van een «innovatief klimaat» waarin het veld moet worden ondersteund. Is de minister het met deze leden eens dat een innovatief klimaat voor de zorg dichtbij via populatiegebonden zorg betekent: zorg dichtbij de mensen die het nodig hebben, door slimme afstemming van het aanbod op specifieke behoeften van specifieke doelgroepen. De ervaring van de patiënt centraal, in kleine regio's waarin nulde-, eerste- en tweedelijns zorgverleners de handen ineen kunnen slaan. Populatiegebonden zorg is het doel, en populatiegebonden bekostiging het middel; in plaats van financiering per verrichting, ontstaat hiermee de mogelijkheid te financieren op basis van gezondheidswinst. Over financiële schotten heen, met ruimte om nieuwe contractvormen te verkennen, en met een sterke prikkel op kwaliteit en innovatie. Een systeem waarin niet ziekte, maar gezondheid geld in het laatje brengt.

In hoeverre is ook gekeken naar voorbeelden uit het buitenland? Kan een overzicht worden gegeven van projecten en hoe er bij deze projecten gezorgd is voor gerichte financiële prikkels? Welke voorbeelden kunnen voor Nederland toe te passen zijn? Welke pilots en proeftuinen maken al gebruik van voorbeelden uit het buitenland?

De leden van de PvdA-fractie delen de waarde die de minister hecht aan succesvolle substitutie, maar vragen op welke wijze kan worden voorkomen dat dit gepaard gaat met stijgende kosten in de eerstelijns, zonder navenante dalende kosten in de tweedelijns. Zij merken op dat dit slechts succesvol kan verlopen als er een sterkere focus op het bevorderen van eigen regie, zelfredzaamheid op preventieve zorg en op integrale en gepaste zorgverlening zal zijn. Welke maatregelen worden binnen welk tijdspad genomen om dit te verhelpen? Deze leden vragen de minister waar de huidige geschotterde financiering succesvolle implementatie van de initiatieven nog in de weg kan staan en hoe dit wordt opgelost? Is er voldoende ruimte in de experimenten om dit te voorkomen? Welke maatregelen kunnen de betrokken instellingen in de regio extra inzetten? Mag er in de regio's daadwerkelijk tijdelijk regelvrij/ontschot gewerkt worden en wat valt nog wel en wat niet binnen de experimentruimte?

De leden van de PvdA-fractie constateren dat als onderdeel van het selectieproces onder andere met diverse «innovatoren» gesprekken zijn gevoerd. Met welke innovatoren is gesproken, en op basis van welke criteria zijn de pilots en proeftuinen geselecteerd?

Kan aangegeven worden welke initiatieven afspraken maken over shared savings. Kan nader worden toegelicht hoe deze projecten deze shared savings-afspraken precies hebben vorm gegeven en welke imperfecties in de binnen het project spelende bekostigingssystemen ermee worden gecorrigeerd. Hoe wordt de prikkel tot productie ermee ondervangen en hoe worden substitutie en samenwerking beloond?

Genoemde leden zijn van mening dat door het delen van de aanpak, het proces, de gekozen oplossingen onderweg en de uitkomsten van de verschillende proeftuinen, lering kan worden getrokken. Kan de minister

aangeven op welke wijze de genoemde regionale proeftuinen kennis met elkaar uitwisselen en delen? Daarbij vragen zij ook of reeds inzicht gegeven kan worden in enige contextuele factoren die mogelijk samenhangen met het succes van de verschillende initiatieven. Kan de minister aangeven of reeds enige factoren aan te geven zijn die onontbeerlijk lijken voor het welslagen van een regionale proeftuin? Hoe ziet de minister in dit verband de gemeentelijk gefinancierde zorg en welzijns-inzet? Kan de samenhang met de Wet Publieke gezondheidszorg worden beschreven? De leden van de PvdA-fractie constateren dat de minister middels een landelijke monitor en begeleidingsgroep de initiatieven wil ondersteunen. Echter, deze leden zijn van mening dat voor een deugdelijke evaluatie ook een betrouwbare nulmeting moet worden uitgevoerd. Deze leden vragen op basis van welke indicatoren de minister anders verwacht dat de resultaten tegen de beginsituatie kunnen worden afgezet. Daarnaast vragen deze leden of ook casus zijn geselecteerd die gezamenlijk als vergelijkingsgroep dienen, zodat bij de evaluatie kan worden aangegeven of de gevonden effecten ook echt werden veroorzaakt door de pilot- of proeftuininterventie. Zo nee, waarom niet?

Genoemde leden vragen of de inhoud en werking van de procesmonitor nader kan worden toegelicht. Volgens welke criteria worden samenwerking, afspraken, besluitvormingsprocessen en bekostiging beoordeeld, hoe wordt een en ander zodanig vastgelegd dat vergelijking mogelijk is? Aangezien een aantal proeftuinen al gestart zijn vragen zij op welke wijze de procesmonitor dan op deze initiatieven wordt toegepast en hoe de eventuele succes en faalfactoren in de beginfase dan toch kunnen worden gebruikt om ervaring op te doen voor toekomstige bredere implementatie. Wanneer kan een eerste stand van zaken ten aanzien van de procesmonitor naar de Kamer gezonden worden?

De leden van de PvdA-fractie merken op dat de minister verwacht dat de initiatieven eventuele belemmeringen zullen tegenkomen. Welke belemmeringen zijn op voorhand al te benoemen, op grond van staande beroepspraktijk en is op (korte) termijn actie nodig om deze belemmeringen weg te nemen? Zo nee, waarom niet? Kleven voor de initiatieven ook nadelen aan het feit dat ze geen experimenteerstatus krijgen in het kader van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg)? Welke belemmeringen zijn tot nu toe geconstateerd en waar door worden ze veroorzaakt?

Genoemde leden constateren dat onder andere de volgende drie doelen gesteld worden voor het welslagen van de innovaties: «meer gezondheid, betere kwaliteit en minder kosten». Deze leden vragen welke definitie van gezondheid de minister hanteert? Kan een te beperkte definitie van gezondheid (zoals simpelweg de afwezigheid van ziekte of lagere zorgkosten op de korte termijn) de doelstelling van de initiatieven om «meer gezondheid» te creëren op de lange termijn onderwaarden? Hoe worden in deze definitie de externe effecten van «meer gezondheid» gewaardeerd?

Ook het verbeteren van welzijn van mensen speelt een rol bij het slagen van de experimenten. Welk belang wordt daarbij gehecht aan het samenwerken met en inzetten van de nulde lijn? In hoeverre gebeurt dit in de geselecteerde pilots en proeftuinen?

Deze leden vragen op welke wijze de nulmeting zal worden verricht, welke parameters/criteria worden gebruikt en hoe worden deze gedefinieerd. Door wie wordt de nulmeting uitgevoerd? Op welke wijze wordt er voor gezorgd dat alle benodigde gegevens daadwerkelijk worden aangeleverd? Op welk moment in 2013 kan een eerste stand van zaken rapportage aan de Kamer gegeven worden?

