

Vergaderjaar 2013–2014

29 689

Herziening Zorgstelsel

Nr. 506

LIJST VAN VRAGEN EN ANTWOORDEN

Vastgesteld 2 april 2014

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft een aantal vragen voorgelegd aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de brief van 18 november 2013 inzake het RVZ-advies «De participerende patiënt» (Kamerstuk 29 689, nr. 483).

De Minister heeft deze vragen beantwoord bij brief van 1 april 2014. Vragen en antwoorden zijn hierna afgedrukt.

De voorzitter van de commissie,
Neppérus

Adjunct-griffier van de commissie,
Clemens

1

In reactie op de brief van de Minister vraagt GGZ Nederland aandacht voor een dreigende wildgroei van data-uitvragen en daarmee administratieve lasten. Kan de Minister ingaan op deze zorg?

Ik vind ook dat de administratieve lasten in de zorg omlaag moeten. Niet alleen de lasten die door de overheid worden veroorzaakt, maar vooral ook de lasten die de veldpartijen elkaar opleggen met bijvoorbeeld keurmerken, certificaten en accreditaties. Ik vind het een belangrijke taak voor het Kwaliteitsinstituut om samen met het veld ook te schrappen in de uitvraag van gegevens, om te beginnen door ervoor te zorgen dat gegevens die niet worden gebruikt niet meer worden opgevraagd. De voorzitter van de Agenda voor de Zorg, prof. dr. Rinnooy Kan, heeft onlangs, namens de partijen van de Agenda voor de Zorg, aan mij voorgesteld te komen tot een gezamenlijk plan van aanpak voor betere regels in de zorg. Ik ben van mening dat reductie van administratieve lasten en andere regels die zorgverleners in de weg zitten prioriteit geniet. Hierover heb ik binnenkort met hem overleg.

2

Welke aanbevelingen uit paragraaf 5.2 van het rapport van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) heeft de Minister niet overgenomen? Welke redenen heeft de Minister hiervoor? Wie heeft de verantwoordelijkheid over de aanbevelingen die niet door de Minister worden overgenomen, maar die wel het proces van de participatie van de patiënt positief beïnvloeden? Hoe wordt de voortgang van deze aanbevelingen gemonitord door de Minister?

Het advies van de RVZ sluit aan bij de omslag die ik in de zorg wil bereiken, namelijk de omslag van systemen naar mensen. Goede zorg betekent zorg die zo goed mogelijk is afgestemd op de behoeften, waarden, gezondheidsvaardigheden en mogelijkheden van de patiënt. Ik heb de aanbevelingen die aan de overheid zijn gedaan overgenomen. Een tweetal aanbevelingen volg ik niet volledig naar de letter, namelijk de aanbevelingen om een wettelijk recht op informatie over de wijze waarop patiënten bij besluitvorming worden betrokken en een wettelijk recht om een individueel zorgplan op verzoek te regelen. Ik ben van mening dat dit inmiddels al voldoende in wet- en regelgeving is of wordt geregeld. De verantwoordelijkheid voor de aanbevelingen die niet aan mij gericht zijn maar die wel het proces van de participatie van de patiënt positief beïnvloeden, ligt bij partijen aan wie deze gericht zijn. Goede samenwerking is daarbij een van de pijlers. De voortgang van al deze aanbevelingen zal ik niet apart monitoren. Er wordt door middel van verschillende monitors en evaluaties een vinger aan de pols gehouden. Zo houden zowel patiëntenkoepels als patiëntenorganisaties zich bezig met het verzamelen van patiëntervaringen en het geven van informatie en advies door middel van meldpunten, meldacties, panels en informatiepunten. Daarmee monitoren de patiënten zelf op wat voor manier zij meer centraal komen te staan in de zorg.

3

In hoeverre ondersteunt de Minister de belangrijke rol van de eerste lijn in het participeren van de patiënt?

4

Op welke manier vindt de Minister dat de eerste lijn, waaronder fysiotherapeuten, een bijdrage kan leveren, gericht op het opstellen van het individueel zorgplan (IZP), stimuleren van zelfmanagement en toepassen van innovaties?

Antwoord op vraag 3 en 4

Voor alle zorgaanbieders, waaronder ook de fysiotherapeuten, is er een rol om de participatie van patiënten verder te bevorderen. Er liggen juist in de eerstelijnszorg kansen voor zelfzorg en zelfmanagement. Dit is ook de reden geweest dat het thema e-health en zelfmanagement een plaats heeft gekregen op de inhoudelijke agenda van het Bestuurlijk akkoord eerstelijnszorg en verder zal worden uitgewerkt. De beweging richting zelfzorg heeft voordelen voor zowel zorgaanbieders als patiënten. Patiënten willen in het algemeen graag zelf regie houden, meewerken aan kwaliteit van leven en de zorg zo goed mogelijk inpassen in hun dagelijks leven.

Het individueel zorgplan dat in ontwikkeling is, is hierbij geen doel op zich of een blauwdruk vanuit de overheid. Het is een middel om vanuit het perspectief van de patiënt gezondheidsdoelen te realiseren om een zo hoog mogelijke kwaliteit van leven te kunnen realiseren. Een uniforme opbouw (infrastructuur) van het individueel zorgplan is van belang, zodat de cliënt met meerdere aandoeningen niet geconfronteerd wordt met verschillende individuele zorgplannen. Via ZonMW (i.c. Coördinatieplatform Zorgstandaarden, nu Kwaliteitsinstituut) heb ik er voor gezorgd dat er stappen konden worden gezet in de ontwikkeling van een raamwerk voor het individueel zorgplan (IZP). Vanuit de patiëntenorganisaties vinden er op dit punt ook de nodige activiteiten plaats.

Goede registratie en uitwisseling van informatie kan mensen helpen zelf regie te nemen en de participatie te versterken. Mijn inzet zal zich richten op het bevorderen van standaardisatie, het creëren van de juiste randvoorwaarden via bekostiging en andere wet- en regelgeving, kennisverspreiding en het verbinden van partijen. De Staatssecretaris en ik zullen uw Kamer dit voorjaar per brief over innovatie en e-health nader informeren.

5

Wordt het belang van de participerende patiënt in de eerste lijn meegenomen in het RVZ-werkprogramma van 2014?

Binnen de activiteiten van de RVZ in 2014 wordt aandacht besteed aan de participerende patiënt zowel binnen de eerste lijn als breder binnen de zorg. Het thema «e-health, zelfmanagement en gezondheidsvaardigheden» staat op de agenda van de RVZ. De vraag die hierbij uitgewerkt zal worden luidt: Hoe kan inhoud, toepassing, verspreiding en het gebruik van e-health geoptimaliseerd worden, rekening houdend met de huidige en in de toekomst te verwachten behoeften en mogelijkheden van verschillende categorieën patiënten en (zorg)vragen?

6

Kan de Minister zich vinden in het feit dat gezamenlijke besluitvorming, in het bijzonder als het gaat om de diagnose kanker, een essentieel onderdeel is van het zorgproces?

Ja, ik kan me er in vinden dat gezamenlijke besluitvorming bij complexe aandoeningen een essentieel onderdeel is van het zorgproces. Dit geldt niet alleen voor kanker maar ook voor andere aandoeningen.

7

Welke mogelijkheden ziet de Minister om implementatie van gezamenlijke besluitvorming op basis van goede informatie voor arts en patiënt te bespoedigen?

8

Zijn de inspanningen die de Minister nu beschrijft in haar reactie wel toereikend om patiëntparticipatie in de brede zin op een volwaardige

manier te realiseren, aangezien de middelen hiervoor (aanleren vaardigheden, ontwikkelen instrumenten) niet in gelijke mate oplopen?

