

Vergaderjaar 2017–2018

**31 765**

**Kwaliteit van zorg**

**Nr. 289**

## **BRIEF VAN DE MINISTER VOOR MEDISCHE ZORG**

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 6 december 2017

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft mij op 9 november 2017 per brief verzocht om uw Kamer te informeren over de stand van zaken op het dossier Kwaliteitszorg. Dit met het oog op het algemeen overleg Kwaliteitszorg op 21 december 2017. In deze brief wordt de stand van zaken geschetst van de agendapunten van het algemeen overleg. Het gaat om de volgende Kamerbrieven van mijn ambtsvoorganger:

- Derde voortgangsrapportage «Kwaliteit loont» (Kamerstuk 31 765, nr. 247) van 3 november 2016
- Kwaliteits- en doelmatigheidsagenda Medisch Specialistische Zorg (Kamerstuk 29 248, nr. 294) van 3 november 2016
- Werkwijzer kosten-batenanalyses in het sociale domein (Kamerstuk 34 477, nr. 4) van 8 juli 2016
- Stand van zaken november 2015 over diverse onderwerpen op het gebied van zorg (Kamerstuk 29 515, nr. 371) van 17 november 2015
- Stand van zakenbrief moties en toezeggingen (voor wat betreft de onderdelen die betrekking hebben op dit AO) (Kamerstuk 34 550 XVI, nr. 129) van 22 december 2016
- Het gebruiken van uitkomsten om de kwaliteit van leven van patiënten te verbeteren (Kamerstuk 31 765, nr. 263) van 21 februari 2017
- Advies Raad van Volksgezondheid en Samenleving (RVS) «Recept voor maatschappelijk probleem: medicalisering van levensfasen» (Kamerstuk 29 538, nr. 239) van 18 april 2017
- Advies «Zonder context geen bewijs» van de Raad van Volksgezondheid en Samenleving (RVS) (Kamerstuk 29 689, nr. 837) van 4 juli 2017
- International Health Policy Survey 2016 (Kamerstuk 31 765, nr. 277) van 27 juni 2017.

Deze brief begint met een beschrijving van de stand van zaken van de brief over het gebruiken van uitkomsten om de kwaliteit van leven van patiënten te verbeteren. De overige brieven worden behandeld in volgorde van versturen aan uw Kamer.

In deze Kamerbrief<sup>1</sup> van mijn ambtsvoorganger van 21 februari 2017 wordt ingegaan op het belang van uitkomsttransparantie. Ik onderschrijf de inhoud van deze brief. Ik ben daarom een programma gestart en zal u in het voorjaar van 2018 hierover verder informeren. Hieronder beschrijf ik de vier belangrijkste lijnen.

