

## Vragen gesteld door de leden der Kamer, met de daarop door de regering gegeven antwoorden

### 278

Vragen van het lid **Hijink** (SP) aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over *het bericht «Toezichthouder NZa: de zorg is te veel een verdienmodel geworden»* (ingezonden 8 juli 2020).

Antwoord van Minister **Van Ark** (Medische Zorg) (ontvangen 1 oktober 2020). Zie ook Aanhangsel Handelingen, vergaderjaar 2019–2020, nr. 3614.

Vraag 1, 2 en 4

Wat is uw reactie op het bericht «Toezichthouder NZa: de zorg is te veel een verdienmodel geworden»?<sup>1</sup>

Kunt u uiteenzetten welke financiële prikkels in het huidige zorgstelsel volgens de NZa tot onzinnige zorg leiden? Kunt u hier praktijkvoorbeelden van geven en aangeven in welke sectoren dit speelt?

Wat is uw reactie op de stelling van de NZa dat het betalen per verrichting een productieprikkel is? Welke oplossingen ziet u hiervoor? Bent u bereid voorstellen te doen om dit aan te passen?

Antwoord 1, 2 en 4

Door de recente crisis is een aantal ontwikkelingen in een stroomversnelling gebracht, met name rondom digitale zorg. Daarnaast is bij het heropstarten van zorg ingezet op prioritering naar gelang de urgentie en is extra aandacht gevraagd voor het belang van gepast gebruik van zorg (aantoonbaar van waarde voor de patiënt, niet meer dan nodig, maar ook niet minder dan noodzakelijk). Ik ben het met de NZa eens dat het zonde is om deze positieve ontwikkelingen die de coronacrisis teweeg heeft gebracht, verloren te laten gaan.

Om deze reden heb ik de NZa gevraagd om een advies over aanpassingen in het financierings- en bekostigingssysteem om de totstandkoming van digitale zorg en gepast gebruik te stimuleren. Hierbij gaat het nadrukkelijk om (financiële) prikkels die zorgprofessionals, zorgaanbieders, zorgverzekeraars, maar mogelijk ook zorgvragers ervaren om waar van meerwaarde gebruik te maken van digitale zorg en gepast gebruik. De NZa heeft een eerste advies uitgebracht en daarin een eerste verkennende stap voorgesteld om de bekostiging aan te passen. Dit advies heb ik op 21 juli jl. aan uw Kamer

<sup>1</sup> NRC, 23 juni 2020, «Toezichthouder NZa: de zorg is te veel een verdienmodel geworden» <https://www.nrc.nl/nieuws/2020/06/22/toezichthouder-nza-de-zorg-is-te-veel-een-verdienmodel-geworden-a4003707>

aangeboden. In mijn brief van 21 juli jl. heb ik aangegeven dat de NZa en het Zorginstituut om een tweede advies in navolging op het advies van de NZa zijn gevraagd. Zij zijn gevraagd om de randvoorwaarden in het stelsel in kaart te brengen die nodig zijn voor gepast gebruik en daarbij de geleerde lessen te betrekken. Ook het programma Zorgevaluatie en Gepast Gebruik heb ik gevraagd naar de lessen uit de coronacrisis ten aanzien van gepast gebruik. Ik verwacht u deze adviezen met mijn reactie voor de begrotingsbehandeling te kunnen doen toekomen. Op deze zaken zal ook worden ingegaan in de Contourennota. Mijn collega's en ik streven ernaar de consultatie voor de Contourennota eind oktober in gang te zetten.

### Vraag 3

Hoeveel van de behandelingen die niet zijn geleverd toen de ziekenhuiszorg stil kwam te liggen, zijn volgens schattingen ook niet zinnig?

### Antwoord 3

Het is moeilijk vast te stellen welk percentage van de zorg die is uitgevallen niet zinnig is. De NZa merkt dit ook op in haar advies. Ongetwijfeld zijn er behandelingen niet uitgevoerd die niet zinnig waren. Tegelijkertijd zijn er ook behandelingen niet uitgevoerd die wel zinnig zouden zijn geweest. Omdat we van veel behandelingen nog niet goed weten of deze zinnig zijn en voor wie en wanneer, is het effect van het achterwege hebben gelaten van deze behandelingen nog onbekend.

