

Vergaderjaar 2011–2012

32 620

Beleidsdoelstellingen op het gebied van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Nr. 47

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 10 februari 2012

Op 28 juni 2011 heeft de Raad voor Volksgezondheid en Zorg het advies «Sturen op Gezondheidsdoelen»¹ aan mij aangeboden. In de afgelopen periode heb ik het advies nader bestudeerd en bekeken welke elementen nu al in uitvoering kunnen worden gebracht om een gezondere bevolking en een betaalbare gezondheidszorg te bereiken. Graag stuur ik u hierbij, mede namens de Staatssecretaris, mijn reactie.

De levensverwachting is in Nederland in de periode 2002–2010 veel sterker gestegen dan vooraf voorspeld. Daarmee is de levensverwachting voor mannen zelfs één van de hoogste van Europa. Door de RVZ is onderzocht of vooruitgang in de volksgezondheid te boeken is door te sturen op gezondheidsdoelen. Daarbij is onderscheid gemaakt in sturen op gezondheidsdoelen door 1) overheden, 2) financiers en zorgaanbieders, 3) door zorgverleners en burgers. Voor elk van deze partijen worden voorbeelden beschreven hoe op gezondheidsdoelen gestuurd kan worden en geeft het advies aan in hoeverre dit zinvol en mogelijk is. De aanbevelingen in dit advies raken alle partijen in de gezondheidszorg.

Als eerste wil ik de Raad voor Volksgezondheid en Zorg bedanken voor dit advies. De analyse en aanbevelingen sluiten aan bij een actueel denkproces in de zorg, hetgeen ondermeer blijkt uit de motie van Tweede Kamerlid Smilde c.s. waarbij wordt opgeroepen tot een breed gedeelde en breed gedragen visie over de introductie van uitkomstfinanciering. In deze brief zal ik aangeven hoe VWS de meer algemene aanbevelingen zoals beschreven in het RVZ advies «Sturen op Gezondheidsdoelen» zal ondersteunen. Daarbij is er een duidelijk verband tussen de verschillende aanbevelingen van de Raad. De eerste twee aanbevelingen zijn de basis, de andere aanbevelingen richten zich op de randvoorwaarden die daarbij horen.

¹ Het advies is ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

Het RVZ-advies «sturen op Gezondheidsdoelen» geeft vele voorbeelden hoe uitkomstmaten – en het centraal stellen van gezondheid – de zorg beter kunnen laten werken. Ik spreek graag mijn waardering uit voor de zorgverzekeraars die initiatieven hebben genomen om prestaties op uitkomstniveau mee te nemen in de contractonderhandelingen met zorgaanbieders.

Datzelfde geldt voor de professionals die meedoen aan de Dutch Surgical Colorectal Audit, waarbij ze hun eigen handelen nauwkeurig hebben geregistreerd en met elkaar besproken. Ook het voorbeeld Utrecht Gezond – van de gemeente Utrecht en Agis – laat zien dat er win-win situaties mogelijk zijn. Zo levert het project én gezondere Utrechters én lagere zorgkosten op. Het is een mooi voorbeeld van het streven naar een zo gezond mogelijk leven, waarbij ook de bewoners zelf verantwoordelijkheid dragen.

Aanbeveling 1. Alle zorgverleners moeten werken met behandelplannen met daarin expliciete gezondheidsdoelen

Bij het opstellen van individuele behandel- of zorgplannen zou het formuleren van expliciete gezondheidsdoelen één van de uitgangspunten moeten zijn in de zorgverlening. Op die manier is voor cliënt en zorgprofessional inzichtelijk wat er gaat gebeuren en bij wie welke verantwoordelijkheden liggen. Maar ook bij de afstemming tussen de professionals in verschillende sectoren (zoals de eerste en tweede lijn) is het nodig dat partijen overeenstemming hebben over de behandeling die gewenst is. Mede namens de staatssecretaris vraag ik daarbij expliciet aandacht voor de doelen bij kwetsbare ouderen, waarbij kwaliteit van leven veelal een grotere rol speelt dan lengte van leven en begeleiding naar levenseinde onderdeel is van het zorgplan. Natuurlijk in samenspraak met de cliënt en zijn of haar naasten.

