

Vergaderjaar 2017–2018

**29 248**

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

**Nr. 308**

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

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 6 december 2017

#### ***Inleiding***

Per brief van 9 november j.l. heeft de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport mij gevraagd om uw Kamer vóór de begrotingsbehandeling te informeren over de stand van zaken op de dossiers medisch specialistische zorg en ziekenhuiszorg. Met de onderhavige brief kom ik aan deze vraag van de vaste commissie tegemoet.

In deze brief ga ik in op de volgende onderwerpen:

- Stand van zaken hoofdlijnenakkoorden medisch specialistische zorg;
- Veranderingen in het ziekenhuislandschap;
- Volle ziekenhuizen en relatie met andere domeinen;
- Wachttijden in de medisch specialistische zorg;
- De positie van medisch specialisten in het ziekenhuis;
- Versnellingsprogramma Informatie-uitwisseling Patiënt en Professional;
- Transparantie over uitkomsten van zorg;
- Kwaliteit en patiëntveiligheid.

#### ***Hoofdlijnenakkoorden medisch specialistische zorg***

##### *Stand van zaken kwaliteits- en doelmatigheidsagenda 2014–2017*

In 2013 heeft mijn ambtsvoorganger met een aantal partijen in de medisch specialistische zorg een hoofdlijnenakkoord medisch specialistische zorg 2014–2017 afgesloten. In dat akkoord zijn financiële en inhoudelijke afspraken gemaakt. Per brief van 3 november 2016<sup>1</sup> is uw Kamer geïnformeerd over de stand van zaken van de in dat akkoord

<sup>1</sup> Kamerstuk 29 248, nr. 294

benoemde Kwaliteits- en doelmatigheidsagenda (K&D-agenda). Daarbij is een overzicht gegeven van een aantal reeds lopende verbetertrajecten. Inmiddels is een groot aantal nieuwe, aanvullende acties in gang gezet. Zo heeft het bestuur van de Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten (SKMS) gelden gereserveerd voor kwaliteitsprojecten op het gebied van de 30 aandoeningen uit de K&D-agenda. De Federatie van Medisch Specialisten (FMS) heeft mij laten weten dat op het gebied van de 30 aandoeningen inmiddels 41 projecten zijn gehonoreerd voor in totaal € 5,8 miljoen. Dit betreft bijvoorbeeld updates van richtlijn(modules), ontwikkeling van keuzehulpen bij het proces van samen beslissen, ontwikkeling van training voor samen beslissen, de ontwikkeling van PROMs<sup>2</sup> en ontwikkeling van hulpmiddelen voor implementatie. De startdatum van de projecten ligt tussen 1 januari 2017 en 1 oktober 2018 en projecten hebben een looptijd van in principe maximaal twee jaar. Het SKMS-bestuur zal daarnaast in december 2017 besluiten over honorering van ingediende voorstellen uit een nog lopende indieningsronde.

De Patiëntenfederatie Nederland heeft nieuwe aanvullende kwaliteitsprojecten op het gebied van de 30 aandoeningen uit de K&D-agenda gehonoreerd voor in totaal € 275.000. Dit betreft de ontwikkeling van «de drie goede vragen»<sup>3</sup> voor kinderen en voor mensen met lage gezondheidsvaardigheid, verdere implementatie van keuzehulpen, patiëntenparticipatie en implementatie van kwaliteitsstandaarden, ontwikkeling van PROMs, het patiëntgericht maken van de spoedeisende hulp en verdere landelijke uitrol van de drie goede vragen. Deze projecten hebben een looptijd van 1 jaar.

Ook is door partijen het initiatief genomen om consultkaarten te ontwikkelen. Op een consultkaart staan verschillende behandelopties voor een aandoening of ziektebeeld. Artsen en patiënten kunnen met de kaart alle behandelopties bespreken en vergelijken, waardoor de kaart artsen en patiënten helpt een gesprek te voeren over welke behandeling het beste bij de patiënt past. De door de Patiëntenfederatie Nederland en FMS ontwikkelde consultkaarten zijn toegankelijk via [www.consultkaart.nl](http://www.consultkaart.nl)<sup>4</sup>.