Voorts vragen deze leden wanneer de begeleidingsgroep precies wordt ingesteld en hoe deze wordt vorm gegeven. Welke agenda wordt gehanteerd? Hoe wordt er voor gezorgd dat de deelnemende pilots en proeftuinen daadwerkelijk gebruik maken van de mogelijkheid om

ervaringen uit te wisselen en daarmee het succes van de pilot/proeftuin te vergroten? Of is deelname aan dit platform geheel vrijblijvend? Welke mededingingstechnische problemen zijn vooraf al door de Autoriteit Consument en Markt (ACM) aangegeven? Als deze nog niet zijn geïnventariseerd, wanneer gaat dat dan gebeuren? Kunnen de verantwoordelijkheden en de rol van de verschillende ondersteunende instanties nader worden benoemd en geïllustreerd? Brengen de proeftuinen systeemveranderingen teweeg, die kunnen conflicteren met het inkoop- en kwaliteitsbeleid van zorgverzekeraars in de regio? Welke concrete problemen worden verwacht in de relatie tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders?

De leden van de PvdA-fractie vragen welke elementen de monitor van de pilots volgens de minister moet bevatten om een uitspraak te kunnen doen over de betekenis van de pilot voor het landelijke niveau. Waarom is voor een looptijd van drie jaar is gekozen? Op welke criteria ten aanzien van «uitzicht op het behalen van de beoogde resultaten» wordt bepaald of verlenging wordt toegestaan? Deze leden wijzen er op dat de projecten in het Zwarte Woud (Gesundes Kinzigtal) vanaf 2006, een langere looptijd van tien jaar hebben en dat deze langere looptijd cruciaal wordt geacht. Door de langdurigere afspraak wordt een prikkel gegeven om in de duurzaamheid van gezondheid te investeren en niet alleen maar gericht te zijn op korte termijn-winst. Hiermee wordt ook de valkuil van het Amerikaanse managed-care-systeem voorkomen waarbij artsen worden beloofd als ze de kosten op korte termijn laag weten te houden. Omdat artsen dan wellicht niet kiezen voor de best mogelijke zorg wordt het vertrouwen van de patiënt niet bevorderd.

De leden van de PvdA-fractie vragen in hoeverre in het bijzonder de huidige bekostigingssystematiek een belemmering kan zijn voor het welslagen. Deze leden zijn van mening dat, mede vanuit de wens deugdelijk te evalueren, financieringsstromen tussen de eerste- en tweedelijns moeten kunnen worden gevolgd. Hoe wordt dit gerealiseerd, op dusdanige wijze dat boekhoudkundige schijn-overschrijdingen worden voorkomen? Heeft de minister hier een experimenteer-artikel toegepast? In hoeverre is binnen de beleidsregel innovatie Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) ook ruimte voor de nulde lijn?

Tot slot vragen genoemde leden hoe de verbinding tussen de pilots en stappen naar een nieuw systeem gelegd zal worden. Een belangrijke voorwaarde om van pilots naar populatiegebonden zorg en -bekostiging te komen is inzicht in de navolgende punten.

Stimulerende en belemmerende wet- en regelgeving: Kan een overzicht worden gegeven van relevante wet- en regelgeving, en kan worden aangegeven welke onderdelen mogelijk een belemmering kunnen zijn voor populatiegebonden zorg? Welke wet- en regelgeving ontbreekt nog om populatiegebonden zorg mogelijk te maken? Kan worden aangegeven op welke wijze ervoor gezorgd zal worden dat de «uitrolmogelijkheden» van de pilots ook worden benoemd. Sommige pilots kunnen immers succesvol zijn maar toch op problemen stuiten bij het verder uitrollen, vanwege belemmeringen in het huidige stelsel.

Wat is de rol van de Autoriteit Consument en Markt (ACM) in het bewerkstelligen van populatie gebonden zorg? Kan duidelijk worden omschreven welke budgettaire schotten populatiegebonden zorg in de weg kunnen staan, zodat een nauwe samenwerking tussen nulde-, eerste- en tweedelijns zorgaanbieders kan worden bewerkstelligd? Op welke wijze kunnen de domeinen wonen, zorg, welzijn, arbeid hierin ontschot samenkomen?

Verantwoordelijkheidsverdeling: Van de zorgverzekeraars wordt een sturende rol verwacht, maar in hoeverre pakken zorgverzekeraars deze rol al voortvarend op? Een succesvolle implementatie van populatie gebonden zorg vraagt om een duidelijke afbakening van verantwoordelijkheden van betrokken partijen. Kan worden aangegeven wat de huidige en

gewenste verantwoordelijkheden zijn van alle betrokken partijen op nationaal, regionaal en lokaal niveau? Kan hierin nadrukkelijk ook de rol van zorgverzekeraars, patiëntenorganisaties en huisartsen worden meegenomen? Kan worden aangegeven wat de mogelijkheden zijn om de sturende rol van zorgverzekeraars in het bewerkstelligen van populatiegebonden bekostiging te realiseren en desnoods af te dwingen? In het regeerakkoord staat dat zorgverzekeraars convenanten gaan sluiten over preventie. Wat is de stand van zaken hiervan en in hoeverre wordt dit meegenomen op weg naar populatiegebonden zorg?

Doelstelling en tijdsplan populatie gebonden zorg: Welke doelstelling wordt door de minister verbonden aan deze pilots en proeftuinen? Welke doelen worden gesteld bij het begeleiden van elke individuele pilot en proeftuin, en op welke termijn? Wat zijn volgens de minister de gewenste uitkomsten, en hoe worden deze op wetenschappelijk verantwoorde wijze getoetst?

Wordt ook de spin-off naar zorg rond de proeftuinen en pilots gemeten? De leden van de PvdA-fractie zouden graag een globaal tijdsplan ontvangen van de opeenvolgende stappen binnen de ontwikkeling en monitoring van de pilots/proeftuinen. Zij vragen tot slot wat de rolverdeling tussen de minister en staatssecretaris van VWS is ten aanzien van de pilots en proeftuinen en de daaropvolgende bredere implementatie.

### **Vragen en opmerkingen van de SP-fractie**

De leden van de SP-fractie hebben met tevredenheid kennisgenomen van de brief over proeftuinen en pilots, «betere zorg met minder kosten». Genoemde leden vinden het positief dat de minister bereid is te kijken naar initiatieven uit de zorg die actief bezig zijn met het verbeteren van de zorg. Echter zij hebben nog wel een aantal vragen en opmerkingen over de brief.

