

Vergaderjaar 2017–2018

**33 578**

**Eerstelijnszorg**

**Nr. 54**

**VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG**

Vastgesteld 30 mei 2018

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft een aantal vragen en opmerkingen voorgelegd aan de Minister voor Medische Zorg over de brief van 16 januari 2018 over aanvullende geneeskundige zorg voor kwetsbare groepen in de eerste lijn (Kamerstuk 33 578, nr. 50).

De vragen en opmerkingen zijn op 9 maart 2018 aan de Minister voor Medische Zorg voorgelegd. Bij brief van 29 mei 2018 zijn de vragen, voorzien van een inleiding, beantwoord.

De voorzitter van de commissie,  
Lodders

Adjunct-griffier van de commissie,  
Krijger

## Inhoudsopgave

|     |  |   |
|-----|--|---|
| I.  | Vragen en opmerkingen vanuit de fracties   | 2 |
| II. | Reactie van de Minister voor Medische Zorg | 6 |

### I. Vragen en opmerkingen vanuit de fracties

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

De leden van de VVD-fractie hebben kennisgenomen van de brief betreffende «Aanvullende geneeskundige zorg voor kwetsbare groepen in de eerste lijn». Genoemde leden hebben daarover nog een aantal vragen en opmerkingen.

Bij de vormgeving van de Wet langdurige zorg (Wlz) is het voornemen uitgesproken om deze zorg voor specifieke doelgroepen onder te brengen in de Zorgverzekeringswet (Zvw). Deze leden vinden het in principe logisch om verzekerden zonder de behoefte aan Wlz-zorg onder de Zvw te brengen, omdat het hier niet gaat om een blijvende behoefte aan permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid. Deze leden vinden het belangrijk dat het voor patiënten en zorgprofessionals duidelijk is bij wie zij op welk moment met welke zorgvraag terecht kunnen. Kan de Minister aangeven hoe hier in dit geval sprake van is?

De leden van de VVD-fractie willen graag inzicht in de ervaringen tot nu toe met de «Tijdelijke subsidieregeling extramurale behandeling» (hierna: de subsidieregeling). Hoe heeft de subsidieregeling gewerkt? Hoe was de ervaring van patiënten met deze tijdelijke regeling? Voorts vragen genoemde leden hoe de ervaring van zorgprofessionals ermee was. Welke voor- en nadelen heeft deze tijdelijke subsidieregeling ten opzichte van het onderbrengen onder de Zvw? Wat zijn de gevolgen van het onderbrengen onder de Zvw voor patiënten? Tenslotte vragen deze leden wat de gevolgen zijn voor de zorgprofessionals.

De leden van de VVD-fractie vragen of de Minister een toelichting kan geven op de gevolgen voor de zorgpremie van het onderbrengen van de aanvullende geneeskundige zorg voor kwetsbare groepen onder de Zvw. Welke gevolgen heeft de overheveling voor de uitgaven voor deze zorg? Genoemde leden vragen dit in het bijzonder, omdat de NZa een volumegroei verwacht door gewenste substitutie, de maatschappelijke trend om langer zelfstandig thuis te wonen en het vervallen van de indicatiestelling door het Centrum indicatiestelling zorg (CIZ). Op welke wijze is de Minister voornemens grip te houden op de kosten? Welke invloed heeft het al dan niet invoeren van het eigen risico (eventueel voor delen) op de kosten? Deze leden vragen bovendien hoe dat geldt voor de inzet van het macrobeheersingsinstrument. Welke mogelijkheden ziet de Minister om hierover afspraken te maken in de nieuwe hoofdlijnenakkoorden?

Vervolgens vragen deze leden hoe de financiering van de subsidieregeling nu geregeld is. Als de subsidieregeling uit de begroting wordt gefinancierd, worden de middelen voor deze regeling na het onderbrengen onder de Zvw ook geschrapd in de begroting, of wordt op dat moment bezuinigd? Hoe wordt anders voorkomen dat het gevolg zou kunnen zijn dat mensen via de zorgpremie extra gaan betalen?

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft in haar advies aangegeven dat voorafgaand aan de uitwerking in prestaties en tarieven door de Minister nog een aantal besluiten moet worden genomen. In de brief wordt nog geen duidelijkheid gegeven over de keuzes of de richting die de Minister op wil. Deze leden vragen of de Minister al meer duidelijkheid kan geven over de gewenste richting. Zo nee, waarom niet? Wanneer worden deze keuzes gemaakt, zo vragen deze leden. Hoe wordt de Tweede Kamer daarbij betrokken?

De leden van de VVD-fractie lezen voorts in de brief dat de Minister deze overheveling naar de Zvw wil bezien in samenhang met het eerstelijnsverblijf (ELV) en de (ambulante) geriatrische revalidatiezorg (GRZ). Wat zijn volgens de Minister de criteria om iets wel of niet onder te brengen onder de Zvw? Wanneer komt de Minister met voorstellen met betrekking tot ELV en GRZ in relatie tot de Zvw?

De keuzes kunnen gevolgen hebben voor de administratieve lasten bij zorgaanbieders en dus zorgprofessionals. Klopt het dat de administratieve lasten toenemen, omdat de prestaties niet langer geclusterd in rekening kunnen worden gebracht, maar per patiënt? Hoe neemt de Minister het punt van de administratieve lasten mee in de uiteindelijke afweging?

De NZa adviseert om toe te werken naar een multidisciplinaire, integrale vorm van bekostiging van deze zorg in de Zvw. Het realiseren daarvan is op korte termijn niet haalbaar en uitvoerbaar. Genoemde leden vragen waarom een multidisciplinaire integrale vorm van bekostiging niet haalbaar en uitvoerbaar is. Wat zijn de voor- en nadelen van een dergelijke bekostiging? In hoeverre worden na de overheveling voldoende zorgarrangementen geboden die passen bij thuiswonende cliënten? Deze leden vragen in hoeverre thuiswonende cliënten ook keuzevrijheid krijgen bij de inrichting van de zorg.

De leden van de VVD-fractie lezen dat bij de uitwerking van de prestatiebeschrijvingen de terminologie in lijn wordt gebracht met de terminologie in de Zvw. Genoemde leden vragen de Minister op welke wijze ervoor wordt gezorgd dat de nieuwe terminologie herkenbaar is en blijft in de praktijk. Is het mogelijk dat de aanpassing van de terminologie voor de Zvw effect heeft op de inhoud van de zorg?

Deze leden vragen waarom het vrijgeven van de tarieven op dit moment niet wenselijk is (zoals de NZa aangeeft). Welke gevolgen zou dit hebben voor de kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid?

De zorg en behandeling die specialisten ouderengeneeskunde buiten het verpleeghuis leveren wordt ook gedeeltelijk vanuit de subsidieregeling gefinancierd. Deze leden vragen hoe de financiering van de zorg en behandeling die specialisten ouderengeneeskunde buiten het verpleeghuis bieden er momenteel uitziet. Voorts vragen deze leden hoe de financiering er straks uit zal zien na de overheveling van de aanvullende geneeskundige zorg voor kwetsbare groepen naar de Zvw en het vervallen van de subsidieregeling. Deze leden vragen de Minister of voor specialisten ouderengeneeskunde en andere betrokken partijen die dat willen de mogelijkheid bestaat om gebruik te maken van de facultatieve prestatie eerstelijnsdiagnostiek door medisch-specialisten.

Hoe ziet de Minister in het verlengde hiervan de toekomstige financiering van de specialist ouderengeneeskunde? Tenslotte vragen deze leden welke mogelijkheden de Minister ziet voor een aparte aanspraak voor de specialist ouderengeneeskunde in de Zvw.

