

Vergaderjaar 2018–2019

**29 248**

## **Invoering Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's)**

**32 620**

## **Beleidsdoelstellingen op het gebied van Volksgezondheid, Welzijn en Sport**

**Nr. 314**

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

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 4 oktober 2018

Hierbij bied ik u twee rapporten aan van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). De NZa heeft een advies over de doorontwikkeling van de bekostiging van de medisch specialistische zorg (msz) opgesteld en een monitor integrale bekostiging msz. In deze brief ga ik eerst op hoofdlijnen in op de inhoud van het advies en geef ik u mijn reactie. De NZa heeft in haar advies gekeken naar de ontwikkeling voor de lange termijn vanaf 2020. Vervolgens ga ik in op de monitor integrale bekostiging msz 2018. Ik vat de belangrijkste conclusies samen en geef daarbij mijn reactie. Het advies en de monitor treft u in de bijlage aan<sup>1</sup>.

#### **Advies bekostiging msz**

In haar advies onderstreept de NZa het belang dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars elkaar de komende jaren beter weten te vinden in afspraken die de waarde voor de patiënt versterken. Het advies van de NZa sluit daarmee aan op de transformatie naar de Juiste Zorg op de Juiste Plek die in gang is gezet. Daarmee wordt ingezet op het verder verbeteren van de kwaliteit van zorg en deze op de lange termijn toegankelijk te houden voor iedereen. Deze beweging is vanuit de zorgsector gestart en onderschreven in de Hoofdlijnenakkoorden. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars zijn aan zet om met behulp van innovatieve contractvormen ervoor te zorgen dat de zorg beter aansluit bij de complexe zorgvraag van mensen: met oog voor het hele verhaal, waar dat kan dichterbij huis en waar men wil met behulp van de mogelijkheden die e-health biedt. Daarbij is er veel ruimte voor het veld om dit vorm te geven. Met de NZa vindt ik het belangrijk dat de declaratiesystematiek daarvoor een stabiele basis biedt en bijdraagt aan de transparantie en rechtmatigheid van de zorguitgaven.

<sup>1</sup> Raadpleegbaar via [www.tweedekamer.nl](http://www.tweedekamer.nl)

## *Aanleiding/Aanpak*

De afgelopen jaren zijn binnen de msz belangrijke stappen gezet om sterk stijgende zorguitgaven beter te beheersen. In 2005 vond de overgang plaats van functiegerichte budgettering naar prestatiebekostiging met de invoering van de diagnose-behandelcombinaties (dbc's). In 2012 volgde de overstap naar DOT (dbc's op weg naar transparantie) en invoering van integrale tarieven en de verkorting van de doorlooptijd van dbc's naar maximaal 120 dagen in 2015. Het dbc-systeem heeft er in die periode meerdere functies en doelen bij gekregen. Dit maakt dat gebruik van het dbc-systeem complex is of als zodanig wordt ervaren. Het blijft van belang om na te denken hoe de bekostiging in de msz verder verbeterd kan worden om aan te sluiten bij de huidige organisatie en praktijk van zorg. In opdracht van VWS heeft de NZa daarom een plan van aanpak opgesteld voor de doorontwikkeling van de bekostiging msz. Mijn ambtsvoorganger heeft u over het plan van aanpak van de NZa over de middellange termijn tot omstreeks 2020 geïnformeerd<sup>2</sup>.

## *Middellange termijn*

In 2016 bleek dat het dbc-systeem voor veldpartijen op hoofdlijnen voldoet en bijdraagt aan transparantie over de geleverde zorg en bijbehorende kosten. In het veld was vooral behoefte aan rust en stabiliteit in het systeem (vermijden van trendbreuken). In lijn met het advies van de NZa uit 2016 is een aantal maatregelen in gang gezet. De jaarlijkse vaststelling van het dbc pakket msz (de beleidsregels) is bijvoorbeeld door mijn voorganger naar uiterlijk 1 mei t-1 vervroegd. Dit beoogt de contractering te faciliteren en biedt veldpartijen meer ruimte om voorbereidingen te treffen om de bedrijfsvoering tijdig op orde te hebben. Gezien de vraag naar rust en stabiliteit heeft de NZa de afgelopen jaren wijzigingsverzoeken voor het dbc-systeem naast een strak toetsingskader gelegd. Waar relevant en nodig zijn wel wijzigingen doorgevoerd, bijvoorbeeld om e-health te stimuleren.

