

Vergaderjaar 2017–2018

29 689

Herziening Zorgstelsel

Nr. 884

BRIEF VAN DE MINISTER VOOR MEDISCHE ZORG

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 19 januari 2018

In oktober 2017 publiceerde de Raad voor de Volksgezondheid en Samenleving (RVS) een advies over de rol van zorginkoop in het zorgstelsel onder de volgende titel: Zorgrelatie centraal; partnerschap leidend voor zorginkoop.

Uw vaste Kamercommissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft op 25 oktober 2017 aangegeven dit rapport te willen betrekken bij het Algemeen Overleg over de Zorgverzekeringswet, dat gepland is voor 1 februari aanstaande. Vooruitlopend op dat overleg doe ik u hierbij een reactie op dit rapport toekomen, met name ten aanzien van de Zorgverzekeringswet. Met betrekking tot de voorstellen in het advies van de RVS op het terrein van de langdurige zorg is relevant te melden dat uw kamer, zoals toegezegd, in het eerste kwartaal van 2018 een brief krijgt over het Kwaliteitskader verpleeghuiszorg mede in relatie tot de zorginkoop in het kader van de Wet langdurige zorg.

Kernpunten

- De RVS reikt een perspectief aan dat de zorgrelatie tussen zorgverlener en cliënt/patiënt centraal stelt en inzet op een partnerschap tussen inkoper en aanbieder. Het gewenste partnerschap kenmerkt zich door wederzijds vertrouwen en meerjarige afspraken. Daardoor zal er meer aandacht zijn voor innovatie en preventie en kunnen de administratieve lasten omlaag.
- Met deze uitgangspunten ben ik het erg eens. Ik kan me vinden in een deel van de aanbevelingen die de Raad doet. Ik ben niet van plan om het huidige zorgverzekeringsstelsel te wijzigen, aangezien dat volgens mij niet nodig is. Wel zie ik ruimte voor verbetering in het centraal stellen van de cliënt/patiënt, waarbij ook de belangen van de premiebetaler in het oog worden gehouden.
- In de praktijk zijn er steeds meer positieve ontwikkelingen op het terrein van de zorginkoop die in lijn zijn met het RVS-advies. Ik wil dergelijke ontwikkelingen de komende jaren ook stimuleren.

Patiënt sterker positioneren in het stelsel

De RVS levert met haar advies een bijdrage aan het denken over het zorgstelsel. Daarvoor ben ik de Raad erkentelijk. Een aantal onderdelen van het perspectief dat de RVS schetst sluit goed aan bij de ontwikkelingen die we in zorg waarnemen of (moeten) worden ingezet. Hoewel de RVS geen stelselwijziging zegt voor te staan, brengen onderdelen van het geschetste perspectief wel een ingrijpende wijziging van het bestaande stelsel met zich mee. Daar ga ik niet in mee.

De RVS is kritisch over het principe van selectieve inkoop, een belangrijk onderdeel van het huidige zorgstelsel. Aan de ene kant stelt de RVS dat zorgverzekeraars zouden moeten «stoppen met de jaarlijkse (dreiging van) selectieve inkoop» en dat in lijn daarmee de naturapolis moet worden afgeschaft. Dit gaat volgens de RVS «voorbij aan de professionele verantwoordelijkheid van zorgverleners en aan de zeggenschap van patiënten over de keuze voor de zorgaanbieder». Tegelijkertijd constateert de RVS dat patiënten niet belemmerd worden door selectieve zorginkoop van zorgverzekeraars. Sterker nog, de RVS constateert dat «er een vrijwel volledige keuzevrijheid bestaat»; er wordt breed gecontracteerd. De RVS merkt ook op dat selectieve zorginkoop veel voordelen heeft opgeleverd. Zo is hierdoor de kwaliteit van borstkankerzorg verbeterd en zijn door het preferentiebeleid de kosten van geneesmiddelen gedaald. Overigens heeft de RVS in 2008 een advies uitgebracht waarin het juist sterk pleitte voor selectieve inkoop.¹ Er wordt in dit advies niet aangegeven waarom de RVS van gedachten is veranderd. Het huidige stelsel biedt in mijn ogen voldoende keuzemogelijkheden en verzekeraars weten deze ook te borgen.

