

INTERVIEW

Henk Maassen

h.maassen@medischcontact.nl

 @medischcontact

Hans van Santen

h.van.santen@medischcontact.nl

 @hansvansantenMC

MINISTER VOOR MEDISCHE ZORG BRUNO BRUINS GAAT VOOR BETAALBARE ZORG

‘Ons zorgbudget is niet oneindig’

Met de hoofdlijnenakkoorden moet gaandeweg de juiste zorg op de juiste plek komen, stelt minister Bruno Bruins. Hij laat daarbij veel aan het veld over: ‘De professional weet het best welke zorg uit het ziekenhuis kan.’



MINISTERIE VAN VWS / PHIL NIJHUIS

Afgelopen week debatteerde de Tweede Kamer over de VWS-begroting met de beide ministers en de staatssecretaris. Eén lid van het trio, Bruno Bruins, kijkt daags na de langdurige Kamervergaderingen daarop terug en op zijn eerste jaar op het ministerie van VWS als minister voor Medische Zorg. Om zijn positie in het altijd voortgaande debat over de gezondheidszorg te benadrukken zegt hij vooraf: ‘We hebben zeer goede zorg in Nederland. Wat niet goed gaat, wil ik niet wegpoetsen, maar ik wil graag goed en constructief over de zorg spreken.’ En

later, reagerend op de opmerking dat hij veel aan het veld overlaat, voegt hij daaraan toe: ‘Ik geloof in de kracht van de professionals. En in de stem van de burger. Op het moment dat ik alle touwtjes in handen zou hebben – wat niet past bij het huidige systeem – geloof ik niet dat veranderingen sneller zouden gaan.’

Hoofdlijnenakkoorden

Zoals bekend sloten de drie VWS-bewindslieden de afgelopen tijd vier hoofdlijnenakkoorden: met de huisartsen, de

medisch specialisten, de wijkverpleegkundigen en de ggz. De eerste twee akkoorden vallen onder de verantwoordelijkheid van de minister voor Medische Zorg. Daarin is onder meer afgesproken dat ziekenhuizen minder groeien: komend jaar met slechts 0,8 procent, afnemend tot nul procent in 2022. En er is extra budget voor de huisartsen (471 miljoen euro). Bruins wil de grondgedachte nog wel een keer uitleggen: 'Met de akkoorden willen we een ontwikkeling op gang brengen waarin de juiste zorg op de juiste plek komt. Daar is ook geld voor beschikbaar. Een deel van de ziekenhuiszorg gaat naar de nulde, de eerste of de anderhalve lijn, een enkele keer naar de derde lijn. Belangrijk: er staan handtekeningen onder de akkoorden. Er is dus commitment. Zo zie ik het graag, het spannende van de komende tijd is dat het van papier in de praktijk moet worden gebracht. Ik ben benieuwd hoe de contractering met de ziekenhuizen en de huisartsen gaat verlopen. Daar ben ik optimistisch over.' Wat daarvan tot nu toe naar buiten komt, stelt niet onmiddellijk gerust. Volgens zorgverzekeraars komen ziekenhuizen in hun openingsbod met groeipercents die ver boven die 0,8 procent liggen – tot wel 15 procent. Die ruimte zou volgens de ziekenhuizen nodig zijn om de groei van het aantal patiënten op te vangen. Bruins reageert laconiek: 'Contracteren gaat niet met de ogen dicht en de handen op de rug. Iedereen heeft zijn eigen strategie en werkwijze om tot resultaat te komen.'

De minister laat het proces monitoren door de NZa.

De huisartsen waren bij de vorige ronde ontevreden omdat de verzekeraars niet over de brug kwamen. Als de NZa-monitor bij hen of de ziekenhuizen uitwijst dat het – weer – niet goed loopt, wat gaat u dan doen?