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

De leden van de CDA-fractie maken graag van deze mogelijkheid gebruik enkele vragen te stellen over genoemde brief van de Minister en het onderzoek van de NZa. Genoemde leden lezen in de brief dat het de behandeling betreft van mensen met een somatische- of psychogeriatrische aandoening, met een lichamelijke beperking of (meerderjarigen) met een verstandelijke handicap. Dit is een zeer brede doelgroep van mensen met aandoeningen die ook al vaak (voor een langere periode) onder de medisch specialist vallen. Kan de Minister toelichten wat het verschil is tussen extramuraal behandeling volgens deze subsidieregeling en behandeling door de medisch specialist? Dus wanneer kan de zorg aan deze doelgroep door professionals in de eerste lijn gegeven worden en wanneer kan dit niet, zo vragen deze leden.

De leden van de CDA-fractie lezen dat de NZa adviseert om toe te werken naar een multidisciplinaire, integrale vorm van bekostiging van deze zorg in de Zvw. De NZa stelt dat een dergelijke bekostiging het multidisciplinaire karakter van deze zorg ondersteunt en recht doet aan de specifieke expertise die veelal nodig is voor deze patiënten. Genoemde leden vragen de Minister om bij de verdere uitwerking van eventuele voorstellen van aanvullende geneeskundige zorg voor kwetsbare groepen, de resultaten van de pilots van de integrale bekostiging in de verloskundige zorg mee te nemen. In het bijzonder vanuit het perspectief van de patiënt. Deze leden zouden graag meer inzicht krijgen in hoeverre integrale bekostiging voor de patiënt (hier: de zwangere) werkt en of de patiënt hiermee gebaat is. Verder stelt de Minister een aantal aspecten aan de orde waar nog een besluit over genomen moet worden. Deze leden vragen de Minister een tijdsplan te geven wanneer het een en ander besloten wordt. Een besluit dat genomen moet worden, zo lezen deze leden, is het al dan niet van toepassing zijn van het eigen risico op aanvullende geneeskundige zorg of delen hiervan. Kan de Minister aangeven wie dit gaat beoordelen en hoe? Kan de Minister de leden van de CDA-fractie tevens toezeggen dat rekening wordt gehouden met het feit dat de genoemde doelgroepen vaak aan het begin van het jaar het eigen risico al kwijt zijn? De Minister stelt in zijn reactie op het onderzoek van de NZa dat hij «deze» uitbreiding van de eerste lijn in samenhang beziet met het ELV en de (ambulante) GRZ. Daarbij is het uitgangspunt dat wettelijke aanspraken en bekostiging moeten bijdragen aan het leveren van goede zorg voor iedereen, op het juiste moment, op de juiste plek en door de juiste zorgverlener. Voor de zorgprofessionals en patiënten moet duidelijk zijn wie op welk moment met welke zorgvraag waar terecht kan. Dat lijkt de leden van de CDA-fractie een goed uitgangspunt, maar zij vragen wel hoe de Minister de uitbreiding beziet met het ELV en de (ambulante) GRZ. Genoemde leden maken uit het onderzoek van de NZa op dat het vaak behandeling betreft na de revalidatiefase. Mensen die gebruik maken van ELV en GRZ zijn toch echter vaak ouderen? Er wordt toch ook gebruik gemaakt van de subsidieregeling door doelgroepen met een lichamelijke beperking of (meerderjarigen) met een verstandelijke handicap? Kortom hoe verhouden deze verschillende aspecten zich tot elkaar?

### **Vragen en opmerkingen van de D66-fractie**

De leden van de D66-fractie hebben kennisgenomen van de onderhavige brief en hebben hierover nog enkele vragen. Genoemde leden lezen dat volgens de NZa het realiseren van multidisciplinaire bekostiging van de aanvullende geneeskundige zorg – die doorgaans geleverd wordt door een multidisciplinair team – op korte termijn niet haalbaar en uitvoerbaar is en dat de NZa daarom adviseert in eerste instantie aan te sluiten bij de huidige (deels monodisciplinaire) subsidieprestatie. Deze leden vragen of de Minister van mening is dat een multidisciplinaire bekostiging inderdaad de voorkeur heeft en op welke termijn hij dit haalbaar acht. De leden van de D66-fractie lezen dat de NZa aangeeft dat het advies voor bekostiging per 1 januari 2019 haalbaar is indien de politieke besluiten in het eerste kwartaal van 2018 worden genomen. De Minister kiest er echter voor om de Kamer voor de zomer te informeren over het vervolgtraject, waardoor de aanvullende geneeskundige zorg (op zijn vroegst) per 1 januari 2020 in de Zvw kan worden ondergebracht. Als een van de redenen wordt hiervoor genoemd dat de uitbreiding van de eerste lijn in samenhang bezien zou moeten worden met het ELV en met de (ambulante) GRZ. Kan de Minister nader ingaan op deze samenhang? Wordt de aanvullende zorg gericht op de functionele autonome niet juist vaak in de thuissituatie gegeven? Waarom is het onderbrengen van deze aanvul-

lende zorg onder de Zvw dan afhankelijk van het ELV en de (ambulante) GRZ, zo vragen deze leden.

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

De leden van de GroenLinks-fractie hebben kennisgenomen van het advies van de NZa en de reactie van de Minister. Zij hebben hierover nog enkele vragen.

Genoemde leden vragen wanneer multidisciplinaire vormen van integrale bekostiging wel beschikbaar zijn, en hoe ervoor wordt gezorgd dat voldoende passende zorg wordt geboden bij mensen die langer thuis wonen. Hoe is de keuzevrijheid van verschillende vormen van zorg per 2020 en met eventuele invoering van multidisciplinaire integrale bekostiging gewaarborgd? Deze leden vragen bovendien hoe patiënten worden bereikt en geïnformeerd over de zorg die zij gaan ontvangen.

De leden van de GroenLinks-fractie missen in de brief van de Minister duidelijkheid over het al dan niet laten vallen van (delen van) aanvullende geneeskundige zorg onder het eigen risico. Zij vragen de Minister hierover meer duidelijkheid te bieden. Ook vragen genoemde leden de Minister redenen te geven over het wel of niet uitzonderen van het eigen risico. Hoe gaat deze besluitvorming er precies uitzien? Deze leden vinden het verstandig om deze zorg uit te zonderen van het eigen risico, zodat mensen de zorg krijgen die zij nodig hebben en deze niet gaan mijden.

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

De leden van de SP-fractie hebben kennisgenomen van voornoemde brief van de Minister. Over de brief en het advies van de NZa hebben zij de volgende opmerkingen en vragen.

Genoemde leden hechten veel waarde aan de rol van goede aanvullende geneeskundige zorg dichtbij huis. Vooral nu mensen verplicht worden langer thuis te blijven wonen is het van groot belang dat de zorg thuis goed geregeld is. Een adequate financiering maakt hier deel van uit. Deze leden vragen of de Minister kan aangeven hoe groot de doelgroep precies is. Verwacht de Minister dat het aantal mensen dat aanspraak kan maken op aanvullende geneeskundige zorg in de eerste lijn hetzelfde blijft, wanneer de financiering uit de Zvw plaatsvindt? Kan de Minister garanderen dat de mensen om wie het gaat geen hinder zullen ondergaan van de overgang van de subsidieregeling naar de Zvw? Deze leden vragen bovendien of sprake is van aanvullende regels om aanspraak te kunnen maken op de desbetreffende zorg, zodra financiering vanuit de Zvw gaat plaatsvinden. Kan de Minister aangeven hoe hij de vinger aan de pols gaat houden bij de mensen om wie het gaat, zodat hij mogelijke negatieve effecten van de overgang direct aan kan pakken?

De Minister schrijft in zijn brief dat de NZa zal toewerken naar een multidisciplinaire, integrale vorm van bekostiging van aanvullende geneeskundige zorg in de Zvw. Het is niet haalbaar om op korte termijn multidisciplinaire bekostiging voor deze zorg te realiseren en daarom wordt voor de korte termijn aangesloten bij de huidige subsidieprestaties. Deze leden vragen wat voor gevolgen het aansluiten bij huidige de subsidieprestaties zal hebben voor zorgaanbieders.