De NZa heeft vervolgens, samen met veldpartijen, verder gewerkt aan verbeteringen en een visie voor de bekostiging van de msz voor de langere termijn.

## *Advies NZa doorontwikkeling msz lange termijn*

De NZa heeft in 2017 gesprekken gevoerd met branchepartijen, individuele aanbieders, overheidspartijen en individuele experts. Vervolgens heeft een aantal schriftelijke consultatierondes plaatsgevonden. Hieronder geef ik kort de hoofdlijnen van het advies van de NZa weer.

- De bekostiging moet *waardegedreven* zorg stimuleren die *rondom de patiënt* is georganiseerd. Daarbij is aandacht voor *administratieve lasten, transparantie* en *ruimte voor innovatie en maatwerk*.
- De zorgvraag van de patiënt moet het uitgangspunt voor goede zorg zijn. Het huidige systeem, geeft de NZa aan, faciliteert niet dat de Juiste Zorg op de Juiste Plek wordt geleverd. Het systeem bevat een prikkel om meer zorg te leveren. Schotten tussen specialismen, systemen en zorgaanbieders moeten zoveel mogelijk weggenomen worden voor de Juiste Zorg op de Juiste Plek.
- De NZa constateert dat het systeem complex is geworden. Het systeem heeft veel functies, zo speelt het een rol bij risicoverevening en rechtmatigheidscontroles, die niet allemaal goed met elkaar verenigbaar zijn in één systeem. De NZa meent dat de doelstelling om een systeem te creëren dat waarde voor de patiënt beloont, bereikt kan

<sup>2</sup> Kamerstuk 34 300 XVI, nr. 160

worden wanneer zorgaanbieder en zorgverzekeraar in hun contracten betere afspraken maken. De financiële prikkels worden dan op het niveau van het contract vormgegeven. De dbc-zorgproducten worden daarbij wel als declaratiemiddel gebruikt. Maar worden niet meer als financieel sturingsmiddel tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar gebruikt.

- De NZa adviseert om de komende jaren toe te werken naar een situatie waarin meer innovatieve contractvormen gericht op het maximaliseren van waarde voor de patiënt de norm zijn. Daarvoor ziet zij bundels (bijvoorbeeld een bundel per patiëntgroep zoals diabetes waarbij afspraken worden gemaakt over alle zorg die deze patiënten hiervoor nodig hebben) als meest geschikte instrument.
- In de contracten worden afspraken gemaakt over kwaliteit en uitkomsten. Afspraken zijn toegespitst op de patiënt en zijn waar gewenst sectoroverstijgend zodat de Juiste Zorg op de Juiste Plek geleverd kan worden. Omdat het veld hiermee al aan de slag is gegaan, laat de NZa ruimte voor het veld om dit zelf op te pakken. De huidige regels bieden hiervoor ruimte om verdere stappen te zetten. Partijen hebben stabiele financiële trendgegevens nodig voor het maken van innovatieve contractafspraken. Dit is alleen mogelijk als het declaratiesysteem stabiel gehouden wordt. Daarom adviseert de NZa het dbc-systeem de komende jaren niet aan te passen.
- Voor de toekomst ziet de NZa de mogelijkheid om het declaratiesysteem te vereenvoudigen als contractering op waarde de norm is. Declaratie op basis van de huidige zorgactiviteiten komen hieraan volgens de NZa het beste tegemoet: administratieve lasten kunnen dalen en tegelijkertijd blijven de informatiefuncties intact. Op de korte termijn zet de NZa in op stimuleren van contracteren op waarde. De NZa wil daarom experimenten stimuleren in de lijn van een vereenvoudiging van het systeem door declaraties gebaseerd op de huidige zorgactiviteiten.