De minister geeft in haar brief weer dat de huidige zorg niet voldoet aan eigen regie, zelfredzaamheid op preventie zorg en op integrale en gepaste zorgverlening. Deze leden willen weten hoe dit zich verhoudt met de opmerking dat professionele zorg geboden moet worden als de burger en zijn sociale omgeving hier niet in kan voorzien. Zij willen weten hoe het komt dat er nu geen menselijke maat en eigen regie geboden kan worden in de zorg. Heeft dat te maken met personeel, doordat zij bijvoorbeeld hierin gehinderd worden of mogen zij dit simpelweg niet? Of heeft dit te maken met de te grote organisaties in de zorg? Deze leden willen hier graag een analyse over. Voorts willen zij wijzen op de systeemverantwoordelijkheid van de staatssecretaris en de minister. Zodra zij aangeven dat de huidige zorg op veel vlakken niet voldoet, hoe kunnen zij dan verwachten dat mensen met de aankomende bezuinigingen het zelf maar moeten zien te regelen. De leden van de SP-fractie constateren dat de minister meer haar verantwoordelijkheid moet nemen om de zorg voor mensen daadwerkelijk te verbeteren. Zij vragen hier een toelichting over. De leden van de SP-fractie constateren dat de minister proeftuinen en pilots wil volgen. Hoewel zij dat als positief beschouwen vinden deze leden dat alleen volgen en kijken niet voldoende is. Welke maatregelen neemt de minister nu om belemmeringen in de zorg aan te pakken? Welke kern komt nu naar voren uit de initiatieven en is de minister bereid deze over te nemen voor de gehele zorgsector?

Tevens hebben de leden van de SP-fractie een tweetal vragen over initiatieven. Stel als een initiatief zelf de was doet van bewoners en dit niet in rekening brengt, omdat de administratie en het versturen van rekeningen duurder is, dan om het niet aan te bieden. Mag dit of niet? Als een ander initiatief een voorstel weet te organiseren dat bewoners geregeld naar buiten kunnen, maar dat dit zorguren kost in een zorgzwaar-tepakket als er onvoldoende begeleiding in zit, mag dit dan volgens de regels?

De leden van de SP-fractie constateren dat initiatieven rekening moeten houden dat er geen sprake kan zijn van uitbreidingen van het verzekerd pakket en van verruiming van indicatiecriteria ten laste van collectieve middelen. Deze leden zijn van mening dat de minister initiatieven wil volgen, maar dat zij weerkijken bij een eventuele alternatieven die kostenbesparend kunnen werken. Zij willen weten waarom de minister niet naar deze alternatieven wil kijken. Zij ontvangen daar graag een toelichting op. Tot slot constateren genoemde leden dat een monitor en een begeleidingsgroep wordt ingesteld om de initiatieven te volgen. Zij willen weten wie in de begeleidingsgroep geplaatst worden en of dit ook zorgverleners en deskundigen betreft.

### **Vragen en opmerkingen van de CDA-fractie**

De leden van de CDA-fractie vinden het positief dat er proeftuinen en pilots worden gestart voor betere zorg met minder kosten, maar zij hebben daar nog wel enkele vragen over.

Genoemde leden vinden het goed dat de minister de proeftuinen evalueert. Zij vragen de minister waarom een tijdsperiode van drie jaar in plaats van twee jaar voor het meten van resultaten is genomen.

De leden van de CDA-fractie vinden het een positieve ontwikkeling dat de Autoriteit Consument en Markt (ACM) zich bereid heeft verklaard om bij mogelijke mededingingstechnische problemen vooraf een voorlopige zienswijze te willen afgeven. Genoemde leden vragen of een dergelijke voorlopige zienswijze al gevraagd is en zo ja, op welk terrein.

Welke randvoorwaarden zijn noodzakelijk om shared savings tot een succesvol instrument te maken? Op welke manier gaat de minister in de gaten houden dat het werken met shared savings er niet toe leidt dat de zorg verschaart? Op welke manier wordt eventuele extra zorg wel uit de shared savings gefinancierd? Welke voorbeelden kent de minister hiervan?

### **II. Reactie van de minister**

Met deze brief stuur ik u de antwoorden op de schriftelijke vragen over de proeftuinen «betere zorg met minder kosten», die zijn gesteld op 7 juni 2013 door enkele fracties in de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport. De vragen zijn gesteld naar aanleiding van mijn brief van 23 april 2013 over dit onderwerp (Kamerstuk 32 620, nr. 85).

Ik ben verheugd dat er sprake is van tevredenheid en instemming met de aanpak van de proeftuinen bij de diverse fracties. Dit versterkt mijn overtuiging dat het volgen en waar mogelijk ondersteunen van proeftuinen en pilots van groot belang is, gezien de potentie die deze initiatieven hebben. Hierbij staat de ambitie centraal om de gezondheid van mensen te bevorderen, zorg dichtbij vorm te geven, de kwaliteit van de zorg te verbeteren en de kosten te verlagen.

Een aantal initiatieven – de «proeftuinen» – geeft mij de kans om inzicht te krijgen in de innovatieve aanpak die zij hanteren bij het realiseren van zorg dichtbij. Inzicht in zowel de belemmeringen die zij bij hun werkzaamheden ervaren als in de factoren die hun aanpak tot een succes maken. Ik verwacht dat ik door het volgen van de ontwikkelingen en het monitoren van de resultaten aanknopingspunten aantref voor toekomstig beleid, bijvoorbeeld voor de verdere ontwikkeling van de bekostiging voor de huisartsenzorg. VWS (dat wil zeggen, het RIVM in opdracht van VWS) zal hierbij de taak van monitoren op zich nemen.

Ik wil hier graag benadrukken dat het gaat om initiatieven die uit eigen beweging in het veld zijn ontstaan. Daarin schuilt ook de kracht van de initiatieven. Het is niet van bovenaf opgelegd. Het betreft echter wel

projecten met een «lange adem». Pas na enkele jaren zullen daadwerkelijk resultaten kunnen worden behaald en conclusies worden getrokken. Ik realiseer mij ook dat er op allerlei andere plaatsen in Nederland ook initiatieven worden ontplooid, die dezelfde doelstellingen nastreven. Dat juich ik van harte toe.

### *Leeswijzer*

Er is een groot aantal vragen gesteld, die ik gegroepeerd onder bepaalde thema's zal beantwoorden. Eerst schets ik kort de stand van zaken rond de proeftuinen waarna ik zal ingaan op een aantal specifieke inhoudelijke onderwerpen.

Daarna zal ik ingaan op de selectie, aard en reikwijdte, experimenteer-ruimte, ondersteuning en het vervolgproces van de proeftuinen.

### *Stand van Zaken*

Op dit moment bevinden de proeftuinen zich veelal in de voorbereidende fase, waarbij de inzet van partijen is om per 2014 contractuele afspraken af te sluiten over de activiteiten binnen de proeftuinen.

Het gemeenschappelijke kenmerk van vrijwel alle initiatieven is dat ze gericht zijn op het geven van een nadere invulling van zorg en ondersteuning in de buurt. Afhankelijk van de zorgvraag in de diverse regio's en de belangstelling van de zorgaanbieders en de verzekeraars, liggen de accenten op verschillende terreinen. Er wordt overal fors ingezet op substitutie van zorg binnen de curatieve zorg, maar ook op substitutie van de curatieve zorg naar bijvoorbeeld zelfzorg of welzijn/maatschappelijke ondersteuning. Sommige initiatieven zetten daarnaast in op taakher-schikking, e-health, diagnostiek en farmacie. Ook op onderwerpen als integratie SEH-HAP, geboortezorg, actieve opsporing van kwetsbare ouderen en de verschuiving van intra- naar extramurale AWBZ zorg wordt ingezet om een kwaliteitsverbetering en kostenbesparing te realiseren.