1. De eerste lijn gaat over mijn voornemen dat in 2022 voor tenminste 50% van de ziektelast uitkomstinformatie beschikbaar is. Het Zorginstituut is hiermee aan de slag, en werkt samen met een groep van voorlopers van professionals, patiënten en bestuurders. Gezamenlijk zijn we al verschillende acties gestart. Het gaat bijvoorbeeld over de vraag voor welke aandoeningen uitkomstinformatie beschikbaar gaat komen. Ook brengen ze in kaart wat nodig is om bestaande internationale sets van uitkomstindicatoren te gebruiken, zoals van ICHOM<sup>2</sup>, om te voorkomen dat we zelf onnodig het wiel weer gaan uitvinden. Er zijn ook veel praktische punten zoals over het in gebruik nemen van vragenlijsten om uitkomsten te meten<sup>3</sup> en het beschermen van de privacy van patiënten die hun uitkomsten hebben gedeeld.
2. De tweede lijn is dat uitkomsttransparantie bijdraagt aan gezamenlijke besluitvorming tussen zorgverleners en patiënten. Het is daarvoor nodig dat uitkomstinformatie in de spreekkamer beschikbaar is. Ik maak op dit moment afspraken met ziekenhuizen die vooroplopen met uitkomstinformatie om een project te starten hoe uitkomstinformatie in de spreekkamer het best gebruikt kan worden, wat dit voor effect heeft op de kwaliteit van de zorg en hoe we deze ervaringen dan verder brengen in Nederland. Daarnaast stel ik via het Zorginstituut in 2018 een subsidie van € 5 mln. beschikbaar voor andere projecten die uitkomstinformatie beschikbaar maken en daadwerkelijk gebruiken voor Samen beslissen tussen patiënt en zorgverlener in de spreekkamer.
3. De derde lijn is dat uitkomstinformatie ervoor moet zorgen dat het belang van zorgverleners nog meer gericht wordt op de uitkomst. Ik ondersteun daarom zorgaanbieders en zorgverzekeraars die afspraken willen maken, waarbij uitkomsten de basis vormen voor de vergoeding. Een goed voorbeeld hiervan is een driejarig contract dat Menzis recent heeft gesloten met dertig ziekenhuizen en zbc's. Via deze afspraken wordt voor de aandoeningen heup- en knieartrose en staaroperaties de verbeteringen van behandeluitkomsten gestimuleerd. Menzis vraagt deelnemende zorgaanbieders onderling inzicht te bieden in de geleverde kwaliteit. Het gaat er bijvoorbeeld om dat een behandeling in één keer succesvol is, zonder complicaties en heropnames. Voor de vergoeding van behandeling heeft Menzis met de zorgaanbieders bundelafspraken gemaakt, waarbij voor het gehele behandeltraject – van operatie, nacontroles tot zorg bij complicaties – vooraf één bedrag wordt betaald. Dit neemt de prikkel weg om veel zorg te leveren en stimuleert om complicaties te voorkomen. Door het vergoedingsbedrag te baseren op de risico-kenmerken van de patiënt wordt voorkomen dat zorgaanbieders patiënten met complexe problematiek gaan weren. Er zijn ook afspraken gemaakt over het opstellen van verbeterplannen en het verdwijnen van de volumeplafonds voor deze aandoeningen.

<sup>1</sup> Kamerstuk 31 765 nr. 263

<sup>2</sup> ICHOM (International Consortium for Health Outcome Measurement) ontwikkelt internationaal gestandaardiseerde kwaliteitsvragenlijsten, met veel patiëntgerapporteerde uitkomstmetingen.

<sup>3</sup> De zogenaamde patiënt reported outcome measures PROMS

4. De vierde lijn richt zich op ICT-ondersteuning en informatie-uitwisseling. Ik ben mij ervan bewust dat dit een essentiële voorwaarde is voor een volgende stap. Ik zal daarom investeren in toepassingen voor registratie en data-uitwisseling die een duurzame beweging faciliteren.

De uitvoering van het programma ga ik monitoren. Hierbij zal nadrukkelijk aandacht zijn voor ervaren regeldruk. Dit programma is niet geslaagd als het niet heeft bijgedragen aan een verlaging van de ervaren regeldruk.

#### *Derde voortgangsrapportage «Kwaliteit loont»*

Op 3 november 2016 heeft mijn ambtsvoorganger u de derde en laatste voortgangsrapportage van het programma «Kwaliteit loont»<sup>4</sup> toegestuurd. Het doel was: meer contractering op kwaliteit, meer kwaliteit van het zorgaanbod en meer evenwicht in de sector. Uit de laatste voortgangsrapportage blijkt dat eind vorig jaar 15 van de 21 maatregelen waren afgerond. Over de toen nog zes lopende maatregelen geef ik hieronder een update.

