

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:  
Parnassusplein 5  
2511 VX Den Haag  
T 070 340 79 11  
F 070 340 78 34  
www.rijksoverheid.nl

**Ons kenmerk**  
1328115-175485-CZ

**Bijlagen**  
1

**Uw brief**  
06 april 2018

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

Datum 23 april 2018  
Betreft Kamervragen

Geachte voorzitter,

Hierbij zend ik u de antwoorden op de vragen van de Kamerleden Hijink (SP) en Van Gerven (SP) over het bericht dat Menzis ziekenhuizen financiert op basis van prestatiebekostiging (2018Z06396).

Hoogachtend,

de minister voor Medische Zorg  
en Sport,

Bruno Bruins

Antwoorden op Kamervragen van de Kamerleden Hijink (SP) en Van Gerven (SP) over het bericht dat Menzis ziekenhuizen financiert op basis van prestatiebekostiging. (2018Z06396)

Vraag 1, 6 en 7

Wat vindt u ervan dat zorgverzekeraar Menzis met 10 ziekenhuizen afspraken heeft gemaakt over de financiering van dotterbehandelingen en bypassoperaties op basis van de uitkomst van operaties?

Deelt u de zorgen van de Stichting Hartpatiënten Nederland dat de prestatiebekostiging van Menzis een "regelrechte neerwaartse spiraal" zal zijn bij complexe ingrepen, omdat deze minder zullen worden uitgevoerd? Wat gaat u doen om dit te voorkomen? 2)

Deelt u de zorgen dat prestatiebekostiging de prikkel in zich heeft om te selecteren op patiënten en de deur te wijzen aan patiënten met complexe problematiek? Wat gaat u doen om dit te voorkomen?

Antwoord op vraag 1, 6 en 7

De contracten tussen de tien ziekenhuizen en Menzis beogen dat verbetering van uitkomsten en kwaliteit worden beloond in plaats van het aantal verrichtingen. De afspraken zijn hiervoor gekoppeld aan een model waarbij wordt geanalyseerd of de voor patiënten belangrijkste uitkomsten gunstiger, minder gunstig of gelijk zijn aan voorspelde uitkomsten op grond van patiëntkenmerken. Er wordt hierbij naar verschillende uitkomsten gekeken zoals overleving, complicaties, heroperaties en op termijn kwaliteit van leven. Deze informatie wordt nu al door de ziekenhuizen gebruikt om kwaliteit van zorg te bewaken en te bevorderen. De Nederlandse Hart Registratie (NHR) verzorgt hiervoor de analyses, waarbij rekening wordt gehouden met de zorgzwaarte van patiënten. Het hogere risico op een onbedoelde uitkomst bij een ziekere patiënt wordt in de berekeningen meegewogen, waardoor de kans op risicoselectie, zoals het weren van patiënten met een hoog risico, wordt verkleind.

Hartpatiënten Nederland heeft mij aangegeven dat na de nodige aanvullende informatie veel van hun zorgen zijn weggenomen en dat naar hun mening diverse waarborgen zijn ingebouwd om risicoselectie te voorkomen<sup>1</sup>. Ook de Patiëntenfederatie Nederland en de Harteraad zijn positief over de afspraken die Menzis heeft gemaakt.<sup>2</sup> Bovendien zijn naar mening van deze partijen voldoende waarborgen ingebouwd om risicoselectie te voorkomen en dit wordt ook gemonitord.

Ik ben, mede gelet op de reacties van patiëntenorganisaties, positief over de genoemde contracten. Het sluit aan bij mijn ambities om het belang van alle partijen in de zorg meer te richten op de uitkomst van zorg in plaats van omzet.

---

<sup>1</sup> <https://www.hartpatiënten.nl/nieuws/overleg-hartpati%C3%ABnten-nederland-met-nhr-over-contract-met-menzis>

<sup>2</sup> <https://www.harteraad.nl/nieuws/harteraad-positief-uitkomstgebonden-financiering-cardiologische-behandeling/>

Zie hierover ook mijn brief van 11 april 2018 aan uw Kamer<sup>3</sup>. Natuurlijk is het van belang dat de effecten van deze contracten gemonitord worden. Daarom maak ik met de NHR aanvullende afspraken over de wijze waarop zij mij periodiek kan informeren.

2

Hoort prestatiebekostiging volgens u thuis in de zorg? Kunt u dit toelichten?

Antwoord op vraag 2

Sinds 2006 is een stapsgewijze omslag gemaakt van een stelsel waarin gestuurd werd op en door aanbod naar een stelsel van vraagsturing, om zo beter aan te sluiten bij de wensen en behoeften van patiënten. Prestatiebekostiging is hier een belangrijk onderdeel van, zodat zorgaanbieders bekostigd worden voor de zorg die zij geleverd hebben. Zo worden zorgaanbieders gestimuleerd om keuzes te maken die het beste passen bij de wensen van hun patiënten.