Zoals ik hier boven al heb aangegeven gaat het hier om initiatieven die uit eigen beweging zijn ontstaan. Het is belangrijk deze initiatieven te bezien in het perspectief van een proces dat zich ontwikkelt richting een betere zorg met minder kosten in de buurt. De exacte invulling van de ideeën die de proeftuinen voor ogen hebben zijn ook niet allen op voorhand te beschrijven en zijn veelal uitkomst van lokale historie en verhoudingen op het lokale niveau. Ook de recente ontwikkelingen vanuit het Rijk zoals de hernieuwde akkoorden met de curatieve sector, de beoogde vernieuwing op het gebied van de bekostiging voor huisartsenzorg, bekostiging van extramurale verpleging, de hervormingen op het gebied van de langdurige zorg en de verschillende decentralisaties geven richting aan de ontwikkelingen in de verschillende proeftuinen en vice versa.

Een aantal van de gestelde vragen kan ik op dit moment dan ook nog niet of niet volledig beantwoorden vanwege het feit dat we nog aan het begin staan van dit traject. Die vragen betreffen vooral vragen over de manier waarop zaken worden uitgewerkt in de verschillende proeftuinen, vragen die betrekking hebben op het al dan niet slagen van de initiatieven en de precieze vormgeving van de monitor die op dit moment wordt afgestemd op de eigen evaluaties van de initiatieven. Aan het eind van dit jaar zal er op basis van een eerste rapportage van het RIVM meer informatie beschikbaar zijn. Die rapportage zal een gedetailleerde, uniforme beschrijving van de proeftuinen bevatten en geeft inzicht in de opzet van de uitkomst- en procesmonitor en de indicatoren die hiervoor de basis vormen.



### *Populatiegebonden bekostiging*

De leden van de PvdA-fractie hebben vragen gesteld over het onderwerp populatiegebonden bekostiging. De wijze waarop zorg wordt bekostigd is een belangrijke ondersteunende factor bij het realiseren van zorg dichtbij. Ik deel de opmerking van de leden van de PvdA-fractie dat bekostiging daarbij een middel is, geen doel op zich.

De vertaling van «populatiegebonden bekostiging» naar een in de praktijk bruikbare bekostigingssystematiek is niet eenvoudig. Er bestaat geen eenduidige definitie van populatiegebonden bekostiging. Sterker nog, in de praktijk worden hieraan heel verschillende betekenissen toegekend. Wat wel duidelijk is, is dat bepaalde kenmerken van een groep mensen (zoals demografische gegevens, epidemiologie, sociale index) effect hebben op de gezondheid en de zorgvraag van die groep. Idealiter zouden deze kenmerken meegenomen moeten worden in de wijze waarop zorg geleverd en ingekocht wordt. De vraag is wat dit voor de bekostiging betekent en welke kenmerken daarin een rol zouden moeten krijgen. Hierbij zouden populatiekenmerken zowel ex ante gebruikt kunnen worden bij de bekostiging van bijvoorbeeld basiszorg als ook ex post bij de beloning van (gezondheids)uitkomsten van de populatie. Omdat de facto ook de ex ante risicoverevening populatiekenmerken kent, moet onderzocht worden waar de stapeling van deze prikkel op verschillende terreinen, die allemaal onderdeel uitmaken van de bekostiging, toe leidt. Gekeken moet worden of dit niet leidt tot ongewenste bijwerkingen, bijvoorbeeld veronachtzaming van andere verzekerden of overbehandeling van de categorie die wel wordt meegenomen.

In het onderhandelaarsakkoord dat ik voor de zomer ben overeengekomen met de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), de Landelijke Organisatie voor Ketenzorg (LOK), de Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn (LVG), de Vereniging Huisartsenposten Nederland (VHN) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) (Kamerstuk 29 248, nr. 257) zijn de hoofdlijnen van een nieuw bekostigingssysteem voor huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg afgesproken. Onder meer is overeengekomen dat het nieuwe bekostigingssysteem, conform het regeerakkoord, gebruik maakt van populatiegebonden kenmerken als indicatie voor zorgbehoefte. Om een goed beeld te krijgen welke populatiekenmerken zich hiervoor lenen, heb ik de Universiteit Maastricht opdracht gegeven hiernaar onderzoek te doen. Ik verwacht de resultaten van dat onderzoek in december 2013 te ontvangen.

Daarnaast komt er in de nieuwe bekostigingssystematiek ruimte voor het maken van afspraken over het belonen van onder andere gezondheidsuitkomsten. Ik heb u onlangs geïnformeerd over hoe uitkomstbekostiging in de curatieve zorg onder mijn regie vorm krijgt (Kamerstuk 29 248, nr. 255).

Ook is in het onderhandelaarsakkoord afgesproken dat er in de nieuwe bekostiging zo min mogelijk perverse productieprikkel komen, waarbij vooral gelet wordt op het terugbrengen van het aantal verrichtingentarieven. De bekostiging gaat dus een ontwikkeling doormaken van het financieren van verrichtingen naar het financieren van (gezondheids)uitkomsten. Het streven is dat het nieuwe bekostigingssysteem op 1 januari 2015 wordt ingevoerd. De ervaringen uit de proeftuinen zullen te zijner tijd zo mogelijk worden meegenomen in de verdere ontwikkelingen van het nieuwe bekostigingsmodel. Ik zal uw Kamer op korte termijn informeren over de hoofdlijnen van het nieuwe bekostigingssysteem.

Deze uitgangspunten gelden ook voor de wijze van bekostigen van de extramurale verpleging op het moment dat deze onder de Zvw komt te vallen. Daarmee wordt de bekostiging van de huisartsenzorg, de ketenzorg en de extramurale verpleging met elkaar in lijn gebracht,

waarbij het gebruik van populatiegebonden kenmerken en de ruimte om te belonen voor het realiseren van gezondheidswinst belangrijke elementen zijn. Ik heb de Nederlandse ZorgAutoriteit (NZa) inmiddels gevraagd mij te adviseren over de inrichting van de bekostiging van de extramurale verpleging. Ik verwacht dit advies in oktober te ontvangen en zal uw Kamer dan daarover informeren.

### *Substitutie*

De leden van de PvdA-fractie hebben mij gevraagd naar substitutie en de omgang met eventuele overschrijdingen van het Budgettair Kader Zorg die daarmee verband houden. Ik maak tevens gebruik van de mogelijkheid om te rapporteren over de uitvoering van de motie Bruins Slot over het substitutie beleid (33 400-XVI, nr. 64). In de motie vraagt lid Bruins Slot naar de sleutelrol van de huisarts als poortwachter voor het leveren van zinnige en zuinige zorg, de stimuleringsmaatregelen voor substitutie, het inzichtelijk maken van substitutie en over de voortgang van substitutie-beleid te rapporteren in de begroting.