Bij vier maatregelen zijn wetstrajecten in gang gezet. Vanwege de demissionaire status van het vorige kabinet waren enkele trajecten even stil gelegd, maar worden nu weer opgepakt. Het wetsvoorstel met betrekking tot de invloed van verzekeren zal ik in het eerste kwartaal van 2018 aan u toesturen. Het wetsvoorstel modernisering tuchtrecht Wet Beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG), waarin wordt geregeld dat een beroepsbeoefenaar zijn BIG-nummer verplicht kenbaar maakt, is op 13 december 2016<sup>5</sup> aan uw Kamer aangeboden. De Nota naar aanleiding van het Verslag en een nota van wijziging stuur ik u dit jaar nog toe. De overheveling van het sectorspecifiek markttoezicht van Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) naar de Autoriteit Consument & Markt (ACM) en het geven van meer vrijheid voor zorgverzekeraars en zorgaanbieders over datgene waarover zij zelf afspraken maken zijn beide opgenomen in het wetsvoorstel «Herpositionering taken NZa en deregulering», dat op 8 april 2016 naar de Tweede Kamer is gestuurd (Kamerstuk 34 445). Ik streef ernaar de nota naar aanleiding van het nader verslag in het eerste kwartaal van 2018 aan uw Kamer toe te sturen.

Met betrekking tot de maatregel om het macrobeheersinstrument (mbi) gericht in te zetten is op 19 april 2017 het rapport «Beleidsopties voor het stimuleren van gunstige zorgcontracten onder restrictie van een macrobudget» aangeboden<sup>6</sup>. De onderzoekers oordelen in dit rapport per saldo negatief over de mogelijkheid om gunstige zorgcontracten te stimuleren via een gedifferentieerde toepassing van het mbi. Ik sluit me aan bij deze conclusie en houd, conform hetgeen is gesteld in het regeerakkoord, vast aan de mogelijkheid tot het inzetten van een generiek mbi in het geval van overschrijdingen van de uitgavenkaders.

Wat betreft prikkels tot een meer integrale ggz heeft de sector in de «Agenda voor gepast gebruik en transparantie» een aantal praktijkexperimenten aangekondigd gericht op het versterken van de samenwerking tussen huisarts en ggz. Brancheorganisatie InEen is gestart met de uitvoering van dit traject.

<sup>4</sup> Kamerstuk 31 765, nr. 116

<sup>5</sup> Kamerstuk 34 629, nr. 1–4

<sup>6</sup> Kamerstuk 31 765, nr. 271. Het rapport is opgesteld door iBMG en AKD

Mijn ambtsvoorganger heeft u op 3 november 2016<sup>7</sup> geïnformeerd over de stand van zaken van de in het Hoofdlijnenakkoord medisch specialistische zorg 2014–2017 opgenomen Kwaliteits- en doelmatigheidsagenda (K&D-agenda). Ten opzichte van dat moment zijn verschillende nieuwe, aanvullende acties in gang gezet. Zo heeft de Federatie van Medisch Specialisten (FMS) mij laten weten dat de Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten (SKMS) tot nu toe 41 nieuwe projecten financiert die zijn gericht op kwaliteits- en doelmatigheidsverbetering. De SKMS besluit in december van dit jaar nog over een aantal lopende projectaanvragen.

Ook de Patiëntenfederatie financiert een aantal projecten gericht op ondersteuning en implementatie van het proces van Samen beslissen, verdere implementatie van keuzehulpen, patiëntenparticipatie en implementatie van kwaliteitsstandaarden, ontwikkeling van zogenaamde «patient related outcome measures» PROMs en het patiëntgericht maken van spoedeisende hulpen. Op de site thuisarts.nl komt steeds meer patiënteninformatie over de medisch specialistische zorg beschikbaar<sup>8</sup> en worden voor meer aandoeningen consultkaarten ontwikkeld die artsen en patiënten kunnen ondersteunen bij beslissingen in de spreekkamer.

Ten slotte noem ik dat op de 30 aandoeningen die centraal staan op de K&D-agenda, reeds 18 zorgevaluatieprojecten van start zijn gegaan binnen het programma Doelmatigheidsonderzoek van ZonMw. Voor 14 onderzoeksvoorstellen is de beoordeling nog niet afgerond door ZonMw.

