

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

1330

Vragen van het lid **Ploumen** (PvdA) aan de Minister voor Medische Zorg over *de noodzaak van nationale regie om de zorg betaalbaar te houden* (ingezonden 7 januari 2019).

Antwoord van Minister **Bruins** (Medische Zorg) (ontvangen 29 januari 2019).

Vraag 1

Bent u op de hoogte van het artikel «Nationale aanpak voor ziekenhuiszorg is urgent, waarin wordt beschreven dat nationale regie ten aanzien van de samenwerking tussen ziekenhuizen en eerste lijn noodzakelijk is, maar dat u nationale regie geen taak voor de Minister vindt?»¹

Antwoord 1

Ja.

Vraag 2

Deelt u de mening dat er grote winst is te behalen door meer samenwerking tussen eerste en tweede lijn, onderlinge herverdeling, afstemming op regionale behoefte en doelmatigheid? Wat kan betere samenwerking betekenen voor de kosten van de zorg en dus voor de burger, voor wat betreft de omvang van het pakket en de hoogte van premie en eigen betalingen?

Antwoord 2

Ja, samenwerking tussen verschillende aanbieders van zorg en ondersteuning vind ik belangrijk voor goede zorgverlening. Het functioneren van mensen, lichamelijk, fysiek en sociaal moet centraal staan bij het verlenen van zorg en ondersteuning. De zorg in Nederland is zeer goed op deelterreinen, maar we kunnen beter worden om de zorg meer in samenhang te organiseren en te verlenen. Instrumenteel hierbij is om in een regio samen een gedeeld beeld te maken van de ontwikkeling van de zorgbehoefte, het huidige zorgaanbod en de opgave die hieruit voortkomt. Het is aan zorgaanbieders en zorginkopers om dit beeld te vertalen in de individuele contractering opdat de zorg aansluit en blijft aansluiten bij de behoeften van patiënten en verzekerden. Daarbij hebben de zorginkopers in overleg met de zorgaanbieders een belangrijke rol om voor hun verzekerden/patiënten daar waar

¹ «Nationale aanpak voor ziekenhuiszorg is urgent», Zorgvisie, 7 januari 2019

nuttig de samenwerking tussen verschillende zorgaanbieders te bevorderen en bij te dragen aan betaalbare zorg.

Vraag 3

Kunt u uitgebreid uitleggen waarom u van mening bent dat onderlinge concurrentie, de basis van het huidige stelsel, samen gaat met regionale samenwerking tussen zorgaanbieders en samenwerking tussen zorgverzekeraars om gemeenschappelijke doelen te bereiken? Hoe verloopt die samenwerking dan precies volgens u en hoe verhoudt deze zich tot de onderlinge concurrentie?

Antwoord 3

Ik vind dat samenwerking en concurrentie vaak te zeer tegenover elkaar worden gesteld. Zoals ik in mijn antwoorden van 10 december 2018 op Kamervragen over de marktwerking in de ziekenhuiszorg (2019Z00076) heb toegelicht, geeft het zorgstelsel ruimte aan zorgverzekeraars en zorgaanbieders om zich van elkaar te onderscheiden in het belang van verzekerden/patiënten. Dit gebeurt binnen de door de overheid gestelde publieke randvoorwaarden zoals de zorgplicht van zorgverzekeraars. Dit systeem van *gereguleerde* concurrentie geeft patiënten en verzekerden mogelijkheden om te kiezen voor een zorgverzekering en een zorgaanbieder die het beste past bij hun behoeften en wensen. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars worden zo gestimuleerd om in hun dienstverlening zoveel mogelijk aan te sluiten bij de behoeften en wensen van hun cliënten en te bevorderen dat zorg goed, toegankelijk en betaalbaar is.

Zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars zijn in beginsel vrij samen te werken. Zo zijn onderlinge afspraken over het verminderen van administratieve lasten, de ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren en verschillende procesmatige afspraken in principe toegestaan. Wel stelt de Mededingingswet grenzen aan samenwerkingsafspraken die de concurrentie en daarmee keuzemogelijkheden voor patiënten en verzekerden beperken. Voorkomen moet worden dat partijen concurrentiebeperkende afspraken maken die belangen van patiënten en verzekerden schaden, bijvoorbeeld door onderling hogere prijzen af te spreken, patiënten te verdelen of afspraken die vernieuwing in de weg staan. Ik ben ervan overtuigd dat we slechter af zouden zijn als er zowel aan de kant van het zorgaanbod als aan de kant van de verzekeraars sterke «klontering» zou plaatsvinden. Dat mensen kunnen «stemmen met hun voeten» is essentieel.

Het is binnen de Mededingingswet mogelijk dat samenwerkingsafspraken die weliswaar de mededinging beperken toch zijn toegestaan omdat patiënten en verzekerden met deze samenwerking uiteindelijk beter af zijn. Zo kan het onder omstandigheden zijn toegestaan dat een samenwerking tussen ziekenhuizen (en/of zorgverzekeraars via de zorginkoop) het aanbod van bepaalde complexe zorg op specifieke locaties concentreert indien hierdoor de kwaliteit van zorg aantoonbaar toeneemt, ondanks dat keuzemogelijkheden (en de mededinging) wellicht worden beperkt. Het is aan de Autoriteit Consument en Markt (ACM) om toezicht te houden op de naleving van de Mededingingswet. In haar toezicht stelt de ACM de belangen van patiënten en verzekerden centraal.²

Ik heb van de ACM vernomen dat zij voor de zomer een leidraad zal uitbrengen met nadere toelichting op haar beoordeling op grond van de Mededingingswet van samenwerking bij regionale herschikking. De ACM zal deze leidraad vooraf consulteren in de sector. Partijen die vragen hebben over een concrete samenwerking bij regionale herschikking kunnen ook op dit moment al contact opnemen met de ACM.

In de praktijk wordt er veel samengewerkt, zowel door zorgaanbieders als door zorgverzekeraars. Die samenwerking in de regio vindt op allerlei verschillende manieren plaats. Soms neemt een ziekenhuis het initiatief, soms een thuiszorgorganisatie, soms een gemeente, soms de (grootste) zorgverzekeraar. Er wordt dan onderling samengewerkt om de zorg te verbeteren. Ik juich dit toe.

² Zie bijvoorbeeld de informele zienswijze van de ACM inzake een samenwerking op het gebied van complexe kankerzorg in de regio Utrecht (<https://www.acm.nl/nl/publicaties/publicatie/16190/Samenwerking-kankerzorg-drie-ziekenhuizen-regio-Utrecht-goed-voor-patient>).

Vraag 4

Waarop is uw vertrouwen gebaseerd dat het veld het zelf wel allemaal regelt? Kunt u beschrijven welke prikkels daarvoor bestaan, voor ieder van de veldpartijen?

Vraag 5

Hoe ziet u uw taak en rol als Minister voor Medische Zorg? Waarom bent u van mening dat het niet uw verantwoordelijkheid is om daar waar de zorg goedkoper en beter kan, de regie te nemen?

Antwoord 4 en 5

Ik heb met de betrokken partijen in verschillende zorgsectoren hoofdlijnenakkoorden afgesloten met daarin afspraken die zijn gericht op verbetering van de kwaliteit en de doelmatigheid van zorg. Belangrijk onderdeel van die afspraken betreft de beweging naar «de juiste zorg op de juiste plek», een beweging die is beschreven in het rapport van de gelijknamige Taskforce. In lijn met het advies van deze Taskforce delen alle betrokken partijen dat de beweging naar de juiste zorg op de juiste plek op regionaal of lokaal niveau vorm moet krijgen. Immers, zowel het aanbod van zorg en ondersteuning als de behoefte hieraan kan verschillen per regio. Een landelijke aanpak doet aan dit gegeven onvoldoende recht, er moet ruimte zijn voor regionaal of lokaal maatwerk. Met partijen is daarom afgesproken dat op nationaal niveau wordt afgesproken dat iedereen hieraan zijn bijdrage levert, maar dat decentraal wordt bepaald *hoe* dit het beste kan gebeuren en *wat* concreet wordt afgesproken. En dat via de bestuurlijke overleggen de voortgang wordt besproken, wordt geleerd van ervaringen en wordt aangejaagd en ondersteund als daar aanleiding voor is. Daarbij zijn ook ambitieuze budgettaire randvoorwaarden vastgelegd. Ik heb er vertrouwen in dat partijen zich inspannen om de gemaakte afspraken te realiseren. Niet als doel op zich, maar in het belang van patiënt en premiebetaler. Mocht dit niet geval zijn, dan zal ik partijen daarop aanspreken en aansturen.