Substitutie van zorg van de tweede naar de eerste lijn, maar nadrukkelijk ook naar zelfzorg en preventie, is een belangrijk aspect in de proeftuinen. Het gaat dan om waar mogelijk te voorkomen dat mensen in de tweede lijn terecht komen, door zorg zoveel en zo lang mogelijk in de eerste lijn te laten plaatsvinden. Zorg in de eerste lijn is pas aan de orde op het moment dat zelfzorg ontoereikend is en professionele zorg nodig is. Prioriteit geven aan substitutie van zorg betekent ook dat budget in principe de zorg moet volgen. In het bovengenoemde onderhandelingsresultaat zijn afspraken gemaakt over substitutie. Die afspraken moeten voorkomen dat opnieuw de situatie ontstaat dat de uitgaven in de eerste lijn de groeirimte overstijgen, zonder dat dit leidt tot dalende kosten elders in de zorg, met name in de tweede lijn. De afspraken betreffen zowel de groeirimte voor de eerste en de tweede lijn, de daarmee samenhangende contractering door zorgverzekeraars, als het inzichtelijk maken van de (budgettaire) effecten van gewenste substitutie.

De komende periode zal vanwege zowel demografische ontwikkelingen als vanwege het verschuiven van zorg, met name van de tweede lijn naar de eerste lijn, maar ook als gevolg van ontwikkelingen binnen de GGZ en de ouderenzorg, de zorgvraag binnen de eerstelijns, en de huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg daarbinnen, toenemen. Een aanzienlijk deel daarvan is op te vangen door de verschuiving van de eerste lijn naar zelfzorg. Om de resterende groei te accommoderen wordt aan de kaders huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg de komende jaren 1,5% additionele groeirimte toegekend die bedoeld is voor de aantoonbare verschuiving van zorg, naast de reguliere groeirimte van 1,0% die aansluit bij de demografische ontwikkelingen. Tevens kunnen zorgverzekeraars en zorgaanbieders (lokaal) aanvullende afspraken maken om meer groeirimte voor huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg te creëren ter bevordering van substitutie. Zorgverzekeraars hebben zich er aan gecommitteerd, dat dit betekent dat de daarvoor benodigde financiële middelen de zorg moeten volgen. Met andere woorden, zij zullen er via hun contractering voor moeten zorgen dat de uitgaven elders zichtbaar dalen. Ter ondersteuning daarvan zijn afspraken gemaakt over het ontwikkelen van een monitorinstrument, dat tenminste inzicht geeft in de mate van gewenste substitutie van zorg van de tweede naar de eerste lijn, inclusief substitutie op het vlak van de acute zorg, en het budgettaire kader waarin die substitutie zijn beslag krijgt. Zowel de zorgverzekeraars als de partijen in de eerste en de tweede lijn hebben zich hieraan gecommitteerd.

Over de rol van de huisarts om zinnige en zuinige zorg te leveren is onlangs door het Nivel een rapport opgesteld. Ik stuur u bijgaand het eindrapport «Ruimte voor substitutie»<sup>3</sup>. De conclusie is dat, ondanks de sterke poortwachtersfunctie van de huisarts, nog voldoende ruimte is voor een verdere substitutie van zorg van de tweede lijn naar de eerste lijn. Volgens het Nivel is een belangrijke randvoorwaarde om deze ruimte daadwerkelijk te gebruiken voor substitutie, dat de tweede en de eerstelijns zorgverleners goed met elkaar gaan samenwerken en dat de kennis van de huisartsen (en de POH) voldoende is. Ook geeft het Nivel aan dat substitutie afgestemd moet worden op de lokale situatie. Substitutie kan niet worden geïmplementeerd volgens een landelijke blauwdruk. Verzekeraars en aanbieders hebben een belangrijke rol om substitutie op regionaal niveau verder vorm te geven en daar afspraken over te maken. Deze aanbevelingen en conclusies van het Nivel sluiten goed aan op de afspraken die zijn overeengekomen in het genoemde onderhandelingsresultaat.

### *Shared savings*

De fracties van PvdA en CDA stelden vragen over shared savings. Het principe van shared savings komt voort uit de gedachte dat de totale zorgkosten afhankelijk zouden moeten zijn van de gezondheid van een populatie. De aanname daarbij is dat een gezondere populatie leidt tot lagere kosten. Besparingen in de gerealiseerde zorgkosten ten opzichte van verwachte zorgkosten voor een populatie zouden kunnen worden verdeeld onder zorgverzekeraar, verzekerden en zorgaanbieders. Op dit moment beoogt een aantal proeftuinen te experimenteren met het principe van shared savings. De vormgeving en precieze uitwerking daarvan is nog in ontwikkeling bij de verschillende proeftuinen. Ik zal deze ontwikkeling nauwlettend volgen en zelf ook met partijen in gesprek gaan over de beste manier waarop prikkels gezet kunnen worden zodat er daadwerkelijk een win-win situatie voor alle partijen ontstaat en de eventuele negatieve effecten zoals verschraving van zorg en dienstverlening aan de patient (bijv. beperkte openingstijden, slechtere bereikbaarheid en wachtlijsten) kunnen worden tegengegaan. In antwoord op de vraag van de CDA-fractie over hoe ik potentiële verschraving signaleer heb ik in het kader van de monitor gevraagd hier specifiek aandacht aan te besteden in de gesprekken met cliëntenvertegenwoordigers.

### *Selectie proeftuinen en pilots*

De leden van de PvdA-fractie hebben vragen gesteld over het selectieproces van de proeftuinen. In mijn brief van 23 april 2013 heb ik het selectieproces op hoofdlijnen beschreven. Een belangrijke voorwaarde was dat de preferente zorgverzekeraar achter het initiatief moest staan. Daarom heb ik aan de zorgverzekeraars gevraagd bij mij een selectie in te dienen van initiatieven, waarvan zij vinden dat ze dermate interessant en ver genoeg gevorderd zijn om landelijk te volgen. Tijdens de gesprekken met de vertegenwoordigers van deze initiatieven zijn verschillende onderwerpen de revue gepasseerd, waaronder de mate waarin het initiatief binnen het huidige stelsel past, in hoeverre het initiatief onderscheidend is, of er haalbare doelstellingen zijn geformuleerd, welke meetbare uitkomsten worden voorzien, of er een businesscase is opgesteld, of er sprake is van samenwerking in twee of meer zorgdoelstellingen, de borging van cliëntenvertegenwoordiging en inzet op specifieke thema's.

De initiatieven bleken sterk te verschillen in organisatie, focus en reikwijdte en de fase waarin ze zich bevonden. Op basis hiervan heb ik

<sup>3</sup> Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer

besloten om binnen de aangedragen initiatieven een onderscheid te maken tussen het volgen van een aantal breed georiënteerde regionale proeftuinen en een aantal op specifieke thema's gerichte initiatieven.

Ik ben me bewust van de verschillende initiatieven in het buitenland op het gebied van populatiegebonden zorg, maar bij de selectie van proeftuinen heeft het geen rol gespeeld in hoeverre proeftuinen zich laten inspireren door het buitenland. Ik heb immers verzekeraars gevraagd mij initiatieven aan te dragen. Ik weet wel van een aantal proeftuinen dat ze expliciet kijkt naar de ontwikkelingen in bijvoorbeeld Kinzigtal en deze ervaring in meer of mindere mate willen toepassen. In de bijlage van eerdergenoemde brief over uitkomstbekostiging in de curatieve zorg komen de belangrijkste voorbeelden in het buitenland ook aan de orde.