Ik vind het belangrijk om inzicht te krijgen in de (gezondheids)gevolgen van de coronacrisis. We kunnen daar veel van leren over welke zorg voor welke patiënt gepast is. Dat is van belang voor de gezondheidszorg. Daarom is het RIVM gevraagd te kijken naar de indirecte effecten van COVID-19 op zorg en gezondheid. Het RIVM is momenteel bezig met het in kaart brengen van deze indirecte effecten en maakt zowel een inventarisatie van de omvang van uitgestelde, afgeschaalde, vermeden of niet gegeven zorg als ook een inschatting van de gezondheidseffecten hiervan. Verder heb ik, zoals ik in antwoord op vraag 1 al heb gemeld, het Zorginstituut en de NZa gevraagd om te adviseren over de geleerde lessen over gepast gebruik (in de coronacrisis) en de in het stelsel noodzakelijke randvoorwaarden voor gepast gebruik. Ook het programma Zorgevaluatie en Gepast Gebruik heb ik gevraagd naar de lessen uit de coronacrisis ten aanzien van gepast gebruik. Met dit onderzoek en deze adviezen krijgen we inzicht in de gevolgen van de coronacrisis en wat het ons leert over gepast gebruik.

### Vraag 5

In hoeverre kan met het in loondienst treden van thans vrijgevestigde specialisten dit probleem het hoofd geboden worden? Bent u bereid voorstellen te doen om dit aan te passen?

### Antwoord 5

In het huidige systeem komen productieprikkels ook voort uit de afspraken tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen. Het is niet zo dat er enkel een prikkel bij vrijgevestigde medische specialisten zit en loondienst om deze reden per definitie de oplossing is. Wat mij betreft moet de discussie daarom niet gaan over de modellen waarin medisch specialisten werkzaam zijn, maar veel meer over de randvoorwaarden waarop we de zorg in ziekenhuizen bekostigen. Denk aan meerjarige contractering via een aanneemsom en minder pxq afspraken. Vervolgens vind ik het wel belangrijk dat die afspraken zich doorvertalen in de hele organisatie en er gelijkgericht gewerkt wordt met de vrijgevestigde medisch specialisten in het medisch-specialistisch bedrijf. Overigens is in het huidige Hoofdlijnenakkoord Medisch Specialistische Zorg ook afgesproken dat de vrije keuze van medisch specialisten om te werken in dienstverband of als vrij beroepsbeoefenaar gehandhaafd blijft.

### Vraag 6

Kunt u uiteenzetten welke aanpassingen binnen de Diagnose Behandeling Combinatie (DBC)-systematiek volgens u de productieprikkels kunnen doen afnemen?

#### Antwoord 6

In de voorhangbrief (2019–2020 29 248, nr. 322) voor het invoeren van een facultatieve prestatie is het voorbeeld gegeven van het samenstellen van één dbc voor het uitvoeren van een gecombineerde operatieve behandeling bij complexe kniebandchirurgie. Deze ingrepen worden op dit moment altijd separaat uitgevoerd vanwege de regelgeving rondom dbc's die voorkomt dat deze dbc's gelijktijdig gedeclareerd kunnen worden. Het combineren van deze ingrepen zorgt voor lagere kosten dan serieel uitgevoerde ingrepen (naast voordeel voor de patiënt van eenmalige ingreep en revalidatietraject). Voor een beter en completer beeld wacht ik het, in antwoord op vraag 1 genoemde, advies van de NZa en het Zorginstituut af dat hierover gaat.

#### Vraag 7

Welke vormen van het financieel meer belonen van samenwerking en preventie behoren tot de opties? Kunt u aangeven in hoeverre u hiervoor open staat?

#### Antwoord 7

Het is belangrijk om in te zetten op preventie en samenwerking. Bovendien kan samenwerking de zorg voor de patiënt verbeteren, doordat integraal naar de zorgvraag wordt gekeken. Zoals ik ook aangaf in de voortgangsrapportage over de Juiste Zorg op de Juiste Plek, verwacht ik van alle partijen dat domeinoverstijgende samenwerking het uitgangspunt wordt en dat zij preventie een belangrijke plek geven in het denken en doen.