Vraag 6

Hoe denkt u dat implementatie en brede verspreiding van best practices op het gebied van samenwerking tussen eerste en tweede lijn, met substitutie van zorg, zal verlopen als daar geen enkele centrale regie op bestaat?

Antwoord 6

Het is geen vrijblijvende exercitie, getuige ook de afspraken in de hoofdlijnenakkoorden. Partijen in het veld willen van elkaar leren en hebben behoefte aan een plek waar ze die goede voorbeelden kunnen vinden, zo hebben ze mij laten weten. Ik heb toegezegd partijen te ondersteunen door deze vindplaats te faciliteren, onder meer via een website. De goede voorbeelden zijn ruimschoots beschikbaar en gaan verder dan alleen voorbeelden van substitutie tussen de tweede en eerste lijn. Het gaat ook om de samenwerking tussen het medische en sociale domein.

De te maken site bevordert het leervermogen en eigenaarschap in het veld. Partijen kunnen hier hun voorbeelden delen. Mensen in het veld hebben aangegeven behoefte te hebben aan online en offline contact. Ze willen de mensen achter de goede voorbeelden ook vragen kunnen stellen en kunnen ontmoeten, voor de vertaalslag naar hun situatie. Dat zal direct kunnen, doordat bij de voorbeelden contactgegevens worden opgenomen. Daarnaast zal ik ontmoetingen faciliteren. Dat gebeurt nu al op de regionale bijeenkomsten die er in het land worden georganiseerd rondom het thema de juiste zorg op de juiste plek. En ik verwacht dat er bijeenkomsten volgen op meer specifieke thema's.

Tot slot zullen de inkopers van zorg en ondersteuning (verzekeraars, zorgkantoren en gemeenten) ook een substantiële rol kunnen vervullen in de opschaling van de goede voorbeelden. Dit gebeurt al en ik verwacht dat dit met de afspraken in de hoofdlijnenakkoorden en het beschikbare transformatiebudget verder zal toenemen. Als er knelpunten in wet- en regelgeving zijn, zal ik daarnaar kijken.

Vraag 7

Hoe worden best practices op dit moment landelijk geïmplementeerd? Hoeveel best practices zijn landelijk geïmplementeerd? Hoeveel best practices zijn niet landelijk geïmplementeerd maar worden maar beperkt toegepast?

Antwoord 7

Ik hecht er aan de creativiteit en inventiviteit van professionals en bestuurders in het veld zo goed mogelijk te benutten en geloof niet in blauwdrukken. De beweging naar de juiste zorg plek is niet nationaal bedacht, maar is reeds ingezet door de veldpartijen zelf. Er zijn ontzettend veel goede voorbeelden. Niet ieder goed voorbeeld is overal een goed voorbeeld: wat een best practice is voor Zeeuws Vlaanderen is lang niet altijd een best practice voor Amsterdam. Niet alle goede voorbeelden lenen zich dus voor opschaling elders.

De achtergrond van de vraag herken ik wel: de beweging van goede voorbeelden kan waar mogelijk meer en sneller worden verspreid. Bij vraag 6 heb ik aangegeven hoe ik het veld zal faciliteren om de goede voorbeelden te verspreiden en dat ik voor de zorginkopers een duidelijke rol zie om hier een substantiële rol in te vervullen. Zij komen immers op de verschillende plekken en kunnen die kennis verspreiden. Dat zie ik ook gebeuren, maar het mag nog meer. De beweging naar de juiste zorg op de juiste plek is geen vrijblijvende exercitie, zoals duidelijk in het commitment is neergelegd in de hoofdlijnenakkoorden.