Voor een uitgebreidere weergave van de stand van zaken omtrent de Kwaliteits- en doelmatigheidsagenda verwijs ik naar de Kamerbrief naar aanleiding van een verzoek om de stand van zaken van de dossiers medisch specialistische zorg en ziekenhuiszorg. Deze brief ontvangt u voor het plenair debat over de begroting Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

#### *Werkwijzer voor kosten-batenanalyse (MKBA) in het sociale domein*

In 2016 is als eerste uitwerking van de Algemene Leidraad<sup>9</sup>, de MKBA-werkwijzer Sociaal Domein verschenen<sup>10</sup>, mede gebaseerd op een voorstudie van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) «Op weg naar maatschappelijke kosten-batenanalyses voor preventie en zorg». <sup>11</sup> Op basis van deze werkwijzer is eind 2016 het rapport «Maatschappelijke kosten-baten analyse van beleidsmaatregelen om alcoholgebruik te verminderen» verschenen.<sup>12</sup> Een deel van dit onderzoek, de schatting van de jaarkosten van alcohol, is bekritiseerd vanwege de schatting van de hoogte van het consumentensurplus. Binnenkort komt het RIVM daarom met een aangepast rapport waarin hier dieper op wordt ingegaan.

<sup>7</sup> Kamerstuk 29 248, nr. 294

<sup>8</sup> Melanoom (Huidkanker), Perifeer arterieel vaatlijden (Etalagebenen), Cataract (Staar), Heupfractuur (Gebroken heup), Diabetes, Kunstknier, Kunstheup, Urineweg Infectie, Hernia, Longkanker, Hartinfarct, Aneurysma Aorta Abdominalis (verwijding van de buikslagader), Blaaskanker, Vernauwing halsslagader, Carpaal Tunnel Syndroom (beknelling van de middelste handzenuw), Nierschade, Beroerte en Cystic Fibrose (Taaitslijmziekte).

<sup>9</sup> Kamerstuk 33 750 IX, nr.9

<sup>10</sup> Kamerstuk 34 477, nr. 4

<sup>11</sup> Kamerstuk 32 793, nr. 144

<sup>12</sup> Kamerstuk 27 565, nr. 147

Verder zijn nog twee MKBA's van tabaksontmoediging opgesteld, gebaseerd op de Algemene Leidraad<sup>13</sup> respectievelijk de werkwijzer Sociaal Domein<sup>14</sup>. Op dit moment worden twee MKBA's ontwikkeld: een MKBA Toxoplasmose verschijnt eind van dit jaar en er is een start gemaakt met een MKBA Duurzame voeding.

Een MKBA is niet voor alle afwegingsvraagstukken het meest geschikte instrument. Alleen beleidsterreinen waar veel kennis over effectbepaling en waardering aanwezig is, laten een dergelijke diepgravende analyse toe. Mede daarom is het opstellen van een integrale MKBA kostbaar en het duurt lang voordat de uitkomsten beschikbaar zijn.

#### *Stand van zakenbrief moties en toezeggingen*

In deze brief<sup>15</sup> van 17 november 2015 stond een passage over integrale diagnostiek. Daarna heeft mijn ambtsvoorganger u op 6 juli 2017<sup>16</sup> geïnformeerd over de uitkomsten van een bijeenkomst met partijen betrokken bij de integrale diagnostiek van 20 december 2016. De huidige stand van zaken is dat partijen gezamenlijk tot de conclusie zijn gekomen dat het maken van een kwaliteitskader integrale diagnostiek, de eerste stap is. Op initiatief van de FMS ligt er nu een opdrachtbeschrijving bij de partijen. Bij algehele instemming wordt gezamenlijk besloten over de uitvoering van de opdracht. Ik zal u in het voorjaar van 2018 informeren over de voortgang.