'Als ik als een soort donderwolkje boven het contracteerproces ga hangen, dan beïnvloed ik daarmee dat proces. Ik vind: dat moet in volle vrijheid gebeuren. Bovendien, contracteren is niet iets wat je één keer doet en daarna nooit meer. Op basis van het beeld van de NZa kan het in een volgende ronde een stuk beter uitpakken.'

Behalve dat de NZa monitort, komt er ook een regionaal beeld van de zorg, een 'foto', zoals u dat noemt.

'Ja, in het kader van de "juiste zorg op de juiste plek" wil ik een beeld krijgen hoe vraag en aanbod van de zorg in een bepaald gebied zijn georganiseerd. Zo kun je zien of er in een regio te veel of te weinig van iets is. In de regio kun je dan daarover met elkaar van gedachten wisselen. Die foto van de zorg maken de regionale veldpartijen, waarvoor ze desgewenst de hulp kunnen inroepen van het RIVM.'

En als het nou een lelijke foto is?

'Ik wil echt voorkomen dat de foto in een enveloppe gaat en rechtstreeks deze kant op wordt gestuurd. Is er ergens een hiaat, dan heb ik liever dat men eerst elders gaat kijken hoe

het daar is opgelost, dan meteen via een U-bocht naar het rijk te stappen. Hoe zorg te organiseren in de regio, daar heb ik de stem van de regio en vooral die van de professionals voor nodig. Sommige dingen zijn wel aan mij: de opleidingsplaatsen, de raming van de capaciteit, voldoende budget. De professional weet het best welke zorg uit het ziekenhuis kan. Kijk naar het Prinses Máxima Centrum. Dat is het resultaat van een sterk zorggedreven ontwikkeling. Daar wordt de superspecialistische kinderoncologie gecentreerd. Ik vind dat fantastisch, ook al zal dat bij sommige professionals best wel eens au hebben gedaan. Of neem de orthopeden in ziekenhuis Zuyderland: die beginnen een anderhalfdelijnscentrum buiten het ziekenhuis, dicht bij de huisartsen. Dat is hun initiatief. Dat is niet hier bedacht, op VWS. Zulke initiatieven helpen de patiënt, verbeteren de kwaliteit van zorg en houden de zorg betaalbaar.'

'De Patiëntenfederatie kijkt mee met die pilot. Menzis doet niet aan cherrypicking'

De NZa wil toe naar zorgcontracten waarin de uitkomst voor de patiënt bepalend wordt voor het bedrag dat de zorgverzekeraar aan de zorgaanbieder betaalt. Goed idee?

'Ik heb lang gedacht: je gaat naar een dokter, die behandelt je en daarna ben je hopelijk weer beter. Maar wat ik het afgelopen jaar heb geleerd, is dat het veel patiënten niet alleen om het resultaat van de behandeling gaat, maar ook om de uitkomst in de zin van: hoe leef je daarna verder? Wat is je kwaliteit van leven? En dat kan per patiënt enorm verschillen. Ik vind daarom dat we voor 50 procent van de ziekte last in Nederland uitkomsten van behandelingen inzichtelijk moeten maken, zodat patiënten kunnen kiezen. Dus bijvoorbeeld prostaatoperaties rubriceren in categorieën met alle mogelijke uitkomsten. Beslisbomen maken die een rol spelen in het gesprek tussen patiënt en arts. Samen beslissen en uitkomsten bekijken, dat is de kern. Dit gebeurt overigens al op veel plaatsen in de wereld; van die kennis moeten we dus gebruikmaken. Dan is er de rol van de verzekeraar. Ik volg het experiment van Menzis met uitkomstgericht financieren in de psychiatrie met belangstelling.'

Bruins is er daarbij van overtuigd dat de verzekeraar niet uitsluitend 'gemakkelijke patiënten' selecteert: 'De Patiëntenfederatie kijkt mee met die pilot. Menzis doet niet aan cherrypicking.'



Minister Bruno Bruins: 'De komende jaren hakken we vele knopen door.'