Ik vind het hier genoemde initiatief van Menzis een voorbeeld van uitkomstbekostiging. Daarbij wordt een deel van de opbrengst voor het ziekenhuis afhankelijk gemaakt van goede uitkomsten van de medische behandeling in termen van kwaliteit en kosten. Uitkomstbekostiging sluit aan bij de ambities van de regering dat het leveren van doelmatige zorg van hoge kwaliteit aantrekkelijker moet zijn dan alleen het leveren van zoveel mogelijk zorg, die niet altijd even zinnig en zuinig is. Aan het bekostigen van uitkomsten kan op verschillende manieren invulling worden gegeven, namelijk door de bekostigingssystematiek te wijzigen of door hier binnen innovatieve contractering tussen aanbieders en zorgverzekeraars invulling aan te geven, zoals de hiervoor genoemde contracten van Menzis. Voor de medisch specialistische zorg is de NZa op dit moment bezig met een advies over de doorontwikkeling voor de lange termijn. De NZa levert het advies naar verwachting in de zomer op.

3

Kunt u uitleggen waarom een arts, die de eed van Hippocrates heeft afgelegd, een financiële prikkel nodig heeft om het optimale te doen in het belang van de patiënt?

Antwoord op vraag 3

Ik ben ervan overtuigd dat individuele zorgaanbieders/artsen een intrinsieke motivatie hebben om het juiste te doen voor hun patiënt. Het perspectief dat ik zie is dat het stelsel en prikkels daarin bevorderen dat kwalitatief de beste zorg wordt gegeven in plaats van zo veel mogelijk zorg.

4

Leidt prestatiebekostiging er niet juist toe dat geld en risicocalculatie centraal staan, in plaats van vertrouwen in de arts en goede zorg voor elke patiënt in elk ziekenhuis?

Antwoord op vraag 4

---

<sup>3</sup> Tweede Kamer, 2017-2018, 29689, nr. 897

Juist het stimuleren van goede uitkomsten vind ik een betere stimulans dan betalen voor verrichtingen. Elk systeem heeft mogelijke prikkels in zich. Het is vooral van belang de risico's op onwenselijke prikkels in beeld te houden en die zo veel mogelijk te voorkomen. Zoals het voorbeeld van Menzis laat zien, kan een dergelijk model rekening houden met meerdere uitkomst domeinen waardoor het ontstaan van specifieke, onwenselijke prikkels voorkomen worden. Zo worden zorgaanbieders gestimuleerd om keuzes te maken die het beste passen bij de wensen van hun patiënten.

5

Erkent u dat er een fundamenteel wantrouwen jegens het presteren van de artsen grondslag ligt aan prestatiebekostiging voor ziekenhuizen? Kunt u dit toelichten?

Antwoord op vraag 5

Nee, dat herken en erken ik niet, zie ook mijn antwoord op de vragen 2, 3 en 4.

8

Deelt u de zorgen van dat prestatiebekostiging de samenwerking en het delen van innovaties tussen ziekenhuizen tegengaat? Wat gaat u doen om te voorkomen dat succesvolle werkwijzen niet worden gedeeld omdat dit ten koste kan gaan van het "concurrentievoordeel" van een ziekenhuis? Moeten artsen niet juist aangemoedigd worden om te willen leren van elkaars ervaring, kennis en kunde in plaats van dat concurrentie tussen hen wordt georganiseerd?

Antwoord op vraag 8

In het veld zie ik juist goede voorbeelden van samenwerking waarin ziekenhuizen gezamenlijk op trekken om de beste zorg voor de patiënt te kunnen leveren. Zij delen hun ervaringen en vergelijken onderling de resultaten, bijvoorbeeld in Santeon<sup>4</sup> verband of mProve<sup>5</sup>. Zo kijken bij de Santeon ziekenhuizen professionals bij elkaar in de keuken om van elkaar te leren. Behandelingen en de resultaten worden systematisch vergeleken, waardoor de onderlinge variatie wordt teruggebracht en de kwaliteit in alle Santeon ziekenhuizen aantoonbaar beter wordt.

9

Hoe gaan zorgverzekeraars de zorgzwaarte per patiënt precies vaststellen en vervatten in een computermodel om prestaties per ziekenhuis te kunnen vergelijken, zonder dat de patiënt hier de dupe van wordt?

Antwoord op vraag 9

Zoals het voorbeeld van de NHR laat zien, kan gecorrigeerd worden voor de zorgzwaarte van een patiënt en de verwachte uitkomsten. Zorgverzekeraars hebben daarbij een zorgplicht jegens hun verzekerden en moeten dus voorkomen dat er voor patiënten negatieve effecten ontstaan bij het gebruik van een bepaald

---

<sup>4</sup> Ziekenhuisgroep van zeven STZ ziekenhuizen – Canisius Wilhelmina ziekenhuis, Catharina ziekenhuis, Maasstad ziekenhuis, Martini ziekenhuis, Medisch Spectrum Twente, OLVG en St. Antonius ziekenhuis.

<sup>5</sup> Samenwerkingsverband tussen vijf STZ ziekenhuizen – Albert Schweitzer ziekenhuis, Isala klinieken, Jeroen Bosch ziekenhuis, Máxima Medisch Centrum en Rijnstate ziekenhuis.

model. Daarom wordt ook nauwgezet gemonitord op de uitkomsten van het model in kwestie.