#### *Maatregelen NZa*

Om de omslag naar contracteren op waarde te versnellen, onderneemt de NZa komende jaren verschillende acties: landelijke kennisontwikkeling en -deling door middel van een platform, lopende initiatieven evalueren, monitoren van contracten en congruent gedrag bij alternatieve contractering.

#### Reactie op het advies

Met de invoering van de dbc systematiek is veel bereikt. Een meer gedetailleerd inzicht in de productie van ziekenhuizen en meer eenduidig en vergelijkbare gegevens op patiëntniveau. Daarnaast bevat de systematiek handvatten voor benchmarking en wordt de informatie uit dbc's ook gebruikt voor de risicoverevening en de verrekening van het eigen risico. De wens van het veld om rust en stabiliteit in de declaratiesystematiek te houden, begrijp ik en ondersteun ik dan ook. Daarom heb ik in lijn met het advies van de NZa niet het voornemen om deze systematiek op dit moment te veranderen. Daarnaast zijn er ook punten waarop het systeem beter kan functioneren. De (financiële) prikkels in het systeem liggen nog teveel op het leveren van zorg, het systeem zou sneller informatie kunnen genereren voor sturing en de informatie voor patiënten is nog niet duidelijk en begrijpelijk genoeg. Hiervoor ziet de NZa mogelijkheden ter verbetering binnen de huidige systematiek.

In het advies richt de NZa zich op het creëren van waarde voor de patiënt. Dit sluit aan bij de ambities van het kabinet om het belang van alle betrokken partijen in de zorg meer te richten op uitkomsten van zorg en

kwaliteit in plaats van het huidige systeem dat nog meer gericht is op het aantal verrichtingen.

Ik kan mij vinden in het advies van de NZa dat goed past in de lijn die wij hebben ingezet om over te gaan naar meer uitkomstgerichte zorg. De NZa geeft in haar advies aan dat het zonder grote wijzigingen in de dbc-systematiek mogelijk is verbeteringen in te zetten. De NZa stelt voor om minder te sturen via het dbc-systeem en meer via afspraken in de contractering gericht op het verhogen van waarde voor de patiënt. Dat vind ik een passende ontwikkeling: veldpartijen moeten afstappen van afspraken die vooral gaan over het volume aan zorg (dbc's). Contractafspraken waarin kwaliteit en uitkomsten centraal staan, moeten de nieuwe norm worden. Dit sluit aan op verschillende trajecten die al lopen en bij initiatieven vanuit het veld.

### *Uitkomstgerichte zorg*

Dat er binnen de huidige dbc-systematiek mogelijkheden bestaan om uitkomstgerichte inkoop vorm te geven, zie ik ook terug in al lopende trajecten. In de ontwikkeling van Uitkomstgerichte zorg<sup>3</sup> is een aanpak in vier lijnen uiteengezet, één daarvan is «de organisatie en het betalen van zorg is meer gericht op de uitkomst». Ook de NZa heeft een rol in deze lijn van het programma. Het doel in deze lijn is om te inventariseren hoe uitkomstgerichte inkoop in de praktijk vorm gegeven kan worden. Dit sluit aan bij het voornemen van de NZa om het mogelijk te maken goede voorbeelden meer uit te wisselen en te delen in een kennisplatform. Ik verwacht dat verzekeraars ook hun voordeel kunnen doen met de goede voorbeelden die op een dergelijk platform gedeeld worden.