De FMS, de Patiëntenfederatie en het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) hebben zich met financiële ondersteuning van VWS ook ingezet voor het beschikbaar krijgen van tweedelijns patiënteninformatie (voor patiënten begrijpelijke informatie over aandoeningen en behandelingen daarvan in de medisch specialistische zorg) op de website [Thuisarts.nl](http://Thuisarts.nl). Dit project is in de afrondende fase en na een technische aanpassing van de website [Thuisarts.nl](http://Thuisarts.nl) komt de informatie nu online beschikbaar. Inmiddels is voor veel onderwerpen tweedelijns patiënteninformatie op

---

<sup>2</sup> Patiënt Reported Outcome Measure

<sup>3</sup> In de in 2016 gestarte publiekscampagne rond Samen beslissen «Betere zorg begint met een goed gesprek» staan drie vragen voor de patiënt in de spreekkamer centraal: Wat zijn mijn mogelijkheden? Wat zijn de voor- en nadelen van die mogelijkheden? Wat betekent dat in mijn situatie?

<sup>4</sup> Momenteel zijn voor de volgende aandoeningen consultkaarten te vinden op [consultkaart.nl](http://consultkaart.nl): Artrose aan de knie, Artrose aan de heup, Staar bij volwassenen, Blijvende schade aan de nieren, Epilepsie, Nieuw gediagnosticeerde epilepsie bij volwassenen, Niet-infectieuze uveïtis, Veel bloedverlies tijdens ongesteld zijn, Regelmatig ontstoken keelamandelen bij kinderen en Vocht in het middenoor bij kinderen. Naar verwachting worden daarnaast op korte termijn consultkaarten gepubliceerd voor Diabetes, Carpaal Tunnel Syndroom, Lage rug hernia, Familiaire Hypercholesterolemie en Stuitbevalling. Voor 2018 staat de publicatie van nog eens 12 consultkaarten op de planning.

Thuisarts.nl te vinden<sup>5</sup>. Eind december zal naar verwachting alle ontwikkelde informatie online staan.

In aansluiting op de vorig jaar gelanceerde publiekscampagne rond Samen beslissen »Betere zorg begint met een goed gesprek« is begin 2017 met financiële ondersteuning van VWS het implementatieprogramma «Beslist samen!» van start gegaan met tien ziekenhuizen en twee universitair medische centra. Dit programma is gericht op versnelling van de toepassing van «Samen beslissen» in ziekenhuizen. De kennis die binnen het programma wordt ontwikkeld zal ook met andere ziekenhuizen worden gedeeld.

Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN) heeft, met steun van VWS, Zorgladder gelanceerd. Zorgladder is een dataplatform voor uitkomstmetingen dat zorgaanbieders kan helpen zich te vergelijken met andere instellingen en het gesprek tussen patiënt en behandelaar in de spreekkamer te ondersteunen<sup>6</sup>.

Tevens is op de 30 aandoeeningen binnen de K&D-agenda een groot aantal zorgevaluatietrajecten van start gegaan met financiering van het ministerie. Binnen het ZonMW-programma Doelmatigheidsonderzoek heeft ZonMW inmiddels 18 onderzoeksvorstellen voor zorgevaluatie gehonoreerd. Daarnaast worden nu nog 14 onderzoeksvorstellen door ZonMW beoordeeld.

Ten slotte noem ik dat alle partijen die zijn betrokken bij de K&D-agenda op 30 november 2017 een masterclass hebben georganiseerd voor professionals gericht op implementatie van kwaliteit in de medisch specialistische zorg. Het NFU-consortium Kwaliteit van Zorg levert daar een belangrijke bijdrage aan.