#### *Advies Raad van Volksgezondheid en Samenleving (RVS) «Recept voor maatschappelijk probleem: medicalisering van levensfasen»*

Volgens dit advies<sup>17</sup> van de RVS spelen maatschappelijke verwachtingen en idealen een belangrijke rol bij het problematiseren en medicaliseren van levensfasen. De RVS pleit er in dit advies voor dat de reflex van een medische diagnose en bijbehorende interventie als middelen om maatschappelijke idealen te realiseren, af moet nemen.

In lijn met het RVS-advies wordt in het advies «Maat houden met medisch handelen» van de Gezondheidsraad (juni 2017) gesteld dat de geneeskunde soms zijn doel voorbij schiet. Voor allerlei ziekten en klachten, die voorheen niet werden herkend of onbehandeld bleven, bestaan tegenwoordig medische behandelingen. Het blijkt, zo stelt de Gezondheidsraad, niet eenvoudig om deze ongewenste «medicalisering» terug te dringen. Ik deel de achterliggende gedachte achter beide adviezen dat we moeten voorkomen dat te veel vraagstukken met de inzet van zorg kan worden opgelost.

Een van de aanbevelingen van de Gezondheidsraad is ervoor te zorgen dat het instrument voor voorwaardelijke pakkettoelating goed functioneert. Deze aanbeveling sluit aan bij het ingezette herinrichtingstraject voorwaardelijke pakkettoelating. Dit instrument wordt op dit moment herzien en vervangen door een beter toegankelijke en meer effectieve subsidieregeling<sup>18</sup>. Momenteel werk ik in samenwerking met het Zorginstituut en ZonMw en met inbreng van externe partijen, de nieuwe regeling uit.

<sup>13</sup> «Kosten van roken», SEO Economisch Onderzoek, 2015.

<sup>14</sup> «Maatschappelijke kosten baten analyse van tabaksontmoediging», Maastricht University, RIVM, Trimbos Instituut 2016 resp.

<sup>15</sup> Kamerstuk 29 515, nr. 371

<sup>16</sup> Kamerstuk 34 550 XVI, nr. 144

<sup>17</sup> Kamerstuk 29 538, nr. 239

<sup>18</sup> Kamerstuk 29 689, nr. 806

Daarnaast wordt onderzocht hoe gepast gebruik en kwaliteit na pakketinstroom beter kunnen worden geborgd. Aanleiding hiervoor zijn de inzichten dat er meer inzicht moet komen over gepast gebruik en kwaliteit bij zorg in het basispakket en zorg die hierin instroomt en het feit dat afspraken over gepast gebruik moeilijk afdwingbaar zijn. In 2017 zijn alle betrokken partijen (zoals toezichthouders, uitvoeringsorganisaties, en de koepels van zorgaanbieders, zorgverzekeraars, patiënten en medisch professionals) geconsulteerd hoe gepast gebruik beter kan worden geborgd. Het komende jaar werk ik samen met deze partijen verder uit hoe bevordering van gepast gebruik en kwaliteit bij instromende en bestaande interventies beter kan worden geborgd.

*Advies «Zonder context geen bewijs» van de Raad van Volksgezondheid en Samenleving (RVS)*

Het rapport «Zonder context geen bewijs» van de RVS heeft afgelopen zomer voor een publiek debat gezorgd. Ik vind het belangrijk dat dit debat blijft plaatsvinden met zorgprofessionals, patiënten(organisaties) en zorgverzekeraars. In gezamenlijkheid moeten zij een antwoord geven op deze vraag.

Essentieel onderdeel in deze discussie is dat de effectiviteit van een behandeling is aangetoond aan de hand van het best mogelijke bewijs. De kwaliteitsstandaarden verwoorden welke effectieve behandelopties er zijn bij een bepaalde aandoening. In de spreekkamer wordt ten slotte een keuze gemaakt over de best passende behandeling voor een specifieke patiënt, waarbij de individuele context een belangrijke rol speelt.