Antwoord op vraag 7 en 8

Patiëntenparticipatie in brede zin wordt op verschillende niveaus bevorderd. Patiënten- en gehandicaptenorganisaties vertegenwoordigen cliënten als sterke partij in het zorgstelsel en leveren daarmee een bijdrage aan het bieden van zorg die past bij de individuele cliënt. Zij zetten zich in door te luisteren naar mensen, ze brengen ervaringen bij elkaar en maken die toegankelijk voor anderen. Ze weten waar de patiënt of gehandicapte behoefte aan heeft. Ik heb grote waardering voor de vele vrijwilligers die zich hiervoor inzetten en patiënten en gehandicapten veel steun bieden. Door deze kennis leveren zij een belangrijke bijdrage aan het versterken van de positie van de cliënt. Op collectief niveau betrek ik patiëntenorganisaties bij de ontwikkeling van beleid. De koepels en platforms van patiënten- en gehandicaptenorganisaties zijn betrokken geweest bij de totstandkoming van de bestuurlijke akkoorden in de medisch specialistische zorg, GGZ-zorg en de eerste lijn. Zij hebben ook invloed op de agenda van het Kwaliteitsinstituut.

Gezamenlijke besluitvorming moet worden ingebed in de kwaliteitsstandaard. Dit is een van de aanleidingen geweest om patiëntenparticipatie bij het opstellen van kwaliteitsstandaarden te versterken. Dit is om te beginnen geborgd doordat patiëntenparticipatie opgenomen is in het toetsingskader voor kwaliteitsstandaarden. Daarnaast heeft PGOsupport de opdracht om de inbreng van het patiëntperspectief bij kwaliteitsstandaarden te ondersteunen en verder te professionaliseren. Tot slot komt er steeds meer informatie voor individuele patiënten beschikbaar, via de lekenversies van de richtlijn en instrumenten die kunnen helpen bij het maken van keuzes (decision aids). Deze worden onder meer op kiesBeter en op websites van patiëntenorganisaties gepubliceerd.

In dit kader wil ik ook de campagne «Verstandig Kiezen» van de Orde van Medisch Specialisten (OMS), de wetenschappelijke verenigingen en ZonMw noemen, die gesteund wordt door de Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (NPCF). Met de campagne «Verstandig Kiezen» ondersteunen zij medisch specialisten en hun patiënten bij gezamenlijke beslissingen over gepast gebruik van zorg.

9

Waaruit blijkt dat het noodzakelijk is voor de patiënt om te participeren in de zorg?

De zorg begint en eindigt bij de patiënt. Hij is immers degene die behoefte heeft aan zorg. Het is de patiënt die in interactie met de hulpverlener werkt aan zijn herstel en functioneren. Zijn rol is belangrijk voor het behalen van goede behandelresultaten, vooral bij chronische aandoeningen. Onderzoek naar gezamenlijke besluitvorming laat daarbij zien dat patiënten – als zij met de juiste informatie worden ondersteund – in overleg met hun behandelaar doorgaans verstandige behandelkeuzes maken.

10

Vindt de Minister het niet tegenstrijdig dat de RVZ met een advies komt over «de participerende patiënt» terwijl zorgverzekeraars die keuzevrijheid voor bijvoorbeeld chronisch zieken en gehandicapten door middel van risicoselectie in de aanvullende verzekering steeds verder inperken?

11

Is de Minister van mening dat ook chronisch zieken en gehandicapten «participerende» patiënten moeten kunnen zijn? Deelt de Minister de visie dat het moeilijk participeren en kiezen is als men de keuzes steeds meer worden ontnomen?

Antwoord op vraag 10 en 11

Alle patiënten moeten participerende patiënten kunnen zijn als zij dit wensen. Dit geldt ook voor chronisch zieken en gehandicapten. Het kiezen van een zorgverzekering is een belangrijk onderdeel als het gaat om participeren. Voor de basisverzekering is het daarom essentieel dat deze voor iedereen toegankelijk is: zorgverzekeraars hebben een wettelijke acceptatieplicht en er geldt een verbod op premiedifferentiatie. De voorwaarden van de aanvullende verzekering zijn de verantwoordelijkheid van verzekeraars. Het is aan de verzekeraar om te bepalen wat er in het aanvullend pakket zit, welk acceptatiebeleid wordt gevoerd en welke prijs zij daarvoor vragen. In haar Marktscan 2013 heeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) onder andere de toegankelijkheid van de aanvullende verzekering onderzocht en geconstateerd dat deze zeer toegankelijk was. Uiteindelijk kiest de verzekerde of hij/zij wel of geen aanvullende verzekering neemt.

12

In hoeverre worden zorgverzekeraars nu gemotiveerd te investeren in de ontwikkeling van informatiemateriaal voor personen met lage(re) gezondheidsvaardigheden en welke zorgverzekeraars hebben hier tot nu toe reeds geïnvesteerd?

Zorgverzekeraars hebben de verplichting tot het verstrekken van transparante informatie aan al hun verzekerden op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg (WMG). De NZa houdt daar toezicht op. Ik heb u in de brief Kostenbewustzijn van 14 mei 2013 (Kamerstuk 29 689, nr. 441) ingelicht over de wijze waarop verzekeraars rekening houden met de toegankelijkheid van hun informatieverstrekking (die veelal verloopt via websites) voor ouderen en mensen met een verstandelijke beperking. Samengevat houden zorgverzekeraars rekening met een passende vormgeving van de websites. Ook zijn zorgverzekeraars er op gericht om eenvoudige Nederlandse taal te gebruiken (B1-niveau). De meeste zorgverzekeraars waarborgen de gehele toegankelijkheid van hun websites door regelmatig gebruikersonderzoeken (klantenpanels, enquêtes) te doen. In veel gevallen zijn toegankelijkheid en gebruikersvriendelijkheid onderdeel van de beleidsplannen. Daarnaast hanteren alle zorgverzekeraars – naast de website – verschillende andere kanalen om hun klanten te bedienen: telefonisch, schriftelijk, e-mail & vragenformulieren. De meesten hebben een loket (behalve de internetzorgverzekeringen) en een aantal heeft chatmogelijkheden.

13

In hoeverre worden zorgaanbieders nu gestimuleerd om voorlichtingsmaterialen voor personen met lage(re) gezondheidsvaardigheden met elkaar uit te wisselen? Wat is de mogelijke rol van de Minister hierbij? Wat zijn de obstakels voor patiëntenverenigingen om hieraan bij te dragen en hoe zouden deze kunnen worden weggenomen?

Het is van groot belang om rekening te houden met de vaardigheden en mogelijkheden van mensen. In de Alliantie Gezondheidsvaardigheden werken partijen in de zorg samen om gezondheidsvaardigheden te verbeteren. Een voorbeeld waarbij zorgaanbieders samen werken om personen met lagere gezondheidsvaardigheden beter te bereiken is Begrijp je Lichaam (een speciale voorlichtingsmap voor laaggeletterde patiënten), ontwikkeld door het Centraal BegeleidingsOrgaan (CBO), Pharos, de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), Stichting Expertisecentrum ETV.nl en Stichting Lezen & Schrijven. De LHV heeft daarnaast een toolkit voor Omgang met laaggeletterden in de huisartsenpraktijk gemaakt. Kennisinstituut Pharos heeft een training «Heb ik het goed uitgelegd?» en een

Masterclass voor huisartsen in achterstandswijken ontwikkeld. Pharos start daarnaast in 2014 een aantal specifieke en nieuwe trajecten gericht op laaggeletterdheid en beperkte gezondheidsvaardigheden. Ook patiëntenorganisaties kunnen van deze kennis gebruik maken. Dit is slechts een aantal voorbeelden.