Voorts wijzen de leden van de SP-fractie graag op het belang van het niet toepassen van het eigen risico op aanvullende geneeskundige zorg. Genoemde leden achten de kans groot dat de desbetreffende kwetsbare doelgroep af zal zien van behandeling wanneer hiervoor betaald moet worden. De zorg waar het om gaat betreft het verbeteren van functionele autonomie, voorkomen van verergering van beperkingen en het leren omgaan met beperkingen. Deze leden benadrukken dat het betalen van een eigen risico een ongewenst effect zou hebben en door de desbetreffende doelgroep zou worden gevoeld als een boete op ziek zijn. Beamt

de Minister dat het invoeren van een eigen risico voor aanvullende geneeskundige zorg in de eerste lijn een zeer onwenselijke ontwikkeling zou zijn?

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

De leden van de ChristenUnie-fractie hebben kennisgenomen van de onderhavige brief.

Genoemde leden zijn van mening dat degelijke financiering van aanvullende geneeskundige zorg voor kwetsbare groepen, zoals zorg van een specialist ouderengeneeskunde, eraan kan bijdragen dat ouderen niet of later in een verpleeghuis of ziekenhuis terechtkomen. Nu komen jaarlijks nog 300.000 kwetsbare ouderen terecht op de spoedeisende hulp, terwijl dit wellicht niet nodig was geweest.

Deze leden zien graag dat er een multidisciplinaire, integrale vorm van bekostiging van zorg in de Zvw komt. Zij vragen de Minister om nader toe te lichten waarom dit op korte termijn niet haalbaar en uitvoerbaar is.

De NZa adviseert aan te sluiten bij de huidige bekostigingsprestaties. Deze leden vragen of de Minister hierbij serieus wil kijken of een aparte bekostigingsprestatie specifiek voor zorgverlening door de specialist ouderengeneeskunde mogelijk is.

De Minister geeft in zijn brief aan dat meer voorbereidingstijd nodig is en dat het onderbrengen van aanvullende geneeskundige zorg voor kwetsbare groepen in de eerste lijn pas per 1 januari 2020 mogelijk is. Kan de Minister aangeven hoe het tijdspad, ook met het oog op de politieke besluiten die nog genomen moeten worden over onder meer het al dan niet van toepassing zijn van het eigen risico, tot 1 januari 2020 eruit ziet? Deze leden vragen of de Minister tevens bereid is om beroepsvereniging Verenso en andere beroepsverenigingen te betrekken bij zijn besluitvorming.

Voorts vragen deze leden de Minister om te onderbouwen dat het subsidieplafond in de subsidieregeling de komende twee jaar voldoende is om aan de groeiende vraag naar aanvullende geneeskundige zorg voor kwetsbare groepen in de eerste lijn te voldoen.

## **II. Reactie van de Minister voor Medische Zorg**

### **Inleiding**

Hierbij zend ik mijn reactie op het Verslag Schriftelijk Overleg (VSO) inzake de aanbieder van het advies van de NZa en het voornemen om aanvullende geneeskundige zorg voor kwetsbare groepen onder te brengen in de eerste lijn per 2020 (Kamerstuk 33 578, nr. 50).

Het is mijn voornemen om de Tweede Kamer direct na de zomer te informeren over de manier waarop ik aanvullende geneeskundige zorg wil onderbrengen in de Zvw, de beoogde aanpak en een tijdspad. Ik zal dat bezien in samenhang met het eerstelijns verblijf (ELV) en de (ambulante) geriatrische revalidatie zorg (GRZ). In deze brief zal ik ook mijn visie schetsen op het al dan niet toepassen van het eigen risico, beperkingen en voorwaarden van het pakket (bijvoorbeeld met betrekking tot paramedische zorg) en dergelijke. Ik ga daarna graag met de Kamer en met betrokken partijen in gesprek en hoop ultimo 2018 besluiten te kunnen nemen.

## I. Algemeen

Ik dank de leden van de VVD-fractie, CDA-fractie, D-66-fractie, Groenlinks-fractie, SP-fractie en de ChristenUnie-fractie voor hun vragen en opmerkingen ten aanzien van Aanvullende geneeskundige zorg voor kwetsbare groepen in de eerste lijn (33 578 nr. 50).

### Vragen en opmerkingen van de VVD-fractie

*Deze leden vinden het belangrijk dat het voor patiënten en zorgprofessionals duidelijk is bij wie zij op welk moment met welke zorgvraag terecht kunnen. Kan de Minister aangeven hoe hier in dit geval sprake van is?*

Mensen kunnen in eerste instantie met hun zorgvraag terecht bij hun huisarts. Als aanvullende geneeskundige zorg nodig is kan de huisarts mensen doorverwijzen naar de juiste zorgverlener, zoals de specialist ouderengeneeskunde of de arts verstandelijk gehandicapten. Ik vind het belangrijk dat zorg op de juiste plek gegeven wordt. En dat de huisarts, samen met de specialist ouderengeneeskunde en de arts verstandelijk gehandicapten, beter in staat is om de generalistische geneeskundige zorg samenhangend en dichtbij mensen te organiseren en hun mantelzorgers daarbij te betrekken. Ook als er tijdelijk intensievere zorg of eventueel tijdelijk verblijf nodig is. Dit stelt kwetsbare mensen in staat om beter te functioneren, verergering van klachten te beperken en langer verantwoord thuis te wonen. Daarom wil ik deze uitbreiding van de eerste lijn met aanvullende geneeskundige zorg dan ook bezien in samenhang met het eerstelijnsverblijf (ELV) en de (ambulante) geriatrische revalidatiezorg (GRZ).

*De leden van de VVD-fractie willen graag inzicht in de ervaringen tot nu toe met de «Tijdelijke subsidieregeling extramurale behandeling» (hierna: de subsidieregeling). Hoe heeft de subsidieregeling gewerkt? Hoe was de ervaring van patiënten met deze tijdelijke regeling? Voorts vragen genoemde leden hoe de ervaring van zorgprofessionals ermee was.*

Naar het gebruik van de subsidieregeling en de ervaringen van patiënten en zorgprofessionals met de subsidieregeling laat ik onderzoek doen. Ik zal u de resultaten na de zomer toesturen.

*Welke voor- en nadelen heeft deze tijdelijke subsidieregeling ten opzichte van het onderbrengen onder de Zvw? Wat zijn de gevolgen van het onderbrengen onder de Zvw voor patiënten? Ten slotte vragen deze leden wat de gevolgen zijn voor de zorgprofessionals.*

Tot 2015 viel de zorgverlening onder de langdurige zorg (de toenmalige AWBZ). Het betreft zorg gericht op het behouden van de functionele autonomie van de patiënt. De patiënt leert zowel fysiek als psychisch om te gaan met zijn beperkingen. Hoe blijft de patiënt zelfredzaam in zijn eigen omgeving. Ook het systeem van de patiënt (de mantelzorg) wordt bij de behandeling betrokken. Met deze zorg worden mensen en hun mantelzorgers beter in staat gesteld langer thuis te blijven wonen. Deze zorg wordt nu vooral nog geleverd door instellingen die Wlz-zorg leveren en wordt via de subsidieregeling door zorgkantoren ingekocht, terwijl de patiënten verder niet onder de Wlz vallen. Door deze zorg onder te brengen in de Zvw krijgt deze zorg een reguliere plek in de eerste lijn. Daarmee kan de zorg als onderdeel van de eerstelijnszorg worden ingekocht en valt de zorg onder de zorgplicht van de verzekeraar. Deze zorg is nu nog volledig vergoed, bij overheveling naar de Zvw moet worden bekeken of – en zo ja in welke mate – eigen risico en eigen bijdragen van toepassing zijn.