#### *Hoofdlijnenakkoorden 2018 en 2019*

In juni 2017 heeft mijn ambtsvoorganger, mede op verzoek van uw Kamer, met partijen in de medisch specialistische zorg een bestuurlijk akkoord voor het jaar 2018 afgesproken<sup>7</sup>. In dat akkoord zijn afspraken gemaakt over de financiële kaders voor het jaar 2018<sup>8</sup> en zijn de in het kader van het akkoord 2014–2017 gemaakte inhoudelijke afspraken voor 2018 gecontinueerd. Daarnaast hebben partijen dit akkoord voor 2018 geplaatst in het perspectief van een mogelijk meerjarig akkoord voor de jaren 2019 en verder. Daarbij is onder meer afgesproken op een viertal thema's de ambities van partijen te inventariseren en vast te leggen in actieplannen/agenda's met als doel deze mee te kunnen nemen in eventuele nieuwe bestuurlijke akkoorden voor de periode vanaf 2019. Deze themas betreffen arbeidsmarktvragestukken, vermindering van regeldruk voor professionals, bevordering van »de juiste zorg op de juiste plek« en de toegankelijkheid van de acute zorg. Daarnaast is ook de nadere concretisering van acties op het gebied van dure geneesmiddelen aan de orde in gesprekken met partijen<sup>9</sup>. Ik ben met betrokken partijen in overleg over

<sup>5</sup> Melanoom (Huidkanker), Perifeer arterieel vaatlijden (Etalagebenen), Cataract (Staar), Heupfractuur (Gebroken heup), Diabetes, Kunstnie, Kunstheup, Urineweg Infectie, Hernia, Longkanker, Hartinfarct, Aneurysma Aorta Abdominalis (verwijding van de buikslagader), Blaaskanker, Vernauwing halsslagader, Carpaal Tunnel Syndroom (beknelling van de middelste handzenuw), Nierschade, Beroerte en Cystic Fibrose (Taaitslijmziekte).

<sup>6</sup> Zie [www.zorgladder.nl](http://www.zorgladder.nl)

<sup>7</sup> Kamerstuk 29 248, nr. 304

<sup>8</sup> Landelijk maximaal groeipercentage van 1,6% exclusief indexatie voor loon- en prijsbijstelling (effectief 1,4% i.v.m. eerdere taakstellingen)

<sup>9</sup> Zie voor dit onderwerp ook mijn brief over de voortgang van het geneesmiddelenbeleid die ik uw Kamer op 16 november jl. heb toegestuurd (Kamerstuk 29 477, nr. 452)

deze ambities en streef er naar de komende maanden met deze partijen te komen tot nieuwe bestuurlijke afspraken voor de jaren vanaf 2019 waarin deze themas een plaats kunnen krijgen.

### ***Veranderingen in het ziekenhuislandschap***

Toegankelijkheid en bereikbaarheid zijn een groot goed in de Nederlandse zorg. Zorg moet waar mogelijk dichtbij aanwezig zijn. Maar dat moet wel verantwoord zijn. Zeker complexere zorg vergt vaak specialisatie. Overwegend geldt: hoe vaker een behandelaar complexe behandelingen uitvoert, hoe beter de resultaten zijn voor de patiënt. Deze ontwikkeling heeft gevolgen voor het aanbod van zorg in de zin dat mensen voor complexere behandelingen verder zullen moeten reizen voor de beste zorg. Tegelijk vind ik dat basiszorg juist wel dicht bij mensen beschikbaar moet zijn en dat hoeft niet altijd met volledig uitgeruste ziekenhuizen vorm te krijgen. Regionale omstandigheden moeten daarbij vooral bepalend zijn voor de wijze waarop in de regio de zorg vorm wordt gegeven. Zo kan het bijvoorbeeld in dunbevolkte gebieden of in krimpgebieden beter of doelmatiger zijn dat medisch specialisten één of een aantal dagdelen in de week diensten draaien in een eerstelijnscentrum.

Juist gezien het belang van die lokale en regionale component ligt de primaire aandacht voor de inrichting van het zorglandschap bij zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Zij moeten tijdig anticiperen op veranderingen in de regio om het zorgaanbod op tijd aan te kunnen passen. Denk daarbij aan herschikkingen van het bestaande zorgaanbod, maar ook aan «nieuwe» zorgvormen zoals bijvoorbeeld netwerkzorg en zorg in de wijk via zogeheten anderhalvelijns-centra. Technologische ontwikkelingen als het kunnen gebruiken van smartphones en tablets voor het monitoren van de gezondheidssituatie of het online raadplegen van behandelaars kunnen die ontwikkelingen ondersteunen.