Ook het Kabinet zet zich in algemene zin in om de basisvaardigheden van mensen te verbeteren. Het Ministerie van Onderwijs, cultuur en wetenschap (OCW) voert hier actief beleid op.

14

In hoeverre zijn zorgaanbieders nu verplicht, of worden zij gemotiveerd, om informatie over hun behandelingen en de resultaten hiervan openbaar te publiceren op hun website? Wat is de situatie hiervan op dit moment? Zijn er andere wijzen waarop een patiënt deze informatie voorafgaand aan een behandeling zou kunnen krijgen?

Zorgaanbieders die onder de Wet toelatingen zorginstellingen (Wtzi) vallen zijn nu verplicht om jaarlijks voor 1 juni gegevens over kwaliteit aan te leveren volgens de afspraken die daarover zijn gemaakt. In de meeste sectoren worden daarvoor nog de Zichtbare Zorg indicatorsets voor gebruikt.

Dit verandert vanaf 1 april 2014 met de inwerkingtreding van de wet waarmee de bevoegdheden van het Kwaliteitsinstituut zijn geregeld (wetsvoorstel 33 243). Vanaf dat moment zijn alle zorgaanbieders verplicht om op basis van de Zorgverzekeringswet gegevens aan te leveren. Wat zij moeten leveren en wanneer is geregistreerd in het daartoe strekkende register van het Kwaliteitsinstituut.

Het Kwaliteitsinstituut gebruikt die data in combinatie met lekenversies van kwaliteitsstandaarden om patiënten te informeren over wat goede zorg is en waar die kan worden verkregen. Deze informatie is te vinden op de website van het Kwaliteitsinstituut, kiesBeter.nl. Ook patiëntenorganisaties publiceren informatie gericht op specifieke groepen patiënten op hun website.

Zorgaanbieders zijn verplicht om transparant te zijn over de kwaliteit van hun behandelingen, zijn verplicht om die gegevens aan te bieden aan het Kwaliteitsinstituut, maar zijn vrij om die gegevens al dan niet op hun eigen website te publiceren. Patiënten krijgen er daarnaast recht op dat de zorgaanbieder hem informatie verstrekt op basis waarvan hij een weloverwogen keuze tussen zorgaanbieders kan maken. Dit wordt geregeld met het voorstel voor de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) dat momenteel aanhangig is in de Eerste Kamer.

15

Op welke wijze kunnen de verschillende partijen in het veld de benodigde mentaliteitsverandering inzetten? Welke veranderingen moeten er precies bij welke partijen worden ingezet? In welk tijdsplan wordt deze mentaliteitsverandering ingezet, en wanneer zal deze verandering ongeveer voltooid zijn?

Met de brief van systemen naar mensen heb ik samen met de Staatssecretaris de doelstelling van de hervormingen in de zorg neergezet: een omslag van het denken in systemen naar het denken in mensen¹. Er zijn niet alleen grote verschillen tussen mensen in termen van gezondheid, maar ook in hun sociale omgeving en in de mate waarin zij in staat zijn zelf hun leven in te richten. Hoewel verschillende mensen behoefte hebben aan verschillende zorg krijgen patiënten in ongelijke situaties nu vaak een gelijke behandeling.

¹ Kamerstuk 32 620, nr. 27

Ik zet mij ervoor in door middel van regelgeving en beleid de juiste prikkels in de zorg te introduceren. Maar de omslag vraagt vooral om de inzet en betrokkenheid van alle partijen. Waarbij partijen ook elkaar scherp houden.

Gezamenlijke besluitvorming wordt langzaamaan steeds meer gemeengoed in de zorg. Het doorzetten van deze ontwikkeling vraagt de inzet van zorgverleners en patiënten. Zorgverleners worden geacht te handelen volgens de afgesproken principes van goede zorg. Daarbij leveren ze zorg volgens kwaliteitsstandaarden, zorgstandaarden en richtlijnen, waarin het patiëntperspectief nu steviger kan worden ingebracht. Zie ook het antwoord dat ik hierop gegeven heb op de vragen 7 en 8. Patiënten moeten ook zelf nadenken over wat zij belangrijk vinden. Patiëntenorganisaties en behandelaars kunnen hen hierbij ondersteunen. Op deze manier raken patiënt en zorgverlener meer met elkaar in gesprek over de doelstelling en wijze van behandeling. Meer aansluiten bij de behoeften van de patiënt vraagt daarbij om meer dan een goed gesprek. Het gaat ook om al die mooie innovatieve technologieën, zoals e-health, waarmee we de menselijke maat terugbrengen in de zorg, mensen regie geven en mensen de mogelijkheid geven hun zorg in te passen in hun leven in plaats van dat zij hun leven aanpassen aan hun zorg.

Door vervolgens met gebruik van kwaliteitscriteria inzichtelijk te maken op wat voor manier zorgaanbieders en zorgverleners gezamenlijke besluitvorming in de praktijk brengen, kan de verzekeraar daar zijn inkoopbeleid op afstemmen.

Naast het feit dat ik met mijn beleid prikkels wil aanbrengen om deze mentaliteitsverandering te stimuleren, is het veel belangrijker dat iedereen, zorgverzekeraars en patiënten het met elkaar onacceptabel vinden wanneer bij de zorgverlening geen rekening wordt gehouden met de behoeften, waarden, gezondheidsvaardigheden en mogelijkheden van de patiënt om de zorg in te passen in zijn dagelijks leven. Dan is de omslag zo gemaakt.

16

Op welke wijze kan de huidige praktijk van shared decisionmaking worden uitgebreid? Bij wie ligt de uiteindelijke verantwoordelijkheid voor dit proces? Wat ziet de Minister als hoofdprioriteit in de transitie naar de shared decisionmaking?

Het is de professionele verantwoordelijkheid van iedere arts om binnen de context van zijn zorginstelling zorg te dragen voor de beste zorg voor zijn patiënten en daarover in goed overleg met zijn patiënt in de spreekkamer tot de noodzakelijke afspraken te komen. De mentaliteitsverandering bij de zorgverlener is daarom van groot belang. De zorgverlener wordt op verschillende manieren gestimuleerd om de patiënt actiever te betrekken bij het behandelplan, zoals bijvoorbeeld door het versterken van patiëntenparticipatie in kwaliteitsstandaarden, doordat patiënten dit zelf kunnen aankaarten met de informatie uit standaarden en keuzehulpen, door aandacht te geven aan dit onderwerp bij opleiding en zorginkoop en door de eerder genoemde campagne «Verstandig Kiezen». Ook de andere partij, de patiënt speelt hierin natuurlijk een belangrijke rol. Samen moet de slag immers worden gemaakt.

17

In de brief worden het voorstel voor de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) en het Kwaliteitsinstituut toegelicht. In welk tijdspad kunnen de uitkomsten van deze trajecten worden geplaatst?

Het voorstel voor de Wkkgz is momenteel aanhangig in de Eerste Kamer. De Eerste Kamercommissie voor VWS heeft op 18 februari 2014 het

voorlopig verslag uitgebracht en is in afwachting van de memorie van antwoord. Het wetsvoorstel inzake het Kwaliteitsinstituut is ondertussen vastgesteld en gepubliceerd in Staatsblad 2013, nummer 578. Deze wet treedt in werking met ingang van 1 april 2014.

18

Waaruit blijkt dat patiënten gezamenlijke besluitvorming willen? Wat als patiënten dat niet willen? Wat als patiënten gewoon vertrouwen hebben in de professionele zorgverlener en de besluitvorming aan hen willen overlaten?

