

Vergaderjaar 2014–2015

32 620

Beleidsdoelstellingen op het gebied van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Nr. 158

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 23 juni 2015

In uw brief van 9 april 2015 verzoekt u me de Kamer spoedig mijn reactie te geven op het op 25 maart 2015 gepubliceerde onderzoek van het Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg (IBMG) van de Erasmus Universiteit, waarover in het Financiële Dagblad (FD) gewag is gemaakt. U geeft daarbij aan dat u het op prijs stelt als ik hierin antwoord geef op de vraag of ik de geformuleerde bezwaren en belemmeringen in genoemd onderzoek herken, welke oplossingen ik daarvoor zie, en of invoering per 2020 volgens mij wel mogelijk is. Onderstaand ga ik in op uw verzoek. Deze brief is een vervolg op mijn brief over uitkomstbekostiging in de curatieve zorg, d.d. 4 juli 2013 (Kamerstuk 29 248, nr. 255), en beschouw ik als een voortgangsrapportage.

Uitkomstbekostiging in 2020 realistisch?

IBMG heeft een zeer gedegen analyse gemaakt van uitkomstbekostiging in de zorg, waarbij zij o.a. ingaat op definities, randvoorwaarden en ervaringen in het buitenland met uitkomstbekostiging. De teneur van het rapport vind ik positief. Zo schrijft het rapport o.a. dat «een belangrijke constatering is dat in Nederland veel gebeurt op het gebied van de bekostiging» en «de lastige route richting uitkomstbekostiging is een noodzakelijke en – met weldoordachte stappen – tevens begaanbare weg». Wel geeft het rapport aan dat brede introductie van uitkomstbekostiging in 2020 niet realistisch is. Hierbij is relevant dat het daarmee doelt op de «theoretisch optimale bekostigingssystematiek». Het rapport stelt tegelijkertijd dat brede introductie van andere vormen van uitkomstbekostiging wel mogelijk is en dat het ook goed mogelijk is dat zelfs de meest optimale uitkomstbekostiging in bepaalde regio's en voor bepaalde zorgvormen haalbaar is. De schrijvers stellen dan ook dat uitkomstbekostiging geen utopie is en dat hun conclusies moeten worden gezien als stimulans om gezamenlijk concrete stappen te zetten. Ze doen daarbij een

aantal aanbevelingen aan de diverse betrokken partijen om te komen tot uitkomstbekostiging in Nederland. Ik waardeer het dat de schrijvers deze stimulans proberen te geven en zal hun aanbevelingen dan ook zoveel mogelijk proberen te realiseren. Hieronder ga ik daar meer concreet op in.

Uitkomstbekostiging is voor mij geen doel op zich. Ik deel de conclusie van IBMG dat uitkomstbekostiging niet gezien mag worden als een «silver bullet» die alle problemen oplost. Zoals ik in mijn eerdergenoemde brief van 4 juli 2013 over uitkomstbekostiging in de curatieve zorg al beschreef «is het eindperspectief dat ik voor ogen heb dat zorgaanbieders financieel geprikkeld worden om (gezamenlijk) optimale zorgresultaten te behalen, groepen mensen zo gezond mogelijk te houden en gelijktijdig de kosten te beheersen». In die brief geef ik tevens aan dat ik het onwenselijk acht dat, zoals bij de invoering van DOT, een nieuwe big bang in de bekostiging wordt doorgevoerd. Ik stel «dat verbeteringen in de bekostigingssystemen stapsgewijs moeten plaatsvinden en continue aandacht vergen». Dit proces van stapsgewijze verbeteringen in de bekostigingssystemen (en daarbuiten) is reeds in gang gezet en zal de komende jaren verder gaan. Hoewel we hier in 2020 niet klaar mee zullen zijn verwacht ik dat de uitkomsten van zorg tegen die tijd, veel meer dan nu, een belangrijke factor zijn in de contractering tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders en dat het doel van uitkomstbekostiging in 2020 in ieder geval gedeeltelijk is gerealiseerd.

Er kan al veel...

Om uitkomsten te bekostigen en daarmee zorgaanbieders te prikkelen goede zorg te leveren is nu al veel mogelijk. Er zijn mooie initiatieven die dat aantonen. Zo zijn binnen ParkinsonNet afspraken gemaakt tussen aanbieders en verzekeraars over de vergoeding bij het behalen van bepaalde kwaliteitsdoelstellingen. De kwaliteit daarvan wordt gemeten via landelijk geïmplementeerde uitkomstindicatoren. Binnen de proeftuinen in de curatieve zorg heeft een aantal verzekeraars en aanbieders eerste afspraken gemaakt over het toekennen van een financiële beloning wanneer besparingen worden behaald.