Zorgaanbieders en zorgverzekeraars moeten daarbij niet afwachtend zijn, maar vooruit kijken en nadenken over welk aanbod van zorg in de regio beschikbaar moet zijn en over wat zij nodig hebben om dat aanbod te realiseren in termen van mensen en middelen. Daarbij vind ik het van belang dat bij beslissingen die invloed hebben op de bereikbaarheid en beschikbaarheid van het zorgaanbod in een regio, sprake is van een zorgvuldig gezamenlijk proces en een gezamenlijke dialoog. Daarbij moeten alle relevante regionale partijen, waaronder ook de gemeenten en de inwoners uit de omgeving, betrokken zijn.

### ***Volle ziekenhuizen en relatie met andere domeinen***

De afgelopen jaren zijn er regelmatig signalen geweest van «volle» ziekenhuizen of ziekenhuisafdelingen, zoals afdelingen voor spoedeisende hulp, acute verloskunde en IC-afdelingen. De oorzaken hiervan zijn verschillend en vaak kwam het door een samenloop van omstandigheden, zoals RS – en Norovirussen<sup>10</sup>, verbouwingen en andere kortdurende situaties. Ook bijvoorbeeld een tekort aan verpleegkundig personeel (al dan niet door vakanties) en de toenemende druk op de acute zorg hebben van tijd tot tijd geleid tot signalen van volle ziekenhuizen of ziekenhuisafdelingen.

Ziekenhuizen zijn verantwoordelijk voor het tijdig signaleren van mogelijke problemen. Ze zijn eerst zelf aan zet om oplossingen te bieden, zoals minder planbare operaties in deze periode inplannen of deze

<sup>10</sup> Respiratoir Syncytiaal virussen veroorzaken infecties aan de luchtwegen en Noro-virussen veroorzaken voedselinfecties

operaties uitstellen, zorgen voor voldoende personeel (ook door voldoende personeel op te leiden) en het uitbreiden van bedden op andere afdelingen. Virussen zoals RS en griep komen elk jaar voor, daarmee is rekening te houden in de planning van operaties en het inzetten van de personele capaciteit. Ziekenhuizen kunnen dit lang tevoren al goed voorbereiden en hier duidelijk en ruim van tevoren richting alle betrokkenen, ook de andere zorgaanbieders in de regio, over communiceren. Regie is hierbij een cruciale factor. De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd in oprichting (IGJ i.o.) volgt de ontwikkelingen intensief.

Daarnaast hebben de zorgverzekeraars een zorgplicht, de verzekerde heeft recht op goede en tijdige zorg. Om te bepalen wat tijdige zorg is zijn met name de zogenaamde Treeknormen leidend. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) ziet erop toe dat zorgverzekeraars, voor die verzekerden die niet langer willen wachten dan deze normtijden, bemiddelen bij het vinden van andere zorgaanbieders die wel binnen de gestelde normtijden zorg kunnen verlenen. Zie hiervoor ook de volgende paragraaf in deze brief.

In het kader van de aanpak van de drukte in de acute zorg heeft de NZa in september de «Marktscan acute zorg» gepubliceerd met een landelijke analyse van deze problematiek. Zoals in het algemeen overleg ambulancezorg/acute zorg van 29 november jongstleden besproken, heeft de NZa in deze marktscan aangegeven dat de toegankelijkheid van de acute zorg als geheel op dit moment niet in gevaar is, maar dat de druk wel toeneemt en verschilt per regio. De groeiende druk op de acute zorg heeft vele oorzaken, waarvan er niet één dominant is. In de marktscan heeft de NZa verschillende aanbevelingen aan het veld gedaan, onder meer met betrekking tot «de juiste zorg op de juiste plek», de arbeidsmarktvragestukken en de toegankelijkheid van eerstelijns opvang en andere vormen van (vervolg)zorg voor kwetsbare groepen.

Vanwege de toenemende druk op de medisch specialistische zorg is in het Hoofdlijnenakkoord medisch specialistische zorg 2018 afgesproken dat maatregelen worden getroffen om deze zorg te ontlasten. Naar aanleiding van dit hoofdlijnenakkoord wordt bijvoorbeeld door de brancheorganisaties en het ministerie, samen met andere partijen in de acute zorg, een agenda acute zorg opgesteld. Deze agenda is mede gebaseerd op de aanbevelingen van de NZa in de Marktscan acute zorg, en dient als input voor eventuele hoofdlijnenakkoorden voor 2019 en verder. Naast de eerder in deze brief genoemde financiële en inhoudelijke afspraken in het Hoofdlijnenakkoord medisch specialistische zorg 2018 is er voor 2017 en 2018 € 55 miljoen extra beschikbaar gesteld voor het versterken van het eerstelijns verblijf (tot een totaal van € 305 miljoen). Daarnaast is in het Bestuurlijk akkoord wijkverpleging 2018 afgesproken € 30 miljoen toe te voegen aan het macrokader wijkverpleging. Dit is belangrijk omdat zowel het eerstelijns verblijf als de wijkverpleging eraan bijdragen dat mensen de «juiste zorg op juiste plek» ontvangen en niet onnodig op de spoedeisende hulp hoeven te komen c.q. blijven.