Ik verwijs hierbij naar het onderzoek «Stand van zaken gezamenlijke besluitvorming in de praktijk» (van Staveren, 2011) in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde. Hieruit blijkt dat 70% van de patiënten actief betrokken wil worden en dat 30% de beslissing liever aan de arts overlaat. Als de patiënt gewoon wil vertrouwen op het oordeel van de professionele zorgverlener, zoals de arts, dan is dat een belangrijk gegeven voor de zorgverlener. Vanuit diens professionele verantwoordelijkheid moet hij die wens inwilligen.

Het is dus van belang dat er goed overleg is tussen de zorgverlener en de patiënt, waarin de zorgverlener oog heeft voor de behoeften van de patiënt en waarin de patiënt de mogelijkheid heeft om de beslissing gewoon bij de zorgverlener te laten.

19

Hoe wil de Minister de menselijke maat terugbrengen terwijl zij het zorgstelsel zo inricht dat geld verdienen steeds meer centraal komt te staan? Is dat niet in tegenspraak met elkaar? Hoe is binnen het huidige zorgstelsel de door de Minister gewenste mentaliteitsverandering mogelijk?

Het is een misvatting dat geld verdienen steeds meer centraal is komen te staan. De wijziging van het zorgstelsel, die jaren geleden is ingezet, stelt juist de patiënt en verzekerde meer centraal.

Het zorgstelsel is privaatrechtelijk vormgegeven met sterke publieke waarborgen. Het idee achter de in 2005 ingezette hervormingen is dat door private uitvoering door verzekeraars en de concurrentie tussen verzekeraars en zorgaanbieders de publieke belangen (betaalbaarheid, kwaliteit en toegankelijkheid) het beste bereikt kunnen worden. Als verzekeraars en aanbieders moeten dingen om de gunsten van patiënt en verzekerde dan zullen zij hun beste beentje voorzetten in de zorg voor deze patiënten in termen van keuze, kwaliteit, innovatie en betaalbaarheid. Deze private uitvoering gaat gepaard met sterke publieke randvoorwaarden. Risicosolidariteit is vormgegeven door de verzekeringsplicht voor een vastgesteld basispakket, gekoppeld aan een acceptatieplicht, een verbod op premiedifferentiatie en een zorgplicht. Om effectieve concurrentie tussen verzekeraars te realiseren worden eventuele verschillen in gezondheidskenmerken van verzekerden weggenomen door risico-verevening. Aan de aanbiederzijde zijn de prestaties en/of de tarieven waar nodig gereguleerd. Langzamerhand begint het zorgaanbod te veranderen en te vernieuwen als gevolg van deze maatregelen. Nieuwe initiatieven ontstaan en oude gewoontes beginnen te veranderen, waardoor de zorg meegroeit met de wensen van de maatschappij. De mentaliteitsverandering waar ik op doel is vooral mogelijk door nieuwe initiatieven een kans te geven en verzekeraars en zorgaanbieders de ruimte te geven om in te spelen op de wensen van de maatschappij, binnen de randvoorwaarden van veilige, betaalbare en toegankelijke zorg.

20

Kan het «ideaal» zoals de RVZ dat beschrijft dat patiënt en zorgverlener samen de juiste keuze maken in de ogen van de Minister worden bereikt zolang de zorgverzekeraar dit in vele gevallen in de weg blijft staan door zich inhoudelijk met de behandeling te bemoeien?

De zorgverzekeraar kan door middel van selectieve zorginkoop sturen op de kwaliteit van de gecontracteerde zorg van zorgaanbieders. Bijvoorbeeld op basis van onderzoek naar praktijkvariatie, zorgstandaarden of voorkeuren van zijn verzekerden kan hij met de zorgaanbieder tot specifieke afspraken komen. Het bestuur van de zorgaanbieder maakt hierover vervolgens werkafspraken met de zorgverleners die voor hem werken. Wat er in de spreekkamer wordt afgesproken ten aanzien van de behandeling is echter een zaak tussen de patiënt en de zorgverlener waarbij de zorgverlener zijn professionele verantwoordelijkheid heeft. De zorgverzekeraar is daarbij geen partij.

21

Het advies gaat in op de juridische implicaties van gezamenlijke besluitvorming (p. 58–60). Is de Minister het eens met deze analyse?

De juridische analyse van de RVZ op pagina 58 tot en met pagina 60 onderschrijft ik. Samengevat is de conclusie dat er geen nieuwe wettelijke grondslag nodig is, omdat er vanuit juridisch perspectief geen betekenis gelegen is in het maken van een onderscheid tussen informed consent en gezamenlijke besluitvorming. De patiënt heeft daarbij altijd het recht om van een behandeling – of een deel daarvan – af te zien. Een patiënt kan de zorgaanbieder erop aanspreken als hij niet bij de besluitvorming betrokken wordt. De RVZ signaleert dat het huidige klachtrecht bij de aanbieder niet altijd geschikt is en noemt de mogelijkheid om ook de zorgverzekeraar aan te spreken. Zoals ik bij het antwoord op vraag 42 ook aangeef vind ik het logischer om de zorgaanbieder hierop aan te spreken en verbeter ik met de Wkkgz de mogelijkheden voor de patiënt om dit te doen.

22

De RVZ adviseert om een openbaar meldpunt bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) in te richten, waar patiënten en hulpverleners twijfels of problemen rond de betrouwbaarheid van health apps kunnen melden. Is het al mogelijk om meldingen over apps bij de IGZ te doen?

Iedereen (zowel patiënten als hulpverleners) kan zowel online als telefonisch meldingen doen bij de IGZ over zorgaanbieders en producten: dus ook over health apps². De IGZ kan vervolgens handhavend optreden als er een risico is voor de patiëntveiligheid. Als een health app als diagnostische of therapeutische functionaliteit wordt ingezet, kan worden opgetreden op basis van de Wet op de medische hulpmiddelen. De verplichting tot verlenen van verantwoorde zorg als bedoeld in de Kwaliteitswet is een grond voor handhaving als een health app door de zorgverlener als onderdeel van de behandeling wordt ingezet.

23

De IGZ houdt al toezicht op medische apps. Kan de Minister aangeven of de IGZ in de afgelopen periode handhavend heeft opgetreden op dit terrein? Welke insteek hanteert de IGZ bij de strenge handhaving die zij

² <http://www.igz.nl/onderwerpen/handhavingsinstrumenten/incidententoezicht/melden/patient-of-client/index.aspx>

per 1 januari 2014 ingezet heeft? Bestaat het risico dat het handhavend beleid van de IGZ leidt tot een rem op gewenst zelfmanagement in de zorg?

De IGZ heeft nog niet handhavend opgetreden, wel heeft de IGZ momenteel een aantal casus in onderzoek. De IGZ hanteert voor de handhaving de Beleidsregels bestuurlijke boete behorende bij de Wet op de medische hulpmiddelen³.

Bij het doorvoeren van innovaties in de zorg is er altijd een afweging te maken tussen de zekerheden van de beproefde zorg en de verbeterpotentie van de vernieuwing. Als een health app onderdeel wordt van een behandelingplan is er een verantwoordelijkheid voor de zorgverlener om een goede afweging te maken. Innovatie is positief als deze ten goede komt van de patiënt en zijn mogelijkheden om zorg in te passen in zijn dagelijks leven, de zorg betaalbaar te houden en of arbeidskrachten te besparen. De IGZ zal optreden wanneer risico's voor de patiëntveiligheid zich voordoen.

24

Hoe kan ervoor worden gezorgd dat de fabrikanten van health apps worden verplicht deze als zodanig te kwalificeren, waardoor een CE-markering verplicht is en de IGZ hierop goed toezicht kan houden?