In de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) is derhalve vastgelegd dat de zorgverlener de patiënt moet informeren over onder andere doel van onderzoek, behandeling en verrichtingen en de verwachte gevolgen en risico's voor de patiënt. Daarbij zijn mijn uitgangspunten dat de cliënt zo veel mogelijk eigen verantwoordelijkheid neemt voor zijn eigen gezondheid en de zorg zo veel mogelijk dicht bij huis plaatsvindt.

In het Besluit zorgplanbespreking AWBZ-zorg, een algemene maatregel van bestuur op grond van de Kwaliteitswet zorginstellingen, is bepaald dat instellingen die AWBZ-zorg leveren een bespreking met de cliënt moeten organiseren waarin het doel van de zorgverlening en de wijze waarop dat doel wordt gerealiseerd, aan de orde komen. De beginwet formaliseert de afspraken tussen cliënt en verzorgende en geeft een juridisch kader.

In het voorstel voor de Wet cliëntenrechten zorg (Wcz) is geregeld dat de cliënt geïnformeerd moet worden over o.a. het doel van de zorg. Belangrijk verschil met de WGBO is dat de bepalingen over informatie en toestemming op grond van de Wcz niet alleen gelden voor geneeskundige behandeling, maar voor alle zorg. In de Wcz is ook benadrukt dat het gaat om dialoog tussen zorgverlener en cliënt, niet om een eenzijdige informatie-overdracht van zorgverlener naar cliënt, maar om een uitwisseling. Het gaat erom dat de cliënt en de zorgverlener het samen eens worden over de zorgverlening en hun verwachtingen over en weer op elkaar afstemmen. Duidelijk is dat de cliënt zijn eigen verantwoordelijkheid moet nemen en dat de zorgverlener van hem medewerking mag verwachten.

Tevens mag van de zorgverlener verwacht worden dat hij zich rekenschap geeft van de verhouding tussen professional en cliënt. Daarnaast is een verbetering in de Wcz dat de zorgverlener in alle gevallen in het gesprek rekening moet houden met het bevattingsvermogen van de cliënt. Ook is in de Wcz toegevoegd dat gesprekken tijdig en, indien nodig, met regelmatige tussenpozen wordt gevoerd. Ook wordt geregeld dat zorgaanbieders moeten zorgen voor onderlinge afstemming. In het voorstel voor de Beginselenwet zorginstellingen dat op 5 december 2011 bij de Tweede Kamer is ingediend¹, zal de verplichting om bij AWBZ-zorg een zorgplanbespreking te organiseren die aan bepaalde eisen voldoet op wettelijk niveau worden vastgelegd. In dit wetsvoorstel staat de dialoog tussen cliënt en zorgverlener over de zorg en de inrichting van het leven van de cliënt centraal.

Het gaat natuurlijk niet alleen om de wettelijke grondslag. Belangrijker is dat het centraal stellen van gezondheid ook handen en voeten krijgt in de praktijk. De aanbeveling van de RVZ zie ik als een aansporing om van de regelgeving in de praktijk (nog meer) gebruik te maken. De informatie van de KNMG over de implementatie van de WGBO en de ontwikkelde handleidingen zijn zeer behulpzaam bij het toepassen van de WGBO in de praktijk. En het kan nog concreter. Bijvoorbeeld door de gewenste gezondheidsuitkomst duidelijk in het dossier naar voren te laten komen en de resultaten ook periodiek te monitoren. De professionele standaarden zijn een goede plek om dit expliciet te verankeren. Ik zal het Kwaliteitsinstituut dan ook vragen een praktische vertaling van deze aanbeveling op te nemen in de metastandaard. Ook zal ik het Kwaliteitsinstituut vragen om goede voorbeelden op het terrein van expliciete gezondheidsuitkomsten en de monitoring daarvan voor het voetlicht te brengen. De Inspectie voor de gezondheidszorg (IGZ) houdt (ook wanneer het Kwaliteitsinstituut operationeel is) toezicht op de naleving van de professionele standaarden en veldnormen. De IGZ betreft daarbij ook behandel- en zorgplannen. Zodra de professionele standaarden en veldnormen zijn gezet zal ik de IGZ vragen om te bevorderen dat zorginstellingen en zorgprofessionals de explicitering van gewenste gezondheidsuitkomst opnemen in behandel- en zorgplannen.