#### *Aard en reikwijdte van de proeftuinen*

In het verlengde van de selectie van de proeftuinen hebben de leden van de PvdA-fractie mij gevraagd op welke wijze invulling is gegeven aan de motie Van der Veen c.s. (Kamerstuk 32 620, nr. 50). Deze motie verzoekt de regering om als een budget-experiment wordt aangemeld, aan minimaal één experiment aan de deelnemers van het project dezelfde voorwaarden te stellen zoals bij de fusietoets zorgaanbieders zullen worden gehanteerd en ervoor zorg te dragen dat de deelnemers zich daaraan verbinden. Verder verzoekt de motie de regering de mogelijkheid open te laten, een experiment aan te melden met een breder karakter, waarbij bijvoorbeeld zorg gefinancierd vanuit de AWBZ en/of WMO en/of Wet op de publieke gezondheidszorg betrokken is.

Er is bij de proeftuinen geen sprake van fusie en in die zin zijn er dan ook geen eisen gesteld aan een van de proeftuinen. Bij de selectie van de proeftuinen is er wel op gelet dat betrokkenheid van cliënten/patiënten bij alle initiatieven is geborgd. Dit is in lijn met het wetsvoorstel waarmee de regels ten aanzien van zorgspecifieke fusietoetsing, dat nu voorligt in de Eerste Kamer, worden aangescherpt. De manier waarop de vertegenwoordiging van cliënten/patiënten is vormgegeven varieert binnen de verschillende proeftuinen. In de al eerder genoemde eerste tussenrapportage, zal de manier waarop dit wordt vormgegeven worden beschreven.

Ik heb alle ruimte gelaten bij mijn verzoek aan zorgverzekeraars om een selectie van veelbelovende initiatieven aan te dragen. Binnen de ingediende initiatieven en binnen de uiteindelijk geselecteerde proeftuinen is sprake van betrokkenheid van de verschillende genoemde zorgdomeinen. Dat neemt niet weg dat de meeste initiatieven die door verzekeraars zijn ingediend, zich op dit moment nog concentreren op het curatieve domein en daar verbindingen zoeken. Hierin valt al veel werk te verzetten. Daarna volgt verbinding naar andere domeinen zoals Wmo, Wet publieke gezondheid of AWBZ. Dat gaat wellicht nu nog minder ver dan de motie wenst, maar het is wel de realiteit en de fase waarin de voorlopers zich op dit moment bevinden. De hervorming in de langdurige zorg, de geplande decentralisaties maar ook de recent gesloten akkoorden dagen verzekeraars en gemeenten uit onderling de verbinding te gaan zoeken.

De leden van de fractie van de PvdA vragen naar de omgang met de schotten tussen verschillende stelsels. Het is mijns inziens onvermijdelijk dat er schotten zullen blijven bestaan tussen verschillende domeinen in de zorg, ondersteuning en welzijn. Dat neemt niet weg dat er mogelijkheden zijn om over schotten heen te werken en daarmee de schotten tussen

samenwerking te beslechten. Ik verwacht dat de proeftuinen daarmee ervaring opdoen. Een belangrijke factor is de bereidheid van verzekeraars, aanbieders en gemeenten om samen te werken. Zij zullen zich samen moeten inzetten om gezondheidswinst te boeken. Dit vraagt van meerdere partijen bereidheid om te investeren in deze samenwerking en soms wellicht over de eigen schaduw heen te springen. Gemeenten hebben, vanuit de Wpg, de opdracht om de afstemming te bevorderen tussen de publieke gezondheidszorg en de curatieve zorg.

Inmiddels zijn er diverse samenwerkingsinitiatieven op dit gebied gestart, bijvoorbeeld in het kader van het experiment gezonde wijk en verschillende ZonMw-programma's. De opgedane kennis en ervaringen hiervan kan ook in de proeftuinen worden gebruikt.

Het verbeteren van de gezondheid is één van de doelstellingen van verschillende proeftuinen. De fractie van de PvdA stelde diverse vragen over de definitie van gezondheid. De invulling van deze definitie in het kader van de doelstellingen in de regio's ligt bij de initiatiefnemers. Hierbij zal geen keuze worden gemaakt voor één definitie, aangezien de insteek van proeftuinen verschillend kan zijn. Wel zal in het kader van de landelijke monitor gekeken worden welke parameters de meeste zeggenschap zullen hebben. De voorkeur van de fractie van de PvdA is te kiezen voor een brede definitie. Hierbij staat het vermogen van mensen centraal om zich aan te passen en een eigen regie te voeren in het licht van fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven. Dit is een bredere benadering van gezondheid, die zich niet alleen richt op het medisch welbevinden. Ook in het Nationaal Programma Preventie (NPP) staat gezondheid voorop. Hierbij wordt een breed scala aan acties uitgewerkt op het gebied van onderwijs, de wijk, arbeid en zorg om gezondheid te realiseren. Over de uitwerking van de diverse thema's binnen het NPP wordt u in het najaar geïnformeerd. In hoeverre zo'n brede definitie is te operationaliseren is de vraag: hoe breder, hoe complexer en hoe meer discussie over hoe dit het beste is te meten en wat de zeggingskracht is. Daarom hebben de staatssecretaris en ik de definitiekwestie in deze fase bij de initiatiefnemers gelaten en zal dit de komende jaren verder uitkristaliseren. Er zal sprake zijn van een lerend proces.

#### *Experimenteerruimte binnen wet- en regelgeving*

De leden van zowel de PvdA als de SP-fractie hebben vragen gesteld over de ruimte om te experimenteren met nieuwe vormen van zorgverlening binnen de proeftuinen. Ik ben er van overtuigd dat het huidige stelsel veel mogelijkheden kent om zorg dichtbij op verschillende manieren te organiseren. De proeftuinen hebben binnen de huidige wet- en regelgeving dan ook de ruimte deze ten volle te benutten. Aanvullend op de ruimte in de huisartsenbesteding (M&I-module) en de besteding van de integrale chronische zorg (keten-dbc's) is er tevens de mogelijkheid te experimenteren met nieuwe vormen van zorgverlening en de financiering op de beleidsregel innovatie van de NZa wanneer dit niet binnen de huidige regelgeving zou kunnen. Het kan echter voorkomen dat de proeftuinen signaleren dat wet- en regelgeving desondanks belemmerend werkt voor het realiseren van de doelen die zij nastreven. Als dit het geval is zal ik, samen met de Autoriteit Consument en Markt (ACM), Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en het College voor zorgverzekeringen (CVZ) deze belemmeringen bespreken. Er zal dan per geval bekeken worden of en op welke manieren een belemmering kan worden opgelost.

