

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

De Voorzitter van de Tweede Kamer
der Staten-Generaal
Postbus 20018
2500 EA DEN HAAG

Bezoekadres:
Rijnstraat 50
2515 XP Den Haag
www.rijksoverheid.nl

Kenmerk
127795-105986-CZ

Bijlage(n)
1

*Correspondentie uitsluitend
richten aan het retouradres
met vermelding van de
datum en het kenmerk van
deze brief.*

Datum 4 juli 2013
Betreft Uitkomstbekostiging in de curatieve zorg

Geachte voorzitter,

Het op de lange termijn betaalbaar houden van zorg, terwijl tegelijkertijd de doelmatigheid en kwaliteit verbeterd wordt, is één van de belangrijkste speerpunten van mijn beleid. Het leveren van doelmatige zorg van (aantoonbaar) hoge kwaliteit moet aantrekkelijker zijn dan alleen het leveren van zoveel mogelijk zorg die niet altijd even zinnig en zuinig is. Uitkomstbekostiging, dat wil zeggen bekostiging gericht op het stimuleren van goede uitkomsten van medische behandeling in termen van kwaliteit én kosten, zal bijdragen aan het bereiken van dit doel. Ik zie het bekostigen van en sturen op uitkomsten als een logische en noodzakelijke vervolgstap in de ontwikkeling van de curatieve zorg. In deze brief zal ik beschrijven hoe uitkomstbekostiging in de curatieve zorg onder mijn regie vorm krijgt.

Met deze brief kom ik tevens de toezegging na die ik in mijn brief van 23 april jongstleden over proeftuinen en pilots (TK 32 620, nr. 85) heb gedaan om voor de zomer met een brief te komen naar aanleiding van de motie Smilde over uitkomstbekostiging (TK 33 000 XVI, nr. 45) en met een vervolg op het iBMG-rapport over uitkomstbekostiging (bijlage bij TK 33 400 XVI, nr. 15) dat ik in het najaar van 2012 aan de Tweede Kamer heb aangeboden.

Uitkomstbekostiging als stimulans voor kwaliteit en doelmatigheid

Het eindperspectief dat ik voor ogen heb is dat zorgaanbieders financieel geprikkeld worden om (gezamenlijk) optimale zorgresultaten te behalen, groepen mensen zo gezond mogelijk te houden en gelijktijdig de kosten te beheersen.

Recent is de bekostiging van de medisch specialistische zorg overgegaan van ongeveer 44.000 DBC's naar 4.400 DOT-zorgproducten. Dit is in een 'big bang' gebeurd per 1 januari 2012. Voor deze ingrijpende bekostigingswijziging is gemeend ook een transitie-model bij wijze van vangnet in te stellen (95% in 2012, 70% in 2013), om te voorkomen dat door deze bekostigingswijziging instellingen in de problemen zouden komen. Ik vind dit onwenselijk voor de toekomst: de bekostiging moet nu evolueren naar een bekostigingssysteem zoals wij dat wensen. Dat moet gradueel gebeuren in plaats van door grote wijzigingen in één keer. Verbetering van bekostigingssystemen moet daarom stapsgewijs plaatsvinden en vergt continue aandacht.

iBMG en Celsus: vruchtbare basis voor uitkomstbekostiging is aanwezig...

In andere landen is inmiddels enige ervaring met uitkomstbekostiging opgedaan. Om hiervan te leren heeft VWS vorig jaar het Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg (iBMG) gevraagd een rapport op te stellen met internationale voorbeelden van uitkomstbekostiging. Het rapport bevat naast achttien internationale voorbeelden van uitkomstbekostiging een bruikbaar theoretisch kader voor het verder brengen van uitkomstbekostiging in Nederland. Belangrijk is tevens dat in het rapport onderstreept wordt dat het perspectief om tot uitkomstbekostiging te komen in Nederland gunstig is. Dankzij de hervormingen van de laatste jaren, in de structuur en financiering van de curatieve zorg, waarschijnlijk gunstiger dan in andere landen.