Er ligt een cruciale rol voor inkopers (zorgverzekeraars, zorgkantoren en gemeenten) om zorg en ondersteuning meer in congruentie in te kopen en initiatieven tot verbetering en vernieuwing te ondersteunen. Dat is ook de bedoeling van de afspraken over de transformatiemiddelen (€ 425 mln).

Vraag 8

Hoeveel meer substitutie van tweede naar eerste lijn heeft plaatsgevonden in de afgelopen jaren, zonder centrale regie?

Antwoord 8

Mijn ambtsvoorganger heeft uw Kamer eerder geïnformeerd over de substitutieafspraken tussen tweede en eerste lijn die gemonitord zijn. Uit de bij de brieven van 31 augustus 2015 en 7 juli 2016 aangeboden substitutiemonitors³ blijkt dat over de jaren 2015 en 2016 gecumuleerd voor ongeveer € 100 miljoen aan gecontracteerde substitutieafspraken zijn gemaakt. Dat wil zeggen dat zorgverzekeraars via de contractering specifieke afspraken hebben gemaakt over het verplaatsen van zorg van de tweede lijn naar de eerste lijn. In het onderzoek wordt echter de kanttekening gemaakt dat alleen de substitutieafspraken op een bepaalde peildatum in het jaar in beeld zijn gebracht. Daarbij komt dat alleen substitutie in kaart kan worden gebracht indien dit in de contracten ook expliciet als zodanig is benoemd. Dit kan het beeld vertekenen in de zin dat het aandeel zorg wat daadwerkelijk gesubstitueerd is hoger kan zijn.

Eind 2017 heeft de NZa in beeld gebracht dat, op grond van de afspraken in het addendum 2018 bij het onderhandelaarsakkoord medisch-specialistische zorg 2014 t/m 2017⁴ en in het addendum bij het bestuurlijk akkoord huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2018⁵, in 2017 wederom afspraken over substitutie zijn gemaakt ter grootte van circa € 7 miljoen⁶.

Vraag 9

Bent u bereid te onderzoeken hoeveel draagvlak er is voor een nationale aanpak om tot betere samenwerking en snellere implementatie van best practices te komen, toegespitst op regionale en lokale prioriteiten? Zo nee waarom niet? Zo ja, wanneer kunt u de Kamer daarover berichten?

³ Kamerstukken 33 654, nr. 16 en 33 654, nr. 21

⁴ Kamerstuk 29 248, nr. 304

⁵ Kamerstuk 33 578, nr. 43

⁶ Kamerstuk 34 775 XVI, nr. 45

Antwoord 9

Zoals ik in het antwoord op vraag 4 heb aangegeven heb ik met partijen in de hoofdlijnenakkoorden afgesproken om verbeteringen vorm te geven op lokaal en regionaal niveau. In het akkoord voor de medisch-specialistische zorg is in dat kader ook een aantal afspraken gemaakt over landelijke programma's die deze beweging kunnen ondersteunen. Denk hierbij aan de afspraken over vergroting van transparantie over zorguitkomsten, over verbetering van de ICT-zorginfrastructuur of afspraken over het stimuleren van gepast gebruik door meer regie op zorgevaluatie en implementatie van de uitkomsten daarvan. Daarnaast span ik mij in om partijen regionaal/lokaal te ondersteunen indien daar behoefte aan is. Een voorbeeld daarvan is het stimuleren van innovatieve zorgvormen van slimme zorg thuis (e-Health)⁷. Over de wijze waarop ik dat doe heb ik u op 11 oktober 2018 geïnformeerd met de kabinetsreactie op het rapport van de Taskforce De juiste zorg op de juiste plek)⁸.

⁷ In lijn met de motie Rutte over slimme zorg thuis, Kamerstuk 35 000 XVI, nr. 24

⁸ Kamerstuk 29 689, nr. 938