10

Wat is de haalbaarheid van prestatiebekostiging in de ziekenhuiszorg, gezien het feit dat het vergelijken van de kwaliteit van behandelingen in de ggz niet mogelijk gebleken is? 3)

Antwoord op vraag 10

In de huidige bekostiging van de medisch specialistische zorg – een vorm van prestatiebekostiging - is het al mogelijk om innovatieve afspraken (lees positieve prikkels als het gaat om gezondheidswinst of uitkomsten van zorg) tussen verzekeraars en aanbieder te maken en in de msz worden deze mogelijkheden ook al benut. Waar er belemmeringen zijn in wet- of regelgeving, zal ik bezien of en op welke wijze die weg te nemen zijn.

Uitkomstbekostiging is geen doel op zich, maar ik wil msz-partijen zoveel mogelijk stimuleren om bij de financiering rekening te houden met uitkomsten. Hiervoor biedt de huidige bekostigingssystematiek ook al ruimte.

In de medisch specialistische zorg zijn grote stappen gemaakt in de transparantie (mijn voorganger heeft u hierover geïnformeerd op 21 februari 2017<sup>6</sup> en mijn brieven van 6 december 2017<sup>7,8</sup>) en ligt de nadruk op het inzichtelijk maken van uitkomsten van zorg. Het Zorginstituut heeft hierin een sturende rol.

11

Is het überhaupt mogelijk de kwaliteit van een operatie te meten aan de hand van uitkomsten, aangezien mogelijke complicaties allerlei oorzaken kunnen hebben en niet per se een gevolg hoeven te zijn van het optreden van de arts?

Antwoord op vraag 11

Ja, dat is mogelijk. Zoals het voorbeeld van de NHR laat zien, kan gecorrigeerd worden voor de zorgzwaarte van een patiënt en de verwachte uitkomsten – ook als deze niet het gevolg zijn van het handelen van de arts.

12

Bent u ermee bekend dat een tweede ingreep bij hartoperaties volgens studies soms onvermijdelijk is? Hoe wordt hier rekening mee gehouden in de financiering? 4)

Antwoord op vraag 12

Uiteraard kan een tweede ingreep bij hartoperaties in sommige gevallen bijdragen aan de kwaliteit van zorg. Hierboven heb ik uitgelegd dat de afspraken tussen de tien ziekenhuizen en Menzis erop gericht zijn om betere uitkomsten voor patiënten te belonen. Een tweede ingreep die bijdraagt aan de kwaliteit van zorg wordt dan ook beloond.

---

<sup>6</sup> Tweede Kamer, 2016-2017, 31765 en 32620, nr. 263.

<sup>7</sup> Tweede Kamer, 2017-2018, 29248, nr. 308

<sup>8</sup> Tweede Kamer, 2017-2018, 31765, nr. 289

13

Wat levert het toepassen van prestatiebekostiging op aan extra bureaucratie, gezien het feit dat het meten en vergelijken van kwaliteit extra indicatoren en afvinklijstjes op zal leveren?

Antwoord op vraag 13

In het programma dat ik in gang heb gezet om de transparantie over uitkomsten van zorg te vergroten bestaat nadrukkelijk aandacht voor de ervaren regeldruk<sup>9</sup>. Dat programma is niet geslaagd als het niet heeft bijgedragen aan een verlaging van de ervaren regeldruk.

14

Staat volgens u ziekenhuizen op dit moment iets in de weg om te investeren in betere kwaliteit?

Antwoord op vraag 14

Nee.

1)

<https://nos.nl/artikel/2225495-vaker-operaties-overdoen-ziekenhuis-krijgt-minder-betaald.html>

2)

<https://www.telegraaf.nl/nieuws/1867361/hartpatienten-bezorgd-om-wurgcontracten>

3)

<https://www.rekenkamer.nl/publicaties/rapporten/2017/01/26/bekostiging-van-de-curatieve-geestelijke-gezondheid>

4) Revascularization in patients with stable coronary artery disease: Coronary artery bypass graft surgery versus percutaneous coronary intervention, Donald Cutlip, MD, Thomas Levin, MD, Julian M Aroesty, MD

[https://www.uptodate.com/contents/search?search=revascularization-in-patients-with-stable-coronary-artery-disease-coronary-artery-bypass-graft-surgery-versus-percutaneous-coronary-interven&sp=0&searchType=PLAIN\\_TEXT&source=USER\\_INPUT&searchControl=TOP\\_PULLDOWN&searchOffset=1&autoComplete=false&language=&max=0&index=&autoCompleteTerm=](https://www.uptodate.com/contents/search?search=revascularization-in-patients-with-stable-coronary-artery-disease-coronary-artery-bypass-graft-surgery-versus-percutaneous-coronary-interven&sp=0&searchType=PLAIN_TEXT&source=USER_INPUT&searchControl=TOP_PULLDOWN&searchOffset=1&autoComplete=false&language=&max=0&index=&autoCompleteTerm=)

---

<sup>9</sup> Tweede Kamer, 2017-2018, 31765, nr. 289