Bij wijze van follow-up op dit onderzoek heeft VWS vervolgens Celsus, academie voor betaalbare zorg¹ gevraagd om - gegeven het door iBMG geschetste kader waarover consensus bestaat in het veld - te bezien op welke wijze uitkomstbekostiging in de Nederlandse curatieve zorg nader vormgegeven zou kunnen worden. Het rapport van Celsus is als bijlage bij deze brief gevoegd.

Celsus stelt onder meer dat uitkomstbekostiging, mits goed vormgegeven, een wenselijk en logisch vervolg is op de ontwikkelingen van het afgelopen decennium. Celsus merkt daarbij op dat de ontwikkeling en verspreiding van bruikbare en betrouwbare informatie over kwaliteit van zorg een achilleshiel van het huidige stelsel is. Celsus beveelt daarom aan hoge prioriteit te (blijven) geven aan het verder ontwikkelen van indicatoren van de kwaliteit van zorg, in termen van zowel uitkomsten aan de kant van de zorgaanbieder als die aan de kant van de patiënt. Vervolgens moet deze informatie op transparante wijze publiekelijk toegankelijk worden gemaakt voor zowel patiënten, zorgverzekeraars als zorgaanbieders. Celsus geeft voorts aan dat het zinvoller is om verdere inzet te plegen op het gebied van transparantie dan om de vormgeving van de bekostiging te wijzigen. Geconstateerd wordt namelijk dat partijen binnen het huidige systeem al veel vrijheid hebben en dat het systeem daarmee voldoende ruimte biedt voor uitkomstbekostiging. Bovendien constateert men dat onderzoek naar de langetermijneffecten van bekostigingsprikkel op het feitelijke keuzegedrag van professionals nog aan het begin staat. Celsus is van mening dat dit gebrek aan inzicht in de langetermijneffecten, in combinatie met de beperkte beschikbaarheid van kwaliteitsinformatie, een top-down invoering van uitkomstbekostiging, aan de hand van een ingrijpende hervorming van de bekostiging, risicovol zou maken

...en nu is het zaak om de daad bij het woord te voegen

In beide rapporten vind ik bevestiging van mijn overtuiging dat we bij het realiseren van uitkomstbekostiging kunnen voortbouwen op het huidige stelsel van de curatieve zorg en dat er inmiddels een stevig fundament ligt voor het bekostigen van en sturen op uitkomsten. Het onderstreept ook dat de sector op de juiste weg is. De uitdaging is nu om vanuit deze vruchtbare basis te komen tot het daadwerkelijk landelijk tot stand komen van uitkomstbekostiging. Omdat dit niet vanzelf zal gaan heb ik de lijnen uitgezet: mijn strategische agenda bevat een groot aantal maatregelen dat in het perspectief staat van een beter werkend stelsel. Deze maatregelen zullen (direct of indirect) bij dragen aan een gerichtheid op betere

¹ Celsus, academie voor betaalbare zorg is een samenwerkingsverband tussen IQ Healthcare (UMC St. Radboud) en VWS: <http://www.celsusacademie.nl>

uitkomsten van zorg. Dan gaat het onder meer om structuuraanpassingen (denk bijvoorbeeld aan de introductie van een basis-ggz en maatregelen in de huisartsen- en ziekenhuisbesteding), waarbij sprake is van velerlei dwarsverbanden tussen trajecten zoals bijvoorbeeld versnelling van de informatievoorziening en verbetering van de inzichtelijkheid van zorgnota's.

Uiteindelijk is het sleutelwoord transparantie. Ik ben ervan overtuigd dat die zo noodzakelijke transparantie alleen maar onder regie van VWS in en door het veld bereikt kan worden. Het Kwaliteitsinstituut (i.o) zal daarop toezien, maar ik wil dat verzekeraars en zorgaanbieders zich hier vooraf stevig aan committeren. Hierna zal ik stilstaan bij de rol die aanbieders, verzekeraars en patiënten hebben bij uitkomstbesteding, mede tegen de achtergrond van afspraken die ik met hen gemaakt heb in de diverse sectorakkoorden.