Voor patiënten betekent deze wijziging dat deze zorg een verzekerd recht wordt die in de polissen van de zorgverzekeraars wordt opgenomen. Voor zorgprofessionals verandert de indicatiestelling voor deze behandeling. Onder de subsidieregeling is het Centraal Indicatieorgaan Zorg (CIZ) verantwoordelijk voor de indicatiestelling. Binnen de Zvw vervalt de indicatiestelling door het CIZ en is er sprake van verwijzing naar deze behandeling door zorgprofessionals. Voor zorgaanbieders is het de bedoeling dat met deze wijziging de bekostiging van zorg minder gefragmenteerd is omdat deze behandeling wordt ondergebracht in de Zvw. Voor zorgverzekeraars betekent deze wijziging dat zij zorgplicht krijgen voor deze zorg binnen de Zvw en daarmee in positie worden gebracht om deze zorg in de eerstelijns te positioneren. Verzekeraars krijgen daarmee meer mogelijkheden in handen om bij te dragen aan het verlichten van de inzet van de huisarts en het voorkomen van onnodige ziekenhuisopnames.

*De leden van de VVD-fractie hebben gevraagd naar de gevolgen van de overheveling voor de uitgaven voor deze zorg en de beheersing daarvan?*

De NZa<sup>1</sup> verwacht na onderbrenging van deze zorg in de Zvw een verschuiving van volume door gewenste substitutie van tweedelijns (medisch-specialistische) zorg naar deze zorgvormen. De NZa verwacht ook dat er meer aanspraak op aanvullende geneeskundige zorg zal worden gemaakt vanwege het ingezette beleid en de maatschappelijke trend om langer thuis te wonen. Partijen hebben daarnaast bij de NZa aangeven dat bekostiging onder de subsidieregeling soms onduidelijk is en moeizaam op gang komt en dat daardoor volgens partijen niet alle zorgvragen en/of patiënten nu in beeld zouden zijn. Als dit onder de Zvw gemakkelijker gaat, zou volgens de NZa een groter beroep op aanvullende geneeskundige zorg worden gedaan dan nu het geval is.

Op dit moment is nog niet duidelijk op welke manier de aanvullende geneeskundige zorg in de Zvw zal landen. Besluiten over eventuele toegang tot deze zorg, beperkingen en voorwaarden, een eigen risico en de toepassing van macrokader(s) moeten nog worden genomen. Ik ga daarbij uit van een budgettair neutrale overheveling per 2020.

Het is mijn voornemen om de Tweede Kamer direct na de zomer te informeren over de manier waarop ik aanvullende geneeskundige zorg wil onderbrengen in de Zvw, inclusief de beoogde aanpak en een tijdpad. Ik zal dat bezien in samenhang met het ELV en de (ambulante) GRZ. In die brief zal ik ook mijn visie schetsen op het al dan niet toepassen van het eigen risico, beperkingen en voorwaarden en dergelijke. Ik ga daarna graag met uw Kamer en met betrokken partijen in gesprek en hoop ultimo 2018 besluiten te kunnen nemen.

*Vervolgens vragen deze leden hoe de financiering van de subsidieregeling nu geregeld is. Als de subsidieregeling uit de begroting wordt gefinancierd, worden de middelen voor deze regeling na het onderbrengen onder de Zvw ook geschrapt in de begroting, of wordt op dat moment bezuinigd? Hoe wordt anders voorkomen dat het gevolg zou kunnen zijn dat mensen via de zorgpremie extra gaan betalen?*

De subsidieregeling wordt uitgevoerd door het Zorginstituut Nederland (hierna Zorginstituut). Zij verstrekken subsidies aan zorgkantoren voor het contracteren van deze zorg voor mensen met een chronische, progressieve, degeneratieve aandoening of niet-aangeboren-hersenletsel en volwassenen met een verstandelijke beperking. In de subsidieregeling zijn negentien prestaties opgenomen voor individuele behandeling, groepsbehandeling, vervoer en reiskosten voor behandelaars. Zorgkantoren

<sup>1</sup> Kamerstuk 33 578, nr. 50

contracteren deze zorg bij zorgaanbieders die beschikken over een toelating in de zin van de Wet toelating zorginstellingen. Zorgkantoren contracteren op basis van landelijk inkoopbeleid. Dit beleid «contractering subsidieregeling extramurale behandeling» wordt jaarlijks gepubliceerd. De subsidieregeling wordt nu gefinancierd vanuit premiemiddelen op basis van de Wlz. Het subsidieplafond in 2018 bedraagt € 65 miljoen. Bij de onderbrenging van deze behandeling onder de Zvw worden deze middelen «budgetneutraal» (zonder taakstelling) toegevoegd aan het Zvw-kader.

*Daarna vragen de leden van de VVD-fractie wanneer de Minister meer duidelijkheid kan geven over de gewenste richting. Wie worden daarbij betrokken?*

Zoals eerder aangegeven is het mijn voornemen om de Tweede Kamer direct na de zomer te informeren over de manier waarop ik aanvullende geneeskundige zorg wil onderbrengen in de Zvw, inclusief de beoogde aanpak en een tijdpad. Ik zal dat bezien in samenhang met het ELV en de (ambulante) GRZ. Ik ga daarna graag met uw Kamer en met betrokken partijen in gesprek en hoop ultimo 2018 besluiten te kunnen nemen.

*De leden van de VVD-fractie vragen wat de criteria om iets wel of niet onder te brengen onder de Zvw? Wanneer worden er voorstellen gedaan met betrekking tot ELV en GRZ in relatie tot de Zvw?*

Het Zorginstituut duidt welke zorg onder het verzekerd pakket valt. De standpunten worden getoetst door verschillende commissies: de Wetenschappelijke Advies Raad (WAR) en de Adviescommissie Pakket (ACP). Extramurale behandeling volgens de subsidieregeling is chronische, intensieve zorg volgend op revalidatiefase of geneeskundige zorg gericht op voorkomen van verergering. Wanneer in een ziekteproces geen sprake meer is van genezing, wil dat niet zeggen dat er geen zorgvragen meer zijn. Het accent van de behandeling in de chronische fase ligt niet meer op de behandeling van (de afzonderlijke) ziektebeelden zelf, maar op de gevolgen van de ziekte of aandoening, zoals functiebeperkingen op uiteenlopende gebieden. Deze zorg is door het Zorginstituut in 2016 geduid<sup>2</sup> als aanvullende geneeskundige zorg voor mensen met beperkingen als gevolg van chronische, progressieve, degeneratieve aandoening of niet-aangeboren-hersenletsel en volwassenen met een verstandelijke beperking geduid die past binnen de Zvw. Dat wil zeggen dat deze zorg voor deze patiëntengroepen voldoet aan de Zvw-criteria: het is noodzakelijke, effectieve, efficiënte en uitvoerbare zorg.

De NZa heeft op basis van deze duiding geadviseerd om toe te werken naar een multidisciplinaire, integrale vorm van bekostiging van deze zorg in de Zvw en aangegeven hoe daar naar toe kan worden gewerkt. Ik verwacht dat ik na de zomer enkele hoofdlijnen kan schetsen over de aanvullende geneeskundige zorg in relatie met ELV en GRZ.

*De leden van de VVD-fractie vragen wat de gevolgen zullen zijn voor de administratieve lasten bij zorgaanbieders en zorgprofessionals en hoe de Minister het punt van de administratieve lasten mee neemt in de uiteindelijke afweging?*

Tot 1 januari 2020 wordt de zorg bekostigd via de subsidieregeling extramurale behandeling en is er geen verandering in de huidige administratieve lasten. De gevolgen voor de administratieve lasten na de overheveling zijn afhankelijk van de keuzes die in het vervolgproces

<sup>2</sup> Kamerstuk 33 578, nr. 36.

gemaakt worden. In de keuzes die gemaakt worden nemen we dit afwegingscriterium expliciet mee. Vooruitlopend op besluitvorming is wel al bepaald dat de doorverwijzing door de huisarts daar niet tot een verzwaring van de administratieve lasten mag leiden en dat daarom op het doorverwijzingsstelsel wordt aangesloten dat ook geldt voor medisch specialistische zorg.