...er zijn verdere stappen gezet richting uitkomstbekostiging...

Sinds de voorgaande brief over uitkomstbekostiging heb ik in de bekostiging en op het terrein van transparantie een aantal stappen gezet die de mogelijkheden voor het bekostigen van uitkomsten verder vergroten.

Ontwikkelingen bekostiging

In de medisch specialistische zorg is *integrale bekostiging* ingevoerd. Dit geeft verzekeraars en aanbieders de mogelijkheid om strakkere afspraken te maken over kwaliteit en doelmatigheid, zonder dat partijen worden belemmerd door separate en door de overheid gereguleerde honorarium-tarieven. Er is een nieuw bekostigingsmodel geïmplementeerd voor de huisartsen en multidisciplinaire zorg waarin ruimte is voor resultaatsbeloning. Binnen dit nieuwe drie-segmentenmodel is het derde segment specifiek ingericht voor ontwikkeling en innovatie. Het idee is dat de inkomsten uit segment één en twee kunnen worden aangevuld vanuit segment drie – onder andere – op basis van uitkomstindicatoren. Ook in de bekostiging wijkverpleging wordt het per 2016 mogelijk voor aanbieders en verzekeraars om afspraken te maken over beloning van uitkomsten met als doel de kwaliteit van de geleverde verpleging en verzorging te verhogen of de kosten te verlagen. Samen met partijen zal de komende tijd worden benut om vanaf 2017 bij het belonen van

uitkomsten gebruik te maken van inhoudelijke indicatoren die we van belang achten voor de wijkverpleegkundige zorg. In de GGZ is per 2013 sectorbreed sprake van prestatiebekostiging, per 2014 is niet langer een representerende verzekeraar verantwoordelijk voor de zorginkoop, maar individuele verzekeraars. Door de sectorbrede invoering van prestatiebekostiging en het geleidelijk meer risicodragend maken van verzekeraars voor de GGZ, hebben verzekeraars meer behoefte gekregen aan informatie over de kwaliteit van zorg, en aanbieders zijn er bij gebaat als zij meer inzichtelijk kunnen maken waarin zij zich van anderen onderscheiden, wat hun meerwaarde is, voor de patiënt.

Transparantie

Ook in de randvoorwaardelijke sfeer zijn belangrijke stappen gezet. Dé belangrijkste randvoorwaarde om te komen tot uitkomstbekostiging is transparantie over de uitkomsten van de zorg. Ik verwacht dat met de doorontwikkeling van de transparantie over kwaliteit van de zorg en het breder beschikbaar komen van deze informatie, het gebruik ervan binnen de contractering zal toenemen. Daarmee ontwikkelt uitkomstbekostiging zich van onderop. De afgelopen jaren is door alle betrokken partijen hard gewerkt aan het vergroten van transparantie over de kwaliteit van zorg. Ik noem enkele voorbeelden. DICA verzorgt 20 kwaliteitsregistraties voor 15 beroepsverenigingen van medisch specialisten. De zes ziekenhuizen verenigd in Santeon hebben kort geleden hun tweede uitkomstboek gepubliceerd, waarin uitkomstindicatoren voor 4 oncologische behandelingen worden gepresenteerd (<http://www.zorgvooruitkomst.nl/uitkomstenboek2014.pdf>). Zorgverzekeraars en patiëntenverenigingen hebben inzicht gegeven in de praktijkvariatie van bepaalde behandelingen, zoals operaties van lage rughernia. In de GGZ leveren steeds meer aanbieders steeds meer data aan over de uitkomsten van zorg (ROM) bij Stichting Benchmark GGZ (SBG). Deze stichting fungeert ook steeds meer als dé gegevensmakelaar voor transparantie-indicatoren in de GGZ, niet alleen voor wat betreft behandel-effect, maar ook voor klantwaardering (CQi). Ook wordt gewerkt aan het bij Stichting Benchmark GGZ onderbrengen van de registratie van dwang & drang en het streven is op termijn ook andere IGZ-indicatoren aan de database toe te voegen. Van daaruit kan al deze informatie worden ontsloten, bijvoorbeeld richting het Kwaliteitsinstituut en voor keuzeondersteunende en inkoopinformatie.