Voorts gaat de RVS in op het aspect van kostenbeheersing. Aan de ene kant benadrukt de RVS het belang hiervan, aan de andere kant maakt de door de RVS bepleite afschaffing van (de mogelijkheid van) selectieve inkoop en het afschaffen van de naturapolis dit moeilijk. Daarmee gaan *checks en balances* in het stelsel voor een groot deel verloren. Als de rol van zorgverzekeraar slechts wordt beperkt tot het betalen van de rekeningen, dan vervalt immers de rol van de zorgverzekeraars die namens de verzekerden inkoopt en daarbij let op beschikbaarheid, kwaliteit, doelmatigheid en kosten. Dan kan de overheid alleen nog ingrijpen via instrumenten als hoofdlijnakkoorden of het opleggen van kortingen aan aanbieders, het verhogen van de eigen bijdrage of het eigen risico, of verkleining van het pakket. In haar conclusies geeft de RVS overigens aan dat het aspect van kostenbeheersing nog uitgewerkt moet worden.

Verder benadrukt de RVS dat zij niet pleit voor een stelselwijziging, maar de aanbevelingen om de naturapolis af te schaffen, (de mogelijkheid tot) selectieve inkoop te beëindigen, zorgkantoren af te schaffen en ouderenzorg naar de Zvw over te hevelen, kunnen niet anders worden gezien dan een ingrijpende verandering van het huidige stelsel.

Ik hecht er in dit verband aan te benadrukken dat het huidige stelsel met de driehoek van zorgaanbieder, verzekerde/patiënt en zorgverzekeraar zijn grondslag heeft in de informatie-asymmetrie tussen zorgaanbieder en de verzekerde/patiënt. Anders gezegd: verzekerden/patiënten hebben een grote informatie-achterstand ten opzichte van de zorgaanbieder over behandelmogelijkheden en kosten. Zorgverzekeraars die namens verzekerden inkopen (en de financiële kant afwikkelen buiten de spreek-

¹ «Selectieve zorginkoop, dus niet meer alle zorg contracteren, maar alleen goede én doelmatige zorg contracteren en verzekerden sturen naar gecontracteerde zorg, is de beste manier om tegemoet te komen aan een groeiende en veranderende zorgvraag» (RVZ, 2008).

kamer om) versterken zo de vraagzijde tegenover het aanbod. Het is van belang dat de verhoudingen tussen partijen evenwichtig zijn. Om die reden vind ik het van belang dat de informatiepositie van de verzekerde versterkt wordt en de verzekeraar nog meer in het belang van de verzekerde opereert. Zo kunnen zorgverzekeraars in mijn ogen de kwaliteit van de ingekochte zorg transparanter maken en meer doen aan zorgadvisering en -bemiddeling. Ook kunnen ze meer inzicht geven in de redenen van al dan niet contracteren van aanbieders en in de financiële gevolgen van behandelingen. Verder is het gewenst dat er een transparanter keuzepalet in het omvangrijke polisaanbod komt. Deze ambities zijn in het regeerakkoord opgenomen.

Blijven streven naar verbetering

Verder is in het regeerakkoord aangegeven dat (meerjarige) contractering tussen zorgaanbieders en verzekeraars een goede basis kan zijn voor afspraken over prijs, kwaliteit en zorgverlening. In ons zorgstelsel is de inkoop door zorgverzekeraars van zorg (contractering) een belangrijk instrument om de kwaliteit van zorg te verbeteren en de betaalbaarheid te bewaken.

Zorgverzekeraars nemen samen met aanbieders deze taak serieus en ontwikkelen nieuwe concepten om hieraan vorm te geven. Een voorbeeld hiervan is het sluiten van meerjarige contracten met zorgaanbieders. Zoals de RVS aangeeft kunnen hierdoor partnerschappen ontstaan die een goede omgeving creëren voor het bouwen van vertrouwen, het uitwisselen van data, investeringen in innovaties en preventie en doelmatige zorg. Ik juich deze ontwikkeling toe.

De RVS onderkent in zijn advies dat er goede voorbeelden van zorginkoop zijn die positieve effecten hebben op de kwaliteit en op de kosten, maar geeft daarbij aan dat die positieve rol voor verzekerden vaak onzichtbaar blijft. Ik vind het van groter belang dat de patiënt merkt dat de kwaliteit van zijn zorg verbetert, dan dat hij of zij erkent dat dit gebeurt op grond van meerjarige contracten die worden gesloten tussen zijn of haar zorgaanbieder en zorgverzekeraar. Zoals uit de box met goede voorbeelden hieronder blijkt, hebben dit soort meerjarige contracten stevast tot doel de zorg voor de patiënt te verbeteren.

Voorbeelden meerjarige contractering in de Zorgverzekeringswet

Eind vorig jaar zijn zorgverzekeraar Menzis en het Martini Ziekenhuis Groningen een langjarige, intensieve samenwerking aangegaan. Zij sloten een contract voor vier jaar dat over meer dan alleen ziekenhuiszorg gaat. Het gaat over het werken aan (1) de beste zorg, (2) op de beste plek en (3) tegen de beste prijs. Dat betekent soms verplaatsing van zorg naar huisarts en eerste lijn waardoor verzekerden geen eigen risico kwijt zijn en de zorg dichterbij huis ontvangen. Beoogd wordt een daling van de kosten, waardoor de premie op termijn minder hoeft te stijgen en wellicht zelfs kan dalen. Het Martini gaat zich de komende jaren ontwikkelen op elf speerpunten. Voor patiënten van het ziekenhuis is dit goed, omdat het ziekenhuis structureel en gestructureerd werkt aan de kwaliteit van (ziekenhuis)zorg. Die kwaliteit wordt ook inzichtelijk gemaakt via de Zorgvinder van Menzis. Verzekerden van Menzis hebben bovendien de zekerheid dat ze de komende vier jaar bij «hun» ziekenhuis terecht kunnen.

In juni 2016 hebben Zilveren Kruis en Isala klinieken Zwolle meerjarenafspraken gemaakt. In het driejarige contract is vastgelegd op welke wijze partijen samen komen tot de te verwachten zorg en de berekening van de tarieven die nodig zijn om de zorg te garanderen aan alle verzekerden van Zilveren Kruis. In het contract zijn onder meer afspraken gemaakt over kwaliteit, doelmatigheid en prijs. Bijzonder aan de afspraken is dat er een onafhankelijke derde partij wordt ingeschakeld die op basis van data van beide partijen de doelmatigheid en prijs beoordeelt. Om de zorgkwaliteit te meten, maken Isala en Zilveren Kruis gebruik van bestaande IGJ-uitkomstindicatoren. Daarnaast werken beide partijen aan nieuwe manieren om de kwaliteit te meten. De meerjarenafspraken betekenen dat het ziekenhuis minder tijd kwijt is met onderhandelingen met de verzekeraar en meer zekerheid heeft om investeringen te doen in noodzakelijke dure medische apparatuur. Ook geeft het ruimte om in te zetten op langjarige trajecten voor kwaliteitsverbetering van de zorg.

In november vorig jaar heeft het Albert Schweitzer ziekenhuis (Drechtsteden) met zorgverzekeraar VGZ een meerjarencontract gesloten waarin afspraken over kwaliteit en doelmatigheid zijn opgenomen. VGZ geeft het ziekenhuis een vaste vergoeding voor de jaren 2018 tot en met 2020. Het ziekenhuis krijgt daardoor ruimte voor het verbeteren en waar mogelijk terugdringen van zorg en voor patiëntvriendelijker werken. Zo gaan zorgverlener en patiënt meer samen beslissen over de behandeling. Ook wordt er ingezet op E-health waardoor patiënten minder vaak fysiek naar het ziekenhuis hoeven. Verder wordt gekeken hoe onnodige zorg in de tweede lijn kan worden voorkomen door beter samen te werken met de eerste lijn.

Het samenwerkingsverband van Santeon ziekenhuizen heeft begin 2017 meerjaren afspraken gemaakt met drie verzekeraars over borstkankerzorg. Bij deze afspraken ligt de nadruk op het verbeteren van de kwaliteit. In de meerjarencontracten zijn afspraken gemaakt over onder meer prestaties op het gebied van klantbeleving, wachttijden, medische kwaliteit en doelmatigheid. Het niveau van het best presterende ziekenhuis in de benchmark is leidend voor de andere ziekenhuizen. De ziekenhuizen geven de verzekeraars volledige openheid over de kwaliteitsverbeteringen en aan de hand daarvan worden de afspraken jaarlijks geëvalueerd. Om de focus op de kwaliteitsverbetering te leggen is er een vaste prijs afgesproken. Ook geldt dat de financiële kaders minder hard zijn. Als aan de kwaliteitseisen wordt voldaan, kunnen de ziekenhuizen meer borstkankerpatiënten behandelen dan was afgesproken en zijn verzekeraars bereid deze extra behandelingen te vergoeden.

De RVS stelt dat de zorgrelatie tussen patiënt en zorgaanbieder centraal moet staan en dat dit ondersteund moet worden door de afspraken die zorgaanbieder en zorgverzekeraar maken. Dat is mogelijk in het huidige stelsel, zoals blijkt uit de hiernavolgende box. Ik verwelkom deze initiatieven en roep de zorgverzekeraars op dergelijke initiatieven ook elders door te voeren.

Voorbeelden van het centraal stellen van de patiënt

Het Udense ziekenhuis Bernhoven heeft de ziekenhuiszorg anders georganiseerd en sloot daartoe een vijfjarig contract af met CZ en VGZ. Zo wil Bernhoven het aantal patiënten beperkt houden. Dan kan het elke patiënt aandacht geven en blijven de kosten laag. Daarnaast werkt Bernhoven intensief samen met huisartsen, zodat

onnodige verwijzing naar het ziekenhuis wordt voorkomen en chronisch zieken dichtbij huis kunnen worden begeleid. Centraal in de aanpak van Bernhoven staat het samen met de patiënt de juiste keuze voor zorg maken. De artsen van Bernhoven betrekken de patiënten bij hun behandelingen, onder meer met digitale keuze-hulpen. En dan is de uitkomst regelmatig dat de patiënt geen operatie wil omdat de voordelen niet opwegen tegen de nadelen. Ook hier is maatwerk het doel.

Zorgverzekeraar Menzis heeft afspraken gemaakt met de huisartsen in de 25 gezondheidscentra van Arts en Zorg. Eerder werden per behandeling afspraken gemaakt over de financiering ervan. Nu wordt er voor iedere patiënt gekeken naar zijn specifieke kenmerken en mede op basis van zijn in het verleden gemaakte zorgkosten een bedrag aan de huisarts beschikbaar gesteld. De huisartsen bepalen zelf hoe zij dit in te zetten. Deze manier van financieren stelt de vraag van de patiënt centraal, en niet de behandeling of de behandelingsduur. Voor de artsen betekent dit minder administratieve lasten én een grotere professionele vrijheid.

Bovenstaande voorbeelden van meerjarige contractering zijn op het terrein van de Zorgverzekeringswet, maar in de Wet langdurige zorg (Wlz) is meerjarige contractering inmiddels eerder regel dan uitzondering. In het inkoopkader Wet Langdurige zorg 2018–2020 van Zorgverzekeraars Nederland staat dat «een meerjarige overeenkomst rust en duidelijkheid creëert. Zorgkantoren gaan in principe met de bestaande zorgaanbieders met wie wij gedurende geheel 2017 een overeenkomst hadden, graag een overeenkomst aan tot en met 2020. Hiermee geven we blijk van vertrouwen in een langdurige samenwerking en beperken we voor alle partijen de administratieve lasten.»

Persoonsvolgende zorg in de Wlz

De RVS ziet bij de vertaling van het door hun geschetste perspectief naar de Wlz een centrale rol voor de persoonsvolgende bekostiging. De facto is de huidige financiering van de Wlz al in hoge mate persoonsvolgend. Daarnaast lopen op dit terrein twee experimenten: één in de zorgkantoorregio Rotterdam (voor gehandicaptenzorg) en één in de zorgkantoorregio Zuid-Limburg. Bij deze experimenten staat de vraagverheldering van de cliënt met betrekking tot de gewenste zorg en de uiteindelijke geleverde zorg centraal. Het uiteindelijke doel is om een manier van werken te vinden op basis waarvan de cliënt zo goed mogelijk zijn vraag in beeld krijgt en er ruimte komt voor nieuw zorgaanbod waardoor de cliënt uiteindelijk de best passende zorg ontvangt.

De RVS beveelt aan om deze initiatieven breed te verspreiden. Begin 2019 komt er een evaluatie over deze experimenten op basis waarvan ik beslis over het breder uitzetten van het experiment persoonsvolgende zorg.

Relevante ontwikkelingen Wmo en Jeugdwet

De RVS beveelt aan dat rijksoverheid en politiek gemeenten ruimte moeten geven om te experimenteren met maatwerkoplossingen voor maatschappelijke ondersteuning en jeugdhulp. Vanuit het doel dat de cliënt centraal staat en in (meerjarig) partnerschap met aanbieders. Deze aanbeveling ondersteun ik. Om hieraan bij te dragen zijn onder meer de volgende trajecten in beweging:

- Gemeenten en Rijk werken binnen het Programma sociaal domein aan hardnekkige uitvoeringsvraagstukken. Vanuit het principe van een «lerende praktijk» waarbij lokale uitvoering centraal staat, worden

gezamenlijke oplossingen gevonden voor thema's zoals de basis van de arbeidsmarkt, vernieuwde kennisinfrastructuur maar ook voor effectief aanbod voor specifieke doelgroepen zoals licht verstandelijk beperkten of de jong volwassenen van 18- naar 18+. Dit programma loopt voor de komende vier jaar.

- Het Instituut voor Publieke Waarde heeft vanuit actie-gericht onderzoek de afgelopen jaren veel ervaring opgedaan met het oplossen van complexe casuïstiek. Zij hebben daarbij onderzocht welke financieringsmodellen aansluiten bij welke aanpak. Aan hen is gevraagd om de opgedane praktijkervaring om te zetten in een handboek dat bruikbaar is voor professionals (op lokaal niveau).
- De RVS beveelt aan om gemeenten (verantwoordings)vrij te laten om daadwerkelijk nieuw ondersteuningsaanbod binnen Wmo en Jeugd te organiseren. Dat past binnen de verhoudingen van het bestuurlijk partnerschap tussen gemeenten en Rijk als het gaat om de transformatie in het sociaal domein. Omdat een gezamenlijk leer/denk/handelskader bevorderend is om de rust in te bouwen die nodig is om tot een getransformeerde praktijk te komen, wordt er momenteel in opdracht van de VNG en het netwerk Directeuren Sociaal Domein verkend hoe een nieuwe leerinfrastructuur in het sociaal domein eruit kan zien. Tevens wordt er met stakeholders verder gesproken voor gezamenlijk draagvlak.
- N.a.v. de uitspraken van de Centrale Raad van Beroep op 18 mei 2016 over drie rechtszaken betreffende de Wmo, zijn gemeenten, Rijk, koepels van aanbieders en cliëntorganisaties gezamenlijk een traject gestart om te verkennen hoe invulling gegeven kan worden aan de vernieuwing (van o.a. bekostiging en sturing) en ook aansluit bij de jurisprudentie. De verkenning heeft eind 2016 geleid tot het rapport «Passend en onderbouwd (lokaal) beleid voor hulp bij het huishouden» en wordt vervolgd met bijeenkomsten met gemeenten.

Conclusie

Ik zie meerdere ontwikkelingen in de verschillende zorgdomeinen die, in de lijn van de aanbevelingen van de RVS, de wensen van de patiënt centraal stellen en meer ruimte laten aan zorgprofessionals. Een belangrijk instrument hiervoor is het afsluiten van meerjarige contracten met ruimte voor professioneel maatwerk. Ik ondersteun dergelijke initiatieven, omdat deze er toe bijdragen dat cliënten/ patiënten goede zorg en ondersteuning krijgen tegen een betaalbare prijs.

De Minister voor Medische Zorg,
B.J. Bruins