



De Voorzitter van de Eerste Kamer
der Staten-Generaal
Postbus 20017
2500 EA DEN HAAG

Ons kenmerk	Inlichtingen bij	Doorkiesnummer	Den Haag
CZ/EZ 2691562			
Onderwerp		Bijlage(n)	Uw brief
Voorhang aanwijzing WTG bekostiging eerstelijnsamenwerkingsverbanden			

Inleiding

Hierbij informeer ik u, op grond van artikel 14 van de Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG), over de zakelijke inhoud van mijn voornemen om het College Tarieven Gezondheidszorg CTG/Zaio) een aanwijzing te geven voor de uitwerking van een nieuw bekostigingssysteem van geïntegreerde eerstelijnsamenwerkingsverbanden. De aanwijzing zal, zoals onder de WTG gebruikelijk is, een gedetailleerde inhoud bevatten. In de toekomst met de Wet Marktordening Gezondheidszorg (WMG) is in dit kader een grotere rol weggelegd voor de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Overeenkomstig genoemd artikel zal tot het geven van de aanwijzing niet eerder worden overgegaan dan nadat tien dagen verstreken zijn na verzending van deze brief. Het CTG/Zaio zal een kopie van deze brief ontvangen.

Naar een geïntegreerde eerstelijnszorg

Zoals ik in mijn beleidsvisie *De toekomstbestendige eerstelijnszorg* (november 2003 CZ/EZ/2431353) en de *Intentieverklaring versterking eerstelijnszorg* (oktober 2004 CZ/EZ/2511922) heb geschreven, wil ik stimuleren dat het veld zich inzet voor een geïntegreerde eerste lijn. Geïntegreerde eerstelijnsamenwerkingsverbanden kunnen een belangrijke meerwaarde leveren in de zorg. Een sterke eerstelijnszorg voorkomt dat patiënten onnodig gebruik maken van duurdere specialistische of intramurale zorg zodat deze beschikbaar blijft voor degenen die dit echt nodig hebben. Door multidisciplinaire samenwerking wordt op ketenniveau zorg geleverd, zoals bijvoorbeeld diabeteszorg of Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD). Hierdoor vindt substitutie plaats uit de tweede lijn, waardoor er doelmatigere zorg geleverd wordt en de toekomstige toenemende zorgvraag beter opgevangen kan worden. Tevens bieden multidisciplinaire samenwerkingsvormen meer mogelijkheden om taken te delegeren.

Om dit te bereiken moeten zorgverzekeraars specifieke afspraken met zorgaanbieders kunnen maken op lokaal niveau die beter aansluiten bij de individuele behoeften en wensen van hun verzekerden/patiënten voor diverse soorten samenwerkingsvormen in de eerste lijn. Hiervoor is een nieuwe bekostigingssystematiek noodzakelijk. Uiteraard dienen de eerstelijnsamenwerkingsverbanden de mededinging niet te beperken. In de Richtsnoeren Zorg van de NMa worden mogelijkheden voor samenwerking nader uitgewerkt. Zie ook de toelichting hierop in de brief die ik in december 2005 hierover naar de Tweede Kamer heb gestuurd.¹

¹ Tweede Kamer, vergaderjaar 2005–2006, 30 300 XVI, nr. 110

Van subsidie naar WTG/WGM-bekostiging

Ik ben al enige tijd voornemens de tijdelijke premiesubsidieregelingen gezondheidscentra/zwaarder gestructureerde samenwerkingsverbanden ten laste van het Zorgverzekeringsfonds (via het College voor zorgverzekeringen) te vervangen door een bekostigingsregeling onder de Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG) (in de toekomst Wet Marktordening Gezondheidszorg (WMO)). De huidige subsidieregelingen zijn zowel bedoeld voor de incidentele extra kosten die gemaakt worden in de aanloopfase bij het opzetten van een centrum, als structurele huisvestingskosten, managementkosten en samenwerkingskosten. De regelingen zijn ingewikkeld en inflexibel en passen niet in het nieuwe stelsel, waarbij vraagsturing en onderhandelingsvrijheid voor verzekeraars een feit zijn. Kortom, deze regelingen zijn niet doelmatig en daardoor achterhaald. Het afbouwen van deze subsidieregelingen maakt tevens deel uit van het beleid ten aanzien van de premiesubsidies (Kamerstukken II, 2003/04, 29 214, nr. 9).