In de afgelopen jaren zijn meerdere initiatieven gestart zoals het programma Doelmatigheidsonderzoek van ZonMw, de Voorwaardelijke Toelating en het Zinnige Zorgtraject van het Zorginstituut. Aan de andere kant zijn er ook veel initiatieven gestart op het gebied van kwaliteitsbevordering in de zorg. Een voorbeeld hiervan is de Meerjarenagenda van het Zorginstituut ten behoeve van de ontwikkeling van Kwaliteitsstandaarden, het traject Samen Beslissen en de beweging naar een nadruk op uitkomstindicatoren.

Ten slotte heeft ZonMw naar aanleiding van de discussie een nieuw traject opgezet waarin het vernieuwen van de onderzoekspraktijk centraal staat. Een belangrijke strategie daarbij is het vergroten van de participatie van stakeholders, inclusief patiënten, in alle fasen van onderzoek.

*International Health Policy Survey 2016*

Op 27 juni 2017 heeft mijn ambtsvoorganger uw kamer dit rapport van IQ healthcare over de Commonwealth Fund Health Policy Survey<sup>19</sup> toegestuurd. Het rapport concludeert dat de ervaringen van Nederlandse burgers met de zorg goed zijn, maar dat er ook aandachtspunten zijn. Meer specifiek is verbetering mogelijk bij de organisatie van nazorg. Ik herken dit signaal. De overdracht van informatie over patiënten is lang niet altijd vanzelfsprekend tussen bijvoorbeeld zorg thuis, in het ziekenhuis, in eerstelijns verblijf en de langdurige zorg.

Mijn ambtsvoorganger heeft al eerder een ambitie en beleidsprioriteiten geformuleerd over informatievoorziening en ICT in de zorg<sup>20</sup>. In het Informatieberaad Zorg wordt in samenwerking met koepel- en brancheorganisaties uit de zorg gewerkt aan het verbeteren van de aansluiting

<sup>19</sup> Kamerstuk 31 765, nr. 277

<sup>20</sup> Kamerstuk 27 529, nr. 142

tussen verschillende informatiesystemen. In het Informatieberaad van september 2017 zijn hiervoor de eerste 36 zorgbrede standaarden vastgesteld. Daarnaast wordt er via het MedMij programma gewerkt aan persoonlijke gezondheidsomgevingen. Bij de voortgangsrapportage e-health en innovatie ontvangt u binnenkort meer informatie over bovenstaande onderwerpen.

Als onderdeel van de Kwaliteits- & Doelmatigheidsagenda<sup>21</sup> wordt er fors geïnvesteerd dat ziekenhuizen de medische gegevens ook daadwerkelijk veilig en gestandaardiseerd aan patiënten ter beschikking stellen door middel van het Versnellingsprogramma Informatie-uitwisseling Patiënt & Professional (VIPPP). Patiënten kunnen daarmee beschikken over de gegevens die voor hun nazorg relevant zijn en deze desgewenst delen met andere zorgverleners en mantelzorgers.

Internationale vergelijking is van belang om te zien hoe de Nederlandse zorg het doet en om te leren wat er beter kan. Ik verwijs u naar de 23 november jongstleden gepubliceerde landenprofielen van alle EU-lidstaten<sup>22</sup>. In januari zal ik u de nieuwe studie van het Commonwealth Fund/IQ Healthcare toesturen waarin is vergeleken hoe ouderen de zorg ervaren. Tot slot zullen de Minister van Financiën en ik u op een later moment informeren over de toezegging die is gedaan tijdens de Algemene Financiële Beschouwingen, om in gesprek te gaan met de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR) over een onderzoek naar de betaalbaarheid en houdbaarheid van de zorg, waarbij ook oog zal zijn voor de maatschappelijke aspecten.

De Minister voor Medische Zorg,  
B.J. Bruins

---

<sup>21</sup> Kamerstuk 29 248, nr. 294

<sup>22</sup> [https://ec.europa.eu/health/state/country\\_profiles\\_en](https://ec.europa.eu/health/state/country_profiles_en).