De NZa wijst er in haar advies op dat voor het inkopen op waarde uniforme gebruikte uitkomstmaten nodig zijn en dat deze zoveel mogelijk moeten aansluiten op al bestaande registraties. In het Hoofdlijnenakkoord msz<sup>4</sup> hebben partijen de ambitie uitgesproken om binnen vijf jaar voor 50% van de ziektekosten uitkomsten inzichtelijk te maken en te gebruiken. Dit wordt verder uitgewerkt in het programma «Uitkomstgerichte zorg 2018–2022» dat het Ministerie van VWS en het Zorginstituut gezamenlijk uitvoeren. Onderdeel hiervan is ICHOM, een internationale organisatie die werkt aan uitkomstindicatoren. Binnen het programma wordt bezien op welke manier ICHOM-indicatoren bruikbaar zijn voor de Nederlandse situatie.

Bij Samen Beslissen, een andere lijn van het programma, kiezen patiënt en zorgverlener samen of, en zo ja welke zorg het beste past bij de behoefte van de patiënt. De zorgverlener legt de voordelen en risico's uit van alle (behandel-) mogelijkheden. Dit kan bijvoorbeeld ook betekenen dat geen ingreep/operatie uitgevoerd wordt als dat in het belang van de patiënt is. Het contracteren van bundels van dbc's kan hieraan bijdragen bijvoorbeeld doordat over een episode in het zorgtraject afspraken gemaakt worden over de kosten en kwaliteit van het totaal van de zorg gerelateerd aan die episode en niet over losse dbc-zorgproducten. Daardoor krijgen zorgaanbieders de ruimte zich meer te richten op de uitkomst voor de patiënt: dit gebeurt bijvoorbeeld al in de contracten van Menzis in bundels voor heup- en knie vervangingen. In de bundels worden afspraken gemaakt over het hele zorgtraject – van operaties, nacontroles tot zorg bij complicaties – waarvoor vooraf één bedrag betaald wordt. Ook hebben de Santeon ziekenhuizen afspraken gemaakt met zorgverzekeraars CZ, Menzis en Multizorg over de levering van borstkankerszorg voor de duur van drie jaar. De uitkomsten in de vorm van gezondheidswinst of

<sup>3</sup> Kamerstuk 31 476, nr.21

<sup>4</sup> Kamerstuk 29 248, nr. 311

kwaliteit van leven zijn leidend. De zorgverzekeraars krijgen inzicht in de kwaliteitsverbetering en monitoren dit.

Het inzichtelijk maken van kwaliteit bij contractering van bundels is belangrijk omdat het risico op onderbehandeling bestaat om zo de kosten laag te houden. Inzicht in de zorgzwaarte van patiënten binnen een bundel is nodig om te kunnen vergelijken tussen aanbieders en over jaren heen. Dit is afhankelijk van hoe bundels in de praktijk worden gedefinieerd. Het evalueren van de effecten van de contracteninnovatie vind ik dan ook van belang.

#### *Juiste Zorg op de Juiste Plek*

Ook in de transformatie naar de Juiste Zorg op de Juiste Plek, waaraan partijen zich hebben gecommitteerd in de Hoofdlijnenakkoorden, wordt ingezet op het over de sectoren heen samenwerken. Het rapport «De Juiste Zorg op de Juiste Plek» van de gelijknamige Taskforce is hierbij een inspiratiebron<sup>5</sup>. De Taskforce zag mogelijkheden in de innovatieve contractvormen waarbij stabiliteit in de bekostiging (dbc-systematiek) ten goede komt aan deze ontwikkeling. Zo hebben in de praktijk bijvoorbeeld het OLVG en Zilveren Kruis afspraken gemaakt over hiv-zorg, waarbij de zorg voor deze doelgroep in één bundel ingekocht wordt – de komende drie jaar ontvang het OLVG een vast bedrag per patiënt per jaar. Als het ziekenhuis het kwaliteitsniveau handhaaft, mag zij een groot deel van de bespaarde zorgkosten investeren in de verdere ontwikkeling van de hiv-zorg. Sectoroverstijgende afspraken zijn bijvoorbeeld gemaakt door Ziekenhuis Bernhoven en CZ en VGZ, waarbij wordt samengewerkt met een huisartsengroep in de regio. In de meerjarenafspraken staat kwaliteit in plaats van volume van zorg centraal en is een financiële borging afgesproken voor de transitieperiode