### ***Wachttijden in de medisch specialistische zorg***

In juli 2017 heeft de NZa een verdiepend onderzoek naar de wachttijden in de medisch-specialistische zorg gepubliceerd<sup>11</sup>. De NZa had eerder, onder meer in de in mei 2017 gepubliceerde marktscan medisch specialistische zorg, geconstateerd dat bij een aantal specialismen de wachttijden oplopen en de Treeknormen worden overschreden. Daarnaast kreeg de NZa signalen over oplopende wachttijden in specifieke regio's. Patiënten

<sup>11</sup> [www.nza.nl/publicaties/1048188/Rapport\\_Wachttijden\\_medisch\\_specialistische\\_zorg](http://www.nza.nl/publicaties/1048188/Rapport_Wachttijden_medisch_specialistische_zorg)

hebben recht op tijdige zorg van goede kwaliteit, het is onwenselijk als men te lang moet wachten op zorg. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders hebben daarbij beide een verantwoordelijkheid richting patiënten. Om die reden heeft de NZa in juli 2017 een plan van aanpak tegen te lange wachttijden in het ziekenhuis gepubliceerd. Uw Kamer is daarover geïnformeerd per brief van 5 juli 2017<sup>12</sup>.

In het verdiepend onderzoek stelt de NZa dat zorgaanbieders, patiënten, zorgverzekeraars en overheid gezamenlijk aan zet zijn om de wachttijden aan te pakken. Er worden acties ingezet richting alle verantwoordelijke partijen ten aanzien van verbetering van de informatiepositie van de burger, verbetering van de registratie van wachttijden en sluitende afspraken tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar. Ook vraagt de NZa aandacht voor de gesignaleerde regionale knelpunten op de arbeidsmarkt.

Een belangrijke constatering van de NZa is dat de partijen met name naar elkaar wijzen voor de oplossing, in plaats van dat zij gezamenlijk een passende oplossing proberen te vinden. Zeker om die reden ondersteun ik het initiatief en de acties die de NZa onderneemt om de wachttijden in de medisch-specialistische zorg samen met zorgaanbieders, zorgverzekeraars en andere betrokken partijen aan te pakken.

De NZa gaat in gesprek met partijen in het veld om de samenwerking die nodig is om wachttijden tegen te gaan naar het gewenste niveau te krijgen. Dit kan per specialisme zijn, maar ook per regio of oorzaak van wachttijden, of een combinatie hiervan. De NZa roept zorgverzekeraars en zorgaanbieders op om succesvolle initiatieven met de NZa te delen, zodat andere specialismen en/of regio's hiervan kunnen leren. Hier zie ik ook een belangrijke rol voor de Regionale Overleggen Acute Zorg (ROAZ), het overlegorgaan van de aanbieders in de acute zorg. Ik ga de komende tijd met de voorzitters van de ROAZ-en in gesprek en zal daarbij ook aandacht besteden aan de bredere aanpak van wachttijden en specifiek de aanpak van de regionale knelpunten op de arbeidsmarkt en de rol die het ROAZ daarin kunnen en mijns inziens moeten pakken.

De prioriteit van de NZa ligt (nu nog) bij de specialismen die structureel, langere tijd, hoge wachttijden vertonen. De NZa voert individuele gesprekken met zorgaanbieders, zorgverzekeraars en patiëntenverenigingen die betrokken zijn bij o.a. de specialismen die deze hoge wachttijden vertonen. Daarnaast organiseert de NZa bijeenkomsten (regionaal en landelijk) met als beoogd resultaat: concrete acties en afspraken, duidelijk belegd bij specifieke partijen, gericht op samenwerking om de wachttijden op lange termijn verlagen.