De nieuwe bekostiging zal geïntegreerde samenwerkingsverbanden moeten kunnen faciliteren bij het leveren van toegankelijke, doelmatige en kwalitatief goede zorg in de toekomst. In deze brief wil ik u informeren hoe ik de nieuwe bekostiging voor geïntegreerde eerstelijnsamenwerkingsverbanden vorm wil geven. Ik zal hierbij toelichten welke afwegingen ik daarbij heb gemaakt. Deze inhoudelijke uitgangspunten vormen de basis voor de aanwijzing aan het CTG/ZAio. Daarbij heb ik zoveel mogelijk rekening gehouden met de wensen van de partijen.

Aanwijzing

In Zorgnota 2001 (pagina 85, paragraaf 3.3.3.3) heb ik al aangekondigd dat de subsidieregelingen voor gezondheidscentra worden beëindigd. Sindsdien is er regelmatig overleg geweest met de Landelijke Vereniging voor Georganiseerde eerste lijn (LVG) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) over de wijze van bekostiging voor geïntegreerde eerstelijnsamenwerkingsverbanden. Aangezien het van groot belang is dat de nieuwe bekostiging per 1 januari 2007 geïmplementeerd wordt, voel ik mij genoodzaakt door middel van een aanwijzing aan het College Tarieven Gezondheidszorg/ Zorgautoriteit in oprichting (CTG/ ZAio) dit te bewerkstelligen.

Overgangstraject voor de jaren 2007 en 2008: rechtstreekse betaling gedeeltelijk handhaven.

Ik ben mij ervan bewust dat een nieuw bekostigingssysteem veranderingen met zich mee brengt voor alle betrokken partijen. Zowel de huidige gezondheidscentra als de zorgverzekeraars zullen enige tijd nodig hebben om naar de nieuwe regeling toe te groeien. Om de continuïteit te waarborgen heb ik, in overleg met de partijen, gekozen voor een degelijke afbouwregeling voor de huidige gezondheidscentra. Mijn keuze voor de toekomstige bekostiging geïntegreerde eerstelijnsamenwerkingsverbanden kent daardoor vanaf 1 januari 2007 een degelijk overgangstraject met diverse bekostigingsstromen voor de duur van 2 jaar.

Per 2009 (of eerder indien mogelijk) zal een nieuwe bekostigingsconstructie ontwikkeld worden, waarin vraagsturing en onderhandelingsvrijheid van verzekeraars uitgangspunt is.

De toekomstige bekostiging voor de overgangsjaren 2007 en 2008 zal er als volgt uitzien:



- A. De uitkering vanuit het Zorgverzekeringsfonds wordt door het CVZ betaald aan gezondheidscentra. Het CVZ biedt de huidige gesubsidieerde gezondheidscentra een garantie van 90% in het jaar 2007 (conform de vastgestelde subsidie, prijspeil 2005) en 60% in het jaar 2008 (conform de vastgestelde subsidie, prijspeil 2005) van het totale bestede bedrag in 2005.
- Voor gezondheidscentra die in 2006 zijn gestart en gezondheidscentra in de aanloopfase die in 2003, 2004 en 2005 van start zijn gegaan geldt een andere bekostigingswijze. Hierop kom ik later in deze brief terug.
 - De (dominante) zorgverzekeraar en gezondheidscentrum plegen regelmatig, in ieder geval eenmaal per jaar, overleg over de inzet van de middelen (inclusief aanloopcentra) en komen zo mogelijk tot afspraken. Daar waar overeenstemming is tussen de lokale verzekeraar en het geïntegreerde eerstelijnsamenwerkingsverband over de inzet van de gegarandeerde uitkeringen (90/60%) is de verzekeraar verantwoordelijk voor de besteding van de gelden. Over het jaar 2007 en 2008 zal het ministerie van VWS deze verzekeraars (via ZN) en de Landelijke Vereniging voor Georganiseerde eerstelijns (LVG) vragen te rapporteren (door middel van jaarrekeningen) over de inzet en besteding van de gelden van alle gezondheidscentra die aanspraak maken op de gelden. Hierbij kan worden aangesloten bij de bepalingen uit de Toezichtsovereenkomst.
 - De huidige aanloopcentra (inclusief Vinex-lokaties) verdienen een specifieke aanpak in verband met de voorinvestering die gemaakt moet worden. Ik heb met partijen hierover specifieke afspraken gemaakt.
- B. In 2007 komt via de WTG (WMG) ten laste van de zorgverzekeringswet:
- 10% van de totale in 2005 bestede subsidiegelden (exclusief aanloopcentra, prijspeil 2005);
 - De niet-bestede gelden van de totale in 2005 beschikbare subsidie (exclusief nieuwe Vinex-lokaties gestart in 2007);
 - De gelden van de gezondheidscentra die in 2006 van start zijn gegaan (conform de subsidie, prijspeil 2006).
- C. In 2008 komt via de WTG (WMG) ten laste van de zorgverzekeringswet:
- 40% van de totale in 2005 bestede subsidiegelden (exclusief aanloopcentra, prijspeil 2005);
 - De niet-bestede gelden van de totale in 2005 beschikbare subsidie (exclusief nieuwe Vinex-lokaties gestart in 2007 en 2008)
 - De gelden van de gezondheidscentra die in 2006 van start zijn gegaan (conform de subsidie, prijspeil 2006).
- De zorgverzekeraars hebben ook de mogelijkheid om extra middelen in te zetten die ze bijvoorbeeld kunnen halen uit substitutie van tweede naar eerstelijnszorg.

Voor optie B en C heb ik een drietal bekostigingsvarianten voor geïntegreerde eerstelijnsamenwerkingsverbanden overwogen.

1. Module voor orgaan geïntegreerde eerstelijnsamenwerkingsverband
2. Kop op alle huidige tarieven van eerstelijnszorgaanbieders.
3. Module op het inschrijftarief huisartsen (hierop is de keuze gevallen).

Toelichting bij 1: Module voor orgaan geïntegreerde eerstelijnsamenwerkingsverband

Een module 'geïntegreerde eerstelijnsamenwerkingsverband' die wordt betaald aan het orgaan geïntegreerde eerstelijnsamenwerkingsverband is niet mogelijk, aangezien Zorgverzekeringswet (Zvw) en de WMG uitgaan van een functionele omschrijving van zorg.

Toelichting 2: Kop op alle huidige tarieven van eerstelijnszorgaanbieders

Het voordeel van een kop op alle huidige tarieven van eerstelijnszorgaanbieders is dat de beroepsbeoefenaren die werken in het verband voor geïntegreerde eerstelijnszorg meer tot hun recht komen. Er wordt immers betaald voor feitelijke kosten. De reden om va deze optie af te zien is tweeledig:

- Berekenen van kop: deze constructie uitvoeringstechnisch is erg lastig aangezien het grootste deel van de werkzame beroepsbeoefenaren een verrichtingentarief kent. Er zal dan op iedere verrichting een opslag moeten komen. Dit bedrag moet gebaseerd worden op het aantal verrichtingen, maar daarvan zijn niet alle gegevens bekend. Zo ontstaat een systeem van nacalculatie met grote administratieve lasten.
- Eigen betalingen (no claim/ eigen risico): bij tweede compartimentzorg die onder de no-claimteruggaaf valt of waarvoor de verzekerde een vrijwillig eigen risico heeft, komen de kosten voor geïntegreerde eerstelijnsamenwerkingsverbanden ten laste van de no-claimteruggaaf respectievelijk het eigen risico. Bij derde compartimentszorg hangt het ervan af of de patiënt voor die zorg al dan niet een aanvullende verzekering heeft gesloten en welke vergoedingen deze biedt. Het gebruik van zorg in een geïntegreerd eerstelijnsamenwerkingsverband zal bij de patiënt niet gestimuleerd worden indien de patiënt de extra kosten die een dergelijk verband met zich meebrengt zelf moet betalen.