Om deze transformatie vorm te geven, zijn vanaf 2019 transformatiemiddelen beschikbaar voor de looptijd van het akkoord. Ik zal waar nodig en mogelijk inzetten op het stimuleren en delen van goede initiatieven die al lopen en het veld hierbij ondersteunen om dit op te schalen. De ontwikkeling hiervan volg ik in de bestuurlijke overleggen.

#### *Versnellen beschikbaarheid informatie*

Eerder heb ik u toegezegd<sup>6</sup> de NZa te vragen de aanbevelingen van de commissie Transparantie en Tijdigheid mee te nemen in de doorontwikkeling. De commissie adviseerde onder meer om nieuwe manieren van bekostiging beter mogelijk te maken en een positieve prikkel voor gezondheidswinst/uitkomsten van zorg in te bouwen. Innovatieve contractafspraken zijn binnen het huidige systeem al mogelijk en ook de NZa wijst hierop in haar advies. Zij zet dan ook in op het stimuleren van deze afspraken. Daarnaast stelde de commissie voor om een eenvoudig declaratiesysteem in te voeren met prestaties die per dag afrekenbaar zijn. Dit sluit aan bij de het advies waarin de NZa mogelijkheden ziet om de dbc-systematiek te vereenvoudigen en op termijn over te gaan op systeem gebaseerd op de huidige zorgactiviteiten. Dit kan bijdragen aan een sneller inzicht in de definitieve uitgaven. Nader onderzoek naar de effecten van een dergelijke aanpassing op onder andere de risico-verevening en het eigen risico is nodig voordat hierover een besluit genomen kan worden. Op dit moment sluit ik mij aan bij het advies van de NZa om voor de komende jaren te kiezen voor een stabiel declaratie-

<sup>5</sup> Kamerstuk 29 689, nr. 896

<sup>6</sup> Kamerstuk 33 654, nr. 31

systeem zodat er ruimte is voor het uitbreiden van contractering op waarde voor de patiënt.

### *Prijstransparantie*

De NZa merkt op dat de huidige systematiek vragen oproept bij patiënten omdat de prijs waarmee de patiënt te maken heeft via het eigen risico vaak het resultaat is van de budget- of plafonddafspraken over een gemiddeld zorgprofiel (het dbc-product). Het zorgprofiel van een individuele patiënt kan hiervan afwijken waardoor de prijs niet aansluit bij de werkelijke zorg(kosten) of de kwaliteit van de geleverde zorg. Zie hiervoor ook mijn brief van 5 juli 2018<sup>7</sup> waarin ik ook beleidsmatig reageer op dit onderwerp. Volgens de NZa zou voor de toekomst een systeem gebaseerd op het declareren van de huidige zorgactiviteiten kunnen bijdragen aan verdere verbetering van duidelijkheid over de zorg(kosten) voor de patiënt. Voorwaarde hierbij is dan wel dat een het type prijzen dat instellingen en zorgverzekeraars afspreken, verandert naar een prijs per zorgactiviteit in plaats van per dbc-zorgproduct.

### *Toekomst*

Het advies richt zich primair op de msz, maar de oplossingsrichtingen die de NZa benoemt, kunnen ook sectoroverstijgend gezien worden. Dit komt overeen met de transformatie die ingezet is naar de Juiste Zorg op de Juiste Plek waarover afspraken in de verschillende hoofdlijnenakkoorden zijn gemaakt. De gestelde voorwaarde uit de akkoorden is dat bij de beweging binnen en tussen sectoren de financiering de patiënt volgt en de bekostigingssystematiek hiervoor niet wordt aangepast. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars hebben binnen de contractering ruimte om hierover afspraken te maken. De ontwikkeling richting inkoop op bundels van patiëntengroepen zie ik als een mogelijkheid om de verbinding tussen sectoren te realiseren en integrale zorg rondom de patiënt te stimuleren.

