

Aan Vaste Commissie VWS, Tweede kamer der Staten Generaal
Van Zorgverzekeraars Nederland
Datum 12 februari 2019
Contact Wouter Kniest: 06-31048760
Ons kenmerk FS-19-235
Onderwerp AO Medisch specialistische zorg

Geachte leden van de Vaste Commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,

Op woensdag 13 februari spreekt u met de minister over de medisch specialistische zorg. Zorgverzekeraars Nederland (ZN) vraagt in deze uw brief aandacht voor de manier waarop zorgverzekeraars hun verzekerden nu en in de toekomst de toegang blijven garanderen tot medisch specialistische zorg. Ook nu deze sterk in verandering is.

Sparrenheuvel 16
Postbus 520
3700 AM Zeist
030 698 8911
info@zn.nl
www.zn.nl

Zorgverzekeraars garanderen toegang tot zorg

Zorgverzekeraars nemen hun verantwoordelijkheid voor de afspraken in de Hoofdlijnenakkoorden, zowel bij het borgen van de toegang tot noodzakelijke zorg voor iedere verzekerde, als bij het vernieuwen van het zorgaanbod in de geest van *De Juiste Zorg Op De Juiste Plek*. Zij doen dat binnen de uitgangspunten van ons zorgstelsel: in competitie met elkaar, gezamenlijk waar dat noodzakelijk en toegestaan is en bijdraagt aan de kwaliteit van zorg voor de patiënt. Van de overheid verwachten zorgverzekeraars, dat zij de juiste randvoorwaarden creëert om het stelsel optimaal te laten functioneren.

Belangrijkste verworvenheid van ons zorgstelsel is misschien wel dat iedereen in ons land gelijke toegang heeft tot de zorg die nodig is. De in de Zorgverzekeringswet verankerde zorgplicht betekent voor elke verzekerde immers een *zorggarantie*. Hierdoor hebben elke dag miljoenen Nederlanders toegang tot goede gezondheidszorg. Dat wil niet zeggen dat er geen punten van zorg en verbetering zijn, bijvoorbeeld als het gaat om een groeiend beroep op ouderenzorgzorg en de noodzaak tot kostenbeheersing. Precies op het snijvlak van de dilemma's in de zorg staan zorgverzekeraars en maken zij binnen alle wettelijke kaders in de praktijk het verschil voor hun verzekerden. Zij zijn daarop aanspreekbaar.

1. Regiobeeld geeft zorgpartijen feitelijk beeld van sociale en medische opgave

In de Hoofdlijnenakkoorden is vastgelegd dat "partijen een feitelijk beeld maken van de sociale en gezondheidssituatie en opgave in een regio, gemeente of wijk. (...) Dit beeld wordt vertaald in individuele contractering waarbij partijen hun eigen verantwoordelijkheid in het zorgstelsel behouden. (...) Partijen kunnen elkaar aanspreken op elkaars bijdrage om de gedeelde opgave aan te pakken."

Regiobeelden gaan niet over plannen hoe vernieuwing moet worden gerealiseerd, maar zij bevatten de feiten om te zorgen dat in een regio 'de basis op orde' is. De twee zorgverzekeraars met de meeste verzekerden in een regio of gemeente zijn erop

aanspreekbaar dat dit feitelijk beeld tot stand komt. Dit beeld wordt gedeeld met andere partijen die actief zijn in een regio, als basis voor te maken keuzes in relatie tot de doelstellingen en financiële kaders uit de Hoofdlijnenakkoorden.

- **Zorgverzekeraars zullen inzichtelijk maken welke twee zorgverzekeraars (met de meeste verzekerden in een bepaalde regio of gemeente) als eerste aanspreekbaar zijn voor andere partijen in de zorg, waaronder ook gemeenten.**
- **Deze twee zorgverzekeraars zijn er ook op aanspreekbaar dat een feitelijk beeld tot stand komt van de sociale en gezondheidssituatie en opgaven in de regio, gemeente of wijk.**

2. Acute zorgketen op orde

Verzekerden moeten altijd binnen een redelijke tijd en reisafstand toegang hebben en houden tot zorg. Zorgverzekeraars willen en moeten staan voor hun zorggarantie. Risicofactoren als personeelsschaarste of de financiële positie van zorgaanbieders mogen er niet toe leiden dat de toegang tot medisch specialistische zorg in gevaar komt; zeker niet als het gaat om acute zorg. Zorgverzekeraars zijn erop aanspreekbaar dat zij deze risicofactoren te allen tijde in kaart hebben en hier tijdig naar handelen. Zorgverzekeraars zorgen er bovendien voor dat hun zorginkoopafspraken voor de acute zorg congruent zijn.