Aanbeveling 2. Alle zorgverleners moeten deelnemen aan performance management

Performance management – sturen op uitkomstmaten – zie ik als een belangrijk middel dat nu al kan worden ingezet. Bij sturen op uitkomstmaten worden uitkomstdata van een grote groep patiënten verzameld. De individuele zorgverlener krijgt deze informatie als spiegelinformatie ten opzichte van de uitkomstdata van de eigen patiënt. Dit geeft inzicht in de knelpunten die dan kunnen worden opgelost. Het stimuleert zorgverleners om kwalitatief de beste zorg te willen leveren. Sturen op uitkomstmaten kan vooruit lopen op een aanpassing van het bekostigingssysteem op langere termijn. Verzekeraars en gemeenten kunnen immers ook nu en in de komende jaren al met zorgverleners afspraken maken over hoe op basis van de gezondheidsuitkomsten differentiatie in beloning kan worden geboden. De Raad merkt terecht op dat verzekeraars deelname aan sturen op uitkomstmaten kunnen stimuleren door dit als voorwaarde in overeenkomsten op te nemen. Op enkele gebieden is er al gedefinieerd hoe uitkomst gemeten kan worden, zoals bij de ketenzorg. Op veel gebieden is het aan beroepsgroep en/of verzekeraar om een uitkomstmaat te ontwikkelen.

Daarnaast verwacht ik ook van het convenant Gepast Gebruik een positieve impuls. Op 20 juni 2011 heb ik dit convenant in ontvangst mogen nemen.

¹ TK, 2011–2012, 33 109 nr. 1–4.

Gepast Gebruik is een vrijwillig samenwerkingsverband van CvZ, Regieraad, KNMG, NPCF, ZN, NZa, DBC-Onderhoud en ZonMW. Zij hebben geconstateerd dat er in veel gevallen sprake is van onder- en overbehandeling. De oorzaken zijn divers. Soms frustreert de manier van bekostigen gepast gebruik, soms schieten richtlijnen en standaarden te kort. Soms ontbreekt cruciale informatie of wordt beschikbare informatie niet benut. Niet zelden ook staan conservatief gedrag en belangen van mensen en organisaties toepassing van nieuwe inzichten in de weg. Door samen concrete belemmeringen aan te pakken bevorderen zij transparantie over kwaliteit en geven hierdoor een impuls aan het sturen op uitkomstmaten. Al doende bereiden de genoemde convenantspartijen de weg voor het Kwaliteitsinstituut.

Aanbeveling 3. Het nationaal Kwaliteitsinstituut Gezondheidszorg moet uitkomstindicatoren gaan selecteren en vaststellen

Ik deel de analyse van de Raad dat het van belang is dat er een eenduidige taal is op basis waarvan bepaald kan worden welke zorg bij welke aandoening of zorgvraag de beste resultaten oplevert voor de cliënt. Het leveren van deze zorg kan dan ook niet meer vrijblijvend zijn.

In onze notitie over de totstandkoming van het kwaliteitsinstituut (i.o.)¹ heb ik aangegeven dat het een belangrijke rol zal krijgen bij het bereiken van deze eenduidige taal. Hij gaat dit enerzijds doen door uitgangspunten te formuleren waaraan standaarden moeten voldoen, anderzijds zal hij de sectoren gaan ondersteunen bij de ontwikkeling en invoering ervan. Uitkomstindicatoren maken daarbij onderdeel uit van de professionele standaarden, naast procesindicatoren en geobjectiveerde cliëntervaring, zodat een evenwichtig beeld van de resultaten van de zorg wordt verkregen.

Het is echter aan de professionals om hierin het voortouw te nemen. In onze beleidsbrieven «Zorg die werkt»² en «Vertrouwen in de zorg»³ hebben we de zorgpartijen gevraagd het accent versneld te verleggen naar het ontwikkelen van uitkomstindicatoren. Het Kwaliteitsinstituut zal doorzettingsmacht inzetten wanneer onvoldoende uitkomstindicatoren beschikbaar zijn of wanneer de ontwikkelde uitkomstindicatoren niet of onvoldoende aan minimale methodologische eisen voldoen.