Fabrikanten van health apps met diagnostische en therapeutische functionaliteit moeten zich houden aan de Wet op de medische hulpmiddelen en zijn vanuit die wet reeds verplicht tot het voeren van een CE-markering. De IGZ heeft hierover in 2013 uitgebreid gecommuniceerd en het Nationaal ICT instituut in de Zorg (Nictiz) heeft hierover een infographic uitgebracht⁴. Ik acht het niet wenselijk om voor alle apps die mensen gebruiken een CE-markering verplicht te stellen. Dit kan belemmerend werken voor innovatie. Bij vraag 22 heb ik aangegeven welk juridisch kader de IGZ hanteert voor haar toezicht op health apps.

25

Een van de doelstellingen van het Kwaliteitsinstituut is de nieuwe website van Kiesbeter. Kan de Minister de stand van zaken van het Kwaliteitsinstituut en van de website Kiesbeter.nl schetsen? Is de Minister tevreden over de voortgang? Ligt de voltooiing van deze nieuwe website nog steeds op schema, en zal deze volgens de toezegging van de Minister op 19 november zijn afgerond? Welke rol zal het Kwaliteitsinstituut spelen bij het verzamelen van kwaliteitsinformatie?

KiesBeter is sinds 1 januari 2014 onderdeel van het voorgenomen Kwaliteitsinstituut. De nieuwe website is vanaf begin januari 2014 in de lucht, waarbij ook alle content van de vorige versie is overgenomen. Het uiterlijk is vervangen en de inhoud focust zich nu meer op inhoud van zorg: wat is goede zorg en waar wordt goede zorg geleverd. De site wordt stapsgewijs aangevuld en verbeterd. Een goed voorbeeld hiervan is de pagina voor diabetes. Naar dit voorbeeld zullen meer aandoeningen worden uitgewerkt. Daarnaast wordt waar mogelijk op de nieuwe site doorgelinkt naar websites die zich richten op specifieke zorgvragen en waar aanvullende informatie te vinden is over kwaliteit van zorg, zoals bijvoorbeeld www.zorgkaartnederland.nl, www.igz.nl, www.rivm.nl, www.gezondheidsraad.nl etc. Ook heeft het Kwaliteitsinstituut een belangrijke rol ten aanzien van het verzamelen van kwaliteitsinformatie.

³ Zie de beleidsregels op http://wetten.overheid.nl/BWBR0034061/geldigheidsdatum_24-10-2013

⁴ Zie de infographic van Nictiz op http://www.nictiz.nl/page/Nieuws?mod%5BNictiz_News_Module%5D%5Bn%5D=2494

Na inwerkingtreding van de wet inzake het Kwaliteitsinstituut zijn zorgaanbieders verplicht om informatie over de kwaliteit van geleverde zorg hier aan te leveren.

26

Vanaf wanneer gaat het Kwaliteitsinstituut op de nieuwe website van Kiesbeter de lekenversies van richtlijnen publiceren en dit verbinden aan welke aanbieders deze vormen van zorg leveren en hoe deze aanbieders presteren? Hoe gaat de Minister breder bekendheid geven aan deze nieuwe website?

Het Kwaliteitsinstituut publiceert op de website van kiesBeter al de lekenversies van richtlijnen voor zover deze bestaan. Patiëntenverenigingen werken vaak mee aan een patiëntenversie van een richtlijn. Zo kunnen mensen in begrijpelijke taal lezen welke aanbevelingen en instructies er in de richtlijn beschreven zijn. Ook staan de standpunten van de patiëntenverenigingen in deze lekenversies. Voor nieuwe kwaliteitsstandaarden zal het Kwaliteitsinstituut de beschikbaarheid van een lekenversie als voorwaarde stellen. Daarnaast is er, onder meer via de website van kiesBeter, informatie beschikbaar over hoe zorgaanbieders op verschillende onderdelen presteren. Daarmee wordt de relevante informatie op een eenduidige, laagdrempelige en betrouwbare plek steeds meer beschikbaar voor iedereen. Het Kwaliteitsinstituut zal zorgen voor verdere bekendheid van de website. Ik stel me zo voor dat ook een hulpverlener een cliënt attendeert op deze website zodat de cliënt de mogelijkheid heeft om thuis alles nog eens rustig na te lezen.

27

De Minister schrijft dat zij nog op zoek is naar consensus over de opbouw (infrastructuur) van individuele zorgplannen, zodat de cliënt met meerdere aandoeningen niet geconfronteerd wordt met verschillende naast elkaar bestaande IZP's. Welke rol kan een elektronisch patiëntendossier daarin spelen en maakt het wetsvoorstel houdende wijziging van de Wet gebruik burgerservicenummer in de zorg, de Wet marktordening gezondheidszorg en de Zorgverzekeringswet (Kamerstukken 33 509) dat mogelijk?

Om te voorkomen dat een cliënt met meerdere aandoeningen geconfronteerd wordt met verschillende naast elkaar bestaande zorgplannen is het aan te bevelen dat zorgaanbieders hun informatie op elkaar afstemmen. Welke informatie zorgaanbieders op welke wijze met elkaar delen wordt door veldpartijen nader uitgewerkt in het kader van het IZP. Elektronische dossiers en afspraken over de inhoud hiervan zijn een middel om het eenvoudiger te maken om informatie te delen. Ik hecht hierbij aan goede en veilige (elektronische) informatie-uitwisseling in de zorg. Hiervoor is en wordt het onderstaande geregeld.

Op basis van de huidige wet- en regelgeving (Wet bescherming persoonsgegevens (WBP) en Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO)) gelden regels die een veilige uitwisseling van (medische) patiëntgegevens tussen zorgverleners moeten waarborgen. Het wetsvoorstel Cliëntenrechten bij elektronische verwerking van gegevens (Kamerstukken 33 509) schept aanvullende randvoorwaarden voor het eventuele gebruik van een elektronisch uitwisselingssysteem door zorgaanbieders. Het doel is de bescherming van de persoonlijke levenssfeer van de patiënt. Het is de taak van de verantwoordelijke voor een elektronische uitwisselingssysteem om ervoor te zorgen dat de elektronische gegevensuitwisseling plaatsvindt conform deze wet- en regelgeving en te borgen dat (medische) gegevens uitsluitend voor inzage beschikbaar zijn voor die hulpverleners die daar op grond van de geldende wet- en regelgeving recht toe hebben.

28

Is duidelijk te stellen bij welke patiënten met welke ziektebeelden, naast patiënten met multimorbiditeit, een IZP een meerwaarde betekent voor de behandeling van de patiënt? In hoeverre is nu het opstellen van een IZP door een curatieve zorgaanbieder een voorwaarde bij het inkoopbeleid van zorgverzekeraars?

Het IZP is een middel om vanuit het perspectief van de patiënt de gezondheidsdoelen te realiseren, het is geen doel op zich of een door de overheid opgelegde blauwdruk. Ik vind het een positieve ontwikkeling dat veldpartijen – mede doordat patiëntenorganisaties dit onderwerp agenderen voor het Kwaliteitsinstituut – met elkaar in overleg zijn over een raamwerk IZP. Het is vervolgens aan zorgverleners en patiënten om te bezien in welke gevallen en op welke wijze een IZP een meerwaarde heeft voor de behandeling van de patiënt. Dit is één van de onderwerpen die meegenomen kunnen worden bij het ontwikkelen of vernieuwen van kwaliteitsstandaarden.

De beslissing over het hanteren van IZP of het opstellen ervan als voorwaarde bij het inkopen door zorgverzekeraars zie ik als de verantwoordelijkheid van verzekeraars. Een zorgverzekeraar kan een dergelijke eis stellen. In de praktijk is hierin variatie te zien. Dit wordt niet wettelijk of via andere regelgeving formeel voorgeschreven. Ik wil een dergelijke keuze ook niet voor gaan schrijven, ik laat dit over aan partijen.