Er zijn al verschillende mogelijkheden om samenwerking en preventie financieel te belonen. In het kader van uitkomstgerichte zorg kunnen verzekeraars en zorgaanbieders contracten sluiten die samenwerking en preventie belonen, zoals de NZa aangeeft in het advies dat op 21 juli jl. aan uw Kamer is aangeboden. Bijvoorbeeld wanneer in een netwerk van ziekenhuis en huisartsen wordt samengewerkt om de zorg voor kankerpatiënten efficiënt en dichtbij de patiënt te organiseren. Een verzekeraar kan dan met het netwerk als geheel een contract sluiten en afspreken dat eventuele gezamenlijke besparingen (doordat bijvoorbeeld onderzoeken niet dubbel hoeven te worden uitgevoerd of infecties worden voorkomen) ten gunste komen van zowel de verzekeraars als de zorgaanbieders. Er zijn ook andere typen contracten mogelijk, waarbij verzekeraars bijvoorbeeld afspraken maken gericht op bepaalde zorguitkomsten en kwaliteit van leven van patiënten, en een verbetering daarvan door de jaren heen belonen. Enkele koplopers van verzekeraars en aanbieders werken aan dit soort contracten. De ontwikkeling is nog pril. Het is van belang dat goede en gedragen uitkomstmaten worden ontwikkeld, zodat helder is wat de zorg daadwerkelijk voor de patiënt heeft opgeleverd (ook in termen van kwaliteit van leven). In het programma Uitkomstgerichte Zorg 2018–2022 werkt VWS daar met de partijen van het Hoofdlijnenakkoord Medisch Specialistische Zorg aan. Ook wordt ruimte gecreëerd voor pilots en worden goede voorbeelden van uitkomstgerichte contracten en organisatievormen verzameld en verspreid, zodat mensen in de zorg die hiermee aan de slag willen zoveel mogelijk kunnen leren van elkaar. Goede initiatieven en best practices met betrekking tot deze contracten zullen worden verspreid via [www.uitkomstgerichtezorg.nl](http://www.uitkomstgerichtezorg.nl).

Samenwerking tussen zorgverleners kan bovendien worden gestimuleerd door het faciliteren van een meer efficiënte wijze van bekostiging van activiteiten die als «algemene diensten ten behoeve van verzekerde zorg» kunnen worden gekenschetst. Bij brief van 29 juni jl.<sup>2</sup> bent u geïnformeerd over de wijze waarop en de voorwaarden waaronder rechtstreekse bekostiging van deze activiteiten binnen het bestaande wettelijke kader van de Zorgverzekeringswet mogelijk kan worden gemaakt.

Tot slot is in de huidige bekostiging al ruimte voor het maken van afspraken over innovatie en preventie, bijvoorbeeld in de eerstelijnszorg. De NZa publiceert hierover op korte termijn een informatiekaart waarin zij de mogelijkheden uiteenzet.

<sup>2</sup> Brief Minister voor Medische Zorg, M.J. van Rijn – 29 juni 2020 Bekostiging Algemene diensten ten behoeve van verzekerde zorg – Kamerstuk 29 689, nr. 1071

Voor de vraag of in de bekostiging meer ruimte kan komen voor het belonen van preventie en samenwerking, wacht ik de aanvullende adviezen van de NZa en het Zorginstituut af. Zoals de NZa aangeeft hebben zulke wijzigingen mogelijk vergaande consequenties voor het stelsel. Op de prikkels voor samenwerking en preventie zal ook worden ingegaan in de Contourennota.

Vraag 8

Welke prikkels voor zorgverzekeraars om efficiënter zorg in te kopen behoren tot de opties? Kunt u aangeven in hoeverre u hiervoor open staat?

Antwoord 8

Ik vind het van belang dat mensen zich kunnen blijven verzekeren voor goede zorg tegen een redelijke premie. Om er voor te zorgen dat de premie betaalbaar blijft, hebben zorgverzekeraars een belangrijke taak om zorg doelmatig in te kopen. Op zich zijn de prikkels nu al goed voor verzekeraars om zorg efficiënt in te kopen. Dit kan zich namelijk vertalen in een lagere premie. Mensen kunnen kiezen voor een verzekeraar die een lagere premie vraagt.

Ook is het zo dat binnen de risicoverevening verzekeraars een vereveningsbijdrage krijgen die gebaseerd is op de gemiddelde verwachte kosten. Als een verzekeraar efficiënter zorg inkoopt dan zijn concurrent, zorgt dit voor een financieel voordeel voor een verzekeraar. Het is altijd goed om te kijken naar verbeteringen die we met elkaar kunnen invoeren. Ik ben continu bezig het risicovereveningssysteem te onderhouden voor het gelijke speelveld van verzekeraars en er voor te zorgen dat er zo weinig mogelijk prikkels zijn voor risicoselectie. Hiermee worden ook de prikkels voor efficiënte zorginkoop voor verzekeraars geoptimaliseerd.