*De leden van de VVD-fractie vragen voorts waarom een multidisciplinaire integrale vorm van bekostiging niet haalbaar en uitvoerbaar is en wat de voor- en nadelen zijn van een dergelijke bekostiging?*

De NZa adviseert om, samen met partijen, toe te werken naar een multidisciplinaire integrale vorm van bekostiging om zo het multidisciplinaire karakter van de aanvullende geneeskundige zorg te ondersteunen en recht te doen aan de specifieke expertise die nodig is voor deze patiënten. In tegenstelling tot monodisciplinaire bekostiging declareert binnen een multidisciplinaire bekostiging niet elke zorgverlener voor zich, maar valt de zorg als geheel onder één enkele prestatiebeschrijving. De voor- en nadelen van multidisciplinaire bekostiging worden in het NZa-advies geschetst. De zorg kan meer in samenhang worden geleverd en goed op elkaar afgestemd worden. Ook levert het één aanspreekpunt voor de verzekeraar op bij de zorginkoop. Multidisciplinaire bekostiging kan bijdragen aan samenwerking tussen zorgaanbieders om de zorg voor de patiënt vorm te geven. Wel is het van belang om ook te kijken naar de gevolgen voor de keuzevrijheid van de patiënt. Andere randvoorwaarden waar duidelijkheid over moet bestaan alvorens over kan worden gegaan tot een multidisciplinaire bekostiging zijn het wel of niet van toepassing laten zijn van het eigen risico en de geldende beperkingen en voorwaarden voor paramedische zorg. Daarnaast speelt ook de mogelijkheid tot beheersen van het macrokader nog een belangrijke rol.

In het advies stelt de NZa dat het niet haalbaar is een multidisciplinaire integrale vorm van bekostiging te realiseren per 2020, omdat daarvoor nog teveel moet gebeuren. Het gaat dan in eerste instantie vooral om het beschrijven van de zorg in zorgstandaarden op landelijk niveau. Deze beschrijvingen zijn essentieel om daarna prestatiebeschrijvingen en tarieven vorm te geven om te komen tot homogene prestaties met gemiddeld kostendekkende tarieven. Hoewel door beroepsgroepen en patiëntenverenigingen vorderingen worden gemaakt met beschrijven van zorgpaden is dit proces nog niet afgerond.

De NZa adviseert om toe te werken naar een multidisciplinaire bekostiging en daarbij te beginnen met de huidige (deels monodisciplinaire) prestaties uit de subsidieregeling en het aantal bekostigingsprestaties uit de subsidieregeling terug te brengen naar tien. Een bekostiging die vanaf 2020 recht doet aan de praktijk heeft mijn voorkeur boven het aanhouden van de subsidieregeling tot het moment dat er een multidisciplinaire bekostiging geregeld is.

*De leden van de VVD-fractie vragen in hoeverre er na de overheveling voldoende zorgarrangementen worden geboden die passen bij thuiswonende patiënten en of zij ook keuzevrijheid krijgen bij de inrichting van de zorg.*

Deze overheveling is juist bedoeld om de zorg toegankelijker te maken voor thuiswonende patiënten. Zij kunnen tussen verschillende aanbieders van deze zorg kiezen. Het rapport van het Zorginstituut stelt immers «dat het patiënten betreft die nu (langer) thuis verblijven, en de zorg zich dan ook richt op het behouden van de functionele autonomie van de patiënt. Hoe leert de patiënt zowel fysiek als psychisch om te gaan met zijn beperkingen, hoe blijft de patiënt zelfredzaam zodat hij in zijn eigen omgeving kan blijven wonen. Ook het stelsel van de patiënt (de

mantelzorg) wordt bij de behandeling betrokken». De regiebehandelaar die verantwoordelijk is voor de exacte invulling van de behandeling zal de patiënt en zijn/haar naasten (mantelzorger) betrekken bij het opstellen of bijstellen van het behandelplan.

*De leden van de VVD-fractie vragen de Minister op welke wijze ervoor wordt gezorgd dat de nieuwe Zvw-terminologie herkenbaar is en blijft in de praktijk. Is het mogelijk dat de aanpassing van de terminologie voor de Zvw effect heeft op de inhoud van de zorg?*

Zoals hiervoor al is aangegeven heeft het Zorginstituut de aanvullende geneeskundige zorg voor mensen met beperkingen als gevolg van chronische, progressieve, degeneratieve aandoening of niet-aangeboren hersenletsel en volwassenen met een verstandelijke beperking geduid als zorg die past in de Zvw; dat wil zeggen als noodzakelijke, effectieve, efficiënte en uitvoerbare zorg. In die zin leidt de Zvw-terminologie niet tot een andere inhoud van zorg.

Los daarvan constateert het Zorginstituut in 2015 dat er een grote praktijkvariatie is in het aanbod van deze zorg. Ik vind het wel van belang dat hier meer uniformiteit in komt. De inhoud van de zorg moet gebaseerd zijn op een door patiënten en zorgverleners gedragen beeld wat goede zorg inhoudt. Betrokken beroepsgroepen en patiëntenverenigingen maken vorderingen met het beschrijven van zorgpaden, maar dit proces is nog niet afgerond. Door het beschrijven van de zorg en overeenstemming over welke zorg in welk geval het beste is voor de patiënt, kunnen er wijzigingen zijn in de zorginhoud. Ik verwacht dat dit ten goede komt aan de zorgverlening voor de patiënt.

*De leden van de VVD-fractie vragen waarom het vrijgeven van de tarieven op dit moment niet wenselijk is en welke gevolgen dit zou hebben voor de kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid.*

De NZa geeft aan dat er nog teveel factoren onbekend zijn rond de overheveling van de aanvullende geneeskundige zorg om de tarieven vrij te geven. Het gaat dan om factoren als het feit dat aanvullende geneeskundige zorg nog niet voorkomt in de Zvw, en partijen nog geen ervaring hebben met de inkoop, levering, declaratie en controle van deze zorg. Daarnaast bestaan er ook nog imperfecties: op dit moment is het nog onduidelijk welke beperkingen en voorwaarden gaan gelden in de Zvw, of het eigen risico van toepassing is en welk(e) macrokader(s) van toepassing is/zijn. De besluiten die hierover worden genomen, hebben invloed op de prikkels om kostenbewust en kritisch in te kopen. Deze onbekendheid zorgt ervoor dat het niet te voorspellen is welke gevolgen het vrijgeven van de tarieven heeft op kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid. De NZa adviseert daarom voor de overheveling van aanvullende geneeskundige zorg voor specifieke doelgroepen in de eerste lijn aan te sluiten bij de prestaties onder de subsidieregeling, en het aantal prestaties terug te brengen van negentien naar tien. Als tariefsoort adviseren zij een maximumtarief te hanteren. Bestaande imperfecties kunnen worden ondervangen door regulering, via in dit geval maximumtarieven, om de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg te borgen. De NZa heeft in haar advies ook opgenomen dat voor de bekostiging op korte termijn door partijen unaniem de voorkeur is uitgesproken voor het reguleren van tarieven.

*De zorg en behandeling die specialisten ouderengeneeskunde buiten het verpleeghuis leveren wordt ook gedeeltelijk vanuit de subsidieregeling gefinancierd. De leden van de VVD-fractie vragen hoe de financiering van de zorg en behandeling die specialisten ouderengeneeskunde buiten het verpleeghuis bieden er momenteel uitziet.*

Het klopt dat de zorg en behandeling die specialisten ouderengeneeskunde buiten het verpleeghuis bieden gedeeltelijk vanuit de subsidieregeling gefinancierd worden. In de subsidieregeling zijn negentien prestaties opgenomen voor individuele behandeling, groepsbehandeling, vervoer en reiskosten voor behandelaars. Een van de prestaties betreft de prestatie «behandeling door de specialist ouderengeneeskunde» (S335). De prestatiebeschrijving is gebaseerd op soortgelijke prestatiebeschrijvingen van de NZa. Het betreft hier een prestatie met een uurtarief. Zowel zorgaanbieders die beschikken over een toelating voor behandeling in de zin van de Wet toelating zorginstellingen als samenwerkingsverbanden van specialisten ouderengeneeskunde komen in aanmerking voor productieafspraken over deze prestatie met het zorgkantoor.