Ik volg de ontwikkelingen in de bekostiging van de msz via de monitoring van de NZa. Indien er belemmeringen zijn in bekostiging van innovatieve afspraken tussen verzekeraars en aanbieders door de regelgeving, zal ik bezien of en op welke wijze hier oplossingen voor kunnen worden gevonden, bijvoorbeeld via een landelijk experiment. Daarnaast zal in de verschillende bestuurlijke overleggen de voortgang van de bredere transformatie naar De juiste Zorg op de Juiste Plek worden besproken. Daarbij kan worden geleerd van de ervaringen en kan dit proces worden aangejaagd en ondersteund als daar aanleiding voor is.

Tot slot geeft de NZa aan de effecten van de innovatieve contractvormen te evalueren en ook actiever de inhoud van de contracten en het contracteerproces te monitoren. Ik heb de NZa gevraagd mij hierover regelmatig te informeren en heb begrepen dat de NZa voornemens is om aan de hand van een nulmeting, nader afspraken te maken over de voortgang van de mate waarin innovatieve contracten gesloten worden. Het afspreken van een concrete ambitie/norm kan hierbij stimulerend werken.

Voor de langere termijn is verdere doorontwikkeling van het declaratiesysteem mogelijk. Ik zie het als positief dat met de op termijn mogelijke vereenvoudiging van de dbc-systematiek geen historische trendbreuk ontstaat en de informatie van zorgactiviteiten blijft bestaan. Dit sluit aan bij de wens van partijen omdat zij die informatie gebruiken als sturingsinformatie. Nader onderzoek en ervaring met contractinnovaties is nog

---

<sup>7</sup> Kamerstuk 32 620, nr. 205.

nodig, maar op korte termijn is wel ruimte in deze lijn binnen experimenten.

Als uit de monitoring van de NZa blijkt dat deze contractvormen inderdaad onze ambities verder brengen en het gebruik hiervan gemeengoed is geworden, zal ik de NZa vragen om het aanpassen van het declaratiesysteem verder te onderzoeken.

## **Monitor integrale bekostiging msz 2018**

### Over de monitor

Op 1 januari 2015 zijn integrale tarieven in de medisch specialistische zorg (msz) ingevoerd. Hiermee verdween de gescheiden tariefregulering voor ziekenhuiskosten en specialistenhonoraria met als doel:

1. Het bevorderen van gelijkgerichtheid van belangen tussen vrijgevestigde medisch specialisten en ziekenhuizen;
2. Een doelmatige inzet van mensen en (financiële) middelen, door o.a. taakherschikking;
3. Het wegnemen van belemmeringen voor selectieve inkoop door zorgverzekeraars;
4. Het creëren van een gelijk speelveld voor instellingen met specialisten in loondienst versus instellingen met specialisten in vrije vestiging.

De NZa is gevraagd om deze doelstellingen te monitoren. Dit is inmiddels de derde monitor die de NZa uitbrengt<sup>8</sup>. De in de monitor gepresenteerde constatering zijn grotendeels gebaseerd op enquêtes die zijn uitgezet bij ziekenhuizen, medisch-specialistische bedrijven (msb's), zelfstandige behandelcentra, raden van toezicht en zorgverzekeraars. Ook is data geanalyseerd en zijn interviews gehouden met ziekenhuizen en msb's. De monitor gaat in op:

- de manier waarop de betrokken partijen de invoering van integrale bekostiging ervaren hebben;
- of zij vinden dat de doelstellingen van deze wijziging zijn gerealiseerd;
- of de verhoudingen tussen de ziekenhuisbesturen en vrijgevestigd medisch specialisten zijn veranderd door de komst van het integraal tarief;
- de inkomens- en omzetontwikkeling van medisch specialisten in loondienst en van vrijgevestigde specialisten.