29

In hoeverre denkt de Minister dat zorgverzekeraars een hinderpaal zijn waar het gaat om de keuzevrijheid van de patiënt in plaats van dat de patiënt baat heeft bij het optreden van zorgverzekeraars? Is de regie van het «zorgproces» nu in veel gevallen niet in handen van de zorgverzekeraar in plaats van in de handen van zorgverlener en patiënt?

Zorgverzekeraars hebben een belangrijke rol in het stelsel. Ze worden geacht te sturen op de betaalbaarheid en kwaliteit van zorg in het belang van hun verzekerden. Zorgverzekeraars kopen zorg in bij zorgaanbieders en maken daarbij afspraken over prijs en kwaliteit van de zorg. Door de omvang van de zorgverzekeraar is hij hiertoe ook in staat. Individuele patiënten, die afhankelijk zijn van de arts, zullen de prijs en kwaliteit niet zo sterk kunnen afdwingen.

30

Is de Minister bereid om het IZP actief aan te bieden in het zorgproces om te zorgen voor inzicht in het zorgproces voor de patiënt, waardoor de participerende rol van de patiënt ook wordt vergroot?

31

Kan de Minister de stappen/mogelijkheden aangeven hoe het IZP structureel in te bedden in het zorgproces?

Vraag 30 en 31

De patiëntenorganisaties hebben er op aangedrongen het IZP op de agenda van het Kwaliteitsinstituut te zetten. Het Kwaliteitsinstituut stimuleert de doorontwikkeling en onderdeel hiervan is de samenwerking met de verschillende cliëntenorganisaties en zorgaanbieders, die hier ieder een bijdrage kunnen leveren. Het is nu aan de partijen zelf om dit IZP nader vorm te geven, op te nemen in kwaliteitsstandaarden en op die manier structureel in te bedden in het zorgproces.

32

Hoe kijkt de Minister naar het vraagstuk van de oudere (kanker)patiënt in relatie tot de toenemende eisen aan participatie?

Dé patiënt bestaat niet en dus ook niet «dé oudere patiënt». Ik wil daarom ook niet zondermeer de oudere patiënten apart zetten als een groep die in zijn geheel op een andere manier benaderd moet worden.

Het ouder worden verloopt voor iedereen anders. Wel is het zo dat bij een groot deel van de ouderen verschillende aandoeningen tegelijkertijd ontstaan, waardoor zij meer complexe zorgbehoeften hebben. En het is een gegeven dat mensen met het klimmen der jaren afnemende reservecapaciteiten en (sociale) hulpbronnen ervaren. Oudere mensen zijn daardoor vaker – maar niet per definitie – kwetsbaar.

In het Nationaal Programma Ouderenzorg (NPO) worden screeningsinstrumenten ontwikkeld om kwetsbaarheid vroegtijdig en adequaat te kunnen vaststellen. Daarnaast worden zorg- en ondersteuningsconcepten getest waarmee beter met kwetsbaarheid en complexiteit van de zorg en ondersteuning rekening wordt gehouden. Onderdeel daarvan is ook de kwaliteit en de samenhang van het zorgaanbod, waarin de vraag van de oudere centraal staat.

33

Hoe zorgt de Minister ervoor dat de specifieke doelgroep van oudere patiënten met kanker meegenomen wordt in de beleidsvorming gericht op participatie?

Ik vertrouw erop dat oudere mensen met kanker ook zullen profiteren van algemene beleidsinspanningen gericht op de verbeteringen in de zorg en ondersteuning, onder andere binnen het Nationaal Programma Ouderenzorg (NPO). In dit programma hebben oudere mensen een belangrijke stem. Hun problemen en wensen staan centraal. Ze praten mee over nieuwe onderwerpen en projecten, zowel op regionaal als op landelijk niveau. De CSO, koepel van ouderenorganisaties, ondersteunt de ouderen binnen het NPO. Daarnaast richten meerdere projecten binnen het NPO zich op het verbeteren en ondersteunen van de vermogens tot zelfmanagement van oudere patiënten en het verbeteren van de communicatie tussen patiënt en hulpverlener.

De opdracht voor het NPO liep tot eind 2013. Inmiddels is voor de periode 2014- 2016 een budget van € 3 mln. per jaar beschikbaar gesteld, in hoofdzaak om de resultaten van het programma structureel toepasbaar te maken en te implementeren.

Daarnaast vormen ouderen een belangrijke doelgroep voor de Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties (NFK) en vele andere organisaties van kankerpatiënten. Zo is de NFK recent een project gestart «Ouderen en zelfmanagement». Dit project is opgezet om kennis over ouderen met kanker op te doen en hen de zorg te geven waar zij recht op hebben. Daarnaast ontvangt de NFK projectsubsidie voor het uitvoeren van een tweetal voucherprojecten, namelijk «Kankerzorg patiëntgericht en transparant» en «vergroten arbeidsparticipatie chronisch zieken»⁵.

34

Is de Minister voornemens het IZP structureel een plaats te geven in het zorgproces?

Zie het antwoord op vraag 30 en 31.

35

Het wetsvoorstel houdende wijziging van de Wet gebruik burgerservicenummer in de zorg, de Wet marktordening gezondheidszorg en de Zorgverzekeringswet regelt o.a. het recht van de patiënt op elektronische

⁵ Gewijzigd Beleidskader voor subsidiering van patienten- en Gehandicaptenorganisaties, behorend bij de Visiebrief «Bundel je kracht, samen sterk» Kamerstuk 29 214, nr. 59 en Kamerstuk 29 214, nr. 60)

inzage in en een elektronisch afschrift van het dossier. Dit bevordert de mogelijkheid voor de patiënt om te participeren. Tegelijkertijd constateert de RVZ dat het gebruik van vakjargon patiënten belemmert mee te praten over de behandeling. Moet de informatie in elektronische patiëntendossiers begrijpelijk zijn voor patiënten? Wat kan een patiënt doen als hij of zij de gegevens niet begrijpt?

De cliënt heeft op grond van de WGBO reeds recht op inzage in en afschrift van zijn dossier, en krijgt recht op elektronische inzage van zijn dossier. Het dossier blijft daarbij wel een dossier waar de zorgverlener zijn bevindingen in registreert. Daar zal medische terminologie en vakjargon een onderdeel van blijven. Als het vakjargon patiënten belemmert mee te praten over de behandeling dan kunnen zij hun zorgverlener vragen eventuele onduidelijkheden in het dossier toe te lichten of eventueel gebruikt vakjargon te verduidelijken.

36

De Minister gaat in op de mogelijkheden voor «een goed gesprek». Kan zij aangeven of ziekenhuizen op dit moment gebruik maken van het onderdeel «intensief consult bij naderend levenseinde»? Welke toekomstige ontwikkelingen verwacht de Minister op dit terrein, gezien haar verwijzing naar de overgang naar integrale tarieven?

Vanaf 1 januari 2014 is het mogelijk om de zorgactiviteit «goed gesprek» of «intensief consult» te registreren. Hiermee worden deze contacten zichtbaar in de administratie. Het is nog te vroeg om iets kunnen zeggen over het aantal zorgactiviteiten dat wordt geregistreerd. Ik verwacht dat deze aanvulling in de bekostiging en het invoeren van integrale tarieven aan zorgaanbieders en zorgverzekeraars meer ruimte geeft voor het maken van afspraken over (de vergoeding van) deze contacten. Naast de ruimte in de bekostiging dient ook aandacht te worden besteed aan andere zaken, zoals goede informatie over dit onderwerp voor de patiënt en cultuurveranderingen bij zorgverleners.

37

Op welke wijze wordt aan patiënten nu duidelijk gemaakt dat zij recht hebben op de informatie en correspondentie tussen de zorgverleners betreffende hun zorgdossier? Waar kunnen patiënten terecht wanneer zij klachten hebben over de beschikbaarheid van hun zorgdossier?