Om de informatiepositie van de burger te versterken heeft de NZa de nieuwe regeling «Wachttijden en wachttijdbemiddeling medisch specialistische zorg» opgesteld die per 1 januari 2018 zorgaanbieders van medisch-specialistische zorg verplicht om patiënten actief (mondeling) te informeren als de wachttijd voor polikliniek, diagnostiek of behandeling de Treeknorm overschrijdt. Daarnaast moeten ziekenhuizen en klinieken patiënten informeren over de mogelijkheid van wachttijdbemiddeling door de zorgverzekeraar. Deze informatie moet bij de wachttijdinformatie op de website gepubliceerd worden. Patiënten die sneller geholpen willen worden, kunnen dan contact opnemen met hun zorgverzekeraar zodat die hen kan bemiddelen naar een zorgaanbieder waar de patiënt sneller terecht kan. Daarnaast spreekt de NZa met (o.a.) patiëntenverenigingen om ook hen te stimuleren om patiënten en potentiële patiënten te informeren over de mogelijkheden van wachttijdbemiddeling.

---

<sup>12</sup> Kamerstukken 29 248 en 29 689, nr. 306

Het beeld van de wachttijden in het rapport van de NZa van juli jongstleden is een momentopname. De NZa werkt aan een structureel en actueel beeld van de wachttijden, om mede op die manier betrokken partijen te stimuleren om waar nodig (specialisme en/of regio) maatregelen te intensiveren om wachttijden tegen te gaan.

De NZa geeft prioriteit aan dit structurele actuele inzicht, en doet er alles aan om dit inzicht zo realistisch en volledig mogelijk te krijgen. De toevoeging van wachttijden van alle zelfstandige behandelcentra is een grote slag die een vollediger beeld gaat geven van de wachttijden. De NZa zal daarom controleren of de wachttijdgegevens op de websites van ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra kloppen en actueel zijn.

### ***De positie van medisch specialisten in het ziekenhuis***

Met behulp van de subsidieregeling overgang integrale tarieven medisch specialistische zorg kunnen vrijgevestigd medisch specialisten een gesubsidieerde overstap maken naar loondienst. In het jaar 2015 hebben 449 vrijgevestigd medisch specialisten gebruik gemaakt van deze subsidieregeling en in het jaar 2016 veertien. Zoals mijn ambtsvoorganger u bij brieven van 29 november 2016 en 18 januari 2017<sup>13</sup> heeft laten weten is eerder besloten de subsidieregeling overgang integrale tarieven medisch specialistische zorg 2016 een vervolg te geven in de jaren 2017 tot en met 2019. De Federatie Medisch Specialisten (FMS) had mijn ambtsvoorganger eerder laten weten dat (groepen van) medisch specialisten nog de behoefte kennen om de overstap te maken van vrij beroep naar dienstverband. Vrijgevestigd medisch specialisten zullen ook in de jaren 2017, 2018, 2019 een gesubsidieerde overstap kunnen maken naar loondienst, onder de randvoorwaarde van een subsidieplafond van in totaal 10 miljoen euro over de genoemde jaren. Dit jaar heeft één vrijgevestigd medisch specialist van deze subsidieregeling gebruikt gemaakt.

### ***Versnellingsprogramma Informatie-uitwisseling Patiënt en Professional***

Om de zorg klaar te maken voor de toekomst is het van belang dat patiënten toegang hebben tot hun gegevens. De patiënt kan deze gegevens dan actief gebruiken voor zelfmanagement bij zijn of haar ziekte of om te delen met andere zorgverleners of mantelzorgers. Patiënten kunnen dan thuis de eigen gegevens inzien om terug te lezen wat de laatste metingen waren, om de veranderingen in de behandeling na te lezen of om zich op het volgende gesprek met de arts voor te bereiden. En zij kunnen deze gegevens met hun zorgverleners delen. Zo verbetert de behandeling, en leidt het uiteindelijk ook tot een vermindering van administratieve lasten voor zorgverleners.