Toelichting 3: module op het inschrijftarief huisartsenzorg

Ik heb gekozen voor een module geïntegreerde eerstelijnsamenwerkingsverbanden te koppelen aan het inschrijftarief huisartsenzorg omdat de essentiële aanspraak bij samenwerkingsverbanden voor geïntegreerde eerste lijn "*de geneeskundige zorg, waaronder de integrale eerstelijnszorg zoals die door huisartsen en verloskundigen pleegt te geschieden*", is. Die medische huisartsenzorg is de centrale zorgvorm die ook de verbinding legt met (en zonodig tussen) de overige in het centrum aanwezige zorgdisciplines die de patiënt nodig heeft. De module op het inschrijftarief huisartsenzorg is daarom een redelijke en praktisch uitvoerbare beslissing. De module valt, naar wens van partijen, dan vanzelfsprekend buiten no-claim en vrijwillig eigen risico.

De module is geen integraal tarief van alle zorg die in het samenwerkingsverband wordt geleverd. De huidige tarieven van de vrije beroepers blijven gehandhaafd.

Het bezwaar dat de huisartsenzorg wel erg veel verantwoordelijkheden via deze constructie bij zich neergelegd krijgt, wordt op beleidsregelniveau ondervangen. In de beleidsregel van de WMG wordt de definitie van een geïntegreerd eerstelijnsamenwerkingsverband geformuleerd. Onder een geïntegreerd eerstelijnsamenwerkingsverband versta ik een samenwerkingsvorm in de vorm van een rechtspersoon, waarin een aantal beroepsbeoefenaren uit de eerste lijn met elkaar samenwerkt en een geïntegreerd op elkaar afgestemd doelmatig zorgaanbod levert. Het gaat hier om zwaardere en lichtere vormen van samenwerkingsverbanden. Dit betekent dat het eerstelijnsamenwerkingsverband

aangewezen wordt als hoofddeclarant van de module geïntegreerde eerstelijnsamenwerkingsverband. Dit wordt in de beleidsregel vastgelegd.

Bekostiging via de WTG (WMG)

Aan de hand van bovenstaande afwegingen kom ik tot de volgende lijn voor bekostiging van geïntegreerde eerstelijnsamenwerkingsverbanden die ik in mijn aanwijzing zal opnemen.

Jaren 2007 en 2008

1. De gelden genoemd onder punt B. en C. worden op basis van de WTG (WMG) bekostigd **in de vorm van een module**:
2. De module onder punt 1 komt bovenop het inschrijftarief huisartsenzorg (centrale discipline).
3. De module onder punt 1 loopt dan mee in de uitzonderingsbepalingen ten aanzien van no-claim/eigen risico van de Zorgverzekeringswet.
4. Voor de module onder punt 1 geldt een vrije prijs.
5. In de beleidsregel van CTG/ZAio wordt vastgelegd dat alleen een rechtspersoon (geïntegreerde eerstelijnsamenwerkingsverband) aanspraak kan maken op de module en hoofdcontractant/declarant is van de module.
6. De module onder punt 1 en 2 is geen trekkingsrecht maar wordt toegekend op basis van afspraken tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar(s) over prestaties die leiden tot efficiëntie- en/of kwaliteitsverbetering (contract/praktijkplan).
7. De module onder punt 1 en 2 is bedoeld voor bekostiging van geïntegreerde samenwerkingsverbanden en niet in het bijzonder voor gezondheidscentra zoals in de huidige subsidieregeling is omschreven.
8. Zorgverzekeraars en gezondheidscentra kunnen samen (praktische) afspraken over de module geïntegreerde eerstelijnszorg in samenhang met de uitkeringbedragen van 90% en 60% (zoals in punt 2 en 3 is beschreven) en de prestaties die daarvoor geleverd moeten worden in de jaren 2007 en 2008.