Gegeven de ruimte die de beleidsregel Innovatie biedt binnen de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) is het niet nodig om de proeftuinen aan te merken als speciale experimenten in de Wmg. Verzekeraars en aanbieders kunnen een beroep doen op de beleidsregel Innovatie wanneer dit voor de bekostiging van het experiment nodig is. Indien wordt voldaan aan de gestelde voorwaarden kan vervolgens een tarief in rekening worden gebracht voor de geleverde zorg. Daarmee krijgen de betreffende prestaties van de zorgaanbieders een formele betaaltitel. De beleidsregel Innovatie heeft een looptijd beperkt tot drie jaar met de mogelijkheid tot verlenging. Speciale experimenten zoals bedoeld in de Wmg hebben een looptijd van maximaal vijf jaar en hebben een aanwijzing nodig. Voor beide type experimenten gelden verder dezelfde regels ten aanzien van aanspraak als in het reguliere systeem.

De aanspraak op basis verzekerde zorg staat los van de bekostigingssystematiek. Zorg die niet in het basispakket zit kan niet worden gedeclareerd ten laste van de Zorgverzekeringswet, ook niet via de beleidsregel innovatie. Anderzijds kan iedereen aanspraak blijven maken op de verzekerde zorg en kan de aanspraak ook niet worden versmald. Wel kan men een prestatiebeschrijving aanvragen waarin prestaties staan omschreven uit de verschillende domeinen (inclusief onverzekerde zorg). De uiteindelijke financiering ervan komt echter altijd voor rekening van het betreffende domein of aanbieder.

In de beleidsregel Innovatie wordt verder de verantwoordelijkheid voor het opzetten en uitvoeren van de experimentevaluatie bij de experimenterpartijen gelegd. De beleidsregel stelt dat partijen bij de aanvraag van een experiment dienen aan te geven op welke wijze wordt gemeten of de doelstellingen van het experiment worden gehaald. De NZa beoordeelt dit ook op basis van verstrekte informatie door partijen. Wanneer een experiment bijvoorbeeld substitutie van tweede naar eerste lijn als doelstelling heeft, zal de NZa toetsen of er deugdelijke indicatoren zijn ontwikkeld om bijvoorbeeld kostenreductie in de tweede lijn te meten. Dit hangt samen met het onderwerp monitoring.

De ruimte die de proeftuinen ervaren bij het experimenteren, hangt natuurlijk ook af van de betrokken zorgverzekeraar. Zij hebben bijvoorbeeld een belangrijke rol bij het realiseren van substitutie, waarvoor de recent gesloten onderhandelingsakkoorden ruimte bieden. Het zijn de verzekeraars zelf die deze proeftuinen hebben aangemeld, derhalve ga ik er vanuit dat de zorgverzekeraars zich in dit traject proactief opstellen en zich ook over relevante vraagstukken buigen, bijvoorbeeld inzake het volbeleid dat ze ten opzichte van elkaar hanteren.

#### *Ondersteuning van de proeftuinen*

De leden van de fracties van het CDA en de PvdA hebben vragen gesteld over de ondersteuning van de proeftuinen. De ondersteuning die ik bied richt zich hoofdzakelijk op twee aspecten, de uitkomst- en procesmonitor en het platform voor kennisuitwisseling en contact met overheidspartijen. Op beide ga ik hieronder kort in.

De proeftuinen hebben onderling veel overeenkomsten en tegelijkertijd net zoveel verschillen. Omdat de nagestreefde doelen, de betrokken partijen, de organisatie van de initiatieven, gekozen uitkomstmaten etc. van elkaar kunnen verschillen, moet er goed gezocht worden naar een methode waarop resultaten toch met elkaar vergeleken kunnen worden. De komende maanden staan in het teken van het gedetailleerd beschrijven van de proeftuinen en het ontwerpen van de monitor door het RIVM. Het is op dit moment nog te vroeg om exact weer te geven hoe

deze monitor eruit komt te zien omdat er nog verschillende keuzes gemaakt moeten worden. Naar verwachting zal de nulmeting in 2014 plaatsvinden en een eerste rapportage erover staat gepland voor datzelfde jaar. De daaropvolgende jaren zullen in het teken staan van verdiepende analyses op specifieke thema's waarover ik uw Kamer op gezette tijden zal rapporteren. De herhaalmeting zal in 2017 plaatsvinden, drie jaar na de nulmeting. Het lijkt niet waarschijnlijk al eerder resultaten te kunnen meten. De eerste rapportage die eind 2013 zal worden afgerond, gaat dieper in op het ontwerp van de monitor en het definitieve tijdsplan voor het gehele traject. Hierin zullen ook de criteria op basis waarvan de nulmeting en de herhaalmetingen verricht worden aan de orde komen. Daarbij is het overigens van belang te realiseren dat we aanhaken bij lopende initiatieven. De initiatieven zijn vanuit eigen beweging gestart en pas later is besloten er een aantal te volgen om daarvan te kunnen leren en deze initiatieven te kunnen ondersteunen. Dat betekent dat een nulmeting nooit vanuit een totale blanco situatie zal kunnen zijn, maar onvermijdelijk zal moeten aansluiten bij de fase in de ontwikkeling waarin de initiatieven zich rond het moment van selectie bevonden.

Er is mij ook gevraagd op welke wijze ik ervoor zorg dat alle benodigde gegevens daadwerkelijk worden aangeleverd. Omdat de monitor niet alleen voor mij maar zeker ook voor de proeftuinen inzichten zal opleveren, en zij zichzelf hebben aangemeld, ga ik er vanuit dat zij een actieve bijdrage zullen leveren bij het verzamelen van de benodigde informatie. In mijn gesprekken met de proeftuinen heb ik dat ook gemerkt.

Naast de ondersteuning door een landelijke monitor, worden de proeftuinen ondersteund door een begeleidingsgroep. De SP-fractie heeft gevraagd uit welke partijen deze groep bestaat. Naast het ministerie van VWS zal deze bestaan uit de Autoriteit Consument & Markt (ACM), de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en het College voor Zorgverzekeringen (CVZ). De NZa en het CVZ zullen vooral ondersteunen bij de mogelijkheden in de huidige beleidsregels rondom bekostiging en bij vragen die zouden kunnen spelen rondom de aanspraak op het basispakket. De leden van de fracties van het CDA en de PvdA stelden vragen over de mededinging en de zienswijze van de ACM op de ontwikkelingen binnen de proeftuinen. De ACM heeft niet bij voorbaat inventarisatie gedaan van eventuele mededingingsproblemen die zich voor kunnen doen rond de verschillende proeftuinen. Eerder heb ik u toegezegd uw Kamer procesmatig te informeren over hoe ik vraagstukken rondom samenwerking en mededinging wil stimuleren en kennis hieromtrent wil delen<sup>4</sup>. Ik zal dit in twee etappes doen. Het eerste deel voor het einde van dit jaar en het tweede deel in het eerste kwartaal van volgend jaar. De ACM heeft de proeftuinen aangeboden om vragen die spelen rond mededinging te beantwoorden, al dan niet via een informele zienswijze. Hiervoor zijn vooralsnog geen verzoeken ingediend. Ik heb wel van enkele betrokkenen bij de proeftuinen vernomen dat zij hier gebruik van willen maken.