Het betekent dus niet dat de acute zorg altijd hetzelfde blijft. De manier waarop de ziekenhuiszorg is georganiseerd, verandert. Dat blijkt bijvoorbeeld uit de recente samenwerking tussen ziekenhuizen, huisartsen en zorgverzekeraars in Drenthe en Zuidoost-Groningen (zorginderegio.nl). Het is van belang dat de kwaliteits- en bereikbaarheidsnormen voor acute zorg en basisvoorzieningen niet afzonderlijk maar telkens in samenhang met de regionale situatie worden bekeken.

- **Zorgverzekeraars garanderen dat voor iedere verzekerde de toegang tot acute zorg gewaarborgd is. De twee zorgverzekeraars met het grootste marktaandeel in een regio zijn daarop als eerste aanspreekbaar.**

3. Vernieuwen van medisch specialistische zorg gebeurt primair van onderop

De klassieke inrichting van de gezondheidszorg is aan het veranderen. Deze veranderende zorg- en ondersteuningsvraag van burgers is beschreven door de Taskforce *De Juiste Zorg Op De Juiste Plek*. De vernieuwing van de medisch specialistische zorg vormt daarbij het scharnierpunt voor de vernieuwing van rest van de gezondheidszorg: meer basiszorg uit het ziekenhuis naar de eerstelijns en zorg thuis.

Vernieuwing komt niet tot stand via landelijke regie en blauwdrukken, maar juist door innovatie en samenwerking van partijen uit de praktijk, rekening houdend met de specifieke situatie in een bepaald gebied. En die vernieuwing zal dus per definitie regionaal een verschillende invulling krijgen, zowel inhoudelijk als qua tempo. Het vasthouden aan de beperkte groeiruimte voor de medisch specialistische zorg is daarbij

essentieel omdat ongeremde groei van de dure ziekenhuiszorg alle urgentie tot vernieuwing zal wegnemen. De afspraken uit het hoofdlijnenakkoord zijn daarom leidend.

- **Bij de vernieuwing van de zorg nemen zorgverzekeraars het initiatief en gaan zij de dialoog aan met betrokken partijen. Hierbij is ruimte voor verscheidenheid en experiment het uitgangspunt. Evenals zorgaanbieders zullen zorgverzekeraars daarbij samenwerken, waar dat noodzakelijk en toegestaan is en bijdraagt aan de kwaliteit van zorg.**

4. Vergaand schrappen kwaliteitsinformatie benadeelt patiënt en verzekerde
Iedereen is voorstander van het schrappen van onnodige regels en registraties in de zorg. Dat is ook de reden dat zorgverzekeraars actief meewerken aan het verminderen van de regeldruk in de zorg. Ook in de medisch specialistische zorg. Feit is dat veel administratie in ziekenhuizen voortkomt uit wetenschappelijke richtlijnen, managementbeleid en versnipperde ict-systemen. Het is goed als ziekenhuizen onnodige regeldruk voorkomen door kritisch te kijken naar hun eigen processen. Maar tegelijkertijd is goede en openbare informatie voor patiënten en verzekerden over de kwaliteit en beschikbaarheid van de zorg een onmisbaar onderdeel geworden van de gezondheidszorg anno 2019.

ZN vindt het vergaand schrappen van patiëntkeurmerken én de stagnatie in de ontwikkeling van nieuwe, betekenisvolle kwaliteitsregistraties voor de medisch specialistische zorg zeer ongewenst. Temeer omdat de minister de afspraak heeft gemaakt dat patiënten en verzekerden in 2022 voor ten minste 50% van de ziektelast in de medisch specialistische zorg inzicht heeft in de kwaliteit.

- **ZN roept ziekenhuizen op om doordacht en in overleg met patiëntenorganisaties en zorgverzekeraars te komen tot een vermindering van onnodige regeldruk. Het vergaand schrappen van patiëntkeurmerken en het stagneren van de ontwikkeling van kwaliteitsregistraties is geen oplossing.**

Met vriendelijke groet,
Zorgverzekeraars Nederland



Mevrouw P.H. van Holst-Wormser
Algemeen directeur