U onderhandelt met fabrikanten over de prijs van nieuwe, vaak zeer dure geneesmiddelen. Dit heeft in 2017 geleid tot een kostenverlaging van in totaal 132 miljoen euro. De gang van zaken tijdens de onderhandelingen blijft geheim; je weet niet welke prijs ze in andere landen hebben bedongen.

Gezondheidseconoom Marcel Canoy spreekt van chantage door de farmasector. Hij zegt: minister organiseer tegenmacht in Europa en wees open over wat je bereikt hebt.

'Het is passen en meten per onderhandeling per farmaceut. Kijk, ik wil de informatie uiteraard graag delen. Maar ik stel de patiënt die met dat nieuwe medicijn geholpen is, voorop. Ik zou dus niet willen dat de fabrikant Nederland de rug toekent, want dan heb ik helemaal niks. Soms kan ik samen met een ander land onderhandelen en kunnen we wel onderling informatie uitwisselen. Zoals bekend trekken nu op met België, Luxemburg, Oostenrijk en Ierland. Vorige week was mijn Tsjechische collega hier op bezoek. Met hem heb ik gesproken over de mogelijkheid om de samenwerking met andere landen uit te breiden.'

Genoemd worden: Hongarije, Slowakije, Polen en Tsjechië.

Er ligt een initiatiefnota van SP, GroenLinks en PvdA en er is een advies van de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving – beide met voorstellen om het probleem van de dure medicijnen aan te pakken. Veel genoemd: geef meer duidelijkheid over de bevoegdheid van apothekers om zelf medicijnen te maken voor hun patiënten.

'Magistrale bereiding kan een goed alternatief zijn. Maar zoals we hebben gezien: zo'n medicijn moet wel veilig zijn (het AMC maakte zelf het middel CDCA voor een zeldzame stofwisselingsziekte, maar werd vanwege onzuiverheid in de grondstof teruggefloten door de inspectie, *red.*). Als het veilig en voordeliger kan, dan zeg ik: doen. Maar het is slechts een deel van de oplossing, naast het goede gesprek met de farmaceut, en het inzichtelijk maken van informatie met hulp van andere landen. Ook van belang: een bedrijf als Leadiant (de producent van CDCA, *red.*) kan zo'n hoge prijs vragen, omdat het een exclusief marktrecht voor tien jaar krijgt op grond van Europese regelgeving. Ik wil in Europees verband nagaan of die exclusiviteit voor een reeds bestaand middel – want daar ging het hier om – wel opgaat of we dat deze

regeling kunnen veranderen. Het helpt alleen niet om dat plompverloren in een internationale vergadering te gooien. Ik ben eerst bezig bondgenoten te zoeken.'

Onder de noemer MedMij werkt de Patiëntenfederatie met andere zorgpartijen aan een veilige manier om medische informatie in te zien. Vanaf 2020 moet iedereen kunnen beschikken over zijn eigen persoonlijke gezondheidsomgeving (pgo). U zet daar zwaar op in. Waarom? Niemand die wij spreken gelooft dat alle Nederlanders er gebruik van gaan maken. Ook al gezien de lage gebruikersaantallen in het buitenland.

'Zolang je fit en gezond bent, zal de behoefte daaraan misschien niet zo groot zijn, maar zodra je ziek wordt of kwalen krijgt, is de behoefte er misschien meer. Daar komt bij: digitalisering is onvermijdelijk. De pgo's zullen in de markt ontstaan. Het zullen er vele zijn. Als de persoonlijke gezondheidsomgeving er is, verwacht ik niet dat 13 miljoen mensen mij meteen op de schouder kloppen. Maar ik weet zeker dat het in een groeiende behoefte zal voorzien.'

Waarom eigenlijk? Wildgroei ligt dan op de loer en dat lijkt niet bevorderlijk voor de communicatie tussen zorgaanbieders en patiënten.