Om dit te realiseren moet de patiënt zijn gegevens op een veilige plaats kunnen verzamelen, beheren en delen. Daarom is er, onder aanvoering van de Patiëntenfederatie en met steun en betrokkenheid van VWS, een afsprakenstelsel voor persoonlijke gezondheidsomgevingen in ontwikkeling (Medmij). Om er voor te zorgen dat de informatie uit het medisch dossier ontsloten wordt kunnen instellingen via het Versnellingsprogramma Informatie-uitwisseling Patiënt en Professional (VIPPP) een subsidie krijgen. Voorwaarde is dat zij voldoen aan bepaalde resultaatsverplichtingen op het gebied van gestandaardiseerd opslaan en digitaal delen van informatie tussen de instelling en de patiënt. Voor instellingen voor medisch specialistische zorg is daartoe voor de periode 2017–2019 in totaal € 105 miljoen beschikbaar gesteld.

<sup>13</sup> Kamerstuk 29 248, nrs. 296 en 302

De subsidieregels voor algemene ziekenhuizen zijn op 14 december 2016 gepubliceerd en de subsidieregeling voor overige instellingen voor medisch specialistische zorg op 24 juli<sup>14</sup>. Om de resultaatsverplichtingen te halen zullen instellingen ook zelf moeten investeren. De sector heeft zich gecommitteerd aan de doelstellingen: bijna alle instellingen die voor de subsidie in aanmerking komen hebben deze inmiddels ook aangevraagd.

### **Transparantie over uitkomsten van zorg**

Op 21 februari is uw Kamer geïnformeerd per brief over het thema «Uitkomsttransparantie voor samen beslissen»<sup>15</sup>. In die brief heeft mijn ambtsvoorganger aangegeven dat het tijd wordt voor een volgende fase in het proces van vergroting van transparantie over de kwaliteit van zorg. De nadruk daarbij moet komen te liggen op het inzichtelijk maken van uitkomsten van zorg. In die brief is het streven benoemd dat binnen vijf jaar voor ruim de helft van de ziektelast inzicht bestaat in uitkomsten die ertoe doen voor patiënten. Het is van belang dat er meer dan nu informatie beschikbaar komt over voor patiënten relevante uitkomsten, zodat deze beter kan kiezen «in welke spreekkamer hij/zij terecht komt» en «in die spreekkamer samen met de behandelaar de juiste beslissing kan nemen».

Deels zal die informatie uit klinische registraties kunnen komen, denk daarbij aan bijvoorbeeld gegevens over mortaliteit, complicaties of heroperaties. Maar voor een groot deel zal de informatie ook van patiënten zelf moeten komen, waarbij de zogeheten Patient Reported Outcome Measures (PROM's) en Patient Reported Experience Measures (PREM's) een belangrijke rol kunnen spelen. PROM's hebben betrekking op symptomen zoals pijn en angst, fysieke of mentale gezondheid, of het functioneren van de patiënt in werk, sport of huishouden. PREM's zeggen iets hoe patiënten het proces van zorgverlening hebben ervaren. PROM's en PREM's wordt gemeten door de patiënt vragen te laten beantwoorden.

Ik deel deze lijn. Zoals ook is vastgelegd in het regeerakkoord is het kabinet van mening dat het belang van zorgprofessionals gericht moet zijn op de uitkomsten van de zorg in plaats van omzet. Alleen dan kan de zorg worden geleverd die de meeste waarde toevoegt aan het leven van die betreffende patiënt.

Het Zorginstituut Nederland is gevraagd om een programma in te richten waarbinnen, samen met het veld, de geschetste ambitie wordt gerealiseerd. Het Zorginstituut is daarmee aan de slag gegaan. Binnen het programma «Uitkomstinformatie voor samen beslissen» wordt een aantal projecten onderscheiden die op de website van het Zorginstituut nader worden beschreven<sup>16</sup>. Alle projecten hebben een eigen planning die is te vinden op de betreffende projectpagina's op de website van het Zorginstituut. Het gehele programma «Uitkomstinformatie voor Samen Beslissen» loopt tot 2022.