Hoofdlijnenakkoorden en de rollen van de verschillende partijen

Medisch specialistische zorg

In het hoofdlijnenakkoord heb ik met partijen afspraken gemaakt over het beheersen van de uitgavenontwikkeling door onder meer bij de contractering kwaliteit, doelmatigheid en gepast gebruik veel sterker mee te laten wegen. De maatregelen in de ziekenhuisbesteding die ik per 2012 genomen heb, bieden bovendien steeds meer ruimte voor verzekeraars en zorgaanbieders om maatwerkafspraken te maken over deze elementen. Ten slotte bevat het hoofdlijnenakkoord afspraken over het vergroten van de transparantie rondom de kwaliteit van geleverde zorg. Het aantal praktijkvoorbeelden daarvan neemt toe, bijvoorbeeld de door Zorgverzekeraars Nederland (ZN) in kaart gebrachte minimumkwaliteitsnormen voor complexe behandelingen, het vrijgeven van resultaten door een aantal ziekenhuizen van hun behandelingen van hartaandoeningen en het door zelfstandige behandelcentra meten van patiëntuitkomsten (PROMs²), onder meer op het gebied van orthopedie en hand- en polschirurgie. Het terugdringen van praktijkvariatie en het geven van meer inzicht in de geboden kwaliteit zal ook in de komende hoofdlijnenakkoorden een prominente rol moeten spelen.

Geestelijke gezondheidszorg (ggz)

Ik verwacht dat de in het bestuurlijk akkoord geestelijke gezondheidszorg gemaakte afspraken zullen leiden tot een sterkere prikkel om doelmatige zorg te leveren. Zo hebben zorgaanbieders zich in het akkoord verplicht om inzicht te geven in doelmatigheid, effectiviteit, veiligheid en patiëntervaring van de geleverde zorg. Er zal daarnaast structureel patiëntwaardering en -ervaring worden gemeten door middel van Routine Outcome Monitoring (ROM)³. Op basis van deze uitkomstgegevens kan de Stichting Benchmark GGZ op termijn zorgaanbieders, patiëntenorganisaties en zorgverzekeraars vergelijkingsinformatie geven. Ook wordt een kwaliteitsprogramma opgezet voor de ontwikkeling van behandelrichtlijnen en bijbehorende instrumenten, zoals zorgpaden, ROM-vragenlijsten en kwaliteitsindicatoren. De generalistische basis-ggz wordt straks bekostigd aan de hand van zorgvraagzwaarteproducten, waaraan objectieve zorgvraagzwaartecriteria ten grondslag liggen. In de gespecialiseerde ggz wordt toegewerkt naar een dbc-systeem dat zorgvraagzwaarte en uitkomsten van zorg inzichtelijk zal maken. Het streven is dat per 2014 zorgvraagzwaartefactuurinformatie op de factuur wordt opgenomen.

² Dit staat voor Patient Reported Outcome Measures.

³ Het tijdspad verschilt per deelsector.

Huisartsenzorg

In het convenant dat ik met de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) ben overeengekomen zijn afspraken gemaakt die bijdragen aan een verdere ontwikkeling van zorg in de buurt. Tevens ben ik mij aan het oriënteren op de invoering van een nieuw bekostigingsmodel voor de huisartsenzorg en chronische zorg. Dit model zal meer dan het huidige model uitgaan van bekostiging op basis van populatiekenmerken en faciliteert substitutie van zorg van de tweede naar de eerste lijn maar ook van de eerste lijn naar meer zelfzorg en zelfmanagement. Daarnaast zal het nieuwe model ruimte gaan bieden voor aanvullende afspraken tussen zorgverzekeraars en aanbieders over het belonen van (gezondheids)uitkomsten. Vooralsnog denk ik hierbij bijvoorbeeld aan service, bereikbaarheid, doelmatig voorschrijven van geneesmiddelen, alleen doorverwijzen als het moet en e-health. Ook uitkomsten van chronische zorg kunnen hier onderdeel van zijn. Op dit moment zijn de resultaten van zorggroepen voor de zorg voor diabetes, COPD en vasculaire risico's al inzichtelijk. Na de zomer zal ik de Kamer informeren over de voortgang op dit dossier en inzicht geven in de contouren van een nieuw bekostigingsmodel.