Aanbeveling 4. Neem meer/weer expliciete gezondheidsdoelen op in de vierjaarlijkse nota's gezondheidsbeleid

Ik deel de analyse van de Raad dat samenwerking binnen en buiten de zorg nodig is voor het realiseren van gezondheidswinst. Daarbij is de rol van de rijksoverheid bescheiden: we faciliteren vooral. We doen dat samen met anderen en willen hen de ruimte geven eigen doelen te stellen. De Raad geeft aan dat kwantitatieve doelen die door de overheid in het verleden zijn gesteld zoals over het terugdringen van het aantal rokers, alcoholgebruik en overgewicht niet zijn gehaald. De reden hiervan is dat de gezondheidsdoelen niet realistisch waren en dat de overheid onvoldoende invloed had op de uitkomst van het beleid. In de landelijke nota gezondheidsbeleid⁴ is daarom van het stellen van deze doelen afgezien.

Aanbeveling 5. Pas het bekostigingssysteem aan

De Raad adviseert de huidige bekostigingssystemen aan te passen in de richting van belonen op basis van behaalde resultaten van behandelingen. Deze aanbeveling past bij mijn streven te komen tot vrije prijsvorming in de curatieve zorg en is verankerd in de plannen om te komen tot een

¹ TK, 2010–2011, 32 620, nr. 14.

² TK, 2010–2011, 32 620, nr. 1.

³ TK, 2010–2011, 32 620, nr. 2.

⁴ TK, 2010–2011, 32 793, nr. 2.

Kwaliteitsinstituut¹. Terecht wijst de Raad er in zijn advies op dat een voorwaarde voor sturing op gezondheidsdoelen is dat richtlijnen uitkomstmaten bevatten en dat deze uitkomsten ook gemonitord worden. Zoals bij aanbeveling 3 is aangegeven, heeft het Kwaliteitsinstituut daarin een ondersteunende en zo nodig initiërende rol. Op termijn leidt dit ertoe dat de resultaten van zorg op basis van professionele standaarden bepalend zijn in de onderhandelingen tussen zorgverzekeraars en aanbieders over volume, prijs en kwaliteit van zorg. Overigens ben ik van mening dat naast resultaten in termen van gezondheidsuitkomsten ook resultaten in termen van bereikbaarheid en andere bedrijfsmatige doelen van belang zijn bij de inrichting van de bekostiging van de zorg. Recent heb ik een uitvoeringstoets gevraagd aan de NZa over de bekostiging huisartsenzorg en integrale zorg.

Vooruitlopend op de beschreven professionele standaarden blijven prestatiebeschrijvingen (DOT) in de curatieve zorg van belang voor de onderhandelingen tussen verzekeraars en zorgaanbieders. Met de nieuwe generatie DBC's die voldoen aan de randvoorwaarden van DOT (DBC's op weg naar transparantie), ondervinden verzekeraars en aanbieders meer en meer stimulansen om concrete afspraken te maken over de gewenste zorginhoudelijke ontwikkelingen. Het recent met de ziekenhuizen en verzekeraars afgesloten bestuurlijk hoofdlijnenakkoord¹ is mede hierop gericht. Met deze aanpak wordt de weg geplaveid voor een logische vervolgstap: zorgcontractering en bekostiging op basis van o.a. resultaten in termen van te bereiken gezondheidsdoelen.

Voor de AWBZ-zorg wordt momenteel een systeem van resultaatfinanciering ontwikkeld. Daarbij wordt uitgegaan van de mogelijkheden van mensen (in plaats van hun beperkingen) en de koppeling van de financiering aan de geleverde kwaliteit (o.a. op basis van tevredenheid van de cliënt). Tevens wordt getracht om de resultaatfinanciering zo vorm te geven dat aansluiting met de curatieve zorg, preventie en met welzijn wordt bevorderd. In de programmabrief langdurige zorg is toegezegd dat de Staatssecretaris in het najaar een brief aan de kamer zal zenden met daarin het model van resultaatfinanciering.