'Je moet kunnen kiezen welke het beste aan je smaak voldoet, zoals je ook verschillende soorten brood hebt. Bovendien mag ik niet één systeem maken, dat heeft de Eerste Kamer in 2010, zoals u weet, afgefloten: de regering moest alle activiteiten voor het elektronisch patiëntendossier en de ontwikkeling van het Landelijk Schakelpunt opschorten. Maar tot genoegen van de burger mogen we op initiatief van de Patiëntenfederatie wel gegevens bij die burger brengen. Dat is wat er nu gebeurt.'

Intussen stukt een soepele digitale uitwisseling van medische gegevens tussen zorgverleners op alle fronten. Tijdens de begrotingsbehandeling deze week bleek de Kamer ontevreden over de voortgang.

'Ja, de fax wordt nog gebruikt, er worden nog steeds beelden op een stickie gezet en opgestuurd, en er is geen eenheid van taal in de onderlinge gegevensuitwisseling. Ik ben inderdaad van verschillende kanten aangespoord op dit gebied meer regie te nemen. Maar als regie pakken betekent dat het zorgveld zelf met de armen over mekaar naar mij gaat kijken, dan zit ik fout. Ik moet dus wel nadenken hoe ik die functie ga invullen. Mogelijk is een wettelijke basis nodig. Ik wil daar voor het eind van dit jaar met de Kamer over in gesprek.'

Nog een hot topic: het tekort aan (gespecialiseerd) zorgpersoneel. Betrokkenen constateren een sfeer van crisis op onder andere de ok en de SEH.

'Achteraf kijk je een koe in de kont, zeggen ze in Drenthe, maar we moeten inderdaad vaststellen dat er te weinig mensen zijn opgeleid. Geld en opleidingsplaatsen kan ik regelen,

maar ik kan nu niets forceren; de mensen komen niet opgeleid en wel uit de 3D-printer. Er moet ook animo zijn. Ik doe dus een beroep op de sector mensen warm te maken voor het vak. De manier waarop we spreken over de zorg is erg belangrijk, zodat die weer hoger komt te staan op het lijstje van favoriete sectoren om in te werken. Zo ga ik samen met de LHV na waarom huisartsen liever kiezen voor de stad dan voor het platteland. Waarschijnlijk voor het eind van dit jaar hebben we resultaten. Daarna kunnen we maatregelen nemen.'

'Ik verwacht niet dat 13 miljoen mensen mij meteen op de schouder kloppen'

Betaalbaarheid van de zorg op de langere termijn vraagt om ingrijpende beslissingen. Er moeten knopen worden doorgehakt. 'Wie durft?', schreef oud-ziekenhuisbestuurder en oud-politicus Wouter Bos vorige week in de Volkskrant. U heeft echter de beweging gemaakt die we vaker zien in de Nederlandse politiek: advies vragen aan de SER en de WRR.

'Voor de komende jaren hakken we vele knopen door, zoals de aanpassing van de wet geneesmiddelenprijzen, aanpassing van het geneesmiddelenvergoedingssysteem, slimmer inkopen van dure geneesmiddelen, het op gang brengen van de transitie van dure vormen van zorg naar minder dure vormen van zorg met behoud of verbetering van kwaliteit. Tot het jaar 2022 is er 1,5 miljard euro minder groei in de medisch-specialistische zorg. Dat is een significante afspraak in het hoofdlijnenakkoord. In het jaar 2022, als we nul procent groei realiseren, zal dat – afhankelijk van de stand van de economie – nog een extra besparing opleveren van 700 miljoen tot een miljard euro. Als dat niet de goede knopen zijn, ben ik graag bereid te horen wat dan wel de goede knoop is. Er is ook een kabinet na dit kabinet: ik vind het nuttig en noodzakelijk langere lijnen te maken. Dan is het inroepen van SER en WRR heel verstandig, want een mensenleven is ons oneindig veel waard, zeker als je die persoon kent, maar ons zorgbudget is niet oneindig. Die spanning voel ik elke dag.' ■

web

Eerdere MC-interviews met VWS-ministers vindt u onder dit artikel op medischcontact.nl/artikelen.