IBMG stelt in haar rapport terecht dat het proces richting meer transparantie in de zorg de afgelopen jaren te traag is verlopen. Om die reden heb ik 2015 uitgeroepen tot het jaar van de transparantie. In mijn brief over het jaar van de transparantie, d.d. 2 maart 2015 (Kamerstuk 32 620, nr. 149) staan de activiteiten beschreven die in het jaar van de transparantie worden uitgevoerd.

...en we gaan door op de ingeslagen weg

Zowel in het verder doorontwikkelen van de bekostigingssystemen als het creëren van de benodigde randvoorwaarden voor uitkomstbekostiging worden de komende jaren belangrijke verdere stappen gezet. Deze hebben mede tot doel dat partijen over de instrumenten zullen beschikken om een groter gewicht te geven aan de uitkomsten van de zorg. Met onderstaande activiteiten kom ik in grote mate tegemoet aan de aanbevelingen die IBMG in haar rapport doet:

Transparantie over de kwaliteit van zorg

Investeren in de transparantie over de kwaliteit van zorg is voor mij het belangrijkste aandachtspunt in het verder bevorderen van uitkomstbekos-

tiging. Niet voor niets heb ik 2015 uitgeroepen tot het jaar van de transparantie. Zie voor meer details mijn eerder genoemde brief over het jaar van de transparantie. Afsproken is dat het Kwaliteitsinstituut de regie voert op de uitvoering van het jaar van de transparantie. Dat past bij de opdracht van het Kwaliteitsinstituut om voortvarend en met doorzettingsmacht transparantie tot stand te brengen. In mijn brief over het jaar van de transparantie heb ik reeds beschreven dat «zorgverzekeraars hun inkoop doen op basis van de gezamenlijk vastgestelde kwaliteitcriteria en richtlijnen». Ook is afgesproken dat de aanlevering van indicatorensets en richtlijnen aan het Kwaliteitsinstituut tripartiet zal gebeuren, ofwel door aanbieders, verzekeraars en patiënten gedragen. De kwaliteitcriteria zullen de komende jaren steeds meer gebaseerd worden op daadwerkelijke uitkomsten van zorg.

Het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ werkt aan (vernieuwing van bestaande) zorgstandaarden, waar uitkomstindicatoren ook een onderdeel van zijn. Eind 2016 zal een eerste tranche van producten worden opgeleverd die ook ingeschreven kunnen worden in het register van het Kwaliteitsinstituut. Aanbieders, verzekeraars en patiëntenorganisaties zijn allen betrokken bij dit netwerk. Daarnaast heb in mijn brief «kwaliteit loont», d.d. 6 februari 2015 (Kamerstuk 31 765, nr. 116) aangekondigd dat de aanlevering van uitkomstgegevens verplicht wordt voor alle aanbieders van GGZ. Deze verplichting wordt opgenomen in een AMvB die binnenkort, op uw verzoek, in concept aan uw Kamer zal worden toegezonden. Het is de bedoeling dat deze AMvB 1 januari 2016 in het Staatsblad zal zijn verschenen.

Doorontwikkeling van de bekostiging

In mijn eerder genoemde brief «kwaliteit loont» stel ik dat «Daarnaast zal het kabinet zorgverzekeraars en zorgaanbieders veel meer vrijheid geven over datgene waarover zij zelf afspraken maken (prestatieomschrijvingen). Om te zorgen dat veelbelovende innovaties en nieuwe initiatieven gericht op kwaliteit en doelmatigheid sneller kunnen worden ingevoerd, wil het kabinet toestaan dat zorgaanbieders en verzekeraars zelf afspraken maken over zorgprestaties.» Door in te zetten op deregulering van de WMG wil ik de randvoorwaarden creëren waarbinnen aanbieders en verzekeraars zelf afspraken maken over de zorgprestaties. Dit geeft aanbieders en verzekeraars ruimte om meer maatwerk gericht op uitkomsten in de contracten op te nemen.

Stimuleren van innovatieve en meerjarencontracten

Zoals ik in mijn eerdergenoemde brief «kwaliteit loont» beschrijf, stimuleert het kabinet de totstandkoming van innovatieve contracten, waaronder meerjaren contracten. Dit punt wordt in de bestuurlijke overleggen van de diverse sectoren geagendeerd. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars hebben al wel aan mij aangegeven dat het belangrijkste knelpunt in de totstandkoming van meerjarencontracten de grote wijzigingen in de bekostiging van afgelopen jaren zijn geweest. Deze partijen roepen op tot rust in de bekostiging en waar nodig geleidelijke veranderingen.