Aanbeveling 6. Uitkomstgegevens moeten gestandaardiseerd in het patiëntendossier opgenomen worden

Voor de uitwerking van het sturen op uitkomstmaten is het inderdaad van belang dat op geaggregeerd niveau eenduidige informatie beschikbaar is. Ik ben het met de Raad eens dat administratieve lasten worden beperkt wanneer dit op generieke en gestandaardiseerde wijze direct in het patiëntendossier wordt vastgelegd. Hier ligt een verantwoordelijkheid voor de beroepsbeoefenaren. Het initiatief van de Dutch Surgical Colorectal Audit laat ook zien dat het mogelijk is. De WGBO biedt daar ook ruimte voor. Indien gestandaardiseerde uitkomstgegevens in het patiëntendossier moeten worden opgenomen, zullen beroepsgroepen hier afspraken over moeten maken. Aansluiting bij de professionele standaarden ligt daarbij voor de hand. Zoals bij aanbeveling 1 aangegeven zal ik het Kwaliteitsinstituut dan ook vragen om de expliciete monitoring van de gezondheidsuitkomsten door middel van minimale data sets op te nemen in de metastandaard. Beperking van de registratielast van zorgaanbieders moet hierbij als vertrekpunt worden genomen.

Aanbeveling 7. Ga aan de slag

De Raad is zich bewust van de kloof tussen theorie en praktijk. Het gaat uiteindelijk om de goede of betere uitkomsten van zorg. Daar doen we het allemaal voor en daarop dient gestuurd te worden en ons stelsel dient dat

¹ TK, 2010–2011, 29 248 nr. 215.

mogelijk te maken. De praktijk is echter dat enkele essentiële systeemonderdelen niet op korte termijn gewijzigd kunnen worden. (Statistische) betrouwbaarheid en vergelijkbaarheid van uitkomstindicatoren zijn vraagstukken waarvoor op korte termijn geen definitieve antwoorden zijn te geven. De Raad is voorstander van een systeemverandering die voorbereid wordt met experimenten en die gebruik maakt van initiatieven en voorbeelden die op korte termijn opschaalbaar zijn. Deze benadering en aanpak van de Raad ondersteunen ons beleid.

Zo heb ik aangekondigd dat in de curatieve sector in deze kabinetsperiode de koers krachtig verlegd wordt van belonen voor inspanningen naar belonen van resultaten. We scheppen betere materiële voorwaarden voor het sturen op resultaat door verschillende voorzieningen over te hevelen naar de verzekeringsmarkt en door het Kwaliteitsinstituut een belangrijke rol te geven in het stimuleren van het ontwikkelen van kwaliteitsnormen en het verspreiden van goede praktijken. Bij de sturing op resultaten van zorg is het essentieel dat partijen weten wat goede en haalbare zorgresultaten zijn. In ons beleid worden de voorwaarden daarvoor aangebracht. Goede kwaliteit zal in toenemende mate met «best practices», gemeten uitkomstindicatoren en professionele standaarden zichtbaar worden gemaakt. Voor zover zorgaanbieders zelf onvoldoende op deze informatie sturen kunnen verzekeraars en cliënten deze informatie gebruiken bij hun keuzen, verwijzing en zorginkoop.

Samenvattend kan ik stellen dat het afrekenen op het halen van gezondheidsdoelen een prachtig perspectief is. Dit is een veelomvattend ontwikkeltraject omdat het verband tussen handeling en uitkomst van veel factoren afhankelijk is. Dat neemt niet weg dat we het gezondheidszorgsysteem zoveel mogelijk moeten inrichten op het realiseren van meer gezondheid.

Ik zal de lijn richting uitkomstindicatoren en het betalen van resultaten en uitkomsten blijven ondersteunen. Maar VWS kan dit niet alleen. Ook zorgverzekeraars, gemeenten en professionals hebben daarin hun verantwoordelijkheid. Ik roep hen dan ook op om gezamenlijk het stelsel gezonder te maken. Wij zullen de initiatieven in deze lijn in de praktijk zo veel mogelijk concreet toepassen, verspreiden en invoeren zodra mogelijk.

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