### Stand van zaken integrale bekostiging

#### *Verhouding tussen ziekenhuis en msb*

Het msb is één van de nieuwe organisatievormen waarin vrijgevestigde specialisten zich, na de invoering van integrale tarieven in 2015, hebben verenigd en fungeert als aanspreekpunt voor het ziekenhuisbestuur. Deze constructie wordt als positief ervaren vanwege de effectievere besluitvorming, duidelijkere taakverdeling en de gezamenlijke verantwoordelijkheid die toeneemt. De aansturing vanuit een msb-bestuur wordt ook als professioneler ervaren door zowel het ziekenhuis als medisch specialisten en zorgt voor meer uniformiteit van beleid en voor een toegenomen gelijkgerichtheid van belangen. Wel zijn msb's positiever over de effecten die de komst van de msb's heeft gehad dan ziekenhuizen, maar ook ziekenhuizen zien die positieve gevolgen in (zoals die bestuurlijke professionalisering).

<sup>8</sup> Kamerstuk 34 300 XVI, nr. 155

De aansturing van msb's door ziekenhuizen vindt plaats door vastlegging van afspraken over belangrijke thema's in de samenwerkingsovereenkomsten die zij onderling sluiten. Daarmee is de aansturing op papier goed geregeld. Dit biedt partijen zekerheid en (juridische) waarborging. In de praktijk blijkt een goede onderlinge verstandhouding echter minstens zo belangrijke te zijn voor een effectieve aansturing. In de samenwerkingsovereenkomst worden ook afspraken vastgelegd over de vergoedingen die het ziekenhuis (aan het msb) betaalt voor de door de msb geleverde zorg.

#### *Realisatie doelstellingen integraal tarief*

Wat betreft de doelstellingen «bevorderen gelijkgerichtheid van belangen» en «bevorderen taakherschikking» reageren msb's overwegend positief, terwijl ziekenhuizen gematigd positief of neutraal zijn. De realisatie van de doelstelling «doelmatiger inzet van mensen en middelen» wordt door zowel msb's als ziekenhuizen als aandachtspunt ervaren. Uit de monitor blijkt namelijk dat de invoering van het integraal tarief (nog) niet heeft geleid tot substantiële verbeteringen op dit gebied. Men blijft het in de praktijk lastig te vinden om op een slimme manier mensen en financiële middelen in te zetten. Wel wordt geconstateerd dat in de meeste ziekenhuizen een stevige, gezonde basis aanwezig blijkt te zijn voor constructieve samenwerking tussen ziekenhuisbesturen en besturen van msb's. Op grond hiervan liggen er mogelijkheden om in de toekomst op dit onderdeel nog verdere stappen te zetten.

De overige twee doelstellingen liggen meer in het waarnemingsbereik en de invloedssfeer van de zorgverzekeraars. Ziekenhuizen en msb's zijn hierover niet bevraagd. Over de doelstelling «wegnemen van belemmeringen voor selectieve inkoop door zorgverzekeraars» geven de zorgverzekeraars vrijwel unaniem aan dat deze niet is behaald. Over de doelstellingen «creëren van een gelijk speelveld voor instellingen met specialisten in loondienst versus instellingen met specialisten in vrije vestiging» zijn de meningen van verzekeraars verdeeld. De meerderheid geeft aan hier geen, of onvoldoende, zicht op te hebben, of is van mening dat deze doelstelling niet is bereikt.

#### *Inkomens- en omzetontwikkelingen specialisten*

Met enige voorzichtigheid wordt in de monitor geconcludeerd dat de invoering van integrale tarieven geen substantieel effect heeft gehad op de hoogte van de vergoeding aan en inkomensontwikkeling van de (vrijgevestigde) medisch specialisten.