Ik vind het belangrijk dat de proeftuinen van elkaars ontwikkelingen op de hoogte zijn, dat ze leren van elkaars ervaringen, ontwikkelde diensten, producten en concepten, oplossingen voor eventuele belemmeringen met elkaar kunnen delen en hun krachten kunnen bundelen in gesprekken met bijvoorbeeld overheid en verzekeraars. Daarom faciliteer ik een platform waarin deze kennisuitwisseling zo goed mogelijk kan plaatsvinden. In juni 2013 is dit platform voor de eerste keer bij elkaar gekomen. In de discussies tijdens deze bijeenkomst is er ook gesproken over de belemmeringen die de proeftuinen al ervaren of verwachten bij de realisatie van

<sup>4</sup> Handelingen II 2012/13, nr. 65, item 4, blz. 4–10

hun plannen. Daarbij noemen zij bijvoorbeeld de gevolgen van substitutie van tweede naar eerste lijn voor het Budgettair Kader Zorg (hierover zijn afspraken gemaakt in het bovengenoemde onderhandelaarsresultaat eerste lijn 2014 tot en met 2017), de mogelijke knelpunten ten aanzien van mededinging in het geval van voorkeursleveranciers, de mogelijkheden voor inzet van shared savings, het volgsbeleid van verzekeraars en de gevolgen van populatiegebonden zorg. Op basis van de besproken en nu aan te dragen belemmeringen zal ik een aantal kenniskringen samenstellen. Binnen deze kenniskringen kunnen proeftuinen en overheidspartijen zich gezamenlijk buigen over de voorliggende vraagstukken. De precieze invulling van de ondersteuning, de agenda die gehanteerd wordt en de thema's van de kenniskringen zullen de komende periode worden bepaald.

#### *Overige vragen*

De leden van de fractie van de SP hebben mij gevraagd naar een analyse van het ontbreken van menselijke maat en eigen regie en naar de verwachting dat mensen steeds meer zelf moeten gaan doen en de rol van de sociale omgeving hierbij. In mijn eerdere brief over de proeftuinen heb ik al genoemd dat er in de huidige zorg nog niet genoeg focus is op het bevorderen van eigen regie, zelfredzaamheid, op preventieve zorg en op integrale en gepaste zorgverlening. Dit komt met name doordat de zorgverlening nog te vaak gefragmenteerd is en met name chronisch zieken en ouderen te maken hebben met verschillende professionals die elk voor een onderdeel van de zorg verantwoordelijk zijn. Niemand is daarbij verantwoordelijk voor het geheel. Zorgverlening die is gericht op het zo lang mogelijk gezond en zelfredzaam houden van mensen vergt coördinatie, communicatie, regievoering en mogelijk zelfs gedeelde verantwoordelijkheid. De groeiende zorgvraag vereist meer samenwerking tussen de klassieke domeinen: preventie, zorg en welzijn. De proeftuinen die ik ga volgen, gaan op innovatieve wijze aan de slag met deze samenwerking en daarom ben ik benieuwd naar de uitkomsten.

In de brieven over de hervorming van de langdurige zorg (Kamerstuk 30 597, nr. 368) en mantelzorg (Kamerstuk 30 169, nr. 28) wordt door de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport uitgebreid ingegaan op de veranderende rol van de patiënt en zijn of haar sociale omgeving. Hij benoemt dat de noodzaak voor de hervorming van de langdurige zorg allereerst ingegeven is vanuit de veranderende eisen die mensen stellen aan de kwaliteit van het leven. Mensen willen zo lang mogelijk thuis in hun eigen omgeving wonen en niet eenzaam zijn. De hervorming is erop gericht de zorg en ondersteuning voor ouderen en mensen met een beperking aan te passen aan die wens. Dat vraagt een andere organisatie van zowel de zorg die door professionals wordt gegeven als de ondersteuning die hun naasten hierbij kunnen bieden: wanneer mensen langer in hun omgeving willen blijven wonen zal er ook meer van die omgeving worden gevraagd. Het vergroten van de betrokkenheid van de samenleving (meer voor elkaar zorgen) is het tweede motief van de hervorming van de langdurige zorg. De vraag is hoe we in Nederland uitdrukking geven aan onze betrokkenheid bij kwetsbare burgers. De overheid wil een goede balans tussen informele ondersteuning en zorg, wat mensen voor elkaar doen, en de formele zorg en ondersteuning. Wanneer er formele zorg nodig is, moet die beschikbaar zijn.

Een andere vraag van de SP-fractie heeft betrekking op het doen van de was voor bewoners zonder dit in rekening te brengen. De keuze om voor aanvullende producten of diensten, zoals de waskosten, wel of geen betaling te vragen is een afweging van de zorgaanbieder in overeen-



stemming met de cliëntenraad van de instelling. Dit geldt waar het het wassen van kleding betreft. Het wassen van platgoed (beddengoed, handdoeken en washandjes) is onderdeel van de verstrekking, dat mag sowieso niet worden doorberekend.

Dan is er nog een vraag over het organiseren dat bewoners geregeld naar buiten kunnen hetgeen zorguren kost in een zorgzwaartepakket als er onvoldoende begeleiding in zit. Een zorgzwaartepakket is flexibel inzetbaar. De verschillende onderdelen aan zorg die uit het budget geleverd kunnen worden zijn substitueerbaar in een pakket, maar ook tussen cliënten onderling. Het pakket schrijft niet voor op welke wijze de zorg inhoudelijk ingevuld moet worden. De ene dag heeft de ene cliënt meer zorg nodig dan de ander, de ruimte om daar flexibel mee om te gaan moet er zijn.

#### *Vervolgproces*

In de komende maanden zal ik, in samenspraak met de proeftuinen en de betrokken (overheids)organisaties, keuzes maken over de wijze waarop we gezamenlijk dit traject in gaan. Bijvoorbeeld over de wijze waarop we de voortgang en uitkomsten gaan monitoren en de wijze waarop ik ondersteuning zal bieden aan de proeftuinen.

Ik geef hierbij nadrukkelijk aan dat een voorbehoud gemaakt moet worden, omdat het hier gaat om een leertraject waar zowel de proeftuinen als ik zelf open in gaan en waar ruimte is om bepaalde zaken te ontwikkelen in plaats van dat alles van te voren in de steigers staat. Om deze reden kan ik op dit moment geen uitsluitel geven over de mogelijke gevolgen voor mijn beleid, waarover de leden van de fracties van de PvdA en de SP vragen stelden.

Tot slot lees ik in diverse vragen van de fracties een behoefte aan meer informatie over de verschillende proeftuinen, hun organisatie, de betrokkenheid van de verschillende domeinen, de vertegenwoordiging van cliënten en hoe men financieringsprikkel vorm geeft. Hiervoor verwijs ik uw Kamer naar de toekomstige rapportages die gedurende de komende periode steeds meer zicht zullen geven op de keuzes die lokaal worden gemaakt, het waarom van die keuzes, de ontwikkelingen en uiteindelijk – op z'n vroegst na drie jaar – de uitkomsten ervan. Tussentijds zullen de staatssecretaris en ik u met deze rapportages zo goed mogelijk informeren over de ontwikkelingen van de verschillende proeftuinen.