Buiten de subsidieregeling om wordt incidenteel gebruik gemaakt van andere mogelijkheden voor de bekostiging van de specialist ouderengeneeskunde in de eerstelijns. Vanuit de beleidsregel «Innovatie voor kleinschalige experimenten» wordt bijvoorbeeld in de Praktijk ouderengeneeskunde Bertholet multidisciplinaire ouderenzorg met een specialist ouderengeneeskunde bekostigd.

*Voorts vragen de leden van de VVD-fractie hoe de financiering er straks uit zal zien na de overheveling van de aanvullende geneeskundige zorg voor kwetsbare groepen naar de Zvw en het vervallen van de subsidieregeling en of voor specialisten ouderengeneeskunde en andere betrokken partijen die dat willen de mogelijkheid bestaat om gebruik te maken van de facultatieve prestatie eerstelijnsdiagnostiek door medisch-specialisten vanaf 2019. Hoe wordt in het verlengde hiervan de toekomstige financiering van de specialist ouderengeneeskunde gezien? Ten slotte vragen deze leden welke mogelijkheden de Minister ziet voor een aparte aanspraak voor de specialist ouderengeneeskunde in de Zvw.*

Op dit moment is nog niet duidelijk op welke manier de aanvullende geneeskundige zorg in de Zvw zal landen. Zoals eerder aangegeven is het voornemen om uw Kamer direct na de zomer te informeren over het vervolg van dit traject, waaronder ook mijn visie op bekostigingsvarianten.

Ik wil daarbij benadrukken dat ik eraan hecht dat de specialist ouderengeneeskunde goed kan worden ingezet in de eerstelijns, dus dat deze ingekocht en betaald moet kunnen worden. Omdat het Zorginstituut de zorg die de specialist ouderengeneeskunde levert als Zvw-zorg heeft geduid is er geen noodzaak tot een aparte prestatie/aanspraak. Belangrijk is echter wel dat de specialist ouderengeneeskunde op passende wijze kan worden bekostigd. Op korte termijn adviseert de NZa een aparte bekostigingsprestatie voor de specialist ouderengeneeskunde. In de huisartsenbekostiging bestaan al prestaties om in de eerste lijn diagnostiek te declareren. Dit zijn specifieke prestaties voor geleverde zorg, zogenoemde M&I-verrichtingen, zoals 24-uurs ECG-registratie en een longfunctiemeting. We zullen onderzoeken of er noodzaak is om deze te wijzigen of aan te vullen.

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

*De leden van de CDA-fractie vragen om het verschil is tussen extramurale behandeling volgens de subsidieregeling en behandeling door de medisch specialist toe te lichten? Dus wanneer kan de zorg aan deze doelgroep door professionals in de eerste lijn gegeven worden en wanneer kan dit niet, zo vragen deze leden. Wie beoordeelt dit en hoe?*

De extramurale behandeling die op grond van de subsidieregeling wordt verleend is geen medisch specialistische zorg. Het gaat om een pakket aan

geneeskundige zorg die wordt geboden door de specialist ouderengeneeskunde, de arts verstandelijke gehandicapten, paramedici en gedragswetenschappers. De behandeling is bedoeld voor mensen die thuis wonen en een specifieke aandoening zoals bijvoorbeeld Huntington, Parkinson, MS, nietaangeboren-hersenletsel, dan wel een verstandelijke beperking hebben of ouderen met somatische, psychische en/of complexe aandoeningen. Wanneer in een ziekteproces geen sprake meer is van genezing, wil dat niet zeggen dat er geen zorgvragen meer zijn. Het accent van de behandeling in de chronische fase ligt niet meer op de behandeling van (de afzonderlijke) ziektebeelden zelf, maar op de gevolgen van de ziekte of aandoening, zoals functiebeperkingen op uiteenlopende gebieden.

De huisarts beoordeelt naar welke zorgverlener hij/zij de patiënt doorverwijst. Dat kan een verwijzing zijn naar een professional met een specialistische kennis als de specialist ouderengeneeskunde of de arts verstandelijke gehandicapten, maar kan ook een verwijzing inhouden naar een medisch specialist. De geneeskundige zorg die via de specialist ouderengeneeskunde of de arts verstandelijke gehandicapten wordt geleverd is er op gericht de patiënt zowel fysiek als psychisch met zijn beperkingen om te leren gaan, de zelfredzaamheid te bevorderen of de mantelzorgers in de behandeling te betrekken. De specialist ouderengeneeskunde of de arts verstandelijke gehandicapten richten zich dus op het behouden of bereiken van het optimale niveau van functionele autonomie en kwaliteit van leven voor ouderen en chronisch zieken met complexe problematiek. De specifieke deskundigheid of specialiteit komt tot uiting bij de analyse van de problematiek, bij het diagnostisch proces in een complexe zorgsituatie en bij het opstellen van een behandelplan. De specialist ouderengeneeskunde redeneert niet vanuit ziekte-entiteiten, maar redeneert probleem- en systeemgericht. De regiebehandelaar bij deze groepen is verantwoordelijk voor het opstellen en zo nodig actualiseren van het individuele behandelplan. Op verzoek van de huisarts is de specialist ouderengeneeskunde of de arts voor verstandelijk gehandicapten vaak (tijdelijk) de regiebehandelaar.

*De leden van de CDA-fractie vragen de Minister om bij de verdere uitwerking van eventuele voorstellen van aanvullende geneeskundige zorg voor kwetsbare groepen, de resultaten van de pilots van de integrale bekostiging in de verloskundige zorg mee te nemen. Voorts vragen deze leden vragen om een tijdsplan te geven wanneer het een en ander besloten wordt.*

Het is mijn voornemen om de Tweede Kamer direct na de zomer te informeren over de manier waarop ik aanvullende geneeskundige zorg wil onderbrengen in de Zvw, de beoogde aanpak en een tijdsplan. Ik zal dat bezien in samenhang met het ELV en de (ambulante) GRZ. In deze brief zal ik ook mijn visie schetsen op het al dan niet toepassen van het eigen risico, beperkingen en voorwaarden en dergelijke. Ik ga daarna graag met de Kamer en met betrokken partijen in gesprek en hoop ultimo 2018 besluiten te kunnen nemen.

Het RIVM en de NZa zullen eind 2018 een voortgangsrapportage over de beleidsregel integrale geboortezorg opleveren. De NZa zal medio 2020 ook een evaluevaluatie opleveren. Mocht dit relevante resultaten bevatten voor de voorstellen van de aanvullende geneeskundige zorg, dan ben ik voorstander om deze resultaten hierin mee te nemen.

*Voorts vragen de leden van de CDA-fractie of de Minister kan toezeggen dat rekening wordt gehouden met het feit dat de genoemde doelgroepen vaak aan het begin van het jaar het eigen risico al kwijt zijn?*

Op dit moment is nog niet duidelijk op welke manier de aanvullende geneeskundige zorg in de Zvw zal landen. Zoals hiervoor aangegeven is het voornemen om de Tweede Kamer na de zomer te informeren over het vervolg van dit traject, waaronder ook mijn visie op het al dan niet toepassen van het eigen risico. De aanvullende geneeskundige zorg zal in ieder geval nog tot 1 januari 2020 worden bekostigd via de subsidieregeling. Onder de subsidieregeling gelden geen eigen betalingen, zoals het verplicht eigen risico.