Proeftuinen en pilots

Zoals ik in mijn recente brief over proeftuinen en pilots heb aangegeven zijn er in de regio's allerlei initiatieven gestart die als gemeenschappelijk kenmerk hebben dat ze zorg sectoroverstijgend benaderen. Daarvan zal ik er een aantal actief gaan volgen en ondersteuning bieden. In de verschillende proeftuinen worden ook afspraken gemaakt over de bekostiging van zorg wanneer bepaalde doelstellingen op het gebied van kwaliteit en kostenbeheersing worden behaald. Hiertoe worden bijvoorbeeld bepaalde prestatieopslagen afgesproken of is men voornemens dit door middel van zogenaamde *shared savings* vorm geven. Om te kunnen leren van de verschillende proeftuinen en pilots zal via een landelijke monitor de voortgang gevolgd worden.

Transparantie voor de patiënt

Zoals u weet ben ik van plan om de inzichtelijkheid van de zorgkosten voor patiënten en verzekeraars te verbeteren. Een beter inzicht in de kosten zal bijdragen aan zinnig en zuinig gebruik van zorg en stelt patiënten beter in staat mogelijke onjuistheden in de declaraties, eigen risico en ingehouden eigen bijdragen te signaleren.

In mijn recente brief over kostenbewustzijn⁴ heb ik aangegeven dat de Orde van Medisch Specialisten in samenwerking met ZonMw bezig is met het opzetten van een campagne 'verstandig kiezen' waarbij ook patiëntenorganisaties een rol krijgen. Het ontwikkelen van instrumenten om gezamenlijk te komen tot de beste behandeling op het juiste moment staat hierbij centraal. Dit ter ondersteuning van het gesprek in de spreekkamer en het gezamenlijk beslissen over de juiste behandeling en de effecten op de kwaliteit van leven. In sommige gevallen zijn er immers meerdere behandelmogelijkheden met dezelfde uitkomst voor de patiënt. In deze gevallen is het van belang om ook inzicht te hebben in de zorgkosten in relatie tot de verwachte uitkomst, zodat patiënt en medisch specialist gezamenlijk de juiste keuze kunnen maken op het gebied van kwaliteit én zorgkosten.

⁴ TK 29 689, nr. 441.

Zorginkoop

Verzekeraars zorgen in het huidige stelsel via selectieve inkoop voor beheersing van de zorguitgaven en verbetering van kwaliteit en doelmatigheid.

Het rapport over doelmatigheid van zorginkoop dat ik eind vorig jaar naar de Tweede Kamer heb gezonden beschrijft een aantal recente initiatieven waarbij zorgverzekeraars aanbieders belonen voor uitkomsten⁵. Een rode draad in de meeste van de beschreven initiatieven is de rol van informatievoorziening. Veel initiatieven zijn gestart vanuit een analyse van gegevens bij de verzekeraar over zorggebruik en declaraties, soms aangevuld met externe informatie over bijvoorbeeld kwaliteitsindicatoren. De analyses laten verschillen zien in bijvoorbeeld zorggebruik, praktijkvariatie of organisatiewijze en vormen de basis van een dialoog met zorgaanbieders over verbetering van kwaliteit en doelmatigheid van de geleverde zorg.

Kwaliteitsinstituut (i.o)

Uitkomstbepaling zal pas daadwerkelijk van de grond komen als kwaliteit (waaronder uitkomsten) meetbaar is. Daarvoor is nodig dat duidelijk is wat goede zorg is en hoe gemeten kan worden of deze zorg ook daadwerkelijk geleverd is. Voor het meten van kwaliteit en doelmatigheid zijn objectieve kwaliteitsindicatoren⁶ en veldnormen nodig. De ontwikkeling van indicatoren door het veld is een weerbarstig proces gebleken. Daarom is het Kwaliteitsinstituut in het leven geroepen. Het Kwaliteitsinstituut (i.o.) krijgt de rol om de ontwikkeling te stimuleren van zowel afspraken over wat goede zorg is (professionele standaarden) als de wijze waarop die gemeten wordt (kwaliteitsindicatoren). De verantwoordelijkheid voor de ontwikkeling van zowel de standaarden als de indicatoren blijft primair bij het veld liggen. Het wetsvoorstel inzake het Kwaliteitsinstituut, dat nu bij de Eerste Kamer ligt, regelt dat het Kwaliteitsinstituut de regie op de ontwikkeling van die indicatoren kan overnemen als veldpartijen hun verantwoordelijkheid daarin niet oppakken. Het wetsvoorstel regelt verder dat zorgaanbieders de plicht hebben om gegevens over kwaliteit aan te leveren. De komst van het Kwaliteitsinstituut zal daarmee bijdragen aan uitkomstbepaling.