Ook hier gaat het om vinden van een balans tussen verbetering van de bekostiging versus rust in de bekostiging vanuit het oogpunt van stabiliteit. Dit pleit eens te meer tegen grote «big bangs» en voor geleidelijke verbeteringen.

Vanuit de kwaliteits- en doelmatigheidsagenda onder het hoofdlijnenakkoord MSZ werken de Federatie van Medisch Specialisten (FMS) en de Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (NPCF) aan het bevorderen van gezamenlijke besluitvorming waarbij afspraken over de uitkomst een belangrijke rol spelen. Onderdeel van hun programma *verstandig kiezen* is de campagne drie goede vragen (<http://www.3goedevragen.nl/>). Ook zal de patiënt een steeds grotere rol spelen bij de meting van zorguitkomsten. In 2015 starten we met de ontwikkeling van een uniform systeem voor het meten van patiëntervaringen, de zogenaamde Patient Reported Outcome Measures (PROMs). Ook in de eerste lijn worden zoveel mogelijk de door de patiënt gewenste uitkomsten centraal gezet. Zo vindt er binnen een aantal zorgprogramma's voor kwetsbare ouderen geen multidisciplinair overleg (MDO) over de patiënt plaats maar *met* de patiënt, om samen – aan de hand van wat de patiënt belangrijk vindt – het beleid te bepalen. In de GGZ is het routinematig meten van uitkomsten reeds goed gebruik (ROM-systeem), door of in samenspraak met de patiënt. De hiervoor gebruikte vragenlijsten zijn continu in ontwikkeling. Wel toont recent onderzoek van het Trimbos-instituut (Kamerstuk 25 424, nr. 272) aan dat er nog meer gebruik kan worden gemaakt van deze methodiek ter ondersteuning van het klinische proces. Dat is ook waar ROM in eerste instantie voor bedoeld is: door regelmatig het verloop van de behandeling te meten kan deze waar nodig bijgesteld worden, als daar op grond van de uitkomsten aanleiding voor is. Het Landelijk Platform GGZ zit naast aanbieders en verzekeraars in het bestuur van Stichting Benchmark GGZ en is zodoende nauw betrokken bij de ontwikkelingen op dit gebied.

Inzetten op een hoogwaardige gedeelde ICT infrastructuur

De Staatssecretaris en ik zetten ons in voor betere informatie-uitwisseling in de zorg via het Informatieberaad. Dit is een platform waarin veldpartijen samen werken aan een duurzaam informatiestelsel voor de zorg¹. In het Informatieberaad wordt versneld toegewerkt naar vaststelling en implementatie van standaarden ter verbetering van de interoperabiliteit van systemen en de ontsluiting van gegevens aan burgers en andere zorgprofessionals. Een van de belangrijke activiteiten waar zij mee aan de slag gaan is de ontwikkeling van registratie aan de bron. In de voortgangsrapportage eHealth en zorgverbetering wordt nader op het vraagstuk rond informatie-uitwisseling wordt ingegaan. Deze rapportage wordt voor het zomerreces aan de Tweede Kamer gezonden.

Tot slot

Een big bang in de bekostigingssystemen is mijns inziens niet de route naar uitkomstbekostiging. Niet alleen is een big bang onnodig; ik denk zelfs dat zo'n big bang op onderdelen erg negatieve effecten kan hebben. Ook IBMG trekt deze conclusie wanneer ze stellen dat het van groot belang is om nieuwe vormen van uitkomstbekostiging geleidelijk te implementeren. De implementatierisico's zijn groot en het is niet verantwoord om die nu voor onze rekening te nemen, te meer daar het systeem nu goed presteert en de transitieproblematiek grotendeels achter ons ligt. In plaats van voor een big bang kies ik ervoor om 1) partijen zoveel mogelijk te stimuleren en faciliteren om uitkomstbekostiging te

¹ Het informatieberaad is een door VWS georganiseerd bestuurlijk overleg waarvan de volgende partijen lid zijn: LHV, NHG, InEen, NFU, NVZ, Federatie Medisch Specialisten, GGZ NL, ActiZ, VGN, KNMP, VNG, ZN, NPCF en VWS.

realiseren en 2) eventuele knelpunten voor uitkomstbekostiging in de huidige bekostigingssystematiek zoveel mogelijk weg te halen. Uiteraard zal ik de bevindingen in het rapport van IBMG hierin meenemen. Met deze aanpak breiden we de mogelijkheden om uitkomsten te bekostigen geleidelijk verder uitrichting 2020 en daarna.

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