#### *Conclusie*

Msb's en ziekenhuizen ervaren beide dat op verschillende belangrijke thema's, zoals kwaliteit, patiëntveiligheid en gelijkgerichtheid, vooruitgang is geboekt sinds 2015. De msb's kennen daarbij een positiever effect toe aan de invoering van integrale tarieven dan ziekenhuizen. Maar volgens de monitor is het gerechtvaardigd om te zeggen dat de invoering van integrale tarieven in de msz, en daarmee de komst van msb's, aanstoot tot die vooruitgang heeft gegeven.

#### Beleidsreactie

Ik ben verheugd met de in de monitor geconstateerde ontwikkelingen. Uit de monitor blijkt dat msb's en ziekenhuizen zelf verbeteringen zien in de afspraken over de kwaliteit van de zorg en de manier waarop deze afspraken tot stand komen. Ik hoop dat deze verbeteringen ook worden



uitgevoerd in de praktijk, zeker met het oog op de transformatie naar de Juiste Zorg op de Juiste Plek. Vanwege het belang voor deze transformatie zou naar mijn inziens extra aandacht moeten gaan naar het slimmer en doelmatiger organiseren van zorg.

In de monitor worden verschillende aanbevelingen gedaan. Zo raadt de NZa aan om de huidige situatie rondom de msb's de kans te geven zich verder door te ontwikkelen. Vanwege de energie die de invoering heeft gekost en de verbeteringen die zijn gerealiseerd met de komst van msb's wordt door de NZa geadviseerd om beleidsmatig geen andere koers te varen. Ik ben het eens met dit advies en verwacht dat zowel ziekenhuizen als msb's zich blijven inzetten om verdere stappen te zetten in de realisatie van de doelstelling, met name het doelmatiger inzetten van mensen en middelen (wat als aandachtspunt ook uit de monitor naar voren komt) en het bevorderen van gelijkgerichtheid. Dit is van belang bij de verwezenlijking van de transformatie naar de Juiste Zorg op de Juiste Plek, die ook is vastgelegd in het Hoofdlijnenakkoord msz 2019–2022.

Ook wordt geadviseerd niet in te zetten op beleid of maatregelen die als doel hebben een overgang naar het participatiemodel te bewerkstelligen. Volgens de monitor zijn er ontwikkelingen gaande, mede ingegeven door afspraken in de hoofdlijnenakkoorden, waarbij specialisten deelname aan zorgnetwerken verkennen. Zulke netwerken zijn ziekenhuisoverstijgend en daarmee ligt een directe (vorm van) participatie in het ziekenhuis volgens de monitor minder voor de hand. Ik ben van mening dat gelijkgerichtheid voorop moet staan voor de ondersteuning van doelmatigheid en kwaliteit van zorg. Ongeacht het gehanteerde model vind ik dat partijen zich moeten inspannen voor het gezamenlijke belang om de patiënt de best mogelijke zorg te bieden. Ik ben voornemens nog dit jaar te starten met een onderzoek naar het bevorderen van die gelijkgerichtheid. Dit onderzoek zal niet alleen focussen op gelijkgerichtheid binnen ziekenhuizen, maar breder in de zorg en ten behoeve van de beweging naar de Juiste Zorg op de Juiste Plek. Met dit onderzoek besteed ik ook aandacht aan de vraag op welke manier de middelen, die in het regeerakkoord ten behoeve van het bevorderen van meer gelijkgerichtheid beschikbaar zijn gekomen, op een goede manier kunnen worden ingezet.

Tot slot geeft de NZa aan dat jaarlijkse monitoring niet langer noodzakelijk is. De reden hiervoor is dat de invoering van integrale tarieven niet tot verontrustende of ongewenste gevolgen heeft geleid en de verwachting is dat hierin in de toekomst geen veranderingen zullen optreden. Ik kan mij vinden in dit advies, zeker gezien de inspanningen en tijdsbeslag die een dergelijke monitor vergen van betrokken partijen.

De Minister voor Medische Zorg,  
B.J. Bruins