Patiënten worden op verschillende manieren geïnformeerd over hun rechten. Veel zorgaanbieders vermelden dit op hun website en in wachtkamers is hier ook vaak informatie over te vinden. Ook patiëntenorganisaties geven deze informatie, zowel passief via hun website als actief via nieuwsbrieven. Patiënten die klachten hebben over de beschikbaarheid van hun dossier kunnen terecht bij de zorgaanbieder. De zorgaanbieder zal met een reactie op deze klacht moeten komen. Met de Wkkgz worden belangrijke verbeteringen doorgevoerd op het gebied van klachtafhandeling. Uitgangspunt van deze verbeteringen is het op zoek gaan naar een voor beide partijen (patiënt en zorgverlener) bevredigende oplossing door in te zetten op een goed gesprek tussen patiënt en zorgverlener over de klacht. Indien nodig kan de patiënt zijn klacht voorleggen aan een geschilleninstantie, waar zorgaanbieders op grond van de Wkkgz bij aangesloten moeten zijn. Daarnaast kan het inzagerecht door de patiënt ook voor de civiele rechter worden afgedwongen.

38

Op welke wijze ontwikkelen zorgverzekeraars met zorgaanbieders nu al praktische criteria om gewenst gedrag te belonen? Op welke manier stuurt de Minister hierop?

Zoals ik bij vraag 8 heb aangegeven voert de Orde van Medisch Specialisten op dit moment de campagne «Verstandig Kiezen». Deze campagne is gericht op het ondersteunen van de arts en de patiënt bij het maken van een keuze voor een behandeling. Het gesprek over deze keuze hoort thuis in het reguliere consult. Voor die situaties waar de tijd in het reguliere consult tekortschiet voor dit gesprek, is het vanaf 1 januari 2014 mogelijk om de zorgactiviteit «goed gesprek» of «intensief consult» te registreren. Hiermee wordt een dergelijk contact zichtbaar in de administratie, zodat hier afspraken over gemaakt kunnen worden tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars.

39

Alleen inzage in het medisch dossier gaat niet ver genoeg. De patiënt zal zijn eigen dossier ook moeten kunnen aanvullen met resultaten uit zelftests bijvoorbeeld. Correspondentie over de patiënt hoort ook in het medisch dossier. Alleen zo houdt de patiënt de regie over zijn eigen zorgproces. Waarom heeft de Minister dit niet gelijk geregeld?

De patiënt heeft inzage in de verschillende medische dossiers die zorgverleners voor hem bijhouden. Correspondentie over de patiënt is hiervan een onderdeel. Er komen steeds meer middelen beschikbaar waarmee de patiënt deze en aanvullende informatie voor zichzelf kan samenvoegen in een persoonlijk dossier. Ik ben verheugd over deze vorm van zelfzorg die in ontwikkeling is. Ik stimuleer daartoe de ontwikkeling van persoonlijke dossiers waarmee patiënten hun eigen zorg kunnen organiseren en regisseren. In regelgeving beperk ik mij tot de randvoorwaarden om goede en veilige (elektronische) informatie-uitwisseling in de zorg mogelijk te maken. In vraag 27 heb ik aangegeven op welke wijze dit is en wordt geregeld.

40

Hoe denkt de Minister het DBC-systeem, dat aanzet tot het draaien van productie, in lijn te kunnen brengen met het tijd vrij maken door zorgverleners voor hun patiënten?

De uitdaging is om in een bekostigingssysteem de prikkels in de juiste balans te brengen. Dat betekent enerzijds dat zorgverleners voldoende moeten worden beloond voor het leveren van prestaties, mede om wachtlijsten te voorkomen. Anderzijds moet worden voorkomen dat er onnodige zorg wordt geleverd voor financieel gewin. In het bekostigingssysteem is er bijvoorbeeld ruimte voor het maken van afspraken over een goed gesprek tussen de patiënt en zijn zorgverlener. In de praktijk bleek dat deze ruimte onvoldoende werd benut, omdat er niet een herkenbare zorgactiviteit kon worden geregistreerd voor een goed gesprek. De NZa heeft daarom vanaf 1 januari 2014 een dergelijke zorgactiviteit toegevoegd aan het DBC-systeem, waardoor het voor aanbieders en verzekeraars makkelijker is om afspraken te maken hierover. Tegelijkertijd is het DOT-systeem geen eindstation. Jaar op jaar moet dit systeem kwaliteitselementen en uitkomstbekostigingselementen krijgen opdat we langzaam toegroeien naar uitkomstbekostiging.

41

Blijft de neiging niet bestaan om de meest lucratieve DBC te schrijven? Wanneer de DBC een «goed gesprek» is bestaat er dan geen risico op onderbehandeling? Wanneer de DBC «behandeling» is blijft overbehandeling dan niet bestaan? Kan de Minister haar antwoord toelichten?

In geen enkel bekostigingssysteem zijn onwenselijke gedragingen volledig uit te sluiten. Bij een budgetsysteem bestaat de kans op onderbehandeling, terwijl bij prestatiebekostiging de kans op overbehandeling

bestaat. Ik zoek daarom continu samen met het veld naar de optimale mix. Zo is met de overgang naar het DOT-systeem⁶ de keuzevrijheid voor een zorgverlener beperkt en wordt de te declareren DBC⁷ bepaald op basis van de uitgevoerde zorgactiviteiten. Door het voeren van een goed gesprek financieel even aantrekkelijk te maken als een behandeling, wordt de kans op over- dan wel onderbehandeling verkleind. Een zorgverlener heeft uiteraard de plicht om te handelen in het belang van de patiënt. Dat neemt niet weg dat bij het leveren van prestaties en het maken van de juiste keuzes een passende financiële beloning hoort. De doorontwikkeling van het DOT-systeem is erop gericht steeds meer tot een balans in prikkels te leiden die over- en onderbehandeling voorkomt.

42

Waarom moet gedacht worden bij het advies dat patiënten zorgverzekeraars «formeel» aan dienen te spreken als de zorg kwalitatief onder de maat is?

De zorgverzekeraar heeft een zorgplicht. Zoals de RVZ ook aangeeft is bij de naturapolis de zorgverzekeraar in juridische zin de leverancier van zorg en die zorg moet van voldoende kwaliteit zijn. Ik neem aan dat de RVZ bedoelt dat een verzekerde zijn of haar zorgverzekeraar kan aanspreken op het niet voldoen aan de zorgplicht als de zorg kwalitatief ondermaats is en daar een klacht over in kan dienen.

De RVZ wijst op deze mogelijkheid omdat zij knelpunten signaleert voor patiënten om de aanbieder zelf rechtstreeks aan te spreken en daar eventueel een klacht in te dienen. Deze knelpunten – hoge drempels om van de klachtenvoorziening gebruik te maken en de perceptie dat de klachtencommissie een «verlengstuk» is van de aanbieder – neem ik weg met het wetsvoorstel Wkkgz.

43

Wil de Minister in de eerste lijn, waaronder fysiotherapie, financiële prikkels opnemen die de participatie van de patiënt bij het individuele zorgproces bevorderen?