*De leden van de CDA-fractie vragen hoe de aanvullende geneeskundige zorg wordt gezien in relatie tot het ELV en de (ambulante) GRZ.*

De GRZ en het ELV zijn apart van elkaar overgegaan naar de Zvw in 2013 en 2017. Nu moet de (overige) aanvullende geneeskundige zorg nog volgen. Het betreft alle drie zorgvormen voor kwetsbare mensen vaak met multimorbiditeit, die nog thuis wonen en extra zorg nodig hebben om thuis te kunnen blijven wonen. Het Zorginstituut heeft aangegeven dat in die zin de drie genoemde zorgvormen met elkaar samenhangen. In het pakketadvies «Extramurale behandeling ontleed» geeft het Zorginstituut aan dat de aanvullende geneeskundige zorg onder de Zvw past, omdat het geneeskundige zorg is voor kwetsbare mensen thuis, die hen leert omgaan met hun klachten en beperkingen en zoveel als mogelijk (de verergering van) hun klachten beperkt.

Dit stelt hen in staat zo goed mogelijk te functioneren in het dagelijks leven. In de GRZ gaat het om kwetsbare mensen met complexe multimorbiditeit en afgenomen leer- en trainbaarheid. De doelgroep is daarmee deels overlappend.

Zoals eerder aangegeven is het mijn voornemen om uw Kamer direct na de zomer te informeren over de manier waarop ik aanvullende geneeskundige zorg wil onderbrengen in de Zvw, inclusief de beoogde aanpak en een tijdspad. Ik zal dat bezien in samenhang met het ELV en de (ambulante) GRZ.

#### **Vragen en opmerkingen van de D66-fractie**

*De leden van de D66-fractie vragen of de Minister van mening is dat een multidisciplinaire bekostiging inderdaad de voorkeur heeft en op welke termijn hij dit haalbaar acht.*

Ik beraad mij op het advies en zal u na de zomer mijn reactie geven. De NZa geeft echter aan dat multidisciplinaire bekostiging niet op korte termijn haalbaar is en adviseert om er naar toe te werken en te beginnen met de huidige (deels monodisciplinaire) subsidieprestaties en daarbij het aantal bekostigingsprestaties uit de subsidieregeling terug te brengen naar tien. Een bekostiging die vanaf 2020 recht doet aan de praktijk heeft mijn voorkeur boven het aanhouden van de subsidieregeling tot het moment dat er een multidisciplinaire bekostiging geregeld is.

*De leden van de D66-fractie vragen naar de samenhang tussen aanvullende geneeskundige zorg en ELV en (ambulante) GRZ.*

De GRZ en het ELV zijn apart van elkaar overgegaan naar de Zvw in 2013 en 2017. Nu moet de (overige) aanvullende geneeskundige zorg nog volgen. Het betreft alle drie zorgvormen voor kwetsbare mensen vaak met multimorbiditeit, die nog thuis wonen en extra zorg nodig hebben om thuis te kunnen blijven wonen. Het Zorginstituut heeft aangegeven dat in die zin de drie genoemde zorgvormen met elkaar samenhangen. In het pakketadvies «Extramurale behandeling ontleed» geeft het Zorginstituut aan dat de aanvullende geneeskundige zorg onder de Zvw past, omdat het geneeskundige zorg is voor kwetsbare mensen thuis, die hen leert

omgaan met hun klachten en beperkingen en zoveel als mogelijk (de verergering van) hun klachten beperkt. Dit stelt hen in staat zo goed mogelijk te functioneren in het dagelijks leven. In de GRZ gaat het om kwetsbare mensen met complexe multimorbiditeit en afgenomen leer- en trainbaarheid. De doelgroep is daarmee deels overlappend. Het is mijn voornemen om uw Kamer direct na de zomer te informeren over de manier waarop ik aanvullende geneeskundige zorg wil onderbrengen in de Zvw, inclusief de beoogde aanpak en een tijdpad. Ik zal dat bezien in samenhang met het ELV en de (ambulante) GRZ. In deze brief zal ik ook mijn visie schetsen op het al dan niet toepassen van het eigen risico, beperkingen en voorwaarden en dergelijke. Ik ga daarna graag met de Kamer en met betrokken partijen in gesprek en hoop ultimo 2018 besluiten te kunnen nemen.

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

*De leden van de GroenLinks-fractie vragen hoe de keuzevrijheid van verschillende vormen van zorg per 2020 en met eventuele invoering van multidisciplinaire integrale bekostiging worden gewaarborgd. Deze leden vragen bovendien hoe patiënten worden bereikt en geïnformeerd over de zorg die zij gaan ontvangen. Ten slotte vragen de leden van de GroenLinks-fractie hoe het besluitvormingsproces er uit zal zien.*

In mijn aanbiedingsbrief bij het advies van de NZa stel ik als uitgangspunt dat wettelijke aanspraken en bekostiging moeten bijdragen aan het leveren van goede zorg voor iedereen op het juiste moment op de juiste plek door de juiste zorgverlener. Ik hecht er aan dat het voor zorgprofessionals en patiënten duidelijk is bij wie zij op welk moment met welke zorgvraag terecht kunnen en dat deze zorg goed kan worden ingekocht. Keuzevrijheid en informatievoorziening zijn hierbij een belangrijk onderdeel, ongeacht de vorm van bekostiging.

Het is mijn voornemen om de Tweede Kamer direct na de zomer te informeren over de manier waarop ik aanvullende geneeskundige zorg wil onderbrengen in de Zvw, de beoogde aanpak en een tijdpad. Ik zal dat bezien in samenhang met het ELV en de (ambulante) GRZ. In deze brief zal ik ook mijn visie schetsen op het al dan niet toepassen van het eigen risico, beperkingen en voorwaarden en dergelijke. Ik ga daarna graag met de Kamer en met betrokken partijen in gesprek en hoop ultimo 2018 besluiten te kunnen nemen.

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

*De leden van de SP-fractie vragen of de Minister kan aangeven hoe groot de doelgroep precies is.*

De doelgroep van de subsidieregeling betreft extramurale behandeling voor verzekerden zonder Wlz-indicatie in verband met een somatische of psychogeriatrische aandoening, een lichamelijke beperking of – vanaf 18 jaar – een verstandelijke beperking<sup>3</sup>. De Nza verdeelt de doelgroep in haar advies in vier subgroepen:

1. Ouderen met somatische, psychische en/of complexe aandoeningen.
2. Mensen met chronische, degeneratieve, progressieve aandoeningen. Het betreft de aandoeningen Huntington, Korsakov, Multiple Sclerose en Parkinson.
3. Mensen met niet-aangeboren hersenletsel. Het betreft hersenletsel als gevolg van ongeval of beroerte (CVA), hersentumor en hersen(vlies)ontsteking.
4. Mensen met een verstandelijke beperking.

<sup>3</sup> Bron: artikel 1.2 van de Tijdelijke Subsidieregeling Extramurale behandeling

Het Centrum Indicatiestelling Zorg indiceert voor de subsidieregeling en maakt daarbij onderscheid in individuele behandeling en behandeling in groepsverband. In de Monitor Langdurige Zorg<sup>4</sup> zijn cijfers te vinden over de indicatiestelling voor de subsidieregeling. In november 2016 hadden ruim 6.300<sup>5</sup> mensen een geldige indicatie voor de subsidieregeling. Op deze peildatum waren er 4.300 geldige indicaties voor behandeling in groepsverband. Deze indicaties worden verzilverd in de vorm van dagbehandeling op basis van zes prestaties dagbehandeling (in dagdelen) die zijn opgenomen in de subsidieregeling. Op de peildatum in november 2016 waren er 2.800 geldige indicaties voor individuele behandeling. Deze mensen krijgen individuele behandeling op basis van acht prestaties voor individuele behandeling (in uren) die zijn opgenomen in de subsidieregeling. Ik verwijs naar de Monitor Langdurige Zorg voor nader inzicht in de indicatiegegevens, zoals leeftjidsverdeling, geslacht en verdeling over de grondslagen somatische of psychogeriatrische aandoening, lichamelijke beperking en verstandelijke beperking. Om meer inzicht te krijgen in het daadwerkelijk gebruik van de subsidieregeling en ervaringen met de subsidieregeling laat ik onderzoek doen. Ik zal u de resultaten na de zomer toesturen.