### **Kwaliteit en patiëntveiligheid**

Op 28 november 2017 heb ik uw Kamer het onderzoeksrapport «Monitor Zorggerelateerde Schade 2015–2016, dossieronderzoek bij overleden patiënten in Nederlandse ziekenhuizen» van het NIVEL/EMGO+ instituut van het VUmc met mijn beleidsreactie toegestuurd. Dit rapport geeft de

<sup>14</sup> Stcrt. 2016, nr. 68985

Stcrt. 2017, nr. 41685

<sup>15</sup> Kamerstukken 31 765 en 32 620, nr. 263

<sup>16</sup> Zie voor meer toelichting op de inhoud van dit programma: [https://](https://www.zorginstituutnederland.nl/werkagenda/programma-uitkomstinformatie-samen-beslissen)

[www.zorginstituutnederland.nl/werkagenda/programma-uitkomstinformatie-samen-beslissen](https://www.zorginstituutnederland.nl/werkagenda/programma-uitkomstinformatie-samen-beslissen)



stand van zaken weer over het onderzoek naar zorggerelateerde schade in de ziekenhuizen in de periode 2015–2016. De hoofdconclusie van het onderzoek is dat de sterfte in de Nederlandse ziekenhuizen de afgelopen vier jaar niet is gedaald.

Zoals ik in mijn beleidsreactie al heb aangegeven waardeer ik het dat ziekenhuizen openheid betrachten bij het thema potentieel vermijdbare schade. Dat biedt een goede basis om te komen tot verbeteringen. Tevens heb ik aangegeven dat ik de aanbevelingen van het rapport onderschrijf. Het is aan ziekenhuisbesturen, professionals en hun landelijke organisaties om zich te beraden op de uitkomsten en de aanbevelingen van dit rapport en gezamenlijk te komen met een programmatische aanpak, conform de aanbevelingen van dit rapport. Ik ben bereid ben om de monitor voort te zetten en de zorgpartijen indien nodig te ondersteunen bij hun aanpak.

Bovenstaande lijn zal ik betrekken bij de besprekingen die ik de komende periode met partijen uit de medisch-specialistische zorg ga voeren in het kader van een eventueel nieuw hoofdlijnenakkoord voor de jaren vanaf 2019.

De IGJ i.o. stelt jaarlijks een Basisset Medisch Specialistische Zorg op met de kwaliteitsindicatoren die de IGJ i.o. gebruikt voor het risicotoezicht. De ziekenhuizen en particuliere klinieken leveren hiervoor indicatoren aan bij de IGJ i.o. De IGJ i.o. publiceert jaarlijks de prestaties van de instellingen op deze indicatoren via Het Resultaat Telt. Daarnaast rapporteert de IGJ i.o. over onderzoek naar risicovolle thema's zoals medicatieveiligheid en het operatieve proces. Uit de rapportenreeks Het Resultaat Telt spreekt duidelijk dat het risico-indicatoren toezicht van de IGJ i.o. kwaliteitsverbetering bewerkstelligt. De rapporten bieden de ziekenhuizen zicht op de eigen prestaties. Door relevante en actuele risico-indicatoren op te nemen in de basisset ontstaat in de sector structurele aandacht voor een bepaald domein. Ik ondersteun deze aanpak.

Op 22 februari 2017 heeft mijn ambtsvoorganger u twee rapporten van de IGJ i.o. (destijds nog Inspectie voor de Gezondheidszorg) toegestuurd over de resultaten van ziekenhuizen en particuliere klinieken over 2015 aan de hand van de door die instellingen gerapporteerde kwaliteitsindicatoren<sup>17</sup>. Deze rapporten laten zien waar het beter gaat, maar ook op welke onderdelen van de zorg er zaken beter moeten. Daar houdt de Inspectie de vinger aan de pols. Zo heeft de Inspectie het toezicht op particuliere klinieken sinds 2015 geïntensiveerd door het aantal toezichtbezoeken in deze sector flink uit te breiden en zal ze in individuele gevallen maatregelen nemen als de zorg niet voldoet aan minimale vereisten en verbeteringen niet of niet tijdig genoeg worden doorgevoerd.

### **Ten slotte**

Bovenstaande laat zien dat de medisch specialistische zorg in beweging is. Ik ben verheugd te constateren dat partijen gezamenlijk actief zijn om deze zorg, die reeds van hoog niveau is, verder te verbeteren.

De Minister voor Medische Zorg,  
B.J. Bruins

---

<sup>17</sup> Kamerstuk 31 765, nr. 264 respectievelijk Kamerstuk 34 550 XVI, nr. 134