Vanaf 2009

9. Vanaf 1 januari 2009 (of eerder indien mogelijk) worden geïntegreerde eerstelijnsamenwerkingsverbanden voor 100% via de WTG (WMG) bekostigd. Het CTG/ ZAio wordt verzocht samen met de relevante partijen in de periode tot uiterlijk 30 juni 2008 een bekostigingsconstructie te ontwikkelen. De nieuwe bekostiging zal, via een systeem van vraagsturing en onderhandeling door verzekeraars en aanbieders, geïntegreerde samenwerkingsverbanden moeten kunnen faciliteren bij het leveren van toegankelijke, doelmatige en kwalitatief goede zorg in de toekomst. Bij de keus voor een nieuw bekostigingssysteem zal altijd een afweging gemaakt moeten worden tussen de baten van een nieuw systeem in relatie met de administratieve lasten. De wens van partijen is om samen met het CTG/Zaio te onderzoeken of bekostiging via een zelfstandige beleidsregel kan worden opgehangen aan een geïntegreerd eerstelijnsamenwerkingsverband (in plaats van te koppelen aan de beleidsregel huisartsenzorg). Tevens is de wens om te onderzoeken of de volledige productie van de disciplines, die onderdeel uitmaken van een geïntegreerd eerstelijnsamenwerkingsverband, via de eerstelijnsorganisatie bekostigd, gecontracteerd en gedeclareerd kan worden. Aangesloten wordt bij relevante wet- en regelgeving, waaronder de mededingingswet.

Module kent een vrije prijs in het jaar 2007 en 2008

De module geïntegreerde eerstelijnsamenwerkingsverbanden is een vrij tarief. Zoals ik al eerder heb aangegeven, zijn zorgverzekeraars en zorgaanbieders verantwoordelijk voor het leveren van doelmatige, kwalitatief goede zorg die toegankelijk en beschikbaar is voor de verzekerde/patiënt. Door de vrije module kunnen verzekeraars samen met aanbieders specifieke afspraken maken die beter aansluiten bij de individuele behoeften van patiënten. Ik ga er vanuit dat door de vrije module zorg van een betere prijs-/kwaliteitsverhouding geleverd wordt. Ik wil hierbij met nadruk zeggen dat de module geïntegreerde eerste lijn geen trekkingsrecht is. Zorgverzekeraars zijn verantwoordelijk voor het wel of niet contracteren en zijn ook honderd procent risicodragend.

Praktijkplan

In mijn visie heb ik gesteld dat partijen gezamenlijk kunnen bepalen voor welke doeleinden (zorgprogramma's, outputcriteria en dergelijke) en met welke toelatingseisen gecontracteerd wordt. Een essentiële voorwaarde hierbij is goede, toegankelijke informatie waarop gecontracteerd kan worden. Dit houdt in dat aanbieders en verzekeraars de verzekerden op eenvoudige wijze informatie geven over het zorgaanbod, de polisvoorwaarden en verzekeringsvormen. In mijn brief van 4 mei 2006 (CZ/EZ/2680889) heb ik u geïnformeerd over het praktijkplan geïntegreerde eerste lijn. Het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) heeft samen met het bureau KPMG Business Advisory Services en in nauwe samenwerking met eerstelijns zorgaanbieders en het ministerie van VWS een praktijkplan ontwikkeld. Het praktijkplan is een geschikt instrument om afspraken te maken over de bekostiging van de prestaties van vergaande geïntegreerde samenwerkingsverbanden. Deze afspraken kunnen betrekking op aandoeningen en/of patiëntencategorieën, waarbij deze aanpak tot een hoog niveau van kwaliteit en doelmatigheid leidt.

Het praktijkplan dient als instrument om aan de hand van een omgevingsanalyse lokaal afspraken te maken over een geïntegreerd zorgaanbod, dat op maat gesneden is naar de behoefte van de patiëntpopulatie. In het praktijkplan zijn alle belangrijke elementen die nodig zijn voor de contractering van een breed geïntegreerde eerste lijn opgenomen. Verzekeraars moeten zich inzetten voor een doelmatige inkoop én organisatie van zorg waarbij zij rekening houden met de wensen van patiënten/verzekerden. Ik adviseer partijen daarom te onderhandelen op basis van het praktijkplan.

Tot slot ben ik van mening dat partijen voldoende tijd krijgen zich voor te bereiden op een andere bekostigingswijze in het jaar 2009 en dat hierbij een redelijke termijn in acht is genomen om partijen te informeren. Ik raad partijen aan, Zorgverzekeraars Nederland en de Landelijke Vereniging voor Georganiseerde eerste lijn zich in te zetten om de zorg voor patiënten, geleverd door de huidige gesubsidieerde gezondheidscentra vanaf 1 januari 2007, beschikbaar, kwalitatief goed en toegankelijk te houden.

De Minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,

H. Hoogervorst