Het kabinetsbeleid is erop gericht dat mensen zo lang als mogelijk de regie in eigen hand kunnen houden, zo lang mogelijk in hun eigen omgeving blijven wonen en kunnen participeren in de maatschappij. Om dit mogelijk te maken wil ik de eerstelijnszorg versterken en inzetten op het versterken van zelfmanagement en zelfzorg. De bekostiging van zorg moet hieraan ondersteunend zijn. Daarom heb ik met partijen in het bestuurlijk akkoord eerste lijn afgesproken dat met ingang van 1 januari 2015 een nieuw bekostigingsmodel voor de huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg wordt ingevoerd. Dit model biedt ruimte voor verzekeraars en aanbieders om afspraken te maken over het belonen van uitkomsten en zorgvernieuwing, ook wanneer dit gaat om patiëntenparticipatie. Op 14 februari 2014 heb ik u het advies van de NZa over de toekomstige bekostiging van huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg aangeboden. Ik ben voornemens op korte termijn een definitief besluit te nemen over de precieze wijze en het tijdpad van de invoering van het nieuwe bekostigingsmodel voor huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg. Ik zal uw Kamer zo spoedig mogelijk over mijn besluit informeren.

Voor de fysiotherapie, en ook bijvoorbeeld de oefentherapie en ergotherapie, geldt dat de NZa geen tarieven vaststelt. Er is sprake van vrije tarieven. De verzekeraar en aanbieder kunnen hierover onderhandelen. Binnen die onderhandeling kunnen ook afspraken worden gemaakt over het extra belonen van bepaalde activiteiten. Dit kan bijvoorbeeld het

⁶ DOT staat voor DBC's op weg naar transparantie

⁷ DBC staat voor diagnosebehandelingcombinatie

stimuleren van e-healthtoepassingen zijn waardoor patiënten meer therapietrouw zijn, alsook het ondersteunen op afstand waardoor een patiënt meer zelfredzaam wordt. Sinds 1 januari 2012 heeft de NZa een facultatieve/vrije prestatie ingevoerd voor onder andere de fysiotherapie. Met deze facultatieve prestatie kunnen nieuwe ontwikkelingen in de zorg sneller worden toegepast en kunnen deze makkelijker worden ingekocht door verzekeraars. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders zijn niet verplicht deze toepassingen in te kopen of aan te bieden.

44

De RVZ beveelt aan om artsen op te leiden in gezamenlijke besluitvorming, want dat ontbreekt nu in de artsenopleiding. De Minister gaat hierover praten met de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU). Hoe zorgt de Minister ervoor dat niet alleen de toekomstige artsen hiervoor worden opgeleid, maar dat ook de huidige generatie artsen meer leert over de gezamenlijke besluitvorming?

De NFU heeft mij laten weten dat het Raamplan Artsopleiding uit 2009 een goede basis biedt om te werken aan gezamenlijke besluitvorming met de patiënt, via de competenties die zijn omschreven onder de rol van arts als samenwerker en ook als communicator.

Het Raamplan is bedoeld als «kapstok» waarmee de medische faculteiten hun individuele curricula verder vormgeven. De explicitering van het Raamplan wordt daarmee door de acht afzonderlijke opleidingen gedaan. Ook hebben zij de verantwoordelijkheid om actualiteiten in de curricula te verwerken. De NFU heeft mij laten weten dat zij verwacht dat er zeker aandacht besteed zal worden aan de veranderende rol van de patiënt in het zorgproces. Één van de trajecten waarin dit tot uiting komt is de CanMedsmethode waarmee het aantoonbaar opleiden voor deze competenties nog verder wordt versterkt.

Ondanks dat de beroepsgroepen zelf verantwoordelijk zijn voor de inhoud van de verplichte bij- en nascholing, stimuleert VWS de invoering van de CanMedsmethode door middel van subsidie.

45

De Minister daagt partijen uit om de effecten van gezamenlijke besluitvorming te monitoren, zowel in termen van de toegevoegde waarde voor de ervaren kwaliteit van zorg als de kosteneffectiviteit. De Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) geeft in haar reactie op de brief aan dat deze monitoring complex is, en pleit ervoor deze monitoring te beleggen in een breder programma, bijvoorbeeld bij ZonMw. Kan de Minister reageren op dit pleidooi?

Ik stel de NPCF, het Platform GGZ, en leder(in) door middel van subsidie⁸ in staat om gezamenlijk een infrastructuur voor signalering en verzamelen van cliëntervaringen op het terrein van zorg en participatie tot stand te brengen. Daar kunnen zij ZonMW natuurlijk bij betrekken. Daarnaast worden ontwikkelingen in ervaren kwaliteit van zorg en de kosteneffectiviteit reeds op verschillende wijzen gemonitord. De resultaten hiervan komen onder meer via de Zorgbalans beschikbaar.

46

In de brief wordt gesproken over de mogelijkheid van een taakherschikking. Kan een overzicht worden gegeven van welke taken op welke manier tot een herschikking moeten komen? Welke functies moeten welke taken uitvoeren om tot deze beoogde taakherschikking te komen?

⁸ Gewijzigd Beleidskader voor subsidiëring van patiënten- en Gehandicaptenorganisaties, behorend bij de Visiebrief «Bundel je kracht, samen sterk» Kamerstuk 29 214, nr. 59 en Kamerstuk 29 214, nr. 60)

De afgelopen periode zijn in het kader van taakherschikking wijzigingen opgetreden in een aantal bevoegdheden. Er is een aantal nieuwe beroepen in de Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg opgenomen. Dit zijn de physician assistant, de verpleegkundig specialist en de klinisch technoloog. Tevens heeft een aantal verpleegkundigen de bevoegdheid gekregen zelf geneesmiddelen voor te schrijven. Een algemeen geldende uitspraak over de specifieke taken behorende bij deze functies is lastig te doen; deze taken kunnen per zorginstelling verschillend worden ingevuld. Op landelijk niveau richt ik mij op de kaders van deze beroepen en beroepsuitoefening, die efficiënt en effectief moeten aansluiten op de vragen in de zorg. Het uitgangspunt daarbij is de juiste persoon op de juiste plaats. Ten aanzien van de mogelijkheden voor taakherschikking van de ziekenhuisarts loopt op dit moment een pilot. Deze duurt tot 2018 en richt zich op de vraag welke taken een ziekenhuisarts zou kunnen overnemen van andere zorgverleners. Ik zal u hierover te zijner tijd informeren.

47

Op welke manier kan de Minister borgen dat binnen de opleiding en nascholing van zorgprofessionals aandacht wordt besteed aan de specifieke doelgroep van ouderen met kanker?

Het veld is verantwoordelijk voor de opleiding en bij- en nascholing en bepaalt zelf op welke wijze in de opleiding en in bij- en nascholing aandacht wordt besteed aan specifieke doelgroepen.

48

Wanneer kan de Minister de Kamer informeren over de uitkomst van het gesprek met de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra over de mogelijkheden om het onderwerp «gezamenlijke besluitvorming met de patiënt» concreter in het raamplan van de artsenopleiding op te nemen?

De uitkomst is dat de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra heeft aangegeven dat het Raamplan Artsopleiding voor het onderwerp «gezamenlijke besluitvorming met de patiënt» een goede basis biedt om in de artsenopleiding meer aandacht te besteden aan de competenties die hiervoor nodig zijn. Voor meer informatie over de wijze waarop zij dit realiseren verwijs ik u graag naar het antwoord op vraag 44.

49

Hoe gaat de Minister ervoor zorgen dat ook oudere patiënten worden meegenomen in de beleidsvorming gericht op participatie?

Zie het antwoord op de vragen 32 en 33.

50

Hoe ondersteunt de Minister zorgverzekeraars en zorgaanbieders om de effecten van gezamenlijke besluitvorming te monitoren?

Zorgaanbieders en – verzekeraars zijn mijns inziens prima in staat om zelf te bepalen wat zij op welke wijze willen monitoren. Ik zie geen reden om hen op dit punt extra te ondersteunen. Zoals ik bij vraag 45 heb toegelicht ontvangen de koepels en platforms van patiëntenorganisaties wel subsidie, waarmee zij zelf kunnen kiezen welke effecten zij in de zorg willen monitoren.