*Voorts vragen de leden van de SP-fractie of de Minister verwacht dat het aantal mensen dat aanspraak kan maken op aanvullende geneeskundige zorg in de eerste lijn hetzelfde blijft, wanneer de financiering uit de Zvw plaatsvindt? Zij vragen bovendien of sprake is van aanvullende regels om aanspraak te kunnen maken op de desbetreffende zorg, zodra financiering vanuit de Zvw gaat plaatsvinden en hoe vinger aan de pols wordt gehouden.*

Extramurale behandeling vanuit de huidige Wlz-subsidieregeling is geneeskundige zorg van specifiek medische, gedragswetenschappelijke of paramedische aard die een patiënt nodig heeft in verband met zijn aandoening, beperking, stoornis of handicap. Behalve voor de consultatie van de arts verstandelijk gehandicapt en de inzet van de specialist ouderengeneeskunde op verwijzing van de huisarts, is voor de extramurale behandeling een CIZ-indicatie nodig.

De NZa verwacht verschuiving van volume na onderbrenging van deze zorg in de Zvw door gewenste substitutie van tweedelijns (medisch-specialistische) zorg naar deze zorgvormen. De NZa verwacht ook dat er meer aanspraak op aanvullende geneeskundige zorg zal worden gemaakt vanwege het ingezette beleid en de maatschappelijke trend om langer thuis te wonen. Partijen hebben daarnaast bij de NZa aangegeven dat bekostiging onder de subsidieregeling soms onduidelijk is en moeizaam op gang komt en dat daardoor volgens partijen niet alle zorgvragen en/of patiënten nu in beeld zouden zijn. Als dit onder de Zvw gemakkelijker gaat, zou volgens de NZa een groter beroep op aanvullende geneeskundige zorg worden gedaan dan nu het geval is.

Het is mijn voornemen om de Tweede Kamer direct na de zomer te informeren over de manier waarop ik aanvullende geneeskundige zorg wil onderbrengen in de Zvw, de beoogde aanpak en een tijdspad. Ik zal dat bezien in samenhang met het ELV en de (ambulante) GRZ. In deze brief zal ik ook mijn visie schetsen op het al dan niet toepassen van het eigen risico, beperkingen en voorwaarden en dergelijke. Ik ga daarna graag met de Kamer en met betrokken partijen in gesprek en hoop ultimo 2018 besluiten te kunnen nemen.

<sup>4</sup> <https://www.monitorlangdurigezorg.nl/publicaties/publicaties-2017/personen-met-indicatie-voor-zorg-uit-wlz-subsidieregelingen>

<sup>5</sup> Van de 6.300 mensen met een geldige indicatie in november 2016 hadden 800 mensen een indicatie voor zowel behandeling in groepsverband als individuele behandeling.

De overheveling wordt gemonitord zodat waar nodig kan worden ingegrepen.

*De leden van de SP-fractie vragen wat de gevolgen zijn van het aansluiten bij de huidige subsidieprestaties voor zorgaanbieders.*

Mocht er aangesloten worden bij de huidige subsidieprestaties, dan zorgt dit voor herkenbare bekostiging voor de zorgaanbieders met bekende prestatiebeschrijvingen en tarieven. Ik informeer u na de zomer over het vervolg van dit traject, de bekostiging maakt hier ook onderdeel van uit.

*Ten slotte vragen de leden van de SP-fractie of de Minister kan beamen dat het invoeren van een eigen risico voor aanvullende geneeskundige zorg in de eerste lijn een zeer onwenselijke ontwikkeling zou zijn?*

Op dit moment is nog niet duidelijk op welke manier de aanvullende geneeskundige zorg in de Zvw zal landen. Zoals eerder aangegeven is het mijn voornemen om de Tweede Kamer direct na de zomer te informeren over het vervolg van dit traject, waaronder ook mijn kijk op het al dan niet toepassen van het eigen risico.

De aanvullende geneeskundige zorg zal in ieder geval nog tot 1 januari 2020 worden bekostigd via de subsidieregeling. Onder de subsidieregeling gelden geen eigen betalingen, zoals het verplicht eigen risico.

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

*De leden van de ChristenUnie-fractie vragen om nader toe lichten waarom en multidisciplinaire, integrale vorm van bekostiging van zorg op korte termijn niet haalbaar en uitvoerbaar is en of een aparte bekostigingsprestatie specifiek voor zorgverlening door de specialist ouderengeneeskunde mogelijk is.*

De NZa geeft aan dat een multidisciplinaire integrale vorm van bekostiging niet op korte termijn haalbaar is. Uit eerdere overhevelingen van voormalige AWBZ-zorg naar de Zvw is geleerd dat voor dergelijke verschuivingen voldoende voorbereidingstijd nodig is bij alle betrokken partijen. Wettelijke aanspraken veranderen, de wijzen van bekostiging veranderen, de verhouding tussen professionals kan veranderen en het beroep op onderlinge samenwerking wordt steeds groter. Vaak moeten er nieuwe zorgstandaarden en richtlijnen komen (beschrijvingen van «wat is goede zorg?») en moeten er voldoende zorgverleners worden opgeleid. Zorgverzekeraars moeten polissen aanpassen, zorg gaan inkopen die zij eerder niet inkochten en met andere professionals afspraken gaan maken dan zij gewend waren. De NZa adviseert daarom toe te werken naar een multidisciplinaire, integrale vorm van bekostiging en te beginnen met de huidige (deels monodisciplinaire) subsidieprestaties en daarbij het aantal bekostigingsprestaties uit de subsidieregeling terug te brengen naar tien. Een aparte bekostigingsprestatie voor de specialist ouderengeneeskunde is één van die 10 prestaties.

*Voorts vragen de leden van de ChristenUnie-fractie of de Minister kan aangeven hoe het tijdspad tot 1 januari 2020 eruit ziet en of de Minister bereid is om beroepsvereniging Verenso en andere beroepsverenigingen te betrekken bij zijn besluitvorming.*

Het is mijn voornemen om de Tweede Kamer direct na de zomer te informeren over de manier waarop ik aanvullende geneeskundige zorg wil onderbrengen in de Zvw, de beoogde aanpak en een tijdspad. Ik zal dat bezien in samenhang met het ELV en de (ambulante) GRZ. In deze brief zal ik ook mijn visie schetsen op het al dan niet toepassen van het eigen

risico, beperkingen en voorwaarden en dergelijke. Ik ga graag met de Kamer en met betrokken partijen – waaronder Verenso en andere beroepsverenigingen – in gesprek en hoop ultimo 2018 besluiten te kunnen nemen.

*Ten slotte vragen de leden van de ChristenUnie-fractie de Minister om te onderbouwen dat het subsidieplafond in de subsidieregeling de komende twee jaar voldoende is om aan de groeiende vraag naar aanvullende geneeskundige zorg voor kwetsbare groepen in de eerste lijn te voldoen.*

De subsidieregeling bestaat sinds 2015. Er is sprake van een groeiend beroep op de behandeling ten laste van de subsidieregeling. De uitgaven zijn gegroeid van € 55 miljoen in 2015 naar circa € 62 miljoen in 2017. Het subsidieplafond in 2018 bedraagt € 65 miljoen. Tot heden is er altijd sprake geweest van onderuitputting binnen het subsidieplafond. Voor 2018 is de voorzichtige inschatting dat wel alle subsidiemiddelen worden ingezet. De uitgaven binnen de subsidieregeling worden gedurende het jaar nauwgezet gemonitord door het Zorginstituut en VWS.