Afspraken en monitoring

Alles overziend stel ik vast dat er de laatste jaren niet alleen al veel verschillende trajecten in gang zijn gezet die er gezamenlijk voor zullen zorgen dat het bekostigen en sturen op uitkomsten in de curatieve zorg de komende jaren een steeds hogere vlucht zal nemen, maar dat er bovendien nog een scala aan maatregelen op de rol staat die dit perspectief dichterbij zullen brengen. Dat is een verheugende constatering, maar ik wil er absoluut verzekerd van zijn dat dit perspectief bewaarheid wordt.

Totstandkoming en gebruik van kwaliteitsinformatie

Zoals ik eerder heb aangegeven is beschikbaarheid van informatie een essentiële randvoorwaarde voor uitkomstbepaling. De sector staat voor de grote uitdaging om de komende tijd echt werk te maken van het vergroten van de transparantie, het inzicht in en de vergelijkbaarheid van de geleverde zorg. Dit is een gezamenlijke opgave, waarin een flinke achterstand zal moeten worden ingehaald. Vaak gaat het niet zozeer om méér informatie, als wel om betere en meer onderscheidende informatie; informatie die daadwerkelijk iets zegt over de

⁵ Bijlage bij TK 30597 nr. 27.

⁶ Zowel proces-, structuur- als uitkomstindicatoren.

kwaliteit van zorg, die tijdig en gestandaardiseerd wordt aangeleverd en gepubliceerd en die bovendien wordt vergaard door aan te sluiten bij het primaire proces. Het Kwaliteitsinstituut is daarin het sluitstuk; het Kwaliteitsinstituut stimuleert, faciliteert en publiceert.

De kwaliteitsinformatie die hiermee beschikbaar komt geeft inzicht aan de patiënt en verzekeraars en zal vervolgens betekenis moeten krijgen in de contractering en het zorgaanbod. Mijn inzet is om hier voor het eind van dit jaar met partijen bestuurlijke afspraken over te maken en daarbij een concreet stappenplan af te spreken aan de hand waarvan deze doelstellingen de komende jaren gerealiseerd gaan worden. Onderdeel van dit stappenplan zijn wat mij betreft afspraken over bestuurlijke monitoring, zodat er periodiek zicht ontstaat op de voortgang bij de implementatie van de bestuurlijke afspraken. Ik zal de Tweede Kamer hier vervolgens regelmatig over informeren.

Tot slot

Om ten slotte het in de inleiding van deze brief geschetste eindperspectief aan te halen: zodra in de uitvoeringspraktijk over de volle breedte sprake is van betekenisvol gebruik van kwaliteitsinformatie bij de inkoop en het aanbieden van zorg, wil ik me buigen over de formulering en regulering van prestatiebeschrijvingen door de overheid. Meer concreet gaat het dan om de vraag of het wenselijk en haalbaar is om de huidige dragers voor financiering (zoals de DBC's) te laten vervangen of te ondersteunen door een bekostigingstaal gebaseerd op kwaliteitsinformatie.

Dat wil overigens niet zeggen dat er dan pas sprake zal zijn van sturen op en bekostigen van uitkomsten. Integendeel. Zoals ook uit de rapporten van iBMG en Celsus blijkt is uitkomstbekostiging in allerlei vormen mogelijk én is uitkomstbekostiging heel goed vorm te geven in het huidige stelsel, getuige ook het toenemende aantal initiatieven. Het is nu vooral zaak om dit op steeds grotere schaal te gaan doen.

Hoogachtend,
de minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,

